

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANAR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az egyetemi kórszövetteni intézetből.

A vese teratoid primaer carcinomájáról s annak viszonyáról a mellékvese (primaer) rákos elfajulásához.

Tauffer Emil szig. orvos, kórszövetteni gyakornoktól.

A carcinoma helyes fogalmának körvonalozása óta nem elégséges valamely szerv rákos elfajulásának megállapítása, hanem ezt nyomban követi a kérdés, hogy az illető rákos daganat elsődleges e vagy másodlagos? Fontos e kérdés főleg azért, mert tapasztalásszerűleg nem minden szerv bír egyenlő hajlandósággal elsődleges, rákos megbetegedésre s ennél fogva diagnosztikus szempontból, ha elsődlegesen ritkán megbetegedő szervnek carcinomája klinikailag állapíttatik meg, mindig szem előtt kell tartanunk annak lehetőségét, hogy az valamely más szerv elsődleges rákos megbetegedésének következménye. Ily szervek pl. a máj, az ágy, a húgyhólyag, a szív; ilyeneknek tartották sokáig a veséket is.

E század elején több hírneves írónál, minők pl. Walshe, Rayer, Robert, Béclard stb. említést találunk már veserákokról, miután azonban a rák fogalma ez időben még tisztázva nem volt, s minden malignus tumort egyszerűen ráknak neveztek, azért a vesére vonatkozólag sem mondhatjuk, hogy annak rákos megbetegedését mint elsődlegest ismerték oly időben, midőn még első s másodlagos daganatokat egymástól meg nem különböztettek. Leberté az érdem, hogy ily értelemben való megkülönböztetését a vesedaganatoknak megindította s Waldeyeré, hogy patho-histogenetikai szempontból ezen megkülönböztetést szilárd alapokra helyezte.

Miután a veserák nem tartozik épen a mindennapos betegségekhez, érthető, hogy e themával behatóbban még nem igen sokan foglalkozhattak s így ez tudományos kutatásra még tág teret nyújt.

Legszámasabb kutatók ez irányban a németek, míg hazánkiai közül tudtommal eddig csak ketten foglalkoztak e tárggyal, casuistikai közlések alakjában.

Tekintettel erre, mielőtt vizsgálataink eredményére áttérnénk, talán nem lesz érdektelen egy kis általános áttekintést nyújtani e thema irodalmi fejlettségéről s terjedelméről, melyben, miként már említők, főtényezőként a német irodalomra mint leggazdagabbra kell figyelmünket kiterjesztenünk.

A veserák ismerete mindazáltal nem német szerzőktől ered, hanem francziáktól. Carnaud, Béclard, Wilson s más francia íróktól e század elejéről származnak az első feljegyzések, melyekben a veserákot mint önálló kórt írják le, a nélkül azonban, hogy tiszta fogalmuk lenne a betegség mibenlétéről, miután, mint ismeretes, Virchow s főleg Waldeyer kutatásaiig rák gyűjtőnév alá helyeztek minden rosszindulatú daganatot.

E század közepe felé Rayer, Cattani, Lebert, s az utóbbi évtizedekben Rohrer, Waldeyer, Perewerseff s Grawitz ide vágó kitűnő s e fogalmat tisztán körvonalozó munkálatai levonták a homály fátyolát ismereteink ezen ágáról.

A veserákot eleinte igen is ritkának tartották s miután kezdeti stadiumaiban klinikailag nehezen diagnosztizálható, legtöbbször már inoperábilis állapotban kerül az orvos megfigyelése alá, s azért mint friss műteti anyag is ritkábban kerül fegyvert szem elé.

Újabban azonban előfordulását illetőleg egyes szerzők már annyira mennek, hogy bebizonyíthatni vélik ennek gyakoribb voltát a primaer ajakráknál. Hogy igazuk van-e, még nem dönthető el; ennek bizonyítása első sorban statisztikai alapon kívánható. Mindazáltal e statisztikai adatok nem mindig megbízhatók, nevezetesen nem akkor, a mikor patho-histologikus vizsgálat nem történt. Ez pedig az esetek jóval kisebb számában végeztetett, semhogy a statisztikai makroszkopikus diagnosist kétségbevonhatlanul elfogadhatnók; s ezért e kérdés eldöntése nem eddigi hiányos adatok alapján várható, hanem oly casuistikus documentatio útján, mely nemcsak a makroszkopikus diagnosis alapján mondja ki a primaer rák kórisméjét, hanem megbízható patho-histologikus alapon.

Klinikai casuistikus közleményekkel eddig is elég gyakran találkozunk s csak sajnálkozva gondolhatunk arra, mennyi értékes anyag veszett el patho-histologikus szempontból feldolgozatlanul.

Tekintstünk el Rayer, Lebert s másoknak e század közepén megjelent s annak idején igen nevezetes munkáitól, mint olyanoktól, melyeken a tudomány haladása annyira változtatott, hogy recapitulatiójuk az olvasó előtt praktikus értékkel nem bírhat s térjünk át mostani nézetekre a primaer carcinoma keletkezéséről, vonatkozással főleg a vesére.

Természeteszerű, hogy mindaddig, míg azon kérdés el nem döntetett, hogy tulajdonkép, mely szövetelem is az, melynek kóros proliferatiója folytán a rák származik, nem is lehetett helyes és meghatározott fogalmunk arról, hogy mit nevezünk carcinomának.

Ma már általánosan ismeretes, hogy midőn rákos újképletek histogenesiséről van szó, első helyen mást mint *Waldeyert* említünk nem lehet, mert ő volt az, ki (Virchow Archivumának 41. és 55-dik kötetében) a carcinomának addig zavaros fogalmát tisztázta.

Igaz ugyan, hogy voltak előtte is, kik többé-kevésbé helyes nézetekkel bírtak, de azután az igaz útról letévedtek. Thiersch, azután Robin s Cornil erősen küzdöttek azon felfogás elfogadása mellett, hogy a carcinoma epithelialis elemek kóros burjánzása folytán támad; azonban ezen elvi felfogás mellett nem maradtak meg teljes consequentiával, mert főleg a két utóbbi a *generatio spontanea egy nemének is helyet adott* nézeteiben.

A nagyon eltérő felfogásoknak a rák fejlődési alapját illetőleg végül 1867-ben véget vetett Waldeyer. Idézett munkájában közzé tevén majd minden szerv rákos elfajulásánál tett tapasztalatait, a rák fogalmának azon elvi fontosságú körvonalozására jut el, hogy: a rák lényegében epithelialis újképlet, mely csak oly helyen fejlődhetik elsődlegesen, hol valódi hám már előzetesen jelen volt. Másodlagosan fejlődhetik a rák hámsejtek direct propagatiója vagy embolikus tovaterjedés útján, a mennyiben a ráksejtek azon tulajdonsággal bírnak, hogy ha vér- vagy nyirkedények útján alkalmas helyre kerülnek, ott entozoa-csírokhoz hasonlóan továbbfejlődni képesek.

S hogy ezen ma már mindenttt ismert kijelentést tehet, abban nem kis része volt az általa megfigyelt két veserák-
esetnek, melyeket kimerítően közöl, s melyekre majdnem
mindazok, kik a veserák kérdésével eddig behatóbban foglal-
koztak, számtalanszor hivatkoznak.

Nagyon valószínű továbbá, hogy épen azért találkozunk
ez időtől aránylag sokakkal Waldeyer tanítványai s mások
közt is, kik a veserákot behatóbb tanulmány alá vették, mert
Waldeyer az említett veserák-eket, mint histogenetikus
nézeteknek legmeggyőzőbb bizonyítékait tüntette fel. Ábrákkal
kísért fejtegetése kimutatja az említett esetekben a primaer
carcinoma keletkezését a vese csavarodott húgyvesékéinek
hámjából s feltünteti az ép csőrészletek hámjának közvetlen
átmenetelét ugyanazon eső folytatásában levő rákos hám-
burjánzásba.

Waldeyer követői közül *Sachs*nál találunk először mikro-
skopice helyesen és tájékozottan leírt veserák-eket, melynek
primaer voltahoz azonban sok kétség fér, bár másrészt nem
érdektelen közleményének e része, mert a leírás után leg-
nagyobb valószínűség szerint a veseráknak ritka ú. n. „scirrhus“
alakja forgott fenn.

Időbeli sorrendet követve, nem hagyhatjuk figyelmen
kívül *Jerzykowszky*nek 1871-ben megjelent munkáját, mert
azon időig még mikroskopicen le nem írt megjelenési alakját
ismerteti a veseráknak, bár nagyon valószínű, hogy esete
analog *Robin*nek 1855-ben (*Memoires sur l'épithélioma du*
rein, Paris, 1855. pag. 13.) epithelioma néven leírt vese-
tumorával, legalább is makroskopicen s mikroskopicen is annál
nagyobb valószínűséggel, mert az epitheliális sejtek megjelenési
alakjai is megegyezőknek látszanak s csak elrendezéstükben
mutatkozik némi eltérés. Histogenetikus szempontból pedig csatla-
kozik tökéletesen Waldeyer nézetéhez, ki (*Virchow Archivum*-
nak 55-dik kötetében a 129. oldalon megjelent) újabb mun-
kájában a carcinoma fejlődéséről, hivatkozik is az említett
esetre.

Igen pontos megfigyelésről tanuskodik *Pereverseff*nek
1874-ben (*Virchow Archivum* 59. kötete) megjelent czikke
primaer vese-carcinoma egy esetéről, melynek görcsös ábrákkal
kísért tüzetes leírása a rákos burjánzás kiindulási helyét is
kideríti. Nagy súlyt fektet leírásában arra, hogy a burjánzó
helyeket a vesecsővek tunica propria veszi körül, a mi
bizonyítéka annak, hogy a burjánzás nem kívülről, pl. a vér-
edények mentén fejlődve tört be a csövecskébe, hanem
tényleg azokból magukból indul ki.

Nem annyira patho-histologikus, mint inkább nagy fáradsággal
összeállított casuistikai s így klinikai szempontból méltó
emlékre *Rohrer*nek 1874-ben megjelent monographiája is,
melyre az újabb idők szerzői mint jeles forrásmunkára méltán
hivatkoznak. Főértéke e munkának, hogy a symptomatológiá-
ját a primaer veseráknak igen kimerítő tanulmány tárgyává
teszi, úgy hogy későbbi idők megfigyelései sem voltak képesek
sok újjal járulni e kórnak tünetanához.

Összefoglalva Waldeyer, Sachs, Jerzykowszky és Pere-
verseff kutatásait, mondhatjuk, hogy e szerzők a carcinoma
fejlődését a vese kifejlődött mirigyveseinek epitheliumából
kimutatták.

A tudomány fejlődésével párhuzamosan a görcsös mind
mélyebb betekintést engedvén a pusztá szemnek hozzáférhetlen
structurákba, eljutottunk oda, hogy nemcsak már meglevő képeket
tudunk a jelen alakelemekből magyarázni, hanem az embriolo-
giai kutatások haladása folytán, miután ismerni tanultuk a
természet építkezési módját s az építéshez szükséges alakeleme-
ket, inductio útján megfejteni iparkodhatunk fontos pathologiai
jelenségeket is. S miután megismertük először azon alapelemek
rendes alakulási módját s azon szabályokat, melyek szerint
azok a szövetek s szervek physiologiai alakját produkálni
szokták, ismerni tanuljuk lassanként azon boncz-szöveti
tényezőket is, melyek a szabályszerű szervezést megzavar-
ják, s a mely zavarnak azután eredményei a különböző patho-
logikus termények.

(Folytatása következik.)

Függő kérdések a szülészet- és a nőgyógyá- szatban.

Bäcker József dr.-tól, tanársegéd Kézmárszky tnr. egyet. I. szül.
és nőgyógy. kórodáján.

(Folytatás.)

A mi a *lobos bántalmakat* illeti, ezeket a tárgy fontos-
sága és érdekessége miatt külön fejezetben voltam bátor fel-
dolgozni (I. Klinikai füzetek 1893. 1. sz.). Itt csupán az opera-
tív technikát illetőleg a Trendelenburg-féle elhelyezés óriási
előnyeire óhajtanék reámutatni. Nagyon sok gynaekologussal
és sebészszel érintkeztem, de csupán egy bécsi tanárra akad-
tam, a ki ez elhelyezést kifogásolta azzal az érveléssel, hogy
nagyon megváltoztatja az anatomikus viszonyokat. Ő t. i. egy
ily Adnexen-tumor exstirpálása mellett, kóros kötegnek nézve,
körülöltötte s teljesen kiirtotta a rectumot. A mint azonban
több ízben láttam laparotomiát az említett sebésztől, megértet-
tem a nagy tévedést, s azt hiszem, Trendelenburg-féle elhelyezés
nélkül is fog még vele megadni ilyen tévedés, ha nem tér el
attól a felfogásától, hogy óvakodva minden vongalástól, helyben
végez minden leköttést és metszést, nehogy megzavarja a boncz-
tani viszonyokat. Ha tompán szétválasztja az adhaesiákat s
kihozza a hasseb elé a tumort, úgy semmi esetre sem köti alá
a rectumot.

Érdekes az is, hogy daczára a Trendelenburg-féle el-
helyezés sajátosságának, a narkosis rendesen kiftűnő, a mi
csak úgy érthető meg, hogy a legerélyesebben hat a chloroform
okozta agyanaemia ellen.

El nem mulaszthatom még itt felemlíteni, hogy a lobos
függelék exstirpációjánál láttam először a bacteriologia
practikus alkalmazását a sebészetben. Kiindulva Wertheim
docens vizsgálataiból, s azon tapasztalati tényből, hogy a gono-
coccusok rendesen csupán localis peritonitist okoznak, s így
az általuk termelt genynek a hasüregbe való jutása az életet
nem veszélyezteti, holott a strepto- és a staphylococcusoknak
ily körülmények között végzetes a hatása (szembetűnő ez az
ovarialis abscessusok megoperálásánál), Schauta tanár ilyfajta
műtéteinél mindig kéznél áll egy a bacteriologiában jártas
segéd kiizzított platin-kacsacsál s ha a műtét közben ily geny-
nyel telt tumor megtalál pattanni, azonnal vesz a genyből és
görcsös alatt megnézi, a mi csak pár perc munkája. Ha gono-
coccusokat talál, egyszerűen letörlik (esetleg 1:1000 sublimat-
oldatba mártott s utána jól kifacsart vattatamponnal) a peri-
toneumról a genyet s szokott módon zárják a hasat. Láttam
több ily esetet, a gyógyulás mindig zavartalan volt. Hogyha
azonban egyéb pathogen bacteriumok derítettnek ki, a hasseb
teljes bevarrása nélkül Mikulics szerinti tamponadeot, illetőleg
a Douglas drainézését végezzük.

A tapasztalatok, miket a *méhen kívüli terhességet* illetőleg
gyűjteni alkalmam volt, korántsem támaszkodnak az észlelések
oly nagy számára, hogy azokból végérvényes következtetések
levonására feljogosítottnak érezném magamat, de azért egy és
más tekintetben érdemesnek tartom a közlésüket.

Az első, a mi megragadta a figyelmemet, az, hogy e
kóros állapot egyáltalán nem látszik olyan ritkának, mint a
hogy ezt még a közelmúltban is hittük.

Utazásom alatt az egyes kórodákon körülbelül 160 lapa-
rotomiát láttam s ezek között 7 ízben távolítottam el méhen
kívüli pete. Ha hozzáveszem ehhez még azon 6 esetet, melyek
expectatív kezelését észleltem s melyeknél minden tünet
szerint ugyanezen betegség állott fenn, azt a benyomást szereztem,
hogy a betegség eléggé mindennapi, különösen ha meggondol-
juk azt is, hogy hány eset marad még észrevétlenül, illetőleg
fel nem ismerve a nagy gyakorlatban.

A diagnosis megállapításánál, szerény tapasztalásaim
szerint, a localis leletre nagy súly annál kevésbé fordítható,
mert a legtöbb esetben oly stadiumban kapjuk megfigyelés
alá, midőn szövődmények zavarják a tiszta képet. Rendkívül
elősegíti a diagnosis, s tulajdonképen csak ez teszi bizonyossá,
hogy ha az anamnesis pontos adatainak a tudomására jutunk.

Ha kimarad egy nőnek a menstruációja s nem csupán a méhe nagyobbodik, hanem a méh mellett, azzal összefüggésben, minden lobos tünet (láz stb.) nélkül egy tumor fejlődik, felkelti gyanunkat extrauterin graviditasra. A consistentiáját e tumoroknak annál kevésbé tartanám jellegzetesnek, mivel a fejlődés különböző stadiumaiban különböző. Fritsch szerint a tömlő addig, míg a pete él, feltűnő lágy, s abban a fokban, a mint közte és a tuba fala között vérömleny támad (szabály szerint a pete elhalása után), fokenként keményedik.

A pete fejlődése a tubában rendesen nem okoz feltűnő tüneteket. Az említett 13 eset közül csupán 4-től hallottam, hogy a ruptura előtt többé-kevésbé kifejezett fájdalmak miatt szenvedtek volna a terhes tuba oldalán, s csupán 2 volt, ki épen e miatt kereste fel a boroszlói kórodát.

Jellegzetes, szinte össze nem téveszthető tünetei vannak a tömlő megrepedésének. A havi baj kimaradt, a nő terhesnek véli magát, s egyszerre egészen váratlanul elszedtül, alhasa jobb vagy bal oldalában heves fájdalmak lepik meg, ájuldozik, az anaemia acuta tünetei mutatkoznak rajta. Czélszerű ápolás mellett rendesen összeszedi magát egy időre, a violens tünetek szünni kezdenek, de csak azért, hogy pár óra — vagy nap mulva ismétlődjenek. A roham oly váratlanul fejlődik ki, mint a placenta praevianál. Nem ritkán a hüvelyből vérszivárgás mutatkozik, de távolról sem oly fokban, mi a tüneteket megmagyarázná. Ha megvizsgáljuk a nőt, nem egyforma képet kapunk. A szerint, a mint előremert peritonitikus adhaesiók által a Douglas el lett zárva, vagy szabad, a kifejezett haematocele, vagy a hasürben szabadon elhelyezett vérömleny támad. Sőt egyik esetben, melyben a mint a műtét kiderítette, a repedés a tuba alsó, a ligamentum latum két lemeze közé néző felületén történt, a keletkező vérömleny teljesen utánozta az exsudatum parametricumot. Azonban mindeme tumorok helyes felismerésére vezet az anamnesis, a keletkezés módja, a teljes láztalan állapot. A has puffadása, rendkívüli érzékenysége mindenben utánozhatja a peritonitist, de hiányzik a hőemelkedés, sőt collapsus tünetei lehetnek jelen, alig kitapintható érlökés. Nem ily könnyű azonban az eligazodás akkor, ha már a haematocele, illetőleg a vérömleny huzamosabb idő óta fennállott. Valószínű, hogy a vérömleny traumatikus hatása folytán a bél-fal elveszti impermeabilitását, s bélgázok, bacteriumok hatolnak át, s megindítják a bomlás folyamatát s vele a lobot, mely a vérömlenyt körülzárni lesz hivatva. Tény az, hogy minden ily esetben, melyet a ruptura perzétől alkalmam volt észlelni, s melyben a kezelőket a vérömleny elhatároltsága visszatartotta a művi beavatkozástól, utóbb magas, genyedésre utaló lázak léptek fel. Természetesen, ha ilyen állapotban kapnók észlelés alá, megkülönböztetése a medence-tályogtól igen nagy nehézségbe ütközhetik, de kezdetben mindig felvilágosítást nyújt a Fritsch tanár kórodáján minden ily esetben igénybe vett próbapunctio Pravaz-feckendővel a hüvelyen vagy a hasfalán keresztül. Emlékszem egy esetre, midőn ily állapotban vétetett fel egy súlyos nőbeteg, kinek havi baja 3 hónapon át szünetelt, s kinek alhasát egész a köldökig érő tumor töltötte ki, melynek körvonalai baloldalt határozottabbak voltak, homályos fluctuatiót mutatott. Próba-punctióval eves szagú híg vért nyertünk, s ez különböztette meg az exsudatumtól, melyet a 40°-os lázak és peritonitikus tünetek miatt kizárni alig tudtunk.

A haematocele kifejezett eseteiben, midőn a tumor félholdalakban körülveszi a méhet s azt a symphysishez szorítja, annak eldöntésére, hogy melyik oldalon van a terhes tuba, kezdetben elég biztos támpontot nyújt az, hogy azon oldalon, melyből a vérzés kiindult, a tumor sokkal resistensebb, elhatároltabb, az ép oldalon diffusabbak a határai.

Az észleltem 13 eset közül nem halt meg egy sem. Mindannyia a terhesség első három havában volt, s így csupán ezen időszakra körvonaloznám a látottak alapján a követendő eljárásokat.

A mint egy kürtben pete fejlődését észleljük, az onnan kiirtandó, mint egy rosszindulatú álképlet, mely a nő életét folytonos veszedelemben tartja. Ily, idejekorán végezendő műtét — 2 esetet volt alkalmam látni — nem okoz nagyobb nehé-

ségeket egy egyszerű castratióval. Figyelemre méltó, a mit Fritsch minden ily esetben pontosan betart, hogy először a tuba méhi végén alkalmazunk 1—2 ligaturát, egyrészt a vérzés csillapítása, de másrészt abból a szempontból is, hogy ennél fogva sokkal könnyebben emelhetjük ki a tumort szemünk elé, illetőleg a hassebbe.

Még akkor is, hogyha a tumor consistentiabeli elváltozása a pete elhalását sejteti, hacsak a keményedéssel kapcsolatban a zsugorodás is nem észlelhető, indikált még a laparotomia, mert az elhalt pete még nem képez biztosítékot a vérzés ellen, sőt minden észleltem eset azok tapasztalása mellett szól, kik azt állítják, hogy a vérzések — a hasüri abortus — ép a pete elhalása után következnek be.

Hogy ha a ruptura már bekövetkezett, eljárásunkat az módosítja, vajjon fejlődött-e ki haematocele vagy nem? Előbbi esetben expectativ az eljárás: kiténő hatású az abszolút nyugalom, jégtömlő a hasra, opiátok, szükség szerint excitantiák. A szabad hasüregbe történő vérzéseknél a várákosásban veszedelem rejlik, s mielőbb végezendő biztos sebészi vérzéscsillapítás a laparotomia útján. Hogy mily fényesen viheti keresztül az életmentő szerepét a körülményekhez alkalmazkodni tudó orvos, annak egy szép példajaként hozhatom fel Pfannenstiel boroszlói docensnek egy esetét; a ruptura legveszedelmesebb tünetei között, midőn pulsus már nem volt tapintható, éjnek óráján végezte egy közönséges ebédlő asztalon a laparotomiát, melyhez az összes segítsége volt: az altatást végező háziorvos és egy nőgyógyász specialista. A műtétet teljesen láztalan gyógyulás követte.

Oly esetben, midőn a tumor eltávolítása után parenchymás vérzés maradt vissza, vagy a vér az evesedés gyanús tüneteit mutatta, Fritsch tanár igen szívesen alkalmazott drainaget a hüvely felé, illetőleg tamponálta jodiformgázzal a vérző tasakot. Említésre méltó az is, miképen végezi ő a hátsó boltozat megnyitását igen biztosan és a mellett egyszerűen. A Douglasba egy szivacsot visz és ezt odanyomja a hüvelyre; másik kezének mutató- és középső ujjára laposan fektetve egy kést, a hátulsó hüvelyboltozatba hatol a vaginán keresztül; a vékony falon át igen tisztán lehet megkülönböztetni a szivacs consistentiáját, s így az átszúrás soha sem történik téves irányban. A tampont 3—4 napig hagyja helyben. A kihúzás igen fájdalmas.

Egy esetben Fritsch, midőn a tumor erősen kiemelkedett a medence üregéből, a peritoneumot, mert az elgenyedés tünetei is jelen voltak, a hasmetszés előtt köröskörül kivarrta a hasfal peritoneumához, s így elzárva az általános hashártya-üregtől, a körülvarrott felület közepén végezte a megnyitást.

Ha elgenyedt már a haematocele, Fritsch ugyanúgy kezelte az eseteket, mint a hogyan az exsudatumokat szokta (l. a gyermekágy fejezetét), megnyitva a legkidomborodóbb helyen. Tagadhatatlan ugyan, hogy gyógyulhatnak ez esetek a spontán áttörés, a regressiv metamorphosis, felszivódás útján is; de a betegség így rendkívül hosszadalmas, és mégis csak bizonytalan: holott a sebészi beavatkozás a geny számára a legkevésbé veszedelmes utat nyitja meg, s annak tágasságában a leggyorsabb gyógyulás lehetőségét adja meg.

A conservativ és sebészeti irány versengéséhez alkalmasabb betegség alig létezik, mint a méhnek *fibromyomái*. Mindkét iránynak megvannak az érvei.

A betegség maga jóindulatú, azaz directe nem okozza a szervezet pusztulását, sőt szabályképen állítható fel, hogy bizonyos kor (a climax) elérése után, további fejlődése megszűnik, sőt igen gyakran kisebbedésnek indul. Fennállása ideje alatt bőséges alkalmak van azonban a tumornak a szervezet életképességének indirect módon való aláásására. Legsúlyosabb tünetei a különböző nyomási zavarok, a kimerítő vérvesztés, a peritonitikus rohamok, a tumor elevesedése. A conservativ irány fölényét tehát az biztosítaná, ha sikerülne oly módszereket találni, melyekkel a különben jóindulatú álképletnek rosszindulatú szövődeményeit korlátok közé szoríthatnók. Ily eszközökkel a gynaekologia rendelkezett: nyugalom, forró öblítések,

hydrastis, ergotin, fürdőkúrák segélyével az esetek többségét kihúzhatjuk a climaxig, melyen túl a veszély meg szokott szűnni. E módszerekhez azonban a beteg részéről bizonyos jó mód és türelem szükséges, hogy az évek hosszú során át havonta 1—2 hetet ágyban töltsön, kellőleg ápolhassa magát; ezek felett azonban nem minden beteg rendelkezik.

Ez magyarázza meg a nagy érdeklődést, melylyel pár év előtt fogadta a gynaekologia Apostoli módszerét, a myomák villamos kezelését illetőleg. A módszer részletei annyira köztudomásúak, hogy mellőzöm őket.

(Folytatása következik.)

Neisser tanár kir. egyetemi bőrkórodájáról Boroszlóban.

A férfi húgycső kankójának kórismézése és gyógykezelése.

Marschalkó Tamás dr., lipiki fürdőorvos, jelenleg kórodai tanár-segédttől.

(Folytatás.)

Ezen vizsgálatok azonban csak magára annak a ténynek eldöntésére szorítkoznak, van-e urethritis posterior jelen vagy sem, a másik fontosabb kérdés az, hogy virulens-e, gonorrhoeikus-e ezen húgycsőlob vagy sem? Ezt csakis a górcsői vizsgálat és a gonococcusok jelenléte képes eldönteni. Jadassohn mutatta ki ugyanis, hogy igen sok esetben urethritis posteriornál gonococcusok vannak jelen, midőn az anterior váladékában már régen eltűntek, a minnek a gyógykezelésre nézve is nagy fontossága van, mert természetes, hogy ilyen esetben mindig fennforog az anterior reinfectiójának lehetősége a hátsó húgycsőből; továbbá azon még nagyobb fontossággal bíró tény, hogy megfordítva igen sokszor a mellső húgycső váladékában vannak gonococcusok, a hátsó húgycsőben pedig egyáltalában nem találunk még akkor sem, ha egyáltalában semmi kezelés sem ment előre, dacára annak, hogy mint a kiöblítés és két illetőleg egy pohár próba által meggyőződünk, a hátsó húgycsőnek határozott lobja, tehát meglehetősen elválasztás van jelen.

Ezen körülmény kétségtelenné teszi, hogy sokszor a hátsó húgycsőben egy nem specifikus, nem gonorrhoeikus lob van jelen, a mely a mellső húgycsőről terjed át. Hogy ezen dolgot miképpen magyarázzuk, még nem tudjuk biztosan, hogy erre analogia van, hogy pl. vegyi ingerekre fellépő bőrlöbök és ezemák a kártékony agens megszűnése után is tovább terjednek, azt tudjuk. Azonban ezen tény, hogy a húgycső mellső részében egy gonorrhoeikus gyuladás, míg ugyanakkor a hátsó húgycsőben egy nem specifikus nem virulens van jelen, bizonyítja, hogy a musculus compressor tényleg egy teljes válaszfalat képez a kettő között. Hogy urethritis posterior gonorrhoeica az infectio után rövid időre, már pár napra is, felléphet, az tény, nem valószínű azonban, hogy ez oly gyakran történik, mint némely szerző állítja; valószínű, hogy ez esetek egy nagy számában is csak egy nem gonorrhoeikus urethritis posterior volt jelen, s miután az illetők a váladékot górcsővel gonococcusokra nem vizsgálták, s a kórismét csak a „pohár próba“ segélyével állapították meg, a tévedés könnyen megtörténhetett.

Hogy egy ilyen nem gonorrhoeikus urethritis posterior gonorrhoeikus urethritisre változzék át, az épen nem szükséges, de természetesen minden perczen megtörténhetik, ha t. i. a gonococcusok a mellső húgycsőből a musculus compressoron keresztül átvándorolnak a hátsóba.

Bármiként álljon is a dolog, tény az, hogy a mellső húgycső kankója az esetek legnagyobb számában (Jadassohn szerint körülbelül 87%-ban), átterjed a hátsó húgycsőre is, és már ezen körülményből is kiviláglik, mily óriási fontossággal bír nemcsak a kórisme, de a gyógykezelés szempontjából is a hátsó húgycső váladékának górcsői vizsgálata gonococcusokra, mert — és ezt ismételt hangszóval — mi és különbséget vonunk és pedig nemcsak a kórisme, de a gyógykezelés szempontjából is a virulens gonococcusokat tartalmazó lob, és a nem virulens hurut között.

A górcsői készítményeket úgy csináljuk, hogy ha a vizeletben tömörebb, összeállóbb váladékrészek, „szálcák“ vannak jelen, akkor azokat a már leírt módon a tárgylemezen szétörzsoljuk; de ha csak „felhők“ vagy diffúz-zavarodás vannak jelen, akkor a vizeletet megütletjük, a mi a leggyorsabban megy, ha azt a centrifugális készülékbe teszszük, a hol az alakelemek pár másodperc alatt a fenékre gyülekeznek. Ezután a készítményeket az előbb említett módon festjük.

A mi a harmadik pontot illeti, hogy idült-e a kankó vagy sem, erre nézve igen röviden válaszolhatok, mert mi klinikailag a gyógykezelés szempontjából és különbséget a kettő között nem vonunk, legfeljebb csak annyiban, hogy ha idült kankóval állunk szemközt, azt kell eldönteni, vannak-e a nyákhártyán oly mélyebben fekvő elváltozások, a melyek esetleg külön kezelést igényelnek. Mi idültnek nevezzük a kankót, ha már legalább három hónapja áll fenn, ha a subjectiv tünetek majdnem teljesen hiányoznak, váladék alig van jelen, azonban gonococcusok még mindig jelen vannak. Hogy a heveny és idült alakok közt átmeneti stadiumok az ú. n. subacut alakok fordulhatnak elő, az természetes.

A mi a negyedik pontot illeti, a mire a kankó kórismézésénél tekintettel kell lenni, hogy t. i. van-e complicatio jelen vagy sincs, ezzel szintén csak röviden akarok foglalkozni, és csak annyiban, a mennyiben a szövődmények minket direct a kankó gyógykezelése szempontjából érdekelnek.

Tudjuk, hogy régebben azt hitték, hogy valamennyi complicatio vegyes infectio útján jö létre; ma már tudjuk, hogy ez nem áll, és hogy, habár a vegyes infectio kétségtelentül sokszor szerepet játszik, egy egész sereg complicatio tényleg maguk a gonococcusok által van feltételezve; ez szintén a Wertheim-féle munka érdeme, hogy ismereteinket ez irányban is kibővítette.

Azon complicatiók, a melyek a mellső húgycső kankójához társulnak, a balanitis, cowperitis, cavernitis, minket kevésbé érdekelnek, miután egy részük könnyebb megbetegedés, főképen azonban mert azok a mi gyógykezelési módszerünk mellett alig fordulnak elő; fontosabbak ennél azon szövődmények, a melyek csakis a hátsó húgycső kankójánál léphetnek fel, ezek a prostatitis, cystitis, különösen pedig az epididymitis. Mindezen bántalmak részletes tárgyalásába nem bocsátkozhatom, a mennyiben azonban ezek magának a kankóknak kezelésénél tekintetben jönnek, meg fogom alább említeni.

Ezek után áttérek a kankó gyógykezelésére.

A gyógykezelés főbb pontjai az elmondottakból önként folynak. Az összes prophylactikus és therapeutikus szabályoknak alapját az képezi, hogy a gonococcus a gonorrhoea valódi vírusa, és a mit nem hangsúlyozhatok eléggé és elégszer, hogy mi a betegség minden stadiumában képesek vagyunk a váladék előbb említett górcsői vizsgálata által a kankó jelenlétét és kiterjedését egész biztossággal megállapítani. Miután tehát a kankó egy fertőző nyákhártya-megbetegedés, természetesen a kezelésnek is első sorban causalisnak kell lenni, és e szerint annak főfeladata lesz: 1. a kórokozó mikro-organismuszokat megsemmisíteni és 2. csak másodsorban a kankós folyamat által a nyákhártyán létrehozott kóros elváltozásokat megszüntetni.

Az első momentum úgy heveny mint idült kankónál a fő dolog; a második a nyákhártya mélyebb megbetegedései és a vele járó működési zavarok, csak hosszabb ideig tartó gonorrhoeánál, rendszeren csak az idült időszakban fordulnak elő; természetesen ilyenkor is előre kell menni a gonococcusok megsemmisítésének. Hogy pedig a kankó az első heveny időszakban, a midőn egyszerű lobos folyamattal s aránylag könnyen hozzáférhető gonococcusokkal van dolgunk, a legkönnyebben gyógyítható, az természetes; tudjuk, hogy a gonococcusok az infectio után igen gyorsan szaporodnak, ezen szaporodás pedig két irányban történik: előlről hátrafelé, és a felületről a mélybe; tehát a kezdeti stadium kezelése a legfontosabb, s épen legtöbbször ezen időszakban lesz a kezelés elhanyagolva vagy pedig hamis principiumok szerint kezelve.

Egy másik fontos elv tehát, a mely az elmondottakból következik, és a melyet Neisser iskolája már évek óta követ, s a mely azóta folyton tért hódít: a *kezelést lehetőleg korán, minél előbb megkezdeni*, hisz a gonorrhoea veszélye éppen abban rejlik, hogy a vírus, a gonococcus, és az általa okozott kórfolyamat nem marad meg az eredetileg inficiált nyákhártya helyen, hanem tovább terjed egyrészt a gyógykezelésre nézve sokkal nehezebben hozzáférhető és annak hasonlíthatatlanul jobban ellenálló hátsó húgycsőre s innen a különböző fontos szervek, hólyag-, mellékherére stb.; másrészt a nyákhártya mélyebb rétegeire, sőt a submucosára is, a midőn is beáll az idült kánkó veszélye, mert a vírus ezen nehezen vagy plane éppen nem hozzáférhető helyeken hónapokig, sőt évekig megmaradhat, a mi által egyrészt mélyebb, sokszor gyógyíthatatlan nyákhártya-megbetegedések léphetnek fel, másrészt pedig a gonorrhoeicus bántalom virulentiája bizonytalan hosszú ideig változatlanul fennálló és így csak az első stadiumban található a vírus egészen könnyen hozzáférhető helyen egyrészt a mellső húgycsőben, másrészt meg felületesen a hámsejtek közt, tehát minél előbb kezdjük a kezelést, annál könnyebb lesz azokat megölni, minél inkább halogatjuk, annál több időt engedünk nekik, hogy elszaporodjanak, annál könnyebben terjed át a kánkó a húgycső hátsó részére, annál könnyebben állanak elő a már említett, csakis a hátsó húgycső kankójánál felléphető complicatiók, melyek közül a legfontosabb az „azoospermia“ veszélye miatt kétségtelenül a mellékherének a lobja; s egyik főoka annak, hogy oly sok idült kánkóval találkozunk, kétségtelenül ebben fekszik.

A mi kezeléstünk tehát más szóval színtén abortív kezelés, csak hogy ez egészen más mint régibb és sok helyen még most is dívó abortív kezelés; míg ugyanis ennél csak a vírus megsemmisítése a főczél s ennél fogva igen erős odatok lesznek a húgycsőbe befecskendezve, addig reánk nézve az abortív kezelésnél két szempont irányadó; 1. az illető szer ugyan biztosan gonococcusölő legyen, biztosan és gyorsan semmisítse meg azokat; de 2. a nyákhártyára egyáltalán ne legyen erősen izgató vagy plane kártékony befolyással, de sőt tudva azt, hogy a lobos folyamat növekvése elősegíti a gonococcusok szaporodását: az illető szer ne csak ne legyen izgató hatással, de ha lehetséges magára a lobos folyamatra is csökkentőleg hasson; ebből következik mindjárt az is, hogy azon szemrehányás, a melylyel a mi abortív kezelésünket több oldalról illetik, hogy t. i. izgatólag hat és elősegíti a vírusnak hátra felé való transportálását, egyáltalában nem találó; hisz a gonococcusok maguk a lógerjesztők, ha azokat megsemmisítjük, megszűnik a lob is; miután pedig a húgycsőbe fecskendezett folyadék csakis megölt gonococcusokat visz magával, a vírusnak ez által való tovább vitele ki van zárva. A többi ú. n. abortív módszerrel szemben ezen szemrehányások egészen jogosultak, mert azok a nélkül, hogy biztos eredményt nyújtanának, a legnagyobb fokban veszélyeztetik a nyákhártya épségét; a mi pedig a régibb ú. n. korai kezelést illeti, természetesen, hogy ha közvetlen adstringens, de nem antibakterikus szerekekkel kezdjük a kezelést — mint erre később még visszatérek —, a lobos folyamat látszólag szűnik ugyan, de a gonococcusok egészen zavartalanul tovább szaporodnak, minek eredménye természetesen az állapot rosszabbodása és a kánkónak a húgycső hátsó részére való átterjedése leendő.

Es mi valóban a Neisser tanár kórodáján oly korán kezdjük a kezelést, a mint csak lehet, sőt minél súlyosabb és hevesebb az eset, annál inkább indikálva van az antiparasitaer kezelés megkezdése; hogy e mellett a subjectív tünetekre tekintettel vagyunk, és pl. néha az antibakterikus kezelés mellett egyidejűleg antiphlogistikus eljárást, adstringentiákat is alkalmazunk, hogy az elsőt folytatni lehessen, az magától értetlik. Az eredmény az, hogy azon felette kellemetlen, sokszor súlyos complicatiók, a melyek már a kezdeti stadiumban, tehát a mellső húgycső kankójánál, különösen az úgynevezett peracut, igen heveny eseteknél oly gyakran fordulnak elő: cavernitis, chorda képződés stb. majdnem soha sem fordulnak elő. Sokszor sikerül ezen kezelés által megakadályozni, hogy az oly kellemetlen és mindig súlyosabb complicatiók, a

melyek a hátsó húgycső kankójánál különben oly gyakran előfordulnak, fellépjenek; hogy pl. hólyaghurut és különösen a betegre nézve a legnagyobb fontosságú és a legveszélyesebb epididymitis a mi abortív és antibakterikus kezelésünk mellett sokkal ritkábban fordulnak elő, mint más kezelés mellett, azt számadatokkal lehet bebizonyítani.

(Folytatása következik.)

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

A sebészi beavatkozás kérdése bujakóros agybántalmak esetében.

(Válasz Korányi Sándor dr. úrnak az Orvosi Hetilap 17. számában megjelent közlésére.)

Farkas Jenő dr., műtőorvostól.

Nagy örömemre szolgált, hogy az Orvosi Hetilap t. szerkesztője a fentebbi cím alatt pár hét előtt beküldött soraimat a megjelenés előtt Korányi Sándor dr. úrral közölte s így azok az ő válaszával együtt láttak napvilágot. Ez a kérdés tisztázását — a mi a közlésnek egyedüli célja — siettetni. Ugyanezért remélem, hogy a tekintetes szerkesztőség az én soraimnak is legközelebb helyet ad.

Korányi Sándor dr. úrnak az Orvosi Hetilap 1893. évi 5. számában megjelent cikke, a 17. számban közölt „Válasz“-ban foglalt helyreigazítás után egész más megítélés alá esik, mint az előtt. Miután megtudtuk, hogy tollhiba volt a cikkben az, hogy „a szemek s később a fej balra térnek“, s szintűgy tollhiba a később előforduló megjegyzés, hogy „a roham alatt a szemek balra deviálnak“, s a szemek és a fej nem balra, hanem jobbra tértek ki, természetesen az én fejtegetéseimnek erre alapított része az esetre többé nem illik. De azok megírásának elég indoka az, hogy bár Korányi Sándor úrnak a Pflüger Archivban, a Centralblatt f. d. med. Wissenschaften s az Orvosi Hetilapban megjelent jeles cikkeit ismerem s őt a Jackson epilepsia kérdésében én is szakembernek tartom, megbocsátható módon nem jutott eszembe az a lehetőség — mint most Korányi Sándor úr válaszából meggyőződésem, az a tény —, hogy éppen a közlemény legfontosabb részeit zavarja meg az a szerencsétlenül következetesen ismételve becsúszó tollhiba.

Most már nem kételkedhetünk abban, hogy ha az eset műtetre kerül, a tünetek a műtő számára megadják az útmutatást, hogy a bántalmat az agyban hol keresse. De a kórisem nem tette kétségtelemé, hogy ott csakugyan van olyan elváltozás, a mi a sebészi beavatkozást indokoltá teszi. (Bergmann idézett szavai szerint „ein zu entfernendes Krankheitsprodukt.“) Agydaganat felvételére nem volt elég alap; az ellen szót a szemtükri vizsgálat is. A bántalom természeté, ha a sulcus occipitalis internusokban lévő megnagyobbodott nyirkmirigyekre nem fektetünk súlyt, s ha a kórtörténetben említett, a beteg „nyakán“ lévő megnagyobbodott nyirkmirigyek nem a tarkó alatti mirigyek voltak, egész talányos volt. S ezért vélem, hogy az eset megítélését nem tette könnyebbé, helyesebben mondva nehezítette a vizeletben lévő sok fehérnye, mert mint tudjuk, több észlelet a mellett szól, hogy féloldali görcsrohamok is lehetnek Bright-kórból származók. S így még ezt a lehetőséget is ki kellett zárni.

E kérdést csak a gyógykezelés eredménye tisztázta. Teljesen egyetérték Korányi Sándor úr első cikkének azon állításával, hogy az eset „az antisiphilitikus eljárás kiváló sikerénél fogva figyelemreméltó“, sőt irodalmi ismereteim hiányossága folytán meglepett, hogy a második cikkében azt írja, hogy az esetében elért eredmény „egyáltalán nem egyedül álló“.

Az első közlés bevezetésében Korányi dr. úr azt írta, hogy „az anyaghalmoz további szaporítása csak akkor lehet jogosult, ha a leírt eset vitás kérdések eldöntéséhez, vagy új szempontok felállításához szolgáltat adatokat“. Ebből, mint „Válasz“-ában írja, tetemesen következett az, hogy ő „ez eset alapján az agygyulladás esetében követendő eljárásra nézve általános értékű következtetést“ óhajtott volna levonni. Magam részéről azonban, még ha ezt Korányi dr. úr — kissé szokatlan kifejezéssel — a higgadt bírálatnál össze nem férőnek tartja is, tovább is azt hiszem, hogy ha olyan eset, a melyben az agysebészet jelenlegi tanai szerint műtétet látunk indokolva, műtét nélkül csak egy is gyógyulna, ez az illető tanok helyesebbé tételét tenné szükségessé.

Korányi Sándor úr válasza után fölöslegessé vált közleményemnek az a része is, a melyben Horsley tanának helyességét védtém. Ez azért volt indokolt, mert az első közlés azon sorait, hogy különösen az antisiphilitikus eljárás kiváló sikere az, a mely „ezen és a hasonló esetek közlését ma kívánatosabbá teszi mint valaha, mikor az agysebészet kétségtelenül nagy sikerei oda vezettek, hogy a sebészi beavatkozás indikációi egyesek által a syphilitikus agybántalmakra is ki lettek terjesztve“ úgy értelmeztem, hogy Korányi Sándor úr esete közlésével azok ellen akar síkra szállni, a kik a sebészi beavatkozást a syphilitikus agybántalmakra is kiterjesztik.

Annál nagyobb örömmel látom a második közlésében, a mint a sebészi beavatkozás mellett érvel, sőt a 6 heti higany-kezelést sem tartja minden esetben betartandónak.

Igy megegyezünk abban, a minek bebizonyítása volt közleményem fő célja, hogy megbízható diagnózis mellett eredetileg bujakóros eredetű bántalmak is lehetnek helyes sebészi beavatkozás tárgyai.

Talán megegyezünk abban is, hogy másként az agysebészettel való kísérletezés nem válik javára sem a betegnek, sem az orvosnak.

A Myrtilus pilulák és a diabetes.

Igen tisztelt szerkesztő úr! Olvasva Kétli tanár úr közleményét a myrtilusról mint a diabetes mellitus ellenszeréről: bátor vagyok tudomásul hozni egy általam észlelt esetet, mely annyiban lehet tanulságos, mert ez egy régóta észlelés alatt álló — az én kezelésem alatt 5 év óta — beteget illet, kinek baja nem is oly súlyos fokú, mint a Kétli tanár úré. Az eredmény itt is semmi.

A most 58 éves nőbeteg baja nyolcz-kilencz év előtt lett constatálva, s azóta folyton tartja a diabetikusoknál szokásos érendet, természetesen ily hosszú ideig lehetetlen folyton teljes szigorúsággal a hús mellett maradni, de évenként 4 hétig tartózkodik Karlsbadban, és itthen is két ízben 3—4 hétig karlsbadi vizet iszik, a mikor szigorúan tartja magát az előírt ételck és italokhoz. A többi idő alatt pedig teljesen mellőzi a cukrot, és a lehető minimalis mennyiségben fogyasztja a keményítő tartalmú ételeket. Ilyen életmód mellett a rendkívül elhízott nő csak lassan veszt súlyából, közérzete kisebb fokú fejfájások és gyengeség érzete által zavart, de azért meglehetősen jó. Vizelet napi mennyisége 2000—3000 közt, fajsúly 1028—1032, világos, alig sárgás, kissé zavaros, fehérnye nyomait tartalmazza. A cukor százalékos meghatározására készülékem nem lévén, kénytelen vagyok megelégedni a Karlsbadban több ízben megejtett vizsgálat eredményével, mely soha nem mutatott többet 2%-nál, de leszállt 0.6%-ra is.

Olvasva Weil ajánlatát, még 1892-ben alkalmazásba vettem betegemnél a Jasper-féle myrtilus pilulákat az előírt módon, még pedig — miután betegem igen jól tűrte — felemelkedve 15 szemig naponta és összesen elhasználva 400 darabot, tehát több mint négy hétig. A több ízben megejtett vizeletvizsgálat semmi tekintetben nem mutatott változást, sem mennyiség, sem fajsúly, sem a cukortartalom hozzávetőleges mennyisége tekintetében. A beteg étvágya, közérzete, erőbeli állapota maradt a régi úgy a myrtilus szedése alatt, mint annak elhagyása után.

Ha ez egy esetből szabad volna következtetnem, Kétli tanár úr által elért eredményhez még az tennem hozzá, hogy a myrtilus therapeutikus értéke — még könnyű alakoknál is — semmi.

Czegléd, 1893. május 1-én.

Gombos Lajos dr.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XV. rendes ülés 1893. április 29-dikén.)

Elnök: Réczey Imre; jegyző: Brück Miksa.

Elnök jelenti, hogy Lechner Károly, Szabó Dénes és Udránszky László dr. kolozsvári egyetemi tanárok köszönő iratot intéztek az elnökséghez az orvosegyesület levelező tagjaivá történt megválasztásukért, Lechner Károly egyúttal az egyesület alapító tagjainak sorába is lépett.

Jelenti továbbá, hogy Senger Ede dr., kit az orvosegyesület az országos magyar gazdasági egyesület mult évi július 18-dikán kelt felhívására folytán, hogy az ezen egyesület általa chicagói világkiállításra tervezett társas utazás rendező bizottságában képviseltesse magát, ezen bizottságba mint képviselőjét kiküldött, az e bizottság által kidolgozott úti programot és a tájékoztató közleményt beterveztette az orvos-egyesület számára.

Végre jelenti, hogy Ónodi Adolf dr. „Die Nasenhöhle und ihre Nebenhöhlen“ című művét beküldötte az egyesületi könyvtár számára.

A) Bemutatások.

1. Korányi Sándor dr. „Gangraena symmetrica“ egy esetét mutatta be. A bemutatott beteg a magában véve is ritka Raynod-féle betegség ritka érdekes példáját képviseli, a melyben a két kéz ujjja a kézközép jelentékeny részével együtt a szimmetrikus gangraena áldozatává lett. A betegség fejlődésére nézve beteg, ki foglalkozására nézve földműves, előadja, hogy f. év április 3-dikán a hideg kirázta és ezen időtől fogva harmadnapos váltóláza volt, a mely orvosának állítása szerint chininre elmaradt. Április 13-dikán állítása szerint újra borzongás érzete fogta el. Egyúttal kezei zsibbadás, majd heves fájdalmak kíséretében vörösdni, azután kékülni kezdtek. A megbetegedés harmadik napján kereste fel az egyetemi I. belkórodát, körülbelül azon állapotban, a melyben ma van. A különbség annyiban áll, hogy a kórodán való tartózkodásának első napjaiban fennállott rendkívül heves fájdalmak engedtek és a gangraeneszaló beszáradása azóta előbbrehaladt.

Kiemelendő még, hogy a beteg szíve a rendestől semmi eltérést nem mutat, a mely összetalálkozás Fränkel szerint gyakori volna. Éppen úgy kizárható syphilis, a melynek e betegség aetiológiájában többen tulajdonítanak szerepet. Vajjon a betegséget közvetlenül megelőző malaria nem áll-e azzal oki viszonyban, azt eldönteni nem lehet, de ez az eshetőség mindenesetre tekintetbe veendő, miután a Raynod-féle betegség eseteinek körelőzményeiben infectious betegségek elég gyakoriaknak látszanak. Rosenbaum az Eulenburg-féle Realencyklopaedia tavalyi pótkötetében a Raynod és a Morvan-féle betegség közti félreismerhetetlenség hasonlóságából kiindulva hasonló kórboneztani elváltozásokra gondol a két betegségnél. Ismeretes, hogy újabban a Morvan-féle betegség több esetében syringomyelia találtatott és Schlesinger a Neurologisches Centralblatt ez évi februári füzetében mint a syringomyeliának egyik megjelenési módját a Raynod-féle betegséget említi. Azért figyelemmel voltunk mindazon tünetekre, a melyekből esetleg betegünknek is syringomyeliára következtethetünk volna, azonban ilyeneket nem találtunk. Megemlítendő körülményt képez, hogy a beteg plexus brachiálisának idegtörzsei nyomásra fájdalmasak, a mi összhangzásban áll Wigglesworth és Afflick leleteivel, a kik a pheripherikus idegekben kimutatható elváltozásokat constatáltak.

Pertik Ottó. Hasonló esetet észlelt Strassburgban, és az idegek göröcsövi vizsgálatánál azt találta, hogy az idegrostokban Valler-féle degeneratio van jelen; az esetet később Goldschmidt közölte. Kérdéses, hogy a szimmetrikus gangraenánál felforgó degeneratiója az idegeknek nem-e felszálló; az említett esetben semmi sem mutatott arra, hogy a degeneratio felszálló vagyis secundaer természetű lett volna. A gerincz-agy vizsgálata kóros elváltozást nem mutatott ki.

Goldzieher Vilmos. A bemutatott esetben a betegség rázó hideg-gel kezdődött, mely ellen a beteg chinint kapott; kérde bemutatótól vajjon a chinin adagolása folytán keletkezett ischaemia nem okozhatta-e a gangraena symmetricát oly módon, miként a chinin némely esetben nem is túlságos adagokban alkalmazva a retina teljes ischaemiáját és amaurosis okoz. Emlékszik egy úrra, kinél egy chinin adag után a retina ischaemiája lépett fel és a ki azután több napig teljesen vak volt, most pedig egy kevés látása van, úgy hogy az utcán egyedül járhat.

Korányi Sándor. A Goldzieher dr. által említett lehetőség természetesen biztosan ki nem zárható, de megjegyzi, hogy a beteg nem kapott túlságos mennyiségben chinint és hogy edénygörcsön alapuló ischaemia alig okozhatott rövid idő alatt ily nagyfokú elhalást, hanem itt valószínűleg a trophikus beidégzés valamely zavara is felforgott.

2. Baumgarten Egmont dr. „Empyema antri Highmori“ esetét mutatja be. A 46 éves férfibeteg mult év november hóban jelentkezett bemutató poliklinikai rendelésén azon panaszszal, hogy 2 év óta bűzös orrfolyásban szenved, mi mellett fejfájása, étvágytalansága és levertsége van jelen. A vizsgálatnál kitűnt, hogy a bal orrfél teljesen ép, ellenben a jobb orrfél nyákhártyája duzzadt és a középső orrjáratból minden vizsgálatnál bűzös geny ürült, a betegnek több cariosus foga volt. A kórismét cariosus fogakból kiindult empyema antri Highmori-ra tette; miután a cariosus fogakat kihúzta, az alveoluson át fűróval megnyitotta az antrum Highmorit, és fémcannulon át kifecskendezte. E kezelésre a beteg állapot javult, úgy hogy csak 3—4 naponként kellett a kifecskendést végezni, azonban f. év február végén ismét nagymérvű genyedés kezdődött és az orrfolyás igen bűzőssé vált, úgy hogy mélyebb beavatkozás szüksége merült fel. Cocainozás és a foghús lepraeparálása után az alveoluson volt nyílást 7—8 millimetryre tágitotta, azután a Highmor-üreget, miután aether-párákkal kiszárította, két ujjnyi szélességű jodoformgaze-csikokkal tömte ki, mihez körülbelül 3 m. ily csik kellett. A műtét után a bűzös orrfolyás megszűnt, a csikokat kezdetben 3 naponként, majd 6, most pedig 14 naponként változtatja; a jelenleg bennlévő csikokat 8 nap előtt helyezte be.

Ezt az eljárást, melyet Scheff és Chiari ajánlottak, idült empyema antri Highmori ellen mint igen czélszerűnek bizonyult kezelési módszert ajánlja.

3. Justus Jakab dr. „Ichtyosis“ esetét mutatta be. Az eset párja amannak, melyet ugyancsak kórházi osztályáról Schwimmer tanár ezeltől hosszabb idővel demonstrált e helyen, és mely utóbbinak jól sikerült, életnagyságú festményét összehasonlítás végett elhozta. Ezen esetek az ichtyosis neve alatt szereplő bőrelváltozások keretébe tartoznak és a bécsi iskola közelebbi meghatározása szerint az ichtyosis scutulata alakjához sorolandók. A bécsi iskola felosztásánál, mely i. scutulata, i. serpentina és i. histrix-et ismer, található a francia felosztás, mely tekintettel az alakok szoros összetartozandóságára enyhe, közép-súlyos és súlyos alakot külön-

böztet meg. Az ichthyosis mindig a gyermekkorban kezdődő, — a most bemutatott fiatal embernél a 6-dik életévben lépett fel — és az egész testre kiterjedő bőrbántalom, mely az egész életen át fennmarad. A kóros elváltozások mindig a végtagoknak feszítő oldalán vannak jobban kifejezve, a nagy ízületek hajlító felületének bőre teljesen mentes szokott maradni a bajtól. Az ichthyosissal a stratum corneum sejteinek lassabb leválása és a rétegnek ez által okozott megvastagodása forog fenn. E kóros állapot okát illetőleg eltérők a nézetek; szerepeltetik 1. az epidermis és a papillák hypertrophiáját; 2. a szarusejtek szorosabb tapadását a mirigyek terményeinek megváltozása folytán; 3. különös vegyi anyagok jelenlétét az epidermisben. Tény az, hogy az ichthyosissal a bőrnek helyi táplálkozási zavarával van dolgunk, de hogy e zavar miben áll, az még nincs felderítve.

B) Előadás.

Grósz Emil dr. „A szürke hályog megoperálásáról“ tartott előadást. A szürke hályog operálásának kérdése megérdemli az orvosok összességének érdeklődését, mert nem kevesebbről van szó, mint arról, hogy a teljesen vaknak visszaadjuk egész látóképeségét. Az igyekezet most is a régi, hogy mennél több operálás sikerüljön s mennél több tökéletes eredményt kapjunk, de a methodusra nézve sohasem volt olyan nagy a nézeteltérés, mint ma. Időszerű tehát a tárggyal foglalkozni. Ezúttal csak az öregkori szürke hályog extractiójáról szándékozok szólni. Mindenekelőtt ismerteti *Daviel* eljárását (1745), mely a *Beer* által tökéletesített alakban 1865-ig az extractióknak majdnem egyedüli módja volt, midőn azonban a *Graefe*-féle extractio egészen háttérbe szorította. *Graefe* halála után lépésről lépésre újra közeledtek a *Daviel* methodusához (*Wecker*), de az iridectomia nélkül való operálás csak az asepsis és cocain anaesthesia védelme alatt nyert számos híveket, úgy hogy midőn 1888-ban a heidelbergi szemészgyűlésen szóba került a cataracta extractio, mindhárom előadó: *Gayet*, *Schweyger* és *Knapp* a kerek pupillát kimélő eljárás hívének vallotta magát. Azért a combinált methodusnak is maradtak pártolói, sőt a legutolsó időben újra szaporodni látszanak. E mellett majdnem minden szemorvosnak megvan a maga módja, melyet legjobbnak tart. Meg egyezésnek nyoma sincs. A vita lényege a körül forog, végezzünk-e iridectomiát, vagy nem. Minden egyéb részlet, úgy mint a seb alakja, a tokrepedés milyensége, az elülső csarnok öblítésének szükségessége, az utókezelés szigorúsága csak azon múlik, hogy képezzünk-e az irisben colobomát vagy sem. Az egyszerű methodus, ha sikerül, a legideálisabb eredményt nyújtja. Csak hogy 3 veszélyt rejt magában, az iris szúrását, prolapsusát és a kéri részletek visszamaradását. Ezek közül az iris prolapsus az extractio simplex valószínűsége „bête noire“-ja, mint a hogy *Critchett* mondja. A külföld legelső operateurjei (*Knapp*, *Schweyger*, *Panas*, *Trousseau*) sem tudták előfordulását lényegesen csökkenteni (5—8%). Csak *Falerowski* mutat ki jobb %-ot. A hályogrészletek visszamaradása elkerülésére sokaknak a kiöblítés jó szolgálatot tett, de úgy látszik a haszon nem áll arányban az eljárás kényes voltával. A tokrepedés czéljából külföldön használt csipők egyike sem felel meg a czélnek.

A combinált methodusnak is megvannak a maga árnyoldalai. A műtét hosszadalmas, fájdalmas, az üvegest könnyebben prolapsálhat, vérzés lehetséges, mely elfedheti a tért. Az iris colobomája torzít és káprázást okoz. E kifogások egy részének azonban nincs nagy jelentősége. A mi a végeredményt illeti, mindkét methodus által kiváló sikereket értek el. Az egyszerű methodus hívei közül: *Panas*-nak 0.4%, *Knapp*-nak 1—2.4% vesztesége volt, *Hirschberg*-nek (200 eset) és *Trousseau*-nak (300 eset) egy sem. Combinált extractióval *Haab* 0.63%-ot, *Sattler* 1.5%-ot, *Riedel* 0.97%-ot, *Imre József* 2%-ot veszített, míg *Graefe* (445 eset) egyet sem. Ez adatokat előadó inkább tájékozás czéljából közli és nem megdöntetlen következtetések levonása czéljából, mert a siker igen sok tényezőn múlik.

Az egyetemi szemklinikán hosszú ideig kizárólagosan a *Graefe*-féle methodust gyakorolták. Az 1880—1890-ig terjedő 10 év statistikáját *Issekutz László* dr. állította össze. Az 1939 cataracta extractióra 1.5% veszteség esik, pedig az operálásokat nemcsak *Schulek V.* tanár végezte, hanem azokban 23-an osztoztak. Azt is számba kell venni, hogy az operálásokat nagy hallgatóság előtt és egy napon nagy számban végzik, mi az asepsis rovására esik. Az egyszerű

methodust 1890. márczius 11-dike óta végzik. Eleinte a *Wecker*-féle extractio lobularis peripherica simplexet gyakorolták, de a 288 egyfolytában végzett operálás eléggé meggyőzte arról, hogy a jól sikerült esetek nem kárpótolnak az iris prolapsusokért. Az 1891. évi május 16-dika óta *Schulek Vilmos* tanár methodusa szerint végzik az extractiókat és pedig eddigelé 300 esetben. Az eljárást *Schulek* tanár a m. tud. Akadémiában terjesztette elő s leírása a „Szemészet“ hasábjain található. A módszer értéke abban áll, hogy az iris prolapsusa és a hályogmaradékok, tehát az extractio simplex árnyoldalai ellen minden eddig ismert methodusnál eredményesebben küzd. A seb eléggé tátong arra, hogy a hályog az iris zúzása nélkül expulsálható legyen, de azért gyorsan és biztosan zárul. A tokrepedés csipővel nagy tokdarab húzható ki; a seblapat segítségével pedig a hályog-maradékok az iris sértése nélkül távolíthatók el. A seb oly jól zár, hogy astigmatismust nem okoz. De azért a combinált methodust sem szabad teljesen elejtenünk, mert ennek is megvannak a maga indiciói (glaukoma, synechia post. stb.), csak hogy ezek nagyon megfogytak. Végül röviden ismerteti az operatio előkészületeit, a módot, a hogyan az asepsisről gondoskodnak és az utókezelést, mely utóbbi lényegesen könnyebb a betegre *Schulek* methodusának gyakorlása óta; a betegek 2 napig fekszenek, és 10—12-énapra távoznak. Előadását a következő szavakkal fejezi be:

„Öt év előtt, mint a kezdet kezdetén álló fiatal orvos elementem külföldre, hogy a német és a francia szemklinikákat látogassam. Láttam mintaszerűen berendezett klinikákat, láttam nagy ügyességű operateuröket, kitűnő gyógyeredményeket, csak egyet nem találtam: ilyen szemézi iskolát. Ehhez az kell, hogy a klinika vezetője segédeinek, gyakornokainak olyan működési tért engedjen, mint a milyent *Schulek* tanár nekünk engedte!”

Vidor Zsigmond dr. felhívja a figyelmet az ambidextria begyakorolásának szükségességére a helyes operálás terén. Szóló azt hiszi, hogy a szemműtő azon perczen, mikor kést vesz a kezébe, a tudásból művészszerű alakul és mert ez így van, tagadhatatlan, hogy a szemműtő bal kezének is oly gyakoroltnak kell lenni, mint a jobb kezének. Mikor a *Daviel*-extractiót csinálták, féltek attól, hogy a szemet rögzítsék és így a lebenymetszés rendszeren lefelé történt, s mert a szem felfelé menekül bántalmaztatás esetén, ez könnyen ment. Később, midőn iridectomiával operáltak, törvény lett, hogy felfelé extraháljunk. A felfelé való extractio a legkényelmesebb eljárás, ha a fekvő beteg feje mögé áll az operateur, de ha a bal szemet kell operálni, és az operateur nem ambidexter, akkor a beteg előtt kell operálnia és így a beteg feje mögött való operálás kényelméről le kell mondania. *Graefe* nem volt ambidexter és directe kifejezte, hogy az ambidextria begyakorlására fordított időt az orvos jobban is felhasználhatja. Ezért szóló eredetileg nem gyakorolta be az ambidextriát, és kezdetben — véletlenül — nem is volt reá szüksége, míg egy cataracta traumatica után keletkezett fájdalomsságok megszüntetése végett a bal szemén extractiót végzett és az azelőtt gyakorlatlan bal kezével, mert félelem nem hatotta át a szem épsége miatt, ép olyan szépen csinálta az extractiót, mint a jobbal. A bal kezével azért tudott ilyen jól operálni, mert nevelésünk által szokásunkká vált metszéseket magunk felé vezetni, és csak ezen metszések jók, helyesek, megbízhatók, mert az erők adagolása ezeknél jobban hatalmunkban áll, mintha magunktól elmetszünk. Ezért felszólalásának czélja nem egyéb, mint hogy tekintve azt, hogy klinikánkon valóban iskola van, figyelmeztesse a jelenlegi assistenst, hogy az operálók bal kezének begyakorlására is súlyt fektessenek.

Csapodi István dr. felszólalásában tudomásul hozza, hogy *Schulek* tanár klinikáján megkövetelik az ambidextriát, azonban sohasem a fej mögül, hanem a beteg előtt annak jobb oldalán az úgy szélén ülve, bal szemet a jobb kézzel, jobb szemet a bal kézzel operálnak. A beidegzés olyan, hogy egyforma ügyességgel végzik az operálásokat jobb és bal kézzel. Kívánatos volna, hogy az ambidextriára már előzetesen bevolnánk gyakorolva: hogy ne lenne a közönségben az a bal hit elharapózva, hogy a bal, a „csunya“ kézzel a gyermeknek nem szabad tennie semmit. Hiszen az orthopaedek is állítják, hogy a test elferdüléseiben is része van a jobb kéz folytonos gyakorlásának.

Grósz Emil azt hiszi, hogy az, a ki az iris csipőt képes bevezetni a csarnokba, azt ott nyitni és az irist megfogni, annak még könnyebb a kést vezetni.

(Folytatása következik.)

Erdélyi muzeum-egylet.

(Orvostermészettudományi szakosztály ülése 1893. évi február 25-dikén.)

(Vége.)

5. **Kiss Ferencz dr. a fehérszeme mennyileges meghatározásáról** tartott kísérletekkel egybekötött előadást.

Az egyes fehérszeme mennyileges meghatározási módszereket oly szempontból vette vizsgálat alá, hogy egyrészt megállapítsa,

hogy melyik módszer vihető ki legkönnyebben, legrövidebb idő alatt, melyikhez szükséges aránylag legkevesebb s legolcsóbb eszköz és vegyszer s másrészt a fenti tulajdonsággal bíró módszerek közül melyik ad leginkább használható eredményt.

Összesen 19 módszert vizsgált meg, s körülbelül 80—90 vizelettel 1220 meghatározást végezett.

Mellőzve valamennyi módszernek elsorolását, csupán azon 4 módszert említi meg, a melyek a gyakorló orvosok előtt szóba jöhetnek, s ezek a következők: Brandberg, Zoth, Esbach és Christensen féle.

I. Brandberg-féle módszer. E módszerrel 30 vizeletet vizsgált, s a 30 vizeletnél kapott fehérnye mennyiség középértéke 4.18% , ugyanezeknél a Scherer-féle kicsapási módszerrel kapott középértéke 4.45% , tehát a diff. — 3.82% . Az egyes vizeletnél eszközölt egyes meghatározások között szintén ily csekély differencia van.

II. Zoth-féle urometrikus módszer. E módszer ismertetését már közölte az Erdélyi Muzeum-egylet Értesítője 1892. évi II-dik füzetében s ott kimutatta, hogy valamivel kevésbé pontos és kevésbé megbízható, mint az Esbach-féle albuminimeter.

III. Esbach-féle albuminimeter. Ezen eszközzel igen számos vizsgálatot végezett, 91 különböző vizelettel 580 meghatározást, s középértékül 4.1663% fehérnyét kapott, míg ugyanezeknél a Scherer-féle módszerrel 4.5507% , tehát a diff. százra vonatkoztatva 9.54% , a mi csekély, azonban ha nézzük egyrészt az egyes vizeletnél végzett meghatározásokból kapott középértéket, s ezt hasonlítjuk az ugyanezen vizeletnél a Scherer-féle eredményhez, akkor már sokkal kedvezőtlenebb eredményt találunk, a mennyiben néha 40, sőt 50% diff. t is kapott, azonban a legtöbb esetben mégis $0-20\%$ volt a különbség. Az Esbach-féle albuminimetert vizsgálta úgy az Esbach-, mint a Johnson-féle folyadékkal, továbbá vizsgálta a különböző savak hatását a csapadék mennyiségére nézve, s míg az Esbach és a Johnson-folyadékkal egyenlő eredményeket kapott, talán a Johnsonnal mégis valamivel inkább összevágó eredményeket, addig a savaknál a következő eredményt nyerte: legjobb az eczetsav s a citromsav, már kevésbé jó a kénsav, sósav, s legkevesbé a légenysav, melylyel állandóan kisebb eredményt s tömörebb csapadékot kapott. A mi a vizelet hígítását illeti, legcélszerűbb annyira hígítani, hogy $3-5\%$ fehérnyét tartalmazzon, természetesen ez csak bő fehérnyés vizeletnél jöhet szóba.

Végre a mi az ugyanazon vizeletnél talált eredmények egymáshoz való viszonyát illeti, az ingadozás itt is $40-50\%$ -ra felemelkedett, azonban mégis leggyakrabban $0-30\%$ között volt, s e tekintetben a légenysavval kapott leginkább összevágó eredményt.

IV. Christensen-féle albuminimeter. Ezen eszközzel 61 vizeletet vizsgált s összesen 190 meghatározást csinált, melyek 4.585% középértéket adnak, ugyanezeknél a Scherer szerint talált középérték 4.8337% , tehát diff. — 5.14% , tehát csekély; csekélyebb mint az Esbach-nál. Ha az egyes vizeleteknél kapott értéket hasonlítjuk össze, akkor is kedvezőbb eredményt kapunk, mint az Esbach-nál, mert pl. 61 vizeletnél az Esbach-chal 12-szer, míg Christensen-nel 8-szor kapott 30% -nál nagyobb differenciát. Végre ugyanazon vizeletnél kapott egyes eredmények között is kisebb az ingadozás a Christensen mint az Esbach-féle albuminimeter használatánál.

Az elmondottak alapján legelső sorban a Christensen-féle albuminimetert ajánlja a gyakorló orvosnak, melylyel igen gyorsan — 8—10 percz alatt — aránylag a legpontosabban s igen egyszerűen lehet a fehérnye mennyiségét meghatározni, mindenesetre hátránya azonban az, hogy egyfelől olyanok nem használhatják, kiknek szemük rossz, s másfelől, hogy a meghatározó akaratától nem annyira független, mint az Esbach.

Másodszorban az Esbach-féle albuminimetert ajánlja és pedig ha a vizelet lúgos, akkor eczetsavval való savítást; hogy az Esbach vagy a Johnson folyadékát használjuk-e, az alig okoz differenciát.

Harmadszorban a Zoth-féle urometert, mely pontosság tekintetében ugyan az Esbach mögött áll, azonban előnye, hogy fehérnye mellett még huyagnyt és cukrot is meg lehet vele határozni; végre a negyedik helyre a Brandberg-féle módszert teszi, melyhez már

több idő s nagyobb gyakorlat szükséges és e miatt a gyakorló orvos nem igen használhatja.

Még csak azt jegyzi meg, hogy az eredményt a Scherer-féle kicsapási módszerrel kapott eredményhez hasonlította, mint legpontosabb módszerhez.

Kolozsvár, 1893. márczius 16-dikán.

Benel dr., szakjegyző.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Lustig: Diagnostik der Bakterien des Wassers. Jena, 1893. Verlag von Gustav Fischer.

A víz a fertőző betegségek terjesztésénél nagy szerepet játszik és azért a vízben előforduló fertőző csirák ismerete nem csekély gyakorlati fontossággal bír. Nagy számmal találhatók azonban a vízben olyan bacteriumok is, melyek ugyan nem kórokozók, de ismeretük mégis fontos, egyrészt mert egyes fajok előfordulásából némi következtetést vonhatunk az illető víznek vegyi természetére és így használhatóságára is; másrészt azonban azért is, mert némelyikük nagyon hasonlítván egyik-másik pathogen bacteriumhoz, összetévesztésre szolgáltatathatnának alkalmat. Mindenesetre köszönettel kell tehát fogadnunk szerzőnek, a florenzi egyetemen a kórtan tanárának, munkáját, melyben a vízben eddig talált bacteriumokat — számszerint 181-et — kimerítően, könnyen áttekinthető alakban, a gyakorlati használhatóságot folyton szem előtt tartva ismerteti. Munkáját az emberre pathogen bacteriumok leírásával kezdi; különösen kiemelendő e szakaszban a typhus-bacillusoz hasonló, a vízben előforduló mikrobák beható ismertetése. Ezután az állatokra pathogen bacteriumokat írja le, végül pedig a nem kórokozó mikrobákkal foglalkozik, melyek között a pleomorph-alakoknak (beggiatoa, cladothrix) is helyet ad. A munkát, melyhez Baumgarten tanár irt előszót, mindenkinek, a ki a víz bacteriologiai vizsgálatával foglalkozik, bátran ajánlhatni mint olyant, a melynek adataiban teljesen megbízhatik és a melynek segélyével munkáját nagyon megkönnyítheti.

II. Lapszemle.

G y ó g y s z e r t a n.

A chloroform hatása a vesékre. (Rindskopf.) A szerző mintegy $\frac{3}{4}$ évig vizsgálta chemiailag és mikroskoppal mintegy 100 bódítva operálnak a vizeletét; a bódítások részben a hivatalos, részben a Pictet-féle chloroformmal lettek eszközölve, a mi azonban a vizsgálatok eredményén nem változtatott. A 100 eset között 31-ben biztos qualitativ elváltozások voltak találhatóak a vizeletben, vagyis minden 3-dik vizelet kórossá lesz a chloroformos bódítás által. E 31 esetben 6-szor fehérje, 6-szor fehérje és cylinderek, 19-szer csak az utóbbiak, 31-szer a leukocytáknak erős megszorodása, 19-szer pedig különböző epithel volt kimutatható. A fehérje és cylinderek mennyisége legnagyobb volt az első napon; a 3-dik napon rendszeren eltűntek. Kétségtelen, hogy a chloroformnak vázolt hatására a bódításnak tartama és a chloroform elhasznált mennyisége gyakorolja a leglényegesebb befolyást; ezért is a szerző nem ajánlhatja eléggé az egyenletes csepgetés alkalmazását, nemkülönben azt, hogy bódítás előtt mindig gondos vizsgálatot tegyünk vesebajok iránt és kerüljük el ugyanazon betegnek gyors egymásutánban való bódítását. (Münchener Mediz. Wochschr. márc. 7. 1893.) Kóssa.

Pikrinsav-mérgezés. Karplus dr. (Nothnagel klinikájáról) egy esetet ír le, melyben valaki öngyilkossági cézből 10 gm. kereskedésbeli pikrinsavat (spiritusban oldva) vett be, a mi körülbelül 6 gm. tiszta pikrinsavnak felel meg. A főbb symptomák: hányás, epigastriális nyomás, erős izzadás, muló collapsus, rövid ideig tartó anuria, dysuria és tenesmus voltak, végül icterus is. A teljes gyógyulás egy hónap mulva következett be. Érdekesen illusztrálja ez eset, hogy mily lassan ürül ki a szervezetből a pikrinsav. Míg a bevétel után csakhamar kimutatható a vizeletben, addig még a 17. napon is, mikor már az icterus is tökéletesen elmúlt, pikrinsav volt abban. Érdekes továbbá, hogy szemtükri vizsgálatkor a papilla bővérősége, retina-vérzés és muló üvegtestzavarodás lön

kimutatva. Gyógyító eljárásul gyomormosás, klysmák, hashajtók, savanyú italok és tojásfehérje lett nyújtva. (Münchener Mediz. Wechschr. 10. sz.)

Kóssa.

Az izületi és mirigy-tuberculosis és a rézphosphat. (E. Luton.)

A rézsók s nevezetesen a phosphorsavas réz úgy hat ezen bajokra, mint a Koch tuberculinja. A szerző a st. germaini gyermekkórház sebészi osztályán végezte kísérleteit befecskendések alakjában. (I. Natr. phosph. 5, aqu. glycer. 60 és II. Cupr. acet. 1, aqu. glycer. 40, e két oldat használat előtt összeöntetik és közvetlenül bőr alá fecskendés előtt fel lesz rázva.) Rendszeren 1 gm.-ot (1 Pravaz) fecskendezett a trochanter major mögé. A beszűrés helyén jelelkező pir és fájdalom csakhamar elmúlik, de a helyett az izületekben localis jelenségek mutatkoznak, általános symptomák által kísérve; így 1—2 napig tartó 39.5°-os láz, mely a baj súlyossága szerint magasabb és továbbtartó lehet. A beteg mirigyek és izületek megduzzadnak, fájdalmasok lesznek, de e jelenségek a láz csökkenésével ismét alábbhagynak; ha 14 nap mulva sem enged a fájdalom, akkor újabb befecskendés alkalmazandó. Rendszeren azonban már 4—5 nap mulva nem fájósak az izületek s ekkor a beteg felkelhet, activ és passiv mozgásokban gyakorolja magát. A legtöbb beteg gümös esipőizületi gyuladásban szenvedett, s gyógyultként volt elbocsátható. Recidivákról a szerző még nem számolhat be. (Fortschr. d. Medicin. 1893. Nr. 4.) Kóssa.

Szülészet és nőgyógyászat.

Haematocoele ovariectomia után ezimen ír Robson Mayo a Provinc. med. journ. 1892. júliusi számában. A haematocoele felépése ovariectomia után nem tartozik éppen a ritkaságok közé, Lawson-Tait 50 esetben észlelte ezt. Szerző esete azonban azért sorozható a legnagyobb ritkaságokhoz, mivel a *haematocoele a 9-dik napon lépett fel a műtét után*. E mellett lázas mozgalmak is voltak, de a subjectiv közérzet teljesen jó volt. A vérömleny felszívódása, miután az 10 napon át változatlanul fennállott, gyorsan ment végbe. (Cbl. für Gynaekologie, 1893. jan. 28.) —ch.

A chloroform-narcosis befolyásolását a rendes szülés menetére vizsgálta Dönhoff. Kísérleteinek — melyeket tokodynamometer segítségével eszközölt — végeredménye a következő: 1. A chloroform gyenge narcotizálás mellett is *hűdítőleg hat* az uterus összehúzódásaira. 2. Hosszabb ideig tartó narcosis mellett a *szülőfájdalmak száma folytonosan csökken*. 3. Könnyű narcosis mellett hosszabbak a szülőfájdalmak és hasonlóan hosszúak a pausák; mélyebb narcosisnál úgy a fájdalmak, mint a szünetek egyenlően gyengék. 4. Narcosis után azonnal erősebb lesz a szülési fájdalom, de a nyomási erő nem lesz oly nagy, mint volt narcosis előtt. 5. A hasprés működése már gyenge narcosis alatt is felfüggesztve lesz, de a narcosis megszűnt után ismét oly erővel működik. 6. Ha azonban a hasfalak összehúzódása igen erőteljes volt, úgy gyenge narcosisban tovább működik, de igen ritkán és kis mértékben. 7. Mély narcosisban a *legerősebben működött hasprés* is megáll. 8. A fájdalomszünetek mindjárt a narcosis kezdetén hosszabbak lesznek és pedig mintegy 3—4-szer oly hosszú tartamúak, mint voltak narcosis előtt. A fájdalmak száma 20—25%-ra száll alá narcosis alatt. 9. Narcosis alatt a rendes szülés lefolyásának ideje megnyúlik. (Cbl. f. Gynaekologie, Nr. 7. 1893.) R. L. dr.

Le Dentu. Az uterus adnexák gyuladásainak kezelése. Az eddig para- és perimetritis, oophoritis, exsudatum parametriticum név alatt ismert betegségeket ma mint a méhfüggelékek gyuladásait egységesebben fogjuk fel, odaértve mindig a méhgyuladással megbetegedéseit is. A kezelésre D. két tételt állít fel: a) az adnexák gyuladásainak kezelése legyen solidaris a beteg méh kezelésével; b) a súlyos operatív beavatkozásokat csak a makacs chronikus esetekre tartjuk fenn. Acut esetek kezelése legyen medicamentosus, jéggel, felszívó szerekekkel stb. s javulás esetén folytassuk ezt. Ha geny képződik, punctio vagy incisio ajánlatos. Chronikus alakoknál kezeljük a metritist forró hüvelyöblítésekkel, ásványos fürdőkkel; s ha az ily conservativ gyógyítás eredménytelen, akkor van helye operatiónak; milyenek: a méh tágitása laminariával és jodoformgaze-zel, miáltal néha a tubák geny tartalma is kitrül, továbbá a méh kikaparása, collum amputatio. Laparotomia és a méh teljes kiirtása az utolsó remedium. (Centralbl. f. Gyn. 1893. 3.)

Doktor dr.

Száj-, orr-, garat- és gégebajok.

Iudaganat ezimen ír le Page egy esetet, hol egy egyénnél két év lefolyása alatt tyúktójságnagságú, kemény, nem ulcerált daganat fejlődött az arcusok között. *Tracheotomiát* végzett s újjával eltávolította a tumort. Négy év folyt le az eset műtete óta, s recidiva nem fejlődött. *Górcsői* vizsgálatnál a dag *adenomának* bizonyult. (Monatsch. f. K. O. N. und Rachenkrankheiten. 12.) —ch.

Oesophagust és az aortát átfúró idegen testről tesz említést *Chencinaki* Betege egy éles csontdarabot nyelt le véletlenségből. Nemsokára *vérhányási rohamok* léptek fel, véres béltünetekkel kapcsolatban. Egy ily vérhányási roham alatt a beteg hirtelen összeesett és meghalt. *Bonczolatnál* a csontot megtalálták a trachea bifurcatiójánál s ennek megfelelő helyen 2 sebhely volt látható, *melynek egyike az aorta thoracica-ba szájadtott*. (Monatschrift f. Nasen- und Rachenkrankheiten. Nr. 12.) —ch dr.

Idegen test a larynxban 38 éven át ezimen ír *Ravenal* egy eset kapcsán. Egy 7 éves gyermek larynxába egy gombostű jutott, mely 38 év mulva egy erős köhögési roham alatt kilökött. *Gégetükrözésnél* a gége hátsó falán egymással szemközt 2 kis sebhely volt látható. Ezen kis sebekből s továbbá azon tünetekből, hogy 38 éven át a larynxtünetek folyton fennállottak — mellkasi tünetek azonban nem — szerző azon következtetést vonja le, hogy azon gombostű 38 éven át azon sebhelyeken feküdt s most onnan kilökött. (Monatsch. f. Nasen- und Rachenkrankheiten. Nr. 12.) —ch.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Ólomkólíka** öt esetében jó eredménnyel használta *Weil* az oleum olivarum-ot, melyből egy-egy pohárral itatott meg naponként. A baj 4—5 nap mulva szünt meg, de már az első nap után javulás mutatkozott. Ezen orvoslás mellett nem csupán az ólomkólíka szünt meg, hanem az ólommérgezés egyéb tünetei is (fájdalmak az izmokban és izületekben, bőrérzékletlenség, fejfájás, szédülés) javulást mutattak. (Le bulletin médical, 1893. 27. sz.)

2. **Gyomorfekély** esetében *Pope* a resorcintól látott jó eredményeket. Éhomra vétet be 30 centigrammot 30 gramm vízben feloldva. (Le bulletin médical, 1893. 27. sz.)

3. **Enuresis nocturna** ellen *White* a következő orvosságot ajánlja: Rp. Natrii benzoici, Natrii salicylici aa 1.0; Extr. belladonnae 0.5; Aquae cinnamomi 120.0. M. D. S. Naponként 4—5 kávékanálnyit. (Deutsche med. Wochenschrift, 1893. 15. sz.)

4. **Malaria** 18 esetében kísérleteket tett *Cervello* a phenocollum hydrochloricummal; 15 esetben gyorsan következett be gyógyulás, 3 esetben pedig nem volt eredmény. Ezen utóbbi esetekben azonban a chinin sem volt hatással, másrészt pedig — az első oly módon orvosolt esetek lévén — az adag sem volt elegendő nagy. Szerző 1—1½ grammot használ az említett szerből és ezt 2—3 adagra osztva véteti be két óránként oly módon, hogy az utolsó adag két órával a roham megjelenése előtt veendő be. (La bulletin médical, 1893. 26. sz.)

5. **Angina diphtheritica** esetében nagyon jó eredményeket ért el *Flaihant* petroleummal, melylyel 1—2 óránként ecsetelte a kóros részeket. Ezen orvoslásmód egyedüli kellemetlen oldala a rossz íz. (La médecine moderne. 1892. 21. sz.)

6. **Köptetőszer** gyanánt gyermekeknél nagyon ajánlja *Hunt* a kalium bichromicumot, a melyet főleg bronchitis capillaris esetében használ sikerrel; 3 milligrammos adagokban adja a szert tejjel keverve; a napi adag egy éves gyermek számára 15 milligramm. (Wiener med. Presse, 1893. 17. sz.)

7. **A brómsók mérgező hatását** illetőleg *Féré* összehasonlító állatkísérleteket végzett, melyek azon eredményre vezettek, hogy a strontiumsó ötszörte kevésbé mérgező, mint a leggyakrabban használt brómkalium és azért szerző a brómkalium helyett brómstrontium használatát ajánlja. (Deutsche med. Wochenschrift, 1893. 16. sz.)

8. **Osteomalacia gyógyítása.** Említettük volt, hogy *Petroni* az osteomalacia meggyógyulását castratio után úgy magyarázza, hogy az altatás céljából használt chloroform tulajdonképpen a gyógyító hatány, nem pedig a castratio. *Latsko* a bécsi orvosegyesületben újabban (április 21-dikén) előadást tartva az osteomalaciáról, egy esetet említ, melynél ¾ óráig tartó chloroform-narcosis után (operatio nélkül) épen olyan gyorsan javult a beteg állapota, mintha castratiót végeztek volna. (Wiener med. Presse, 1893. 17. sz.)

TÁR C Z A.

A budapesti kir. orvosegyesület és a trachoma-ügy.

A budapesti kir. orvosegyesület a trachoma-ügyben az alább következő felterjesztést intézte a belügyministeriumhoz. Az alaposan kidolgozott felterjesztésre a kiindulás pontját *Imre József* dr. ismerttetett előadása képezte; melynek alapján az egyesület tanulmányoztatta a kérdést és megállapodását abban e felterjesztés képezi:

Nagyméltóságú minister úr! Kegyelmes urunk!

Azon állandó és mély érdeklődés, melyet hazánk közegészségügyi állapota iránt a budapesti kir. orvosegyesület tagjaiban részint a kötelességérzet, részint a hazafias érzület tart ébren, arra készlet bennünket, mély tisztelettel alólirottakat, hogy a nevezett egyesület nevében és megbízásából kérelemmel forduljunk nagyméltóságodhoz, mint hazánk közegészségügyének legfőbb öréhez, egy súlyos veszteségeket okozó járványnak, a szemcsés kötőhártya-gyulladásnak, a *trachomának* ügyében.

Nagyméltóságú minister úr! Nem ismeretlenek előttünk azon nagy kiterjedésű intézkedések, melyeket a magas kormány a trachoma elterjedtségének felfedezése s az azt illető 1886. évi V. t.-cz. hozatala óta tett, ezért távol van tőlünk az a szándék, hogy azt, mi eddig történt, kicsinyeljük s a vezető jó szándékot és alaposságot, meg a szakértő munkát, mely abban kifejtetett, eltagadjuk. Az a homály, melybe a trachoma elterjedésére vonatkozó hivatalos és hiteles adatok burkolva vannak, még azt is lehetetlenné teszi, hogy egész bizonyossággal és alapossággal fontolhassuk meg, vajjon a trachoma mindig nagyobb elterjedéséről és az eddigi védekezés sikertelenségéről gyakran felmerülő értesítések a tényeknek megfelelnek-e? De épen azért és minél fontosabbnak tartjuk az ügyet s minél kevesebb tudomásunk lehet annak *hét éve*, a törvény megalkotása óta történt mozzanatairól, annál inkább kötelességünk figyelemben részesíteni minden oly előterjesztést és felszólalást, mely az ügygyel közvetlenül ismerős kartársaink részéről történik. Egy, folyó évi februárban, egyesületünkben e tárgyról tartott előadás s az azt követő alapos megvitatás pedig épen sürgős okul szolgál arra nézve, hogy az azon alkalommal a trachoma ügyében szükséges intézkedésekre vonatkozólag felmerült javaslatokat nagyméltóságod elé juttassuk.

Valamint minden más ragadós betegség ellen, mely nagy terjedelemben és hosszú időn át uralkodik, úgy a *trachoma* ellen is kétféle intézkedések szükségesek: egyfelől olyanok, melyek a továbbterjedést gátolják, tehát közegészségügyiék és rendőriek; másfelől olyanok, melyek a megbetegültek lehetőleg gyors és tökéletes meggyógyítását biztosítják, tehát ápolásbeli, gyógyításbeli teendők. Egyfelől nagyon fontos, hogy a nép, melynek körében a trachoma el van terjedve, tisztaságban, önvédelemben és a baj helyes felfogásában kellőleg felvilágosítva és vezetve legyen, mert hiszen a továbbterjedés, a magára hagyott trachoma majdnem határtalan hosszú tartamánál fogva, legkisebb hanyagság s kivált a most észlelhető indolentia miatt elkerülhetetlen, másfelől minden áldozatot megérdemel a már trachomába esettek gyógyíttatása, mert a baj a megvakulások eseteinek tetemes részét okozza. Azon szomorú tapasztalatok, melyeket idegen országokban tettek a lakosság trachomájával folytatott küzdelemben, oly országokban, melyek népe felvilágosodás és tisztaság tekintetében a mienknél előbb áll, azt mutatják, hogy e betegség semmiféle eszköz által sem irtható ki *hamar* és könnyen; és ha azt kutatjuk, hogy mi az *oka a védekezés és küzdelem e csekély sikerének*, kénytelenek vagyunk kijelenteni, hogy valamint a lakosság életéből az elterjedésnek kedvező mozzanatokat kiirtani (az életmódot és szokásokat megváltoztatni) nem lehet s a közegészségügyi és rendőri teendők nagy akadályokba ütköznek; hasonlóképen maga a *trachomás szemhaj orvoslása* is a legközelebbi időnkig oly lassú és gyenge sikerű volt, hogy a teljes meggyógyulásig csak ritka esetben volt folytatható. E miatt az ilyen betegek a kezelést megunták, félbeszakították, alóla magukat — ha csak lehetett — kivonták; az orvoslás iránt való bizalmatlanság nagyon elterjedt s így a trachomás betegek legnagyobb része szabadon adhatta át baját környezetének.

E szomorú helyzetben meggyőződésünk szerint semmi mástól nem várhatunk segédelmet, mint a *trachoma orvoslásának újabb időben sikeresebbé lett módjaitól*; felfogásunk szerint a trachoma ügyében az eljárás legfőbb része a gyógyítás, s a közintézkedések súlyát erre kellene irányozni. De ez ideig az összes intézkedésekből hiányzik ez a felfogás, sőt azon — véleményünk szerint téves — nézetből indultak azok ki, hogy a trachoma gyógyítása oly könnyű s általánosan ismert feladat, melyre minden orvos képes, vagy melyet pár heti betanítás után elsajátíthat. Ez a vélemény téves, tehát az általa sugallt intézkedések kielégítő hasznot nem hozhattak. Ma a trachoma kezelése változatosabb, sikeresebb, erélyesebb, inkább sebészi természetű eszközök által történik, tehát nagyobb válogatást, az egyéni állapothoz alkalmazkodást s ennél fogva nagyobb előkészületet és gyakorlatot, sőt több időt és gondot is követel az orvostól. Olyan gyógyításmód, mely minden esetben hasznos volna és minden orvos által végezhető: a trachoma ellen nincsen; ez okból a baj ellen *valódi* sikert csak *specialis készségű szemorvosok* mutathatnak fel. Ily valódi sikerek minél sürűbb és bizonyosabb felmutatása volna pedig az egyedüli eszköz arra, hogy a trachoma terjedését gátoljuk, a népet baja gyógyíttatására és a kapott tanácsok követésére, meg a hatósági intézkedéseknek engedelmeskedésre reá bírjuk. Ily módon, a hamar meggyógyult esetek nagy számának tanulsága által, lehetne a trachomás betegek legnagyobb részét rávenni, hogy baját az illető szakorvos által kijelölendő módon a szükséghez képest gyógyítani engedje, hogy az ezzel járó idővesztéséget, utazásokat, szeme gondozását stb. ne sajnálja, s végre, hogy baját *hamar* gyógyíttassa. Lassanként igen ritkákka válnának, az orvoslás iránti bizalom szilárdulásával, az elhanyagolt és alig gyógyítható esetek; megritkulnának s végre elmaradnának a megvakulások. Csak így, lassanként, feltűnő sikerű orvosi munka által lehet mindezt eszközölni; maga a *kényszerítés* erre nem lehet elegendő, sőt ellenkező hatást tesz.

A specialis előkészületű orvosok alkalmazását csak egy módon véljük beilleszthetőnek a trachoma-járvány ellen való eljárások rendszerébe: több kisebb, 20—30 ágyas *szemkórház* felállítása által. *Nem trachoma-kórházat*, hanem a magas fejlettségű orvosi szakmának, a szemészetnek minden feltűnő eredményével hódító, másféle szembajosokat is felvevő és gyógyító *szemkórházat* értünk, melyekre — mint általában sok, jól felszerelt kórházra — más okokból is szükség van. Minden kórház egy hódító és civilizáló eszköz, a közegészségügy érdekében minden egyéb eszköznél fontosabb, mert a közegészségügy nem javulhat oly országban semmi módon, hol a betegápolás ügye rosszul áll; de egy másik orvosi szak sem fejt ki oly szemmel látható jó hatást, egy sem kelt oly gyorsan bizodalmat a népben, mint a jól végzett szemorvoslás. Ezért vagyunk arról meggyőződve, hogy az általunk óhajtott szemkórházak rövid idő alatt az általános egészségügyi állapotra is jó hatással lennének.

Ily szemkórházakból sem igen sok nem lenne szükséges, sem igen sok költség belőlük az országra nem háramolna. Nem tudjuk egész biztossággal, mily nagy száma van most kezelés alatt a trachomásoknak. De ide vonatkozó adatok nélkül is meg vagyunk arról győződve, hogy a törvényhozás által a trachoma elleni eljárásra megszavazott összegből, minden újabb teher nélkül, felállíthatók lennének az általunk óhajtott szemkórházak. Egy ily szemkórház a legsúlyosabb bajban szenvedők közül legalább kétszázat vehetne fel évenként és mivel a kezelés újabb módjai nem kívánnak sok ideig való kórházban tartózkodást, kivált a frissebb esetekben, hanem *időszakonként* való megjelenés is (újabb kezelés végett, mely után a beteg ismét távozhatik) legtöbbször elegendő a baj sikeres gyógyítására: a szemkórház személyzete még azokon kívül rendszeres kezelés és ellenőrzés alatt tarthatna mintegy 1000—1200 vagy több trachomást, tehát nagy vidéknek tehetne eleget.

E szemkórházak két irányban tennének még a sikeresebb gyógyításon kívül is jó szolgálatot. *Először* felmentenék a községi és körorvosokat a sok helyen hivatalokkal járó és reájuk sok odiumot hárító trachoma-gyógyítástól, vagyis annak legnehezebb részétől, mert csak a *legkönnyebb* esetek maradnának ezek kezelése alatt; *másodszor*: egy szakember ellenőrzése alá juttatnák a trachomásokat, ki azok gyógyult vagy még nem gyógyult, ragadós

vagy nem ragadós állapotát, a legsikeresebb módját, az egyéni érdekekből adható könnyebbségeket (a kezelés halasztását, időpontját stb., a mi az illetők kiméltése végett igen fontos) megítélni, megszabni jól tudná. Ugyancsak e szemkórházak vezetői lennének azon helyzetben, hogy a környék orvosait a trachoma ismeretére és kezelésére oktassák, a hivatalos kérdésekre véleményeket adjanak, az időnként szükséges tömeges vizsgálatokat végezzék, az egyes községekben a szembajosokat a szükséges gyógyításmód szerint osztályozzák stb., tehát átvegyék és behatódobban teljesítsék azon feladatok tetemes részét, melyeket most egyetlen egy, a központban alkalmazott közegészségi felügyelő teljesítene, ha az fizikailag lehető volna. Mindezen szemkórházak és szemorvosok felett pedig a főfelügyeletet úgy adminisztratív, mint szakorvosi szempontból az illető közegészségi felügyelő gyakorolná, ki az egész szervezetnek mozgatója s vezetője lenne.

Hogy hány szemkórházat lehet felállítani az országos költségek szaporodása nélkül, azt a nagyméltóságú ministerium birtokában levő adatok alapján lehet megállapítani. Tájékoztatóul csak azt vagyunk bátrak megemlíteni, hogy egy 30 ágyas szemkórház fenntartását, mely évente mintegy 5000 frt költséget okoz, napi 70 krjával mintegy 7000, napi 60 krjával pedig mintegy 8300 ápolási nap biztosítja. Ha azután idővel e szemkórházak hatásaként a kórházilag ápolott trachomások száma s ezzel együtt a költségek összege is szaporodnék, ez csak örvendetes eredménynek lenne tekinthető, mert aránytalanul szaporodnék a meggyógyultak s vakságtól menekültek száma is.

Nagyméltóságú minister úr! Kegyelmes urunk! Számos okokkal támogathatnánk még a trachoma-járvány ügyében az ellene védekezés szempontjából nyilvánított óhajtásunkat és állami szemkórházak felállításának szükséges voltát. Kifejthetnénk, mily fontos és közhasznú dolog az orvosi külön szakok jobb művelésére és a lakosság között hasznosítására minden alkalmat felhasználni; elmondhatnánk, mint változik néhány évtized alatt áldássá és ország-szerte érzett haszonná azon intézkedés, melyet a fentebbiekben javasolni bátrak voltunk, s a melyet egy országos csapás veszedelmei követelnek; felemlíthetnénk, hogy a közegészségi érdekből oly nagy jelentőségű kisebb-nagyobb kórházaknak, a közlekedés fellendülése miatt ma már nem lehet sorsa az a pangás és korlátozottság, mely miatt nem egy hasonló intézet senyvedt és enyészett el régebbi időben. De nem tartjuk szükségesnek, hogy nagyméltóságodat ezek fejtegetésével terheljük, mert teljes bizalommal és megnyugvással várjuk nagyméltóságod államférfiúi belátásától, bővebb fejtegetések nélkül is, az általunk óhajtott és javasolt intézkedésnek megítélését.

Mely alázatos előterjesztésünk után hódoló tisztelettel vagyunk stb.

A budapesti kir. orvosegyesület igazgató választmányának 1893. április 29-dikén tartott üléséből.

Székács Béla dr., titkár.

Kélti Károly dr., elnök.

Heti szemle.

Budapest, 1893. május 4-dikén.

A drezdai cholera-congressus megállapodásai. Ausztria-Magyarország közös külügyi kormánya initiálta azt az egész Európát érdeklő egészségügyi conferentiát, a mely Drezdában tartotta ülésait és április 15-dikén záródott be. A programot is ez a kormány állapította meg. Ennek alapján *egyezmény jött létre* az értekezleten, a mely *kötelező* mindazokra az államokra, melyek elfogadták az egyezményben megállapított szabályzatot.

A conferentián képviselt tizenhét állam közül tíz állam fogadta el az egyezséget egyelőre öt évre: Ausztria-Magyarország, Németország, Olaszország, Franciaország, Oroszország, Svájc, Luxemburg, Belgium, Hollandia és Montenegró.

Anglia megelégedését fejezte ki a conferentia üdös határozatai felett, azonban fentartotta magának a lehetőséget, hogy még tovább menjen a forgalom eddig megállapított könnyítésében.

Spanyolország, Dánia, Svédország, Románia, Szerbia és Görögország elvben elismerőleg nyilatkoztak a conferentia határozatairól s *ad referendum* vették; az utóbbi három állam meg akarja várni, hogy milyen lesz ez ügyben Törökország magatartása. A török kormány

ugyanis nem akar hozzájárulni az egyezséghez, de alig lehet feltenni, hogy nem fogja tisztelni határozatai nagy részét.

Ez egyezség szerint az államok közösen fognak eljárni a cholera ellen és a járványról gyorsan fogják kölcsönösen értesíteni egymást. Megegyeztek továbbá mindama rendszabályokra nézve, melyeket mind a szárazföldi, mind a vízi és tengeri forgalomban életbe kell léptetni. Megállapították végre a Duna-Sulina-ágában fogantatandó egészségügyi rendszabályokat és ezek keresztülvitele módját.

Fontos a conferentia ama mozzanata, hogy Franciaország megújította az eredetileg Ausztria-Magyarország részéről tett indítványt, hogy oly intézkedések történjenek Közép-Ázsiában, melyek lehetőleg gátolják a rendszeren Indiából Perzsián át Európába jövő cholera terjedését. Ezt az indítványt általános tetszéssel fogadták; valószínű, hogy a Párisban tartandó külön egészségügyi conferentia leginkább ezzel az ügygyel fog foglalkozni.

A conferentia *nyolcz pontban* foglalta össze határozatait

Az első meghatározza a közlés módját, melylyel az államok értesítik egymást, ha valahol cholerafészkek létezését constatálták.

A második pont a fertőzött és járványmentes helyekről szól.

A harmadik a forgalom korlátozásáról szóló rész, a mely a többek között úgy intézkedik, hogy oly árúk, melyek öt nappal a járvány kitörése előtt hagytak el valamely területet, szabadon foroghatnak.

A negyedik pont megjelöli azokat a tárgyakat, melyeket mint gyanusakat ki lehet zárni a nemzetközi forgalomból.

Az ötödik szól a hasznos egészségügyi intézkedésekről, melyeket az államok határain lehet megtenni a cholera ellen. Az országos határzár (*quarantaine*) nem engedhető meg. Megengedhető a határon az orvosi revisio, az utasoknak ötnapi orvosi felügyelet alá való helyezése és szigorú rendszabályok alkalmazása a tömegesen érkező utasokkal szemben.

A hatodik rész azokról az egészségügyi rendszabályokról szól, melyekre nézve az egymással határos államok kölcsönös megegyezésre jutottak.

A hetedik a folyón való gőzhajózás egészségügyi őrizet alá vétését ajánlja, a német kormánynak egy rendelete szerint.

A nyolcadik pont végre a tengeri hajókon alkalmazandó egészségügyi rendszabályokról intézkedik.

Megjegyzendő, hogy a conferentián részt vett külföldi képviselők mind nagy elismeréssel szóltak Ausztria-Magyarországról, melynek iniciatívájára létesült a conferentia, s mely a tanácskozás programja előkészítésével is nagy érdemet szerzett.

Budapest fő- és székváros közegészségi állapota 1893. évi márczius hóban. A fő- és székváros közegészségi állapota a mult havihoz viszonyítva kevésbé volt kedvező, a mennyiben az általános halálozás valamivel emelkedett a tüdővész és tüdőgyümőkór eseteiben a heveny ragályos megbetegedések közül a kanyaró emelkedett (199—263). Élve született e hóban 1709, meghalt katonák nélkül s az útról jött s itt elhalt 70 egyén levonásával 1265; így a születési esetek 444-gyel múlták felül a halálozásokat. Márczius hóban a fő- és székváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 6556 fekvő és 6934 járó beteg; a kerületekben a ker. orvosok által 2260 részint fekvő, nagyjából járó beteg, összesen 15,750, azaz 752-vel több, mint a mult hóban. Ebmarás 3 esetben történt; veszett ebmarás nem fordult elő. Orvosrendőri boncolás végeztetett 45, orvostörvényszéki 11 esetben. Öngyilkosság 12 esetben fordult elő és pedig: lüvés 3, akasztás 4, mérgezés 4, egyéb módon 1. A Dunából 2 hulla fogatott ki. A lelenez és dajkaságba adott gyermekekre nézve: szaporodás e hóban volt 75, csökkenés 47. Beteg volt e hóban összesen 59, meggyógyult 38, gyógykezeltek 13, meghalt 8. A köztisztaság a kövezetlen és csatornázatlan utcákat kivéve kielégítő. A vízvezetéki víz tiszta, élvezhető volt, a közutak szintén kifogástalan vizet szolgáltatottak. Az állategészségügyre nézve kedvezőtlen körülmény gyanánt említendő fel, hogy az V., VII. és IX-dik kerület egyes istállóiban a ragadós tüdőlob esetei mutatkoztak. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Bernády Dániel, Fleischmann Armin Hugó, Glück Soma, Hán Pál, Mühlfusz Miksa, Raisz Aladár Ede Dániel, Szántó József, Steiner József, Wilhelm József orvosdoktorok és 2 szülésznb.*

Vegyések.

Budapest, 1893. május 5-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. április 16-tól április 22-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 359 gyermek, elhalt 269 személy, a születések tehát 90 esettel múlták felül a halálozásokat. Nevezetesebb

halálok voltak: croup 2, ronsoló toroklob 10, hökhurut 1, kanyaró 4, vörheny —, typhus abdominalis 1, gyermekági lúz 1, egyéb ragályos betegségek 4, agykérlob 15, agyvérömleny 5, rángások 11, szervi szív-baj 16, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörguhurut 71, tüdőgümő és sorvadás 56, bélhurut és béllob 5, carcinomata et neoplasmata alia 15, méhrák 2, Bright-kór és veseib 7, angolkór 2, görvélykor 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 10, aszkór, aszály és sorvadás 4, aggkór 10, erőszakos haláleset 2. A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2205 beteg, szaporodás 763, csökkenés 710, maradt e hét végén ápolás alatt 2258. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1893. április 23-tól április 30-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 10, himlőben 5, álhimlőben 5, báránymilőben 8, vörhenyben 29, kanyaróban 105 (meghalt 7), ronsoló toroklobban 50 (meghalt 10), torokgyikban 7 (meghalt 1), trachomában 21, hökhurutban 15 (meghalt 1), orbánczban 7 (meghalt 1), gyermekági lúzban 1.

○ Egyetemes orvosdoktorokká felavattattak: 1893. április 30-dikán: *Kreichel Arthur*, Merény (Szepesm.), f. a. Scheuthauer tnr.; *Schwarz Ede*, Eger (Hevesm.), f. a. Kovács tnr.; *Falcsik Dezső István*, Takta-Szadán (Zemplénm.), f. a. Fodor tnr.

— A budapesti VIII. nemzetközi egészségügyi congressus védnök-ségét ő Felsége — mint a *Kammermayer* polgármester vezetése alatt Haberhauer tanácsnok, Csátary Lajos dr., Fodor és Müller tanárokból álló küldöttség előtt kinyilatkoztatta — elfogadja.

△ *Schweiger Zsigmond* dr., 1872 óta fürdőorvos Franzensbadban, működését ottan május hó első napjaiban megkezdi.

— *r. Mangold Henrik* dr., királyi tanácsos, mint 1860 óta ez idén is, fürdőorvosi működését *Balaton-Füreden* május hó első napjaiban kezdi. „*Stefánia főhercegnő udvar*” című lakházában orvosok és családjaik különös kedvezményben részesülnek.

△ *Grünwald* dr. sanatoriuma nőbetegek számára április hó 23-dikán nyílt meg a városligeti fasor 15. sz. alatt.

— *Lakásváltoztatások.* *Ervöss Gyula* dr., egyet. magántanár, f. hó 1-étől kezdve IV. ker., Kecskeméti-utca 11. sz. a. lakik; *Bátori Dániel* dr. lakása pedig Kertész-utca 43. sz. a. van.

— *Egészségügyi Értesítő* cím alatt a belügyministerium hivatalos lapra körrendeletileg hirdet előfizetést. A lapban az egészségügyi osztály szerkesztése mellett a közegészségügyre vonatkozó összes rendeleteket, döntvényeket és elvi határozatokat stb. fogják közzé tenni. A lap kétszer fog megjelenni havonként. Előfizetési ára egy évre 2 frt. Felmerül a kérdés — eltekintve a törvényhatóságoknak különben is mindig keze ügyében levő hivatalos laptól —, nem-e helyesebb lett volna e rendeletek közlésére — a mennyiben azok az orvosokat és gyógyszerészeket illetik — a már meglevő orvosi és gyógyszerészeti szaklapokat venni igénybe, melyek bizonyára szívesen nyitottak volna tért azok számára, mint tették azt, a mennyire módjukban állott, eddig is. A hivatalos egészségügy separativus elválasztása a tudományos közegészségügytől felfogásunk szerint könnyen egyoldalú bürokratizmus-hoz vezet, a mit a közügy érdekében épen úgy perhorreskálnunk kell, mint az eddigi adminisztratív fejtelenséget. Medio tutissimus ibis!

△ *Megjelent. Preisz Kornél* dr.-tól: *Idegbetegségek balneotherapeutikus kezelése* különös tekintettel a hydrotherapiára; *Osváth Albert* dr.-tól: *Hogy óvakodjunk a tüdővésztlől?* a belügyminister megbízásából népies nyelven írott füzetecske, mely azon ezéljának, hogy a nép között e baj felől helyes fogalmakat terjeszszzen el, kitűnően megfelel; *Tauszk Ferencz* dr.: *Klinikai Diagnostika* 15. és 16. füzet (Sebészet és Szemészet), egy füzet ára 60 kr.; *A Pallas Nagy Lexikonának* 22. és 23-dik füzet (Augustus—Bádog), ára egy füzetnek 60 fillér.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és üllői-úti kórházban 1893. április 27-től egész május 3-ig ápolat betegekről.

1893.	Felvett			Elbocsátott			Meglalt			Maradt			Az ápolat körül			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülőnő	heveny fertőző	az üllői-úti kórházban
Ápr. 27	48	40	88	50	57	107	6	5	11	1092	950	2042	1034	28	71	909
" 28	36	31	67	50	25	75	6	2	8	1072	954	2026	1013	30	72	911
" 29	42	33	75	49	31	80	8	1	9	1057	955	2012	1003	31	71	907
" 30	37	38	75	69	56	125	6	4	10	1019	933	1952	982	29	57	884
Május 1	79	67	146	81	61	142	4	4	8	1013	935	1948	975	35	68	870
" 2	74	57	131	51	24	75	6	3	9	1030	965	1995	1006	32	67	890
" 3	68	34	102	47	38	82	4	1	5	1047	960	2007	1029	29	66	883

Szt.-Lukácsfürdő Budapest (Buda). Meleg és langyos kénos források. Téli és nyári gyógyhely. Az iszapfürdő, egy 840 □-méterre terjedő meleg forrás 45—60° C. Rheumatikus bajok, izületi csúz, izomcsúz, csontthártyalob, a legkülönbözőbb bőrbajok, syphilis és ischias, vérképződési bajok, anaemia, sápkór, neurasthenia, bizonyos bőrbetegségek és főleg idegbajoknál. A Szt.-Lukácsfürdő Nagy-Szállodában kényelmes lakások és kitűnő ellátás Fekvés keletnek, személyvonó (Lift), massage és villamos gyógykezelés. Kő- és kádfürdők, női és úri gőzfürdők. Rendelő főorvos: *Bosányi Béla* dr.

Vegy-, górcsovészeti és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUM
Budapesten, V. ker., Váczi-körút 60. sz. 17
Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajka-tej-, ex- és transsudatum valamint bacteriologus vizsgálatokkal.
Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanárségd.

Dr. Kadner Sanatoriuma, Niederlössnitz, Drezda mellett.

Különlegessége: **Étrendi gyógymód** gyomorbojoknál, 7 anyagsere-betegségek, elsődleges és másodlagos táplálkozási rendellenességek és mindennemű belbojoknál. Kényelmes ház, gyönyörű fekvés, olcsó árak, 2 orvos.

Védőjegy

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI 19 nyilvános

TEHÉNHIMLŐ - TERMELŐ INTÉZETE

Túrkevén (Jász-Nagykún-Szolnokmegye)

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatókonszágú oltó-anyagot, a következő rendkívül alacsony árakon szállít:

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

Osomagosított 20 kr.

Dr. Bácskay Béla

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

nyilvános tehénhimlő-termelő intézete Aradon.

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

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

Tömeges oltáshoz oltóanyagot

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

Bérmentes beküldéssel 30 krral több.
Saját találmányú oltóeszköz tömeges oltáshoz, melylyel egy óra alatt 100 egyén sikeresen oltható, 1 frt 25 krért. 10

Vízgyógyintézet

VÖSLAU-GAINFARN

a déli vasúttal egy órányira Béctől.

Egész évben nyitva.

Előrajzokat küld a tulajdonos és orvosi vezető

Dr. FRIEDMANN T.

Bécs, I. ker., Operngasse 16 és Vöslau-Gainfarn.

BÁRTFA GYÓGYFÜRDŐ.

Dr. Hintz Henrik,

bécsi kórházi volt I. oszt. másodorvos, fővárosi nő- és gyermekgyógyász

Budapesten, I. ker., úri-utca 10. szám

ez idén is mint már évek óta

tisztii fürdő-orvosként működik

BÁRTFA-FÜRDŐN.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az egyetemi kórszövettani intézetből.

A vese teratoid primaer carcinomájáról s annak viszonyáról a mellékvese (primaer) rákos elfajulásához.

Tauffer Emil szig. orvos, kórszövettani gyakornoktól.

(Folytatás.)

Weigert volt az első, kinek sikerült a carcinoma eredetét ébrényi időre visszavezetnie. Dolgozatában (Virchow Archivum 67. kötete 492. oldal) egy adenocarcinoma congenitum esetét tárgyalja, először fejti ki abbéli nézetét, hogy a vese primaer carcinomája az elsődleges tömör vesecsövecskék ébrényi maradványából fejlődik.

Miután meggyőző közleményével eddig egyedül áll, erre kissé bővebben kell kiterjeszkedni. Az eset egy halvaszületett gyermeket illet, ki halotti bizonyítvány kiállítására végett került a boroszlói kórbonezeti intézetbe. Bonezolásnál mindkét vesében szürkés fehér, élesen határolt góczok találtak, melyek a metszlepen tülemlkedve, göbös szerkezetet tüntettek fel. A góczok mindkét vesében azonosak voltak, csak a vesék dimenziója mutatott tetemes különbséget, a mennyiben a bal sokkal nagyobb volt, mint a jobb.

Gócsóvi vizsgálat alapján kiderült, hogy e góczok anyagát átlátszó sejtközötti állomány képezi, melyben sejtmagvakat nagy számban lehetett látni, de sejthatárokat nem. Ezen sejtmag tömegek az említett alapállománnyal helyenként csőszerű huzalokat képeztek, melyek azonban a lument nélkülözték. Feltűnő — a mi kísérő rajzain igen szépen látható —, hogy ezen sejtmag-tömegek közepette egész ép csövecskék, hártáival körülveve s helyenként magas cylindrikus hámmal bélelve, sőt glomerulusok is láthatók, míg más részletekben ezek is egészen eltűnnek s csak véredényeknek vékonyfalú, dús, a tumor leirt alapállományában mintegy izoláltan álló hálózata lép előtérbe. A tumortömegek erős kötőszöveti burkok által vannak határolva az ép veseszövet felé, mely azonban sok helyen s főleg a tumorok közelében diffus-vérzésektől átívódott. Helyenként azonban közvetlen összefüggése is látható a tumor szövetének a vese ép cortikális részeivel. A további vizsgálatnál kitűnt, hogy a látszólag ép veseszövet is a már leirt tumorszövet miliaris csomócskáitól van áthatva.

Ezen különös alakulatok magyarázatára álljanak itt Weigertnek saját szavai:

„Ha az ember felnőtnél minden átmenet nélkül találna egy halmazát azon tagolatlan sejtindividuumoknak, aligha gondolna epithelialis újképletre, s mégis kénytelenek vagyunk az egészet ilyennek nyilvánítani.

A burjánzó pseudoglomerulusokat s a tág, kissé magasabb hengerhámmal bélelt csatornákat, tétovázás nélkül epithelialis eredetűeknek kell nyilvánítanunk, de ha meggondoljuk, hogy a sokszor emlegetett sejttállományban határozott húgycsövecskéktől a diffus-sejttömegekig mindenféle átmenetet megtalálunk, kénytelenek leszünk azoknak is hasonló jellegét elismerni. A normalis keskeny húgycsövecskék csak dimenziójuk s lumenük által

ütnek el a szélesebb sejthuzaloktól s ezen huzalok ismét csak a sejttömeg alakjában térnek el a diffus sejthalmazoktól. S hogy vajjon ez utóbbiak egy tumor lebenykének csak egyes részeit képezik-e, mi mellett még más nyilvánvalóan epithelialis eredésű képletekkel érintkeznek, avagy egy egész lebenyt a rajta keresztülatoló véredények kivételével töltenek-e ki, az a lényegre közönbös. S bár akárhányszor tévutakra juthat az ember az „átmenetek“ megítélésénél, jelen esetben mégis jogosítva vagyunk a fenti következtetésre, mert megóv a tévedéstől a húgycsövecskéket s a sejthuzalokat kitöltő sejtek azonossága. Ezen sejttömegek epithelialis eredetére vall különben még az a körülmény is, hogy a kerek sejtmagok közepette hengersejtek tapadnak helyenként a falzatra, melyek azután lassanként mintegy gömbölyűekké elmosódva eredeti összetartozásra vallanak.

Hogy miként keletkeztek ezen rendetlen sejtburjánzások, azt legalább is gyaníthatjuk.

A húgycsövecskék alapját, mint tudjuk, tömör sejtesapok képezik, melyek a vesemedence csatornaszerű nyulványainak folytatásaként nőttek ezekből ki. (Toldt, Waldeyer és mások.) Ezen tömör hámsapok közönséges viszonyok közt lument nyerve, változnak át a rendes csatornácskáká. Ha azonban ürtérképződés nélkül kezdenek ezen tömör sejttömegek burjánozni s növéstik is a rendes hossziránytól eltérőleg szélességben is megindul, akkor a tumor szövetében leirt tagolatlan hámsajtömegek állnak elő. S a szerint, a mint egyik vagy másik csőrendszer-alapzat többé-kevésbé indul rendes irányú fejlődésnek, találkozunk oly tumor-lebenyekkel, melyek mind egyforma sejttömegekkel vannak megtömve, avagy olyanokkal, a melyekben még (többé-kevésbé szabályszerűen fejlődött) pseudo-glomerulusok stb. is láthatók. Nem lehetetlen, hogy a már jelölt, rendes növési irányú vesecsövecskéket a tumorban mutatkozó rendetlen kötőszövet-kötegek terelték hibás fejlődési irányba az által, hogy esetleg azoknak lefűződését okozták. Azonban semmi esetre sem történhetett ily lefűződés oly helyen, hol már elválasztó képességgel bíró parenchyma jelen volt, miután ez esetben tömlős ürtérképződésnek kellett volna beállania.

A sejtelemegek epithelialis jellege mellett szól azon éles határoltság is, mely a kész tumortömeg megtekintésénél a kötőszövet felé nyilvánul.

De mily alakját az epithelialis tumoroknak képezik azon sejttömegek? Daczára a lumen hiányának, a burjánzó pseudo-glomerulusok s talán még azon széles sejthuzalok is még mirigyes tömegeknek volnának felfoghatók. Ezen részletekre tehát mindenestre ráillenék az „adenoma“ elnevezés. De nem nevezhetjük így azon epithelialis tömegeket, midőn ezen sejtek a valódi húgycsövecskéket gyűrűszerűen s atypikuson burjánzózzák körül, midőn a csövecskék közti teret teljesen kitöltik, s midőn végül a nagy kötőszöveti ürkben egyedül vannak jelen s csak vékony edényhálózattól áthatva minden mirigyes szerkezetet, csőalakot vagy lument nélkülöznek. Ily atypikus hámburjánzásra csak a „carcinoma“ elnevezés illik. Az egész tumort tehát „adeno-carcinoma“-nak kell neveznünk.“

A primaer vese-carcinoma jellegzetes tulajdonságai gyanánt említi Weigert, hogy az igen sokszor épen gyermekeknél és pedig legtöbbször az első életévekben lép fel, míg más carcinomák jelentkezése főleg a haladottabb korba esik. Továbbá

Klebssel együtt azt is állítja, hogy a primaer vese-carcinoma ritkán képez metastasisokat s ezen nézetéhez casuistikai tanulmányozás alapján mi is kénytelenek vagyunk csatlakozni, dacára annak, hogy újabb időben több szerző metastasisok képződését miut rendeset iparkodik feltüntetni. Histologikus szempontból jellegzőnek tartja kötőszöveti alveolaris váz képződését, mely azonban igen hiányos is lehet s a carcinomatousus fészkeken átvonuló véredényeket kísérő kötőszövet által van egyes esetekben képviselve, továbbá az epithelialis sejthalmozatokban az egyes sejtek protoplasmikus contourjának eltűnését, minek következtében oly képet nyertünk, mint ha protoplasmátömegbe számos mag volna belehintve. Weigertnek e munkája tehát a Cohnheim theoria értelmében az embryonalis eredetet törekszik szövettani alapon kimutatni, de nem tagadja a Waldeyer és Perewerseeff által bebizonyított kész epithelből való fejlődést sem.

Nem terjeszkedhetünk ki bővebben Lépine, Sturm, Sabourin, Cattani és Sharkeynek időközben megjelent műveire, részben mivel azok a tárgy történeti fejlődésében kimagaslóbb phasist nem képeznek, hanem megállapodunk a mult évtizednek nevezetes terményénél, Grawitznak 1883-ban közlött dolgozatánál, mely a harmadik s legújabb fejezet a primaer vese-carcinoma kórszövettanában. Alapja s kiindulása a teratomák tana. Első közleménye csak annyiban áll kapcsolatban a primaer vese-carcinoma tanával, a mennyiben ki van benne mutatva, hogy nem rossz indulatú epithelialis újképletek rosszindulatúakká is válhatnak, ha hámszövetik atypikus burjánzásnak indul. Azonban második közleménye (Langenbeck Archivum), vesetumorok keletkezését tárgyalván mellékvese szövetből, nagyobb fontossággal bír themánkra.

Grawitz u. i. kimutatta (1883. Virchow Arch. 93. k. 39. l.), hogy számos esetben fordulnak elő helytelenül lipomáknak elnevezett daganatai a veséknek, melyek eredésükre nézve mellékvesebeli, s melyeket ő „*Strumae lipomatodes aberratae renis*”-nek nevezett el. Előfordul ugyanis némelykor, hogy egyes kis mellékveseci csirok eltévednek a vesetok alá, sőt látszólag a vese szövetébe is, s kiindulásul szolgálnak később kifejlődő daganatoknak, melyekben azonban gócsövileg a mellékvesebeli eredetet határozottan ki lehet mutatni, a mennyiben a tumorokban megtalálható parenchym sejtek lényegesen különböznek a veseci csövek parenchym sejtjeitől s elrendeződésük is oly jellegzően vall mellékvesebeli eredetükre, hogy e theoria semmi kétséget sem szenvedhet.

Tudván azt, hogy a mellékvese is ép úgy parenchymatosus szerv, mint a vese maga, avagy más valamely mirigy, nem tagadhatjuk, hogy ha ily teratomszerű (heterotop) elforgásolása egyes részeinek előfordul, ezen részecskéknak megmarad mindazon tulajdonságuk, melylyel az anyaszerv bír.

Mint hogy pedig a mellékvese rákos elfajulásának önálló fellépése kétségbevonhatlan tény, úgy nem kételkedhetünk azon sem, hogy adott viszonyok közt eme eltévedt részecskék parenchymája önállóan rákos burjánzásnak eredve, kiinduló pontját képezi a vese látszólag elsődleges rákos elfajulásának. „Látszólag” mondjuk azért, mert lényegében ezen idegen mirigy részlet rákos elfajulása foroghat fenn a nélkül, hogy a vese saját szövege a rákos elfajulásban részt venne.

Ily esetben azonban nem tudom, teljes joggal nevezhetjük-e ezen rákos elfajulást a vesére nézve *elsődlegesnek*.

Ezen elvi kérdést egyelőre eldöntetlenül hagyva, a történeti átnézet teljessége kedvéért említsünk meg még végül néhányat az utolsó évtized ide vágó dolgozataiból.

Wiefel, ki két esettel szól Grawitz állítása mellett, Schütz E., Lissard, Ambrosius, de Paoli, Beneke s legújabban Horn voltak azok, kik érdemlegesebben s behatóbban foglalkoztak a primaer vese-carcinomával, főleg Grawitz elméletét tartva szem előtt; sok újat nem mondtak ugyan, de tökéletesítették eddigi ismereteinket.

A többiek, kik e themával ez idő alatt foglalkoztak, többnyire klinikai vagy operatív szempontból tárgyalják azt s így reájuk is hivatkozni e helyen nem lehet feladatunk.

A carcinoma tehát mint tudjuk epithelnek atypikus burjánzásából származó álképlet.

Macroscopice vagy mint tumor jelentkezhetik, vagy — mint pl. a bőr lapos epitheliomájánál — exulceratio alakjában.

Mindenesetre azonban csak oly helyen találhatunk *elsődleges* rákos megbetegedést, hol valódi hámszövetek akár physiologice, akár pathologice előfordulnak (Waldeyer). Ily physiologiai helyek a bőr, minden mirigy szerv, minő pl. a vese, máj, parotis, mellékvese, prostata, herék, az ovariumok, a gyomor, belek, emlőmirigyek stb. Mind e helyeken rendes viszonyok közt valódi hámnak jelenléte forogván fenn, ennek atypikus burjánzása ismeretlen okokból megindulhat.

Azonban a gócső és embryologia útján azon felfedezésre jutottunk (Cohnheim), hogy valódi hámszövet előfordulhat „*vitium primae formationis*” folytán oly helyeken is, s oly alakban, a milyenben s a hol rendes körülmények közt nem található. Ily kóros jelenléte a hámnak valamely helyen minden esetben fejlődési rendellenességen alapszik s a csírlevelek sejtjeinek egy vagy más helyen való hibás alakulása vagy lefűződése folytán keletkezik.

A csirok ekkép rendellenes helyre kerülve, további fejlődésük az által van feltételezve, hogy mily élettani sajátossággal bírtak azon sejtek, melyeknek sorából ezek eltévedtek. Így származnak azután a különböző teratomák, dermoidcysták teratoid seu heterotopikus jellegű tumorok, legyenek azok akár jó, akár rosszindulatú álképletek. Ez utóbbiakhoz sorozhatjuk azon vesetumorokat is, melyek eltévedt mellékvese csirokból fejlődnek. Grawitz az ily mellékvese csirokból fejlődött adenomákat, mivel bennük rendesen nagymennyiségű zsírtartalom, akár mint szabad zsírszövet, akár mint sejt-inclusio szokott előfordulni s ezért régebben lipomáknak irattak le, elnevezte „*strumae lipomatodes aberratae renis*”-nek. Azonban nemcsak ez fejlődhetik ily eltévedt csírből, hanem minden más természetű, jó vagy rossz indulatú daganat is, melyeket megkülönböztetéstül a vese saját szövegeiből fejlődő, de azokhoz hasonló természetű daganatoktól talán czélszerű lesz a vese *teratoid (heterotopikus) tumorainak* neveznünk. Ezen teratoid tumorai a veséknek tehát jellegükre azaz eredésükre nézve különböznek csak a vese saját szövegeiből fejlődöttéktől, míg természetük, azaz carcinomatousus, adenomatousus vagy sarcomatousus etc. voltak megegyező lehet.

Az említett daganatok természetének felismerése ritkán jár nehézséggel, de nem így jellegük azaz eredetük biztos meghatározása. És számos esetben csak mellékkörülményekből pl. a mellékvese hiányából következtethetünk arra, hogy azon tumor, mely a vese szövegeivel teljesen összenőttnek, mintegy benne foglaltnak látszik, nem ered annak saját szövegeiből, hanem a nélkülözött szervnek a vesétől való el nem különülése s kóros elfajulásából. Ily esetekben tehát nem lenne helytelen, ha pl. nem a vese *primaer* carcinomájáról, hanem a vese *teratoid* carcinomájáról vagy sarcomájáról etc. szólnánk.

Ellenben a vese primaer carcinomájáról jogosan szólunk, midőn annak a vese saját szövegeiből való kétségtelen eredése be van bizonyítva. Ilyen, hogy ha ki tudjuk mutatni, hogy az álképlet esetleg még ép húgyveseci csövek vagy glomerulusok (Sharkey) hámszövetével függ össze, vagy ha a folyamat annyira haladt, hogy rajta ép veserészletet ugyan meg nem különböztethetünk, de ilyet a tumorban legalább kimutathatunk. Helyzetünk mindenesetre a legnehezebb, ha erre sem vagyunk képesek; de kiségit például a bajból a mellékvesének jelenléte akár ad minimum comprimált, atrophikus alakban is. Ha ez sincs, úgy csak valószínűségi véleményt adhatunk a tumoralkotó sejtek többé-kevésbé kifejezett karakterére támaszkodva. Ha a tumorsejtekben zsírcseppeket látunk, úgy valószínűbbnek tarthatjuk Grawitz állítása alapján a mellékvesebeli eredetet; ha elzsirosodást nem találunk, okvetlenül vesebeli eredetet vagyunk hajlandók elfogadni, annál is inkább, mert midőn a tumor a vesével kötőszövetileg egyesült mellékveséből fejlődik, ezen kötőszöveti tok ritkán töredek át, hanem a tumor önmagában növe, a vesét ellapítja, úgy hogy az vagy összennyomva találhatik meg a tumoron mint egy appendix, avagy szövege szétvongáltatván, a tumor körzetén a rostos tokon kívül mutatható ki.

(Folytatása következik.)

Függő kérdések a szülészet- és a nőgyógyászatban.

Bäcker József dr.-tól, tanársegéd Kézmárszky tnr. egyet. I. szül. és nőgyógy. kórodáján.

(Vége.)

Utazásom egyik legérdekesebb feladatának tartottam ezen eljárások tanulmányozását. Már Németországban utaztomban feltűnt, hogy a legtöbb kóroda mellőzi a módszert. A conservatív iskola veteránjánál, Schultze tanárnál, hat heti tartózkodásom alatt nem láttam egy kezelést sem, minden ezen idő alatt jelentkezett myomát laparotomia útján távolítottak el (szám szerint 2-t), annak daczára, hogy el vannak látva a Hirschmann-féle apparatussal. Kipróbálták, de eredményt nem láttak. Olshausen tanár berlini kórodáján ugyanígy. Itt már Winter docens azzal argumentált, hogy nem érnek rá az elektrikus kezelésre. Schauta tanár is megkísérelte, sikertelenül, a módszert. Chrobak, ki ambulantiáján rendszeren használja izzadmányok, endometritisek ellen, sohasem alkalmazza myomák eseteiben.

Ily körülmények között a legnagyobb érdeklődéssel néztem a párisi viszonyok elé. Az első, a mi feltűnt Párisban, a villamosítás a metropolisában, az, hogy bármerre fordultam, myomotomiát láttam minden sebészi kórodán, ott tartózkodásom első hetében szám szerint ötöt; s ezek közül kettőről tudtam meg, hogy előzőleg villamárammal kezelték specialisták. Nem tudom, volt-e jogom már ebből következtetést vonni, de úgy okoskodtam, hogy ha egy évek óta fennálló módszer (mely a reklámtól sem idegenkedett) gyógyulást ígér az élet veszélyeztetése nélkül, abban a városban a műtéti iránynak nagyon sarokba kell szorulnia; ellenkező esetben a conservatív irány nem felel meg a hozzá fűzött várakozásoknak.

Hogyha később, felkeresve a villamos kezelés gócpontjait, egy és más tekintetben változott is a felfogásom, de azért az eljárásnak odaadó híve még sem lettem.

Hogy a myomák kezelésére hathatós segédeszközünk van a villamáramban, annak számos példáját láttam Apostoli és Ollivier rendelésein. Igen súlyos tüneteket, vérzést és nagyfokú fájdalmakat láttam eltűnni, de maga a módszer még oly sok eltérést, rendszertelenséget mutat, hogy azt a benyomást kelti, miszerint még csak a kezdetek kezdetén van, sok és alapos észlelés szükséges a rendszer megállapítására. Nagyon rossz benyomást kelt, ha látja az ember, mint dicséri pl. Apostoli az állandó áram hatását myomákra, mint körvonaloza a galvanés faradikus áram indicióit, s ugyan ő, midőn egy electro mechanikus új gépet állít össze az alternáló állandó árammal, sutba dob minden elvet, s derűre-borúra ezzel az árammal kezel minden beteget, a ki csak hozzá fordul, és bárminő bajjal fordul is hozzá. A „bona fides“-t Apostolitól eltagadni nem lehet, de módszerének túlzásba menő híve panaceát lát benne. Az is hibája, hogy nem valami kitérő gynaekologus, s ezért értekezéseit nem úgy kell felfogni, hogy ő „myoma“ vérzéseit szüntette meg, hogy salpingitist, oophoritist gyógyított meg, hanem, hogy eljárásával tüneti eredményeket ér el, korlátoz vérzéseket, eloszlat fájdalmakat, nem tekintve, hogy minő betegségtől feltételezettek.

Eljárásából csak annyit jegyeznek ide, hogy átlag 60—80 MA áramot használ, erősebbet igen ritkán, 150 MA-nél erősebbet pedig 3 hónapi ott tartózkodásom alatt egyszer sem vett igénybe. Egyes esetekben, midőn a sondát nem lehetett a méh üregébe vezetni (collum-myomáknál) a galvanopuncturát is alkalmazta, de mivel a módszer narcosist igényel, ez igen lerontja mint conservatív beavatkozásnak értékét. Annyi tény, hogy ama 8 esetben, a hol ezen „operatiót“ végezte, hátrányos következménye nem volt, bár előnyeiről sem volt alkalmam meggyőződni. A tűt körülbelül $\frac{1}{2}$ cm.-re döfi a daganatba.

Apostoli rendeléseit igen sokan látogatják, de feljegyzésre méltó, hogy a legtöbb, a kire hivatkozni szokott, évek hosszú sora óta jár oda, s koronkénti megszakításokkal a legtöbbször 80—100, sőt több ülés is végeztetett már. Igen hangsúlyozza a kitartást, a folytonos kezelést. Volt alkalmam egy-két eset-

ben a rendkívül lelkiismeretesen vezetett kórtörténetekből a korábbi statusokról is értesülni, s ezek arra a meggyőződésre hoztak, hogy kisebbedés az említett esetekben nem következett be.

Ollivier csaknem kivétel nélkül a faradikus árammal kezel myomát és lobos bántalmakat; több esetben láttam eredményt.

Vannak ismét, kik állandó áramot használnak ugyan, de nem számítanak a polaris hatásra; egyik sarkot a keresztre, a másikat a hasra helyezik. Módszerüket ezek is dicsérik, állítólag heves vérzéseket is képesek megállítani.

Ismét mások (Donion) 5 perezén át működtetik az állandó áramot, azután 1—2-szer megszakítják.

Egy szóval a myomák electricus gyógykezelése ma még egy chaos, csupa kapkodás-tapogatózással találkozunk: hatásos volta sok esetben szembeszökő, de nincsenek még pontosan megállapítva a javalatok és ellenjavalatok, s hogy az egyes áramnemek milyen körülmények között veendő igénybe. Ez még a jövő feladata.

Hogy a conservatív módszernek mennyiféle eszköz áll még rendelkezésére és vár a kipróbálásra, felemlítendő az is, hogy Thure Brandt állítólag sikerrel kezeli a myomás vérzéseket is massage-val.

A jelen azonban még mindig az operatív irányé. A castratio jó hatását általában dicsérik, de azért rendszeresen igen kevesen alkalmazzák (főleg Hegar iskolája); a legtöbbször csak akkor végezik, ha műtét közben egy és más okból a daganat kiirtása igen nagy nehézségekbe ütközik.

A nélkül, hogy részletekbe bocsátkoznám (ezek a szakirodalomban úgyszólván elég méltánylásban részesülnek), csupán az általános benyomásokról óhajtok számot adni. Úgy látszik, hogy a csonk elstülyesztése teljesen háttérbe fogja szorítani az extraperitonealis módszert. Ma már talán Schauta az egyedüli neves gynaekologus a németek között (mert a francziák még általában ezen az állásponton vannak), ki rendszeresen kivarrja a hassebbe a csonkot. Eljárásában az a fontos, s ezt ő maga minden alkalommal hangsúlyozza, hogy a dag kigördítése után előbb ennelálja (a cavum uteri megnyitása nélkül) a dag főtömegét, azután kivarrja a hassebb alsó zugába, egyesíti a hassebet, s csak akkor amputálja a méhet, vagyis teljesen kizárja a canalis cervicalis felől jövő infectio lehetőségét.

A számos módszer közül (Fritschnél 13 myomotomiánál hatféle módszert láttam) felemlitem a következőket:

Fritsch előszeretettel alkalmazza azon módszerét, hogy a dag lementzése s a csonknak ék alakú kimetszése után utóbbit elstülyesztett és sero-serosus varratokkal úgy egyesíti, hogy intraperitonealis csonkkezeltére is alkalmas volna, de nem stülyeszt el, hanem ligatura nélkül kivarrja a hassebb alsó zugába. Azt éri el általa, hogy a canalis cervicalis útján támadó másodlagos infectiót kizárja (a mi az intraperitonealis csonkkezeltésnek egyik állandó veszedelme); és mivel a csonk ligatura nélkül van kivarrva, tehát ennek elhalása és ellökődése sem következik be, s ily módon, az extraperitonealis csonkkezeltésnek daczára, tetemesen megrövidül az utókezelés.

A Martin-Chrobak-féle totalis exstirpatiók mellett Chrobaknak újabb módszere, a retroperitonealis csonkkezeltés is igen előnyösen válik ki a többi módszer közül. Ő t. i. a dag elülső és hátulsó faláról egy-egy tenyérnyi peritonealis lebenyt praeparál le, s a dagot illetőleg a méhet közvetlenül a fornix vaginae felett levágja (úgy hogy csupán a portio infravaginalis marad vissza), a canalis cervicalist Paquélinnel kiegészíti, jodofórdochtot húz be, s e felett egyesíti a peritoneum két lebenyét, befedve velük még a széles szalagok visszamaradt csonkjait is. Tehát minden, a mi genyedhet, el van zárva a szabad bastüregtől, s drainálva van a vagina felé. A módszer azonban nem alkalmas minden esetre, különösen nem, ha előrement lobos folyamatok következtében a peritonealis lebeny le nem praeparálható; s ezenkívül collum-myomák esetében, midőn a medenczeszervek topographiája tetemesen megváltozott.

Ilyen retroperitonealis csonkkezeltést 2 ízben volt alkalmam látni Fritschnél is, ő azonban úgy végezte, hogy gummi-ligaturát sem véve igénybe, a méhnyak jobb oldaláról úgy haladt át balra, közvetlenül a hüvelyboltozat felett, hogy sekély

bemetszéseket végezett s az átvágott részeket elvarrta. Vérzés alig volt. E módszer azonban már csak virtuoznak való, ki a topographikus viszonyokkal minden körülmények között tisztában van. (E módszer emlékeztet a Zweifel-féle műtetre, melyet azonban legnagyobb sajnálatomra nem volt alkalmam látni. Ő t. i. részletekben (fortlaufende Partienligatur) úgy köti le a méh csomkját, a hogyan pl. a cysta-ét, s a lemetzés helyét befedti a peritoneum egyesítése által.)

A myomotomiákra vonatkozólag leghelyesebbnek ismertem meg Fritsch álláspontját, hogy t. i. egységes műtete a myomáknak nincsen, minden esetet individualizálni kell. Tizenhárom myomotomiát láttam tőle: hatféle módszerrel; valamennyi ú. n. könnyű műtét benyomását tette, s mindmegannyi simán gyógyult. Épen ezért, mert myomotomiánál a műtét menete előre meg nem állapítható, csupán a helyi viszonyok alapos megismerése után dönthető el, leginkább igényli a műtét inventióját, ezért a gynaeologikus operatiók között a legnebezebb.

Meglehetősen háttérbe szorultak azon módszerek, melyek az erre alkalmas tumorokat per vaginam távolítják el. A Péan-féle morcellement-ről csak annyit kell megjegyezni, hogy ugyanúgy, mint a kómorzsolás, sohasem lesz általánosan elfogadva, annyira igényli az ujjak legfinomabb tapintó érzését s a bravourral határos technikát. Péanban mindkettő megvan, csak a tisztaság iránti érzék hiányzik belőle.

A myomáknak a hüvely felőli kihámózását Chrobak tanár alkalmazza előszeretettel, főleg collum myomáknál. Két oldalt bemetszi a portio vaginalist, zárt ollóval végig hasítja a dagant tokját és erős Museux-vel megragadva azt, 1—2 újjal, esetleg félkézzel, behatol a tumor és tok közé, s tompán, esetleg ollócsapásokkal is segítve, meghasítja az összekötő részeket, s kihúzza a myomát. Végül összevarrja a portiót s tamponálja a myoma-gócz fészket. A műtét rendkívül fárasztó és narkosist igényel.

Évi jelentés

Batizfalvy Sámuel dr. a testegyenészet magántanárának orvos-sebészeti-testegyenészeti magángyógyintézete XXXIV-dik s az intézet önálló hidegvízgyógyászati osztályának V-dik évi működéséről.

Közlő: Trajtler István dr.

Az elmúlt XXXIV-dik évfolyamban (1892. év január 1-től 1892. év december 31-dikéig) 123 beteg (77 férfi, 46 nő) kezeltetett az intézet helyiségeiben, kik közül 1 az 1891-dik évről maradt az intézetben, 122 pedig az 1892-dik évben vétetett fel.

Az intézeti 123 beteg kezelése összesen 3654 ápolási napot vett igénybe. Ezek közül:

január	hóban	3 beteg	30 napon	át ápolatott
február	"	4	" 62	" " "
márczius	"	8	" 141	" " "
április	"	14	" 261	" " "
május	"	25	" 428	" " "
junius	"	32	" 468	" " "
julius	"	49	" 757	" " "
augusztus	"	45	" 699	" " "
szeptember	"	33	" 405	" " "
október	"	13	" 171	" " "
november	"	8	" 76	" " "
december	"	7	" 156	" " "

Megjegyzendő, hogy a betegek havi létszámában az előző hónapokban felvett, de további gyógykezelés alatt maradt betegek száma is bennfoglaltatik a megfelelő hónapban jelentkezett új betegekkel együtt.

A betegek korát tekintve volt:

11—15 éves = 3,	36—40 éves = 22,	61—65 éves = 2,
16—20 éves = 6,	41—45 éves = 13,	66—70 éves = 1,
21—25 éves = 13,	46—50 éves = 17,	71—75 éves = 1,
26—30 éves = 10,	51—55 éves = 7,	
31—35 éves = 22,	56—60 éves = 6,	

A tulajdonképeni betegeken kívül számos szülő, rokon és kíséző nyert rövidebb vagy hosszabb ideig ellátást a gyógyintézetben.

A betegek hazánk következő megyéiből valók voltak: 2 Abaúj-Torna, 1 Alsó-Fehér, 1 Arad, 6 Bács-Bodrog, 2 Baranya, 2 Bereg, 3 Békés, 2 Bihar, 1 Borsod, 2 Csanád, 1 Fehér, 3 Gömör-Kis-hont, 3 Heves, 1 Hont, 7 Kolozs, 2 Maros-Torda, 2 Nógrád, 1 Nyitra, 2 Pest-Pilis-Solt-Kiskún, 1 Pozsega, 1 Pozsony, 2 Sopron, 1 Szabolcs, 3 Szatmár, 5 Temes, 2 Tolna, 3 Torontál, 2 Vas, 2 Veszprém, 2 Zala, 2 Zemplén megyéből. Ezekon kívül volt 50 Budapestről, 1 Bécsből, 2 Romániából.

Az intézetben kezelt betegek a következő bajokban szenvedtek: aggkori butaság 1, aranyér 1, bordaközi idegzésába 1, bujakkór 2, búskomorság 3, csonthártyalob 1*, csúzos idegzésába 2, éjjeli magömlések 1, emlőrák 1*, fejtörés 2, gerinczagy-sorvadás 3, gerinczoldalgörnye 3, gümőkór 1, gümös hereleb 1*, gyomorhurut 1, hámdag 1*, hörghurut 1, húgycsökörötti tályog 1*, hűdéses butaság 4, ideges emésztészavar 2, ideggyengeség 35, idült székrekedés 2, irógörös 1, izomesúz 1, izületi lob 2, kóros magömlés 2, kövérség 1, méhburut 1*, méhszenv 23, méhszenves nehézkór 1, mellhártya-izzadmány 1, nehézkór 1, nemi tehetetlenség 2, rásztkór 3, szívelzsírosodás 1, tagbénulás 4, túlságos izzadás 2, ülő idegzésába 1, vérszegénység 4, vértódulás az agy felé 1, vit-táncz 1.

A csillaggal (*) jelölt kórosok, szám szerint 6, műtét által gyógyítottak.

A betegek közül gyógyultan és javulva távozott 108 (68 férfi, 40 nő), gyógyulatlanul 8 (5 férfi, 3 nő), meghalt 1 nő, további gyógykezelés alatt maradt 6 (4 férfi, 2 nő).

Az orvos-sebész ambulansokon kívül, a testegyenészeti osztályon hosszabb-rövidebb ideig bejárólag a következő esetek gyógykezeltek: csipő-izületi lob 3, csipő-izületi zsugor 2, dongaláb 2, gerincz-elögörnye 2, gerincz-oldalgörnye 7, gerinczpúp 4, lábtö-izületi lob 2, madármell 2, térdbehajlás 2, térdizületi zsugor 2.

Az intézet betegeit gyógyították: Bereczeller Imre, Böke Gyula, Dirner Gusztáv, Donáth Gyula, Dubay Miklós, Herczka Károly, Jendrássik Ernő, Kétli Károly, Korányi Frigyes, Laufenauer Károly, Moravcsik Ernő Emil, Ottava Ignác, Réczey Imre, Róna Sámuel, Stern Samu, Takács Endre, Tauffer Vilmos tudorok és tanárok, az intézet igazgató-tulajdonosa, valamint a vízgyógyászat vezető orvosa Trajtler István dr.

Fertőző betegségek, minő a hagymáz, himlő, vörheny, roncsoló toroklob, kanyaró, az intézetből kizárva, nemkülönben az örültek is.

A rendszeres vízgöygmód az intézeti tágas telek fenyves kertjében külön e célra emelt épület két nagy gyógyteremben a beteg bajához és egyéniségéhez mérten az intézeti szakorvos folytonos felügyelete mellett alkalmaztatik.

A gyógyterem a tudomány mai kívánalmainak megfelelőleg gazdagon fel vannak szerelve a szükséges gyógyeszközökkel s azok czélszerű berendezése a technikai kivitel tekintetében is kiállja a versenyt.

A vízgöygmód mellett az intézetben a villamosítás, massage, svéd gymnastika és a Charcot-féle felfüggesztő göygmód rendszeresen alkalmaztatik.

Testegyenészeti czélekből, a bennlakó betegen kívül, svéd-göygytestgyakorlatra bejáró gyermekek is elfogadtatnak.

Az intézeti épület, mely Weber Antal műépítész tervei nyomán határozott rendszerrel bíró olasz renaissance-stylben épült, szabad, magas téren, 12 méternyi (38') magasságban a Duna 0 pontja felett, árnyas park közepén fekszik. Van két udvara; árnyékos kertje 2988 négyszög méternyi területet foglal el. Szélirány a délkeleti és északnyugati közt váltakozik; a talaj homokos.

Csatornázás a házon belül agyagsövekekkel, a házon kívül a kerten át az utcai főcsatornába falazott. Városi vízvezetékkel van ellátva a kert és az egész épület, főző- és mosókonyhák, closetek.

Az újonnan kényelmesen bútorozott betegszobák tágasak és világosak s osztályzat szerint minden rangú igényeknek megfelelnek.

Az étkezés az egyéni esetekhez alkalmazkodva, részint a kórszobákban, részint az intézeti nagy ebédlőteremben a közös asztalnál történik.

A betegek szórakoztatásáról magyar, német és francia nyelvű könyvtár, zongora, az olvasó-terem asztalán fekvő szépirodalmi folyóiratok, napi lapok s különféle társasjátékok által van gondoskodva.

Az ápoló szolgálát a betegek számára mérten több-kevesebb személy által eszközöltetik és szükség esetén nappalira és éjjelire oszlik.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XV. rendes ülés 1893. április 29-dikén.)

(Vége.)

Tauffer Vilmos tanár: „Adatok a húgyvezérek és vesék sebészetének“ kérdéséhez. (Folytatás.)

Eseteinek második csoportját a *vesedaganatok* képezik. Ezeknek diagnózis, különösen a hydronephrosisé, kivált petefészek tömlővel szemben gyakran igen nehéz. *Le Jung Czerny* kórodájáról megjelent dissertációjában állítja, hogy az operatio alá került hydronephrosisek 40—50%-ban diagnosztikus tévedés alapján kerültek műtét alá. Véleménye szerint nem azon esetekben van veszély, a hol a differentialis diagnosist valamely oldalra eldönteni nem sikerült, hanem ott, hol a vesedaganat gondolata fel sem merült.

Esetei közül kettő volt, melyekben a differentialis diagnózis különböző okok folytán függőben maradt.

I. 39 éves, hajadon O. P. 12 éves korában már hasdaganata volt, mely miatt évek során át csapolva volt többször; időnként a csapolás után hosszabb ideig egészségesnek érezte magát. 1886-ban klinikájára jött két emberfejnyi daganattal, mely a medence bemenetig terjed lefelé, felfelé pedig a máj alá nyulik. Narcosisban a bal petefészék kitapintható, a jobb oldali nem s jobb oldalon lapos köteg lúzódik a méh sarkától a daganathoz. A diagnózis renalis és ovarialis daganat között ingadozik; műtét alkalmával extraperitonealis daganatot talált: punctióval 10 l. szalmasárga folyadékot bocsát ki s azután az összeesett falú tumort, melyet ekkor már határozottan renalisnak ismert fel, sikerült ágyából kiadni. Közben az art. renalis átszakadása folytán hatalmas vérzés önti el a terrenumot, melyet a fecskendő-ütőérnek a lefogásával sikerült megállapítani. A daganatot a tágult vesemedence, kelyhek, sőt a felső részletében erősen tágult urether alkotta. Az extraperitonealis sebűrt a peritonium összevarrása által kizárta a hasürből s a lumbal táj felé drainirozta. Kedvező befolyás. A vizelet már a második 24 órában 800 kcm., majd normalis mennyiségben és minőségben választott ki a benmaradt vese által. Érdekes ez esetben: 1. a hydronephrosis időleges volt, a csapolás által a feszülés szünetével átjárható lesz az urether, s hosszabb időn át vezetett, míg nem ismeretlen ok folytán újból elzáródott; 2. a csapolás sokszori ismétlése dacára is a hydronephrotikus zsák normal bennéki maradt; 3. egyik csapolás után tömlőbennéki juthatott a hasürbe, mely peritonitist okozva, összenövésekre vezetett s ezek miatt volt nehéz a differentialis diagnózis; 4. a régebben lejárt hashártyalob dacára a zsák kihámozható volt; 5. az ép vese régebben átvéve már az összes functiót, minden átmeneti nehézség nélkül felelt meg hivatásának.

Két év múlva látta a beteget *Korányi* tanár klinikáján; a meglevő bal vese kis fokú insufficientia bicuspidalis mellett is jól teljesítette a másik feladatát is.

II. hasonló esete: 35 éves O. P., kinek 7 év óta van daganata, utóbbi időben erősen nő, fájdalmakat okoz s a beteg lázas.

A medencéből kiemelkedő 2 emberfejnyi daganat található, mely benyulik a lumbal tájba; összefüggés a genitáliák és a daganat közt sem kimutatható, sem kizárni nem lehet. Észlelés alatt intermittáló lázak; a különben is gyenge beteg étvágytalan, folyton gyengül, vizelet normalis.

Laparotomia alkalmával subperitonealis daganatot talál, mely kétségtelenül renalis eredetű. Térnyerés czéljából pungálja, 6—7 liter genyes tartalmat ereszt ki, s miután az összenövés a környezettel nem volt erős, az egész zsákot kifejti. Az óriási peritonealis ürt a peritonium összevarrása által zárja ki a hasürből és nem is drainezi. Beteg már a műtét estéjén láztalan; zavartalanul gyógyul. Vizelet az első napon 550 kcm., fokozatosan haladva normalis mennyiségű lesz. A kiirtott daganat hydronephron, melyhez ismeretlen okból heveny genyedés járult, ennek létrejöttét előadó a hólyagból ascendáló valamely infectióból találja magyarázhatónak.

Megjegyzésre érdemes, prognózis szempontjából fontos, hogy hydro-pyonephrotikus zsák is transperitonealis operatio útján meglepő könnyűséggel fejthető ki, ha a környezettel előrement lob folytán nagyobb összenövések nincsenek.

Megjegyzésre méltó az is, hogy ily nagy daganat jelenléte dacára a veseszövet még $\frac{1}{2}$ —1 cm. vastag, functióra képes rétegben van jelen. Hasonló veseszövet nephrotomia esetén még igen hasznos szolgálatokat teljesíthet.

Ily esetekben a diagnosist csaknem lehetetlensége miatt gyakran szükségessé válhatik az explorativ laparotomia, a mely egyszersmind arra is szolgál, hogy a viszonyokat közvetlenül ismerve meg, mérlegelhessek, vajjon az ilyen daganatokat transperitonealis avagy lumbalis metszés útján távolítsuk-e el? Kétes esetekben, ha laparotomiát végezzünk, ez korántsem jelenti azt, hogy ez úton kell a műtétet végrehajtani.

Stiller tur.-ral észlelt egy vesedaganatot, s később operálta is, mely több tekintetben különös érdekességei volt. 34 éves I. P. 3 év óta beteg, gyorsan növekvő daganata van; vizelési inger kínozza s 6 hét óta lázas.

Diagnózis: genyes bennéki vesedaganat. Laparotomiát végez s a remesétől jobbra felnyitott hashártyán keresztül kísérli meg a kifejtést, a mi rendkívüli nehézséggel jár, közben a colon fala is megsérül. A daganat csapolásra bízós genyet ürít, s számos egymástól külön választott, genyet tartalmazó ürből áll. Nagy nehézséggel kifejti a vesedaganatot, mikor kitűnik, hogy mögötte retroperitonealis tályog van, melyet a lumbal táj felől drainiroz.

A bélsértést néhány finom selyembélvarrattal szokott módon látja el. A hosszú műtét, narcosis és vérvesztés által elgyengült beteg pulsus nélkül kerül az ágyba, s collapsus tünetei között rövid idő alatt meghalt. Kérdés, ha a vese mögötti tályogot is diagnosálhatta volna, s csak egyszerű lumbal-metszést végzett volna, nem-e sikerül a beteget gyógyítani? A csak részben megengedett boncolás fenhagyta azt a kételyt, vajjon ama tályog nem-e valamelyik csigolya carieséből származott-e s csak esetleges complicatio volt a polycystikus vesedaganattal?

Levonja a tanúságot, hogy oly esetekben, a hol a vese mögötti tályog lehetősége fenforog, a lumbal-metszés s nem a transperitonealis út választandó még akkor is, ha tájékoztató laparotomiával kezdetűk a műtétet.

Ekként járt el következő esetben: Egy 27 éves, többször szült nő 2 év óta érez jobb ágyéktájában fájdalmakat. Hat hó óta súlyosabb beteg, közben koraszülésen esett át, nagy fájdalmak vannak, vizelete zavaros, genyes. 1891-ben jön a klinikára, a hol a jobb hypocondriumban egy nagy daganatot találnak, mely felett belek vannak, a genitáliákkal össze nem függ. Beteg lázas, nagy fájdalmak gyöttrik. A differentialis diagnózis vesedaganat s esetleg retroperitonealis mirigyekből kiinduló daganat körül forgott. Explorativ laparotomiát végez, s miután meggyőződött arról, hogy a daganat a jobb oldali vándorveséből származik s számos összenövés rögzíti, genyes bennéki levén kilátás, eláll a transperitonealis kifejtéstől és lumbal-metszést végez, ez úton nyitja meg a vesetályogot s a kelyhek tágulása folytán létrejött egyes genyet tartalmazó üröket egymás után üríti ki, az ürt a veseszövet elég vastag rétegben vette körül. A tályogfalakat a sebnyílásba kivarrrva, az ürt drainezi. Műtét után kisebb temperatura-emelkedés néhányszor még jelentkezett, de egy gyengőcnek újabb megnyitása után az egyén teljesen láztalan lett, meghízott.

A nyári vacatio jöttével genyet és kevés vizeletet elválasztó sipolylyal bocsátotta haza a beteget. Kezelés végett ambulanter járt be. 26 hónap után constatálhatta, hogy a lumbal-metszés helyén 3 cm. mély sipoly van, mely vizeletet már egyáltalában nem vezet, s melynek begyógyulása már a legközelebb jövőben várható. A beteg meghízott, ép, egészséges, jelenleg V. hóban terhes.

Említésre méltó az eset előzményeire vonatkozólag, hogy súlyos megbetegedése terhesség alatt keletkezett, a mikor a vesedaganat fejlődött ki, mely a bekövetkezett koraszülés után és mint pyonephrosis maradt meg.

A terhesség alatt keletkező vesedaganatok igen nagy fontossággal bírnak, s ezidejűleg még kevésbé vannak tanulmányozva. *Dinner* dr., *Tausik* dr., *Hermann* dr. és *Korányi* tanárral együtt észlelt e körbe tartozó esetet. Az uterus bicornis jobb szarvában kifejlődött terhesség alatt az egyoldalú nyomás folytán comprimáltván a j. o. urether, hydro-pyonephrosis keletkezett, sőt utóbb nephritis parenchymatosa jelenségei léptek fel. A pyonephritis intermittáló jellegű volt. *Martin* hasonló esetben a terhesség alatt nephrotomiát végzett. Ez esetben mesterséges elvetélés oldotta meg

a kérdést, mi által megszűnő az urether nyomtatása, nyomtalanul eltűnt a daganat.

Az előbbi esetére visszatérve, a melynél nephrotomia után 26 hónapig várt, s ekkor ért el teljes gyógyulást, azon véleményét nyilvánítja, hogy a nephrotomia után fenmaradó sipoly esetén türelmesen várni kell, mielőtt elhatároznánk magunkat a többé-kevésbé molestáló sipoly miatt a vese teljes kiirtására. Hasonló értelemben nyilatkozott *Guyon* is.

Ehhez hasonló esetet észlelt *Ángyán* tnr. *Bokor* dr.-ral együtt. 36 éves nő 13 év óta tudja, hogy jobboldali vándorveséje van. Jelen nehéz megbetegedése felvétele előtt 2 hóval kezdődött; heves görcsrohamai voltak magas láz kíséretében; orvosai 3 ízben láttak emberfejnyi daganatot képződni a hypochondriumban, majd ismét eltűnni, a mikor egyszersmind bűzös genyes diarrhoea lépett fel. Előadó lázas állapotban nagy szenvedés közepett látja a beteg. A jobb hypochondriumban emberfejnyi daganattal. Kétségtelen diagnózis: genyes vesedaganat volt. A vizelet vizsgálata kóros elváltozást nem mutatott, miből azon jogos következtetés vonható le, hogy a baloldali vese ép, s a jobboldali urether nem járható át.

Czerny-féle lumbal-metszés útján nephrotomiát végez, a genyet kiirtja, s a zsák kimosása után a még elég vastag vesekérget tartalmazó zsákot kivarrja, drainezi. Beteg műtét után láztalan, a fájdalmak szűnnek. A vesezsák bő genyes vizeletet produkál. Az ür feltűnően hamar kibeddik, s hovatovább kevesebb vizelet ürül a lumbalis seben át.

A cystoscopikus vizsgálattal meggyőződött, hogy a jobb vese urethere is ürít vizeletet a hólyagba.

Conservative jár el, s az előbbi esethez hasonlóan kezeli a sipolyt. 3 1/2 hónappal a műtét után meghízva, egészségesen látja a beteget. A sipolyon át csak kevés vizelet ürül. A beteg a sipoly okozta kellemetlenségek miatt türelmetlen, s óhajta beteg veséjének mielőbbi kivételét. Előadó ennek indicatióját nem találván, ajánlja a sipolynak tovább kezelését, hogy így a szervezetnek megtarthassa a vesét is, hiszen az előbbi esetében is 26 hónapra következett be a teljes gyógyulás.

Azóta, mint sajnálattal értesül, a mit ő elkerülhetőnek vélt és vél, Bécsben nephrectomiát végeztek a betegnél.

A következő csoport a nephrolithiasis. Két ily esetet észlelt. Az első esetet egy 52 éves nőnél látta, kinél petefészek-daganat miatt laparotomiát végzett. A műtétet követő 15. napon subfebrilis állapot mellett hányás, heves hasbeli fájdalmak léptek fel, s a 19-dik napon a bal hypochondriumban ökölnyi daganatot lehetett felismerni, mely gyorsan növekedik, fluctuál. Pungálja két ízben is, és genyet bocsát ki, melyben hűgyany kimutatható nem volt; majd miután a punctiók a kívánt eredményt nem hozták meg, a hasfalon át megnyitja e daganatot, mely pyohydronephrosishoz bizonyult, s több borsó, egész mogyorónyi kő volt benne található. Az ür drainézése után a láz engedett ugyan, dacára ennek a második műtét után 10 nappal a beteg elhalt. A boncolásnál kiűnt, hogy a baloldali vesében még több concrementum fekszik, a jobboldali vesében pedig még az előbbinél is nagyobb, genyőcökkel körülvett kövek voltak találhatóak. E beteg esete tanulságul szolgálhat, hogy bármely csekély figyelmeztető jel esetén vizsgáljuk a veséket tapintás útján, ha már egyszer más okból a hasür megnyitott.

Második vesekövet operált betege férfi volt. 14—15 év óta folyton zavaros vizelete. Előkelő orvosok megfigyelése alatt már évek óta ismerve volt vesedaganata. Utóbbi időben folytonosan láz gyengíté, daganata tetemesen növekedett. Eledőzhatatlannak tűnt fel a műtét, melyet előadó *Czerny*-féle lumbal-metszéssel végzett, mintegy 2 liternyi bűzös genyet ürített ki, majd egy gyermekököl nagyságú követ távolított el. A vesezsákot kivarrva drainezte. Azóta a beteg láztalan, s lassan ugyan, de folyton javul, s most már fennt jár.

Nephrotomái közül egyet kivéve, kinél kétoldali vesekő volt jelen, a többi 3 felgyógyult.

A veseműtétek közül egy külön csoport a szervnek primaer tuberculosis. A diagnózis sok nehézségbe ütközik, de a diagnóstikát ilyenmü egyoldalú megbetegedés operatív úton való gyógyításának jogosultsága kétségbe nem vonható.

Egyetlen ilyen esetét az „Erzsébet-kórház”-ban észlelte volt, a hol kétségtelen volt az intermittáló pyonephrosis. Lumbal-metszés útján hatolt be, a rendes metszésnél sajtos tömegbe jutott, melynek

mélyéből mintegy 1 liternyi bűzös geny ürült, közben erős vérzés keletkezett, előhaladás közben a peritoneum is beszakadt; nem maradt más hátra, mint a vese nagy edényeinek lekötése, s ezzel együtt járó nephrectomia.

A vizelet-kiválasztás az első 24 órában alig 50—60 kcm. s igen véres. Másodnapon hőmérsék 38°, anuria s 48 óra múlva a műtét után a beteg elhalt. A műtét lefolyásában az intendált nephrotomia az erős vérzés által vált nephrectomiává. A halál-ok a collapsuson kívül a benmaradt vesének kezdődő lobja által okozott uraemiában rejlett.

A következő csoport a rosszindulatú vesedaganatok: két ily esete van, mely mindkettő lethalisan végződött. Az első egy 52 éves nő, kinél a diagnózis epehólyagdaganat, avagy a régi vándorveséből kiinduló daganat között ingadozott. Betegnek heves görcsei voltak 38·7° emelkedő lázakkal. Hasmetszésnél gyermekfejnyi retroperitonealis daganatot talál, mely a veséből indult ki, s mely a környezettel való összekapaszkodás folytán igen nagy nehézségekkel volt kihozható. 36 órával a műtét után rendkívüli nyugtalan-ság, aggodás, majd öntudatlanság után mors. A kiirtott daganat sarcoma volt, s a sectionál áttétek voltak találhatóak a tüdőben s a retroperitonealis mirigyekben.

A második eset 21 éves nő, a kinél emberfejnyi, a genitáliákkal össze nem függő daganatot talált a bal oldalon, mely megfigyelés alatt igen gyorsan növekedett. Vizeletvizsgálat állandóan negatív, a cystoscopikus vizsgálat mutatta, hogy a baloldali uretherből csak igen kevés vizelet ürül a hólyagba. Diagnózis: vesedaganat.

Laparotomia alkalmával óriási edényhálózattal bíró extraperitonealis daganatot talál, melynek kiirtása a lehető legnagyobb nehézségeket adta. Nagy vérzés kíséretében ássa ki a veséből kiindult solid daganatot. Beteg a műtét alatt már collabált s annak befejezte után 9 órával acut anaemia tünetei között meghalt.

A kiirtott daganat adenocarcinoma haemorrhagicum renis, mely a vesének alsó harmadából indult ki. Amaz felső kétharmadát pedig intact hagyta. A malignus vesedaganatok kiirtásánál előforduló nehézségek és veszélyek nem indíthatnak resignatióra ilyen esetekben sem, mert ha korábban és jobban fogunk operálni, nem egy életet sikerülend megmenteni, mely így a semmittevésben okvetlenül elveszett.

Hátra van még a vándorvese műtéti rögzítése. A vándorvese meglepően gyakori bántalom. Különböző észlelők különböző statisztikai adatokat nyertek. Lindner minden 5—6. nőnél talált vándorvesét; *Senator* csak minden 170-diknél. Ha gyakori is a vándorvese jelenléte, de véleménye szerint kevés az oly esetek száma, a melyekben az általa okozott nehézségek, kellemetlenségek miatt a vesének műtéti rögzítésére volna szükség.

Előadónak 3 ily esete volt. Ezek közül is csak egynél sikerült a vese műtéti rögzítését végeznie.

30 éves nő 3 év óta érez hasában mozgó daganatot, igen gyakran kínzó hányásinger lepi meg; felbőgőgéssel, étvágytalansággal és emészthetlenséggel; fájdalmi néha oly nagyok, hogy a beteg hideg verejtéktől borítva vergődik ágyában. Miután a hasra alkalmazott kötések, masszálás eredménytelen volt, előadó a vese műtéti rögzítését végzi. Lumbal-metszés után a vesét előre hozva, zsírtokját letolva, a vese hátsó felületéről lepraeparálja a kötőszöveti tokot, majd kellő feltolás után 3 silkwormgut-varrattal átölti a vese parenchymát s a fasciához, izomzathoz rögzíti.

A gyógyulás lefolyását zavarta az izomzat között fellépett abscessus. A vese erősen fixálva van és pedig oly magasan, hogy csak épen alsó polusa tapintható ki. Az elért eredmény még csak hetekre terjed ki, azért végleges eredményről még nem szólhat.

Végül azon kérdést veti fel: mennyiben tartozik a laparotomiával foglalkozó gynaecologusnak hatáskörébe a vese-szervezet; s erre nézve meggyőződése az, hogy a ki a hasür megnyitására vállalkozik, annak minden eshetőleges complicatióval tudnia kell számolni.

(XVI. rendes ülés 1893. május 6-dikán.)

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

Elnök az *Ivánchich*-alap szabályzatának 4. §-a értelmében felszólítja az orvosegyesület tagjait arra, hogy a segélyösszeg hovaforrására vonatkozó esetleges ajánlataikat 14 nap alatt írásban nyujtsák be az elnökségnek.

Ezután jelenti, hogy *Osváth Albert* dr. „Hogy óvakodjunk a tüdő-vészről“ című népszerű munkájának 50 példányát beküldötte az orvos-egyesület tagjai számára.

A) Bemutatók.

1. *Kuzmik Pál* dr. „*Thiersch-féle transzplantatio két gyógyult esetét*“ mutatja be. Az egyetemi II. sebészeti klinikán kezelt két beteget mutat be, kik közül az egyiknél kiterjedt phlegmone után, a másiknál egy műveleg eltávolított epithelioma után visszamaradt felhámhiányok *Thiersch* tnr. eljárása szerint lettek fedve.

A bemutatott esetek közül az egyik B. I. mult év augusztus 25-dikén vétetett fel a II. sebészeti kórodára egy akkoriban két hét óta fejlődött és az egész felkarjára elterjedő phlegmonosus lobb. Egész bal felső végtagja terimében erősen megnagyobbodott, hajlító felületét kivéve, mely felett a bőr a kéztő-izülettől kezdve a hónaljig gangraenosus volt, pirosan elszinesedett, beszűrődött, helyenként kimutatható fluctuációval. A beteg rendkívül elgyengült, hőmérséke 40.5°, pulsusa gyors, könnyen elnyomható.

E kórtünetek a mihamarabbi beavatkozást tették szükségessé, melynek nyomai még most is láthatók, s mely számos scarificatio és erélyes chlorzinkes desinfectióból állott. Műtét után nedves carbolkötést alkalmaztak; az erélyes beavatkozás sikere nem maradt el. A betegnek hőmérséklete pár óra mulva rendszeresen csökkent, a duzzanat alábbhagyott, s augusztus 29-dikén, a műtét utáni 4-dik napon a gangraenosus lágy részek leváltak.

Október 3-dikán végeztetett a transzplantatio narcosisban. A sebfelület fedésére szükségelt, számszerint 23 lebeny részt a bal femur, részint a jobb felkar bőréből vétetett. Valamennyi lebeny odatapadt, csak három félkrajczárnyi terület felett volt részleges elhalás, azonban e területek per secundam behámosodtak. Október 28-dikán a lebenyek teljes megerősödése után megkezdett a kar masszálása és passiv mozgatása.

A beteg a kórodát november 13-dikán hagyta el teljesen gyógyultan; karját szabadon használhatja és a transzplantált bőr a rendestől alig különbözik.

A másik beteg *F. L.* 38 éves férfi, állítólag 7 éves korában vette észre, hogy bal lábán egy pürsénés fejlődött, mely nemcsak hogy el nem mult, hanem mindinkább terjedt és fájdalmassá vált. Ez év márczius havában vétette fel magát a kórodára, midőn is a bal láb talpán egy férfitenyérnyi, élesen határolt terime nagyobbdás volt látható, mely felett a bőr el volt halva, felülete szürkés-sárga, bűzös lepedékekkel volt fedve és krátterszerű behúzódasokat mutatott. Hasonló terime-nagyobbdás volt gyermektenyérnyi mekkoraságban ugyanazon végtag sarkán és az Achilles-in alatt.

Márczius 16-dikán távolítottak el ezen epitheliomák és az alap thermocauterizáltatott. A bőr természetesen nem volt egyesíthető. A seb per secundam gyógyítottatott, s csak miután a sebfelület már egészséges sarjakkal telt meg, végeztetett a transzplantatio. A fedendő felület a talpon körkörös volt s 8 1/2 cm.-nyi átméretű volt, a sarki sebfelület átmérete 1 és 1/2 cm.-nyi volt. A talpi felület három, a sarki egy lebenyvel lett fedve. A hám a bal czomb külső felületéről lett véve. A lebenyek valamennyien betapadtak. Április 28-dika óta a beteg ezen végtagját is használhatja.

Jelen eset két szempontból figyelemre méltó; először is, mert ritkább helyen fejlődött az epithelioma, másodsor mert olyan helyre történt a transzplantatio, a hol a legellenállóbb bőrre van szükség.

2. *Kuzmik Pál* dr. „*Angioma ritkább esetét*“ mutatja be. A négy éves fiúnál születése után vettek észre bal pofáján egy körülbelül négykrajczárnyi kékesen elszinesedett terime-nagyobbdást, mely azóta folytonosan növekedett. Jelenleg a gyermeknél egy erősen kiemelkedő, kékesen elszinesedett elmosódott határu terime-nagyobbdás látható, mely a fültől kezdve egész a bal pofára és az egész orrhátra terjed, egyes tárgult venák a temporalis tájra, és az orrgyökből kiindulva a homlokra is terjednek. A terime-nagyobbdás nyomásra kisebbíthető, azonban rövid idő mulva ismét visszanyeri rendes nagyságát. Az orrgyök feletti tájra gyakorolt nyomás alkalmával az arccsontok pár milliméternyi diastasisa érezhető.

Az ajkak, orr- és száj nyákhártyája szabad; a légzés nincsgátolva.

A beteg csak két napja van megfigyelése alatt, az esetleges műtét után ismét be fogja mutatni. Az irodalomban ily esetek csak szórványosan vannak feljegyezve.

3. *Bókai János* tnr. „*Intubatio érdekes esetét*“ mutatja be. A Stefánia-gyermekkorházban eddig 400 esetben végeztetett laryngitis fibrinosa miatt *O'Dwyer-féle* intubatio, és 150 esetben gyógyulás következett be, de e nagyszámú esetek között is páratlanul áll az az eset, melyet most bemutat. A 2 1/2 éves gyermeket mult év november 22-dikén vették fel a kórházba diphtheritikus croup súlyos tüneteivel, a stenosis oly nagyfokú volt, hogy azonnal kellett végezni az *O'Dwyer-féle* intubatiót, a mely után a légzés szabaddá lett, és az intubatiót követő napokban a torok fel-tisztult, mindazonáltal a végleges extubatiót még két hét mulva sem végezhetette, mert valahányszor megkísérelte, a gyermeknél mindannyiszor légzési nehélyek léptek fel. Két héttel az első intubatio után a cartilago cricoidea táján perichondritis laryngea támadt, még pedig kétségtelenül a diphtheritikus folyamat és az intubatio folytán. A végleges extubatio sikertelensége és a perichondritis laryngea másodlagos tracheotomiát tettek indicálttá, melyet december 8-dikán végeztek is intubált állapotban; a tubus a légeső felmet-széséig benmaradt és mintegy itinerarium gyanánt szerepelt.

A tracheotomia után a perichondritis laryngea tünete lassanként visszafejlődtek, de a canule eltávolítását a gyermek csak percizekre tűrte, mert a gégeében heges stenosis fejlődött.

A stenosis tárgítása végett ismét intubatiohoz folyamodott; de a stenosis oly nagyfokú volt, hogy a szűkületen a legkisebb tubus-sal sem volt képes áthatolni. Már arra készítette elő a szülőket, hogy a gyermek esetleg mindig kénytelen lesz a canulet gégejében viselni, míg végre ismételt kísérletek után f. év április 15-dikén a legkisebb tubus bevezetése sikerült, később egy számmal nagyobbat vezetett be. Április 20-dikán a II. tubust is eltávolította és azóta a gyermek tubus nélkül légzik.

Ezen eset tehát demonstrálja, hogy két különböző műtéti eljárás, melyeket rivalizálva alkalmaznak egy és ugyanazon bántalom ellen, mint a tracheotomia és az intubatio, bizonyos esetekben úgyszólván kiegészíthetik egymást.

Egyszermind az eset kapcsán bemutatja az *O'Dwyer-féle* készüléknek *Beer* zürichi gyermekorvos által eszközölt módosítását. Míg az eredeti készüléknek a tubus mandrinja az intubator sondájára csavarral volt erősítendő, addig *Beer* módosítása szerint ezek egy darabot képeznek, a mi a tubusnak beállítását a középvonalban lényegesen megkönnyíti.

4. *Bácker József* dr. „*Hólyagrepedés esetét*“ mutatja be. A 28 éves nőbeteg, kitől e kórboneztani készítmény származik, a mult hó közepén jött az egyetemi I. szül. és nőgyógy. kórodára, hogy több év előtt, második szülése után támadt hólyaghüvelypolyát megoperáltassa. A fistula vesico-vaginalis hátsó fala igen heges volt, és a fistulát a symphysis magassága és a vagina szűk volta miatt nem lehetett jól beállítani. A műtétet mult hó 29-dikén chloroform-narcosis mellett végezte. A hüvely a *Bosmen-féle* tükörrel szabaddá tétetett, és szétfeszítése alkalmával a sipoly harántrés alakjában húzódtott el. A sipoly felfrissítése a szokásos úton történt, mire ezüst-varratokkal kolkokleiszt végzett. Műtét közben vérzés állott be a heges részből, de ez a varrás folytán megszűnt. Ez d. e. 1/2 11 órakor történt, d. u. 1 órakor a betegnél vizelési inger és nagy fájdalmak léptek fel és a beteg collabált. A beteg hólyagját a köldökmagasságig kítárgultnak találta, a hüvelyből pedig vér szivárgott. Hogy a vérzést megszüntesse, az egyesített fistulát a *Bosmen-féle* tükörrel szabaddá akarta tenni, de mielőtt ezt végezhetné volna, a beteg hasprését olyképen mint a szülésnél erősen megfeszítette, és a hólyagnak véres tartalmát oly erővel lökte ki, hogy a műtő-asztaltól 1 1/2 m.-nyi távolságban lévő ablakig minden tele lett vérrrel. Erre a beteg könnyebben érezte magát, és bemutató a hátsó sebzúgban körülöltést végeztetett, a húgycsövet a *Hegar-féle* dilatatorral a 12-es számig tárgította, majd vastag kateteren át a visszamaradt véralvadékokat eltávolította, és jeges vízzel irrigálta a hólyagot. A beteg még két ergotin-injectiót kapott. Három óránként katheterizálás végeztetett, mindannyiszor 30—100 grammnyi véres, meggyzsinű vizelet ürült. Másnap rohamosan fejlődött ki hashártyalob, és a beteg a következő reggelen meghalt.

A megejtett bonczolásnál kitűnt, hogy hólyagruptura történt a paravesicalis kötőszövetbe, mely phlegmone fejlődése által okozott hashártyalobot és halált. Bemutató a hólyagrepedést úgy magyarázza, hogy ez akkor keletkezhetett, midőn a beteg hasprését szerfelett igénybe véve, egyszerre kilökte a hólyag véres tartalmát; a repe-

dés létrejöttét elősegíthette a fistulának 6 évi fennállása és az a körülmény, hogy a hólyag zsugorodott volt. Guyon is ezt említi a hólyagöblítések tárgyalásánál, hogy a hólyagrepedések okozásánál legtöbbször a hólyag igen erős összehúzódása szerepel, nem pedig a hólyagnak túlságos kitágítása.

Tauffer Vilmos nem fogadhatja el a bemutató ezen feltevést, hanem azt hiszi, hogy a repedés a *Bosmen*-féle tükörrel való kitérés folytán jött létre. A szóban lévő esetben nagyfokú hegesezés volt jelen, mit bizonyít az is, hogy a bemutató nem a rendes fistula-műtétet, hanem kolpokleiszt végzett. A hármasszámú *Bosmen*-tükör oly nagy feszítést gyakorolt, hogy a hólyag megrepedt, mi annál is inkább volt lehetséges, mert a hólyagban bizonyára nemcsak a fistula helyén, hanem más részein is volt régebben necrosis, mely után hegek maradtak vissza.

Bücker József nem érthet egyet Tauffer tanárral, mert akkor a repedésnek a fistula közelében kellett volna támadnia, nem pedig a hólyag mellő felületén. Azt azonban ő is gondolja, hogy a *Bosmen*-tükörnek nagy szerepe lehetett a repedés előidézésében, a mennyiben a különben is nagyon kitágult hólyag a tükörrel való feszítést nem bírta ki, és midőn a hólyag hirtelen erősen összehúzódott, létrejött a repedés.

B) Napirend.

Herczel Manó dr. „A sinus transversus és vena jugularis interna thrombophlebitisének műtétét” mutatja be. Miután előadó a középfül és sziklaesont hosszas genyedésével szövődött életveszélyes folyamatok ellen irányított műtéti beavatkozások — a *trepanatiók* — jogosultságát kiemelte, áttér a *sinus transversus phlebitisének* szükséges műtét történetének rövid vázolására. Daczára hogy a *sinus phlebitis* gyakori szövődménye a fül genyedő folyamatainak és rendszerint a pyaemia folytán halállal végződik, mégis eddig műtéti beavatkozás elenyésző csekély számban összesen 9 esetben történt 5 gyógyulással. Legelőször Zaufal avatkozott be műtéti- leg 1884-ben, de mintán esete halálos kimenetelű volt, csak 4 évvel később talált követőre Arbutnoth Lane-ban, kit csakhamar követtek Salzer és Ballance. E sebészek egy része a *trepanatiót* a vena jugularis int. alakításával egyidejűleg végezte, míg más része a visszer alakítását feleslegesnek tartja.

Előadó ritka esetének rövid kórtörténete a következő:

R. Margit, 15 éves, gyenge, vérszegény, de különben egészséges leány, 3—4 év óta szenved fülszagatásban és fülfolysban. 1892. januárban jobb füle mögött diónyi duzzanat lépett fel, vele együtt erős fülfolys. A duzzanat felfakadt és nagymennyiségű geny ürítése után pár hét múlva begyógyult. 1892. áprilisban újra meggyült, bemetszetett és pár hétre újra begyógyult. 1892. karácsonyan folytonos $\frac{1}{2}$ óránkénti rázóhideggel járó magas 41° C.-t meghaladó lázak, óriási szakgató jobboldali fejfájás, időnkénti eszméletlenség s velük újra duzzanat léptek fel a jobb fül mögött, mi mellett a pulsus fonálszerű, rendkívül szapora és alig érezhető volt.

Hét nap lefolyása alatt a beteg állapota folyton rosszabbodott, úgy hogy 1893. január 1-én végkimerült állapotban esetleg megkísérlendő műtét céljából az üllői-úti közkórházba lett szállítva. Ekkor a sterno-cleidomastoideus lefutását követve, a nyak felső harmadáig már egy 2—3 ujjnyi vastag csomós infiltratio volt kitapintható, míg attól lefelé a vena jugularis interna szabad volt.

Krepuska dr. vizsgálata szerint a külső hangvezető eléggé tág. A dobhártya nagyrészt destruált, a dobiür felső részén élénkpiros, fénylő sarjak mutatkoznak. A koponya tetejére helyezett hangvillát beteg a jobb fülben hallja.

Mindezek után a kórisme a középfül idült genyedésé folytán létrejött otitis mastoideában és a sinus transversus és vena jugularis interna thrombophlebitisében állapított meg.

A pyaemia miatt sürgősen indicált műtétet Herczel dr. 1893. január 2-dikán hajtott végre chloroform-narcosisban, a pyaemikus rázóhidegek miatt egyenes célul tűzvé ki a sinus sigmoideus megnyitását. Hat centimeter hosszú metszéssel megnyitva a tályogot, a rendkívül büzös, sajtos geny kibocsátása után a csecsnyujtvány hátsó felső részén $\frac{1}{2}$ krajczárnyi lemeztelenített csont látszik. A csecsnyujtvány alapjának trepanálása után a nagyrészt diploetikuss csecsnyujtványtestből, nevezetesen annak hátsó, felső részéből genyes, elhalt csontszövetek és széteső sarjak kanalaztattak ki, míg előre és felfelé az antrum is bőven megnyitott, úgy hogy a sebüre-

szorgos kitisztítása után irrigálásnál az $\frac{1}{3}\%$ sublimat-oldat hangvezetőn át és megfordítva a csecsnyujtvány nyílt ürén át ömlött ki.

A genyvel átvirdott csontszilánkok kikaparásával együtt a sinus transversus falzata is bőven el lett távolítva, mert a sinusnak megfelelőleg széles, vörös-barna, puha thrombusmassa feküdt feltárva, mely maga genyes elváltozást nem mutatott ugyan, de a melybe sondával $1\frac{1}{2}$ cm.-nyire könnyen be lehetett mélyedni. Mivel azonban a vérrög genyesen szétesve még nem volt, és a foramen jugulare-n biztosan túlterjedt, a mire a regio retromaxillaris infiltratioja is vallott, nem távolította el azt a sinusból, mert ez a szervezet veszélyeztetésével járt volna és tökéletesen alig lett volna kivihető.

Előadó úgy vélekedett, hogy az esetben, ha a thrombus nem fejlődne vissza, a processus mastoideus tág, nyílt sebürén át könnyen kifelé genyedhet, míg másrészt újlagos pyaemikus fűtetek esetleges jelentkezésénél mindig könnyű leendő újabban műtéti- leg beavatkozni.

A sebürnek nyitott, jodoformgaze-töméssel való kezelése mellett a lefolyás a lehető legkedvezőbb volt. A rázóhidegek egy csapásra elmaradtak; a láz csakhamar megszünt, a sensorium szabad lett és beteg láthatólag erősödött. A csecsnyujtvány ürege tisztult és sarjakkal telődött olyannyira, hogy azokat ismételtelen kellett ferrum sesquichloratummal égetni.

Január 13-dik és 18-dika között azonban a vena jugul. int. közepé táján egy 2—3 ujjnyi vastag fájdalmas, feszes köteg fejlődött, és vele együtt magasabb hőemelkedések is jelentkeztek.

E miatt 1893. január 18-dikán chloroform-narcosisban 11-dik műtétet kellett Herczel dr.-nak végrehajtania. Kilencz centimeter hosszú a sterno-cleidomastoideussal párhuzamos metszéssel megnyitott egy tályog, mely büzös sajtos genyet tartalmazott. E mögött a mélységben egy hüvelyknyi vastag kemény köteg mutatkozott, mely középtől valamivel feljebb az omohyoideus és visszer keresztezésénél czafatos szélű, babnyi folytonosságihányt mutat, mely büzös, elgenyedt véralvadékhöz hasonló anyagot tartalmaz. Ez anyag kanalazása után organizált thrombusmassa érinthető. A tályog tehát a vena jugularis elgenyedt és áttört thrombusából eredt.

Hogy a széteső thrombusoknak a vérkeringésbe jutását előadó megakadályozza, a vena jugularist a bulbushoz közel kettősen leköttette és tisztítás után az üreget nyíltan kezelte tovább.

A hőmérsék csakhamar ismét leszállott és a nyakseb rendes lefolyás mellett 27 nap múlva begyógyult.

A túlbujánzó sarjak a csecsnyujtvány sebé körül, valamint a sebürben is többszöri égetésre eltűntek. Február elején a dobiür váladéka kevesebb, a nyákhártya lassan epidermissé válik.

Február közepén a csecsnyujtvány üre majdnem egészen sarjakkal telődött; márczius 4-dikére a fül mögötti seb is teljesen begyógyult, úgy hogy beteg gyarapodva hagyhatta el a kórházat.

A jobb fül genyedésé azóta Krepuska dr. fülorvos úr kezelése folytán mindinkább csökkent, a dobiür felső részében volt sarjak étetésre eltűntek. Ennek megfelelőleg a hallás is javult.

Ez esetben tehát a sinus phlebitis s diagnosisa majdnem biztosan volt felállítható és a gyors műtét beavatkozása megmentette a beteg életét. Hangsúlyozza előadó azt is, hogy miután e bántalom a legtöbb esetben halállal végződik, ha nem is vagyunk mindig oly bizonyosak a diagnosiban mint jelen esetben, ha még nem is állt be a pyaemia, mégis jogosult a műtéti beavatkozásra.

A műtéti eljárásra vonatkozólag ajánlatosnak tartja Herczel dr. szélesen megnyitni a sinus transversust. Nem mindig lehetséges ugyanis a szervezet veszélyeztetése nélkül teljesen eltávolítani a sinust kitöltő thrombust, és az ilyen esetekben annak kigenyedése széles sebürön át biztosabb lefolyást vesz és jobb ellenőrzést enged meg.

A vena jugularis alakítására nézve, mely műtét a genyes, septikus anyagoknak a vérkeringésbe jutását van hivatva megakadályozni, nem lehet szabályokat felállítani, azt az egyes esetektől kell függővé tenni. Mert míg egyrészt bizonyos, hogy nem minden esetben okvetlen szükséges az alakítás, különösen akkor nem, ha a foramen jugulare-t erős thrombus zárja el, és annak kivitele nem is minden esetben hozza meg a várt sikert, addig másrészt maga a műtét nem árt, hacsak a beteg túlságosan elgyengült állapota nem kényszerít várakozó álláspontra.

Kiemeli még előadó, hogy a ligaturát sohasem szabad a thrombusmassa mentén alkalmazni, mert ekkor annak veszély forog fenn, hogy egyes darabok leválva a vérkeringésbe jutnak és emboliát okoznak. (Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Behring: Die Blutserumtherapie. I. II. (Leipzig, Georg Thieme 1892.)

A heveny fertőző betegségek jövődi terapiájának alapkövet képezi e két kis kötetecskére menő munka. Összefoglalása ez azon nagyjelentőségű eredményeknek, melyeket Behring és munkatársai: Wernicke, Schütz, Boer, Knorr és Casper Berlinben, részben Koch laboratoriumában több évi kísérleteik után elérték.

Az első kötetben a szerző kifejti az „vérsavó-gyógymód“-jának lényegét és általános alkalmazásának lehetőségét, bár kísérletei egyelőre csupán a diphtheria, a tetanus és előmunkálatképen néhány, streptococcus által feltételezett bántalomra (puerperalis láz, pyaemia stb.) szorítkoznak. Az e téren elért bámulatos eredmények által azonban Behring feljogosítva érzi magát azon nagy horderejű következtetésre, hogy gyógymódja — talán lényegtelen módosításokkal — minden heveny infectious bántalomnál a legjobb sikerrel lesz alkalmazható.

E gyógymód alapját — mint az a szerzőnek korábbi dolgozataiból már ismeretes — azon tapasztalat képezi, hogy valamely állat vérsavója, ha az állat megelőzőleg egy infectious betegség ellen bármilyen mesterségesen immunisálva lett, azon bizonyos infectio virusával szemben antitoxikus hatással bír. Ezen antitoxikus hatás nagysága egyenes arányban áll az immunitás fokával és számokban kifejezhető. Az állatok immunizálására Behring az általa felfedezett jodtrichloridos módszert alkalmazza, vagyis jodtrichlorid dal gyengített diphtheria vagy tetanus culturának fokozatosan növekedő mennyiségét fecskendi az állat bőre alá addig, míg az állat az immunitás bizonyos fokát el nem érte; később az immunitás még nagyobb fokozására gyengített kulturák halálos minimalis dosisának 1, 2, 3 stb. szorosát injiciálja az állatnak. Ily módon az immunitás — szerző állítása szerint — majdnem a végtelenig fokozható. Az így praeparált állatok vérsavója *gyógyító és immunizáló* képességgel bír. A vérsavóval való immunizálás jelentőségét fejtegetve, szerző azt hiszi, hogy különösen kiterjedt alkalmazást nyerhet ez praeventive, diphtheritis-járványok idejében; úgyszintén lehetségesnek tartja a streptococcus-bántalmak elleni prophylaktikus oltásokat is.

Behring végül polemiába bocsátkozik Brieger, Kitasato és Wassermann-nal s azt állítja, hogy 1. nevezett szerzők immunizáló eljárása nem más, mint az övének egy épen nem előnyös módosítása (t. i. jodtrichlorid helyett thymus extractumot használnak); 2. az általuk elért eredmények meg sem közelítik az ő (Behring) eredményeit; 3. több súlyt fektetnek a theoretizálásra mint a kísérletre, s ez által saját magukkal jönnek ellentétbe, nevezetesen akkor, mikor okoskodásuk alapján azt állítják, hogy valamely infectious betegséget okozó bacteriumculturának vagy filtratumának *mérgező és immunizáló* anyaga két különböző anyag, pedig a kísérlet határozottan ez ellen szól. Függetlenül szerző az immunizálásnak egy általánosan alkalmazható systemáját közli, összeállítva egy táblában.

A mű második kötete kizárólag a tetanus elleni gyógyító és immunizáló eljárás fejtegetésének s az e téren eddig elért eredmények ismertetésének van szentelve. Bár Behring korábban, behatóbban és többet foglalkozott a diphtheriára vonatkozó hasonló kérdésekkel, e helyütt mégis inkább a tetanus választotta bővebb ismertetése tárgyául, mert a tetanus elleni immunizálás majdnem matematikai pontossággal vihető keresztül, következményeiben sokkal megbízhatóbb, s így mint egy tipikus példája a vérsavó-gyógymód elvének.

Mivel Behring saját vizsgálatai után a vérsavóban foglalt immunizáló illetve gyógyító substantiának chemiai tulajdonságaira nézve semmi biztosat ez idő szerint nem mondhat — egyedüli jellemző tulajdonsága azon reactio levén, melyet az ezzel injiciált állatok a tetanus virussal szemben mutatnak — nem fogadhatja el Tizzoni-Cattani és másoknak azon állítását, hogy ez egy fehérnyanyag. A vérsavó tetanus elleni immunizáló képességének erejét e mű közzététele idején már annyira tudta fokozni, hogy az 1:10 millió számarány által fejezhető ki, a mi azt jelenti, hogy 1 cem. vérsavó elégséges 10 millió grammnyi testsúlynak a halálos minima-

lis mennyiségű tetanus virus ellen való immunná tételére (pl. 10,000 állatnak, melyek mindegyike 1000 gm. súlyú). Gyógyító ereje a vérsavónak ezerszer kisebb vagyis gyógyításra 1000-szer annyi kell, mint immunizálásra.

Behring kimutatja, hogy az ő gyógyeljárása gyökeresen különbözik minden más hasonló irányú kísérlettel, így pl. Richet és Héricourt tuberculosis gyógyító módjától, mert e buvárok „Hémocyne“-je immunizáló képességgel nem bír és gyógyító ereje is kétséges. Különbözik Pasteur és Koch eljárásaitól is. Behring és munkatársai eddig oly lóvérsavóval dolgoztak, melynek maximalis immunizáló képessége 1:1 millióhoz, s ezzel arra az eredményre jutottak, hogy emberi tetanus súlyos eseteiben 100 cem. ebből nem elég a gyógyításra, többet pedig azért nem alkalmazhatnak, mert 0.5%-nyi carbollal levén conserválva, a carbol-mérgezés tünetei léphetnek előtérbe. Mindamellett, ezen kötethez csatolva, Rotter egy emberi tetanus elég súlyos esetét közli, melynél 260 gm. 1:1 millióhoz erejű lóvérsavót ötszöri adagolásban alkalmazva, gyógyulást ért el. A mű végén Behring és Casper tetanikus juhok és lovaknál végzett gyógyító kísérleteikről számolnak be. E kísérleteknél már 1:10 millió erejű lóvérsavó birtokában levén, ezt alkalmazták igen szép eredménnyel.

Behring és dolgozótársai folyton tökéletesítik gyógyeljárásukat; eddigi eredményeik joggal keltik fel bennünk azt a reményt, hogy a vérsavó-gyógymód a közel jövőben az első helyet fogja elfoglalni a heveny fertőző betegségeknek alkalmazásban levő therapeutikus eljárások között, s a tények igazolni fogják Behring ama meggyőződését: „Jede Krankheit verlangt zu ihrer Heilung ein besonders präparirtes Blut.“ Beck Soma, egyet. gyakornok.

II. Lapszemle.

Belgyógyászat.

A heveny fertőző bántalmak gyógykezeléséről. Brieger és Fränkelnek a különféle heveny fertőző bántalmak bacillusainak tiszta tenyészetéből sikerült előállítani egy általuk toxalbuminnak nevezett fehérjenemű mérgező anyagot, mely állatkísérleteknél virulensnek s kórokozónak lett felismerve. A bacteriologiának ezen új tétele mellett, mely szerint a fertőző bántalmaknál nem a mikroorganizmusok idézik elő a szervezet általános intoxicációját, hanem az általuk termelt chemiai productum, bizonyítanak a klinikusoknak s szerzőnek is azon tapasztalata, hogy az élőben jelen volt igen súlyos tüneteket a bonczasztalon talált lelet igen sokszor egyáltalán nem fejt meg.

Ennek következtében Rimini a terapiában egyrészt a mikroorganizmusoknak a szervezetből való kiküszöbölésére vagy legalább szaporodásuk megállítására, másrészt az azok által termelt mérges anyagok ártalmatlanná tételére törekszik. Therapeutikus eszközeink jelen állása mellett azonban csak az van módunkban, hogy pathogen mikroorganizmusok által termelt és a szervezetbe felszívódott toxikus anyagokat a kiválasztást végző szervekkel onnét kiküszöböljünk. Ennek következtében miként az uraemiának ép úgy a heveny fertőző bántalmak terapiájában is a legfőbb szerepet a vesékre kell bízni.

Fokozott húgyelválasztás lesz tehát a főczél, s ezt — Rimini szerint — fokozott vízfelvétel idézi a leghatásosabban elő.

Az 1891-diki bolognai typhus-járvány alatt Rimini 244 esetet észlelt; a betegek $\frac{4}{5}$ -ödénél oly therapia lett alkalmazva, melynek czélja a bélhuzam desinfiálás (calomel, resorcin, naphthol) és a toxikus anyagoknak a szervezetből a vesék útján való eltávolítása volt. A vizet részben per os, részben per anum 3 óránként ismételt enteroklysmákban adatta ő betegeinek. Ily kezelés mellett a súlyos kezdeti tünetek megszűntek, a betegség enyhe lefolyású lett és a renconvalescentia időszaka jelentékenyen megrövidült. (Rimini, Wien. Med. Blätter, 1893. Nr. 3.) A. s.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Gonorrhoeánál Watier a következő oldattal végeztet naponként négyszer befecskendezéseket: Rp. Hydrargyri bichlor. corros. 0.01; Antipyrini 1.0; Aquae destillatae 100.0. (Deutsche med. Wochenschrift, 1893. 13. sz.)

2. Nátha ellen a következő por felszipantását ajánlják: Rp. Saloli 10.0; Acidi salicylici 2.0; Tannini 1.0; Acidi borici. 40.0. Óránként használandó. (Deutsche med. Wochenschrift, 1893. 13. sz.)

TÁR C Z A.

Gyógyintézetek szegény tüdővészesek számára.

„La phtisie confirmée devrait être bannie de l'hôpital et la phtisie commençante également, une thérapeutique raisonnée de la phtisie étant impossible à réaliser dans nos salles.“ Ezt mondja Grancher „Maladies de l'appareil respiratoire“ című munkájának 360. lapján. Azt hiszem, hogy mindenki, a ki a kórházi viszonyokat csak némileg is ismeri, igazat fog neki ebben adni, mert csakugyan a kórház a legrosszabb hely, melyet a tüdővészes betegségének gyógyítása céljából felkereshet. A levegő még az újabb kórházakban is — legalább a tüdővészes számára — nem elég jó; a táplálék szintén nem felel meg a követelményeknek, mert nem a betegséghez és az egyéniséghez mért; a kellő nyugalom hiányzik; a gyógyulás előmozdításához annyira szükséges kedély felvidámításához a kórházi viszonyok nem járulhatnak hozzá, sőt ellenkezőleg lehangoló hatással vannak; végül pedig az orvosi személyzet is — tisztában lévén azzal, hogy a kórházakban uralkodó viszonyok mellett a tüdővészes meg nem gyógyulhat, mert hiszen épen a nagyon jó levegő és kellő táplálkozás hiányzik — a tüdővészesekre fekteti a legkevesebb súlyt, őket legfeljebb tünetileg kezeli és nekik jóakarattalug falusi tartózkodást ajánl.

Tekintve, hogy ma már általánosan elismert tény, hogy a tüdővész gyógyítható betegség és hogy kedvező eredmények elérésére főtényezők a jó levegő és a célszerű táplálkozás: minden művelt államban felmerült már és beható eszmecsere tárgyát is képezte a kérdés, nem lehetne-e külön gyógyintézetek felállítása által e tényezőknek eleget tenni és ily módon a szegény tüdővészeseknek megadni az alkalmat, hogy családjaik és a társadalom számára megtarthassanak és pedig munkaképes állapotban. Mindenütt, hol e kérdés szóba került, általában elfogadták az ilyen intézetek szükségességének elvét és csupán a pénzkérdés az oka annak, hogy az elv kivételét illetőleg eddig még csak nagyon kevés történt.

Én magam már évek óta kísérlem figyelemmel a kérdést és nem csupán az irodalomból — a mennyire az rendelkezésemre állott — iparkodtam magamnak képet alkotni a kérdés állását illetőleg; hanem személyes tapasztalatokat is kívántam szerezni és ezen okból meglátogattam volt a Londonban létező, szegény tüdővészesek számára emelt kórházakat. Némileg feljogosítva érzem tehát magamat, hogy a szegény tüdővészesek számára emelendő gyógyintézetek kérdésével, a mely évekkel ezelőtt ugyan felmerült nálunk is, de csakhamar ismét feledésbe jutott, az orvosi közönség elé lépjek.

A következőkben mindenekelőtt iparkodni fogok kifejtetni az okokat, a melyek miatt e gyógyintézetek szükségesegek; a továbbiakban le fogok írni egy-két ilyen angol gyógyintézetet és végül röviden vázolni fogom, hogy felfogásom szerint milyennek kellene lennie egy ilyen gyógyintézetnek és hogy általában létesíthető volna-e az nálunk.

Az okok, a melyek miatt gyógyintézetek szegény tüdőbetegek számára kívánatosak, sőt szükségesek: a következőkben foglalhatók össze.

1. A tüdővészesnek első sorban jó, tiszta, vagyis szervesen és szerves idegen anyagoktól mentes levegőre van szüksége.

Hogy a levegő milyen fontos szerepet játszik a tüdővész gyógyításánál, azt csupán egy a fővárosi kórházak statistikájából merített példával kívánom bizonyítani. A szent Rókus-kórházban az 1891. évben a tüdővészesek 27·7%-ában következett be javulás; 27·9% állapotát változatlan maradt, 38·9%-a pedig meghalt. Az illői-úti új kórházban ugyanazon évben a javulás 59·8%-ot, a változatlan állapot 4·2%-ot, a halálozás pedig 25·8%-ot tett ki. A javultak száma tehát az illői-úti kórházban 32·1%-kal nagyobb, az elhaltaké pedig 13·1%-kal kisebb. Tekintve, hogy a két kórház beteganyaga körülbelül ugyanaz volt, hogy a gyógykezelés tekintetében nincs nagy különbség és hogy az illői-úti kórház az egyes betegeknek nyújtott levegő-kőbtartalom és a szellőzés tekintetében nagyon előnyösen különbözik a szent Rókus-kórházától: a kedvezőbb eredmények főleg a hasonlíthatatlanul jobb levegőnek tudandók be.

Kifogástalan levegőt azonban a higiénia minden követelményének megfelelő közkórház sem képes nyújtani a tüdővészesnek, mert

a közkórház közelfekvő okok miatt vagy magában a városban, vagy a legjobb esetben közvetlenül a város mellett, még a város gőzkörén belül fekszik. Másrészt azonban a közkórház az egyes betegek szánt levegő-kőbtartalom tekintetében sem felel meg azon követelménynek, melyre a tüdővész orvoslásánál szükségünk van. Nincs továbbá a közkórházakban olyan berendezés, mely lehetővé tenné, hogy a tüdővészes a nap egy jó részét a szabadban tölthesse. Pedig ez utóbbi nagyon fontos, már csak azon egy okból is, mert a szabad levegő sokkal kevesebb mikrobát tartalmaz, mint a szoba levegője, még ha az a legjobban is van szellőztetve.

2. A jó levegővel fontosság tekintetében egyenrangú a jó táplálkozás. Hogy a közkórházakban a tüdővészes és a többi beteg között nagy különbség nem tehető a táplálás tekintetében: magától értetődik. Másrészt azonban a közkórházak berendezése sem olyan, hogy a beteg jóízűen költhesse el étkezéseit: az ételek többnyire hidegek, a környezet (köpöcsésze stb.) nem valami étvágygerjesztő. Mindezen apróságok a legtöbb betegségnél nem bírnak fontossággal; a tüdővész gyógyításánál azonban ilyen kicsinyiségektől is sok függhet. Igaz ugyan, hogy e bajokon lehetne némileg segíteni, ha a tüdővészeseket külön osztályokon helyeznénk el és ezekben külön berendezés által igyekeznénk az étkezést megfelelőbbé és kellemesebbé tenni. De még ekkor is csak egynek tettünk volna eleget: tudniillik megfelelőbb táplálékot adtunk volna jobb körülmények között. Annak azonban, hogy e jobb, a betegséghez és az egyéniséghez mért táplálék a beteg javára is váljék, ezáltal még nem feleltünk meg; mert hiába adunk a többnyire már hetek, sőt hónapok óta étvágytalan betegnek jobb táplálékot, ő ezt nem fogja megenni; míg ellenben ha jó levegőre jut, úgy ez már maga is étvágyat gerjeszt, a mint azt a mindennapi tapasztalat mutatja.

3. A beteg kedélyének felvidámítása nem csekély szerepet játszik a tüdővész therapiájában. Elfelejtetése annak, hogy a beteg kórházban van, kellő szórakoztatás, szép vidék nagyban hozzájárulhatnak a betegség kedvezőbbé válásához. Mindezeket azonban a közkórház nem képes megadni.

4. A tüdővészesnek folytonos szakavatott felügyeletre van szüksége. Már az, hogy a tüdővészesek számára létesítendő gyógyintézetekben külön a tüdővész gyógyításával behatóbban foglalkozó orvosok kezelése és felügyelete alatt álljanak a betegek, nagy előny; oly előny, melyet a közkórházak csak ritkán nyújtanak. Ezenkívül a csupán tüdővészesekkel foglalkozás egyöntetűbbé tenné a kezelést, az orvosok és ápolók is könnyebben figyelhetnének minden apróságra, pedig épen a tüdővész gyógyítására nézve áll leginkább a mondás: „kicsinyekben nagynak lenni“.

5. Egy további, némelyek szerint talán első helyre teendő ok az, hogy az ilyen gyógyintézetekben meg volna az alkalom megtanítani a tüdővészeseket arra, hogy az intézetből elbocsátásuk után is hogyan éljenek. Tagadhatlan, hogy egy bizonyos százaléka a tüdővészeseknek a közkórházakban is javul, a mi főleg az ott-honi viszonyokhoz képest tetemesen jobb higiéniai viszonyoknak tudandó be. Azt azonban közelfekvő okok miatt a közkórházakban sohasem tanulják meg a tüdővészesek, hogy elbocsátásuk után hogyan éljenek és azért csakhamar ismét visszaesnek betegségükbe. Épen ezért oly fontosak — egyéb okok mellett — a külföldön már elég szép számmal létező úgynevezett zárt gyógyintézetek jómódú tüdővészesek számára.

Az eddig említettekben mindig csupán a tüdővészes betegre voltunk tekintettel. Vannak azonban olyan okok is, melyek a külön gyógyintézetek felállítását tüdővészesek számára a más betegségekben szenvedők, úgyszintén általában az egész emberiség szempontjából is kívánatosá teszik. Ilyenek

6. A tüdővészes betegek kizárása a közkórházakból a többi beteg nyugalalmát növelné. A szent Rókus-kórházban nem egészen 8 (1890-ben 7·5, 1891-ben 7·6), az illői-úti új kórházban pedig körülbelül 15 (1890-ben 16, 1891-ben 15) százalékat képezik a tüdővészesek az összes belgyógyászati eseteknek és így könnyen belátható, hogy ezen nagyszámú, többnyire erősen köhögő beteg mennyire zavarja a többi beteg nyugalalmát.

7. A tüdővészesek a többi beteg számára veszély forrását képezik. Statistikai, meggyőző erejű bizonyítékunk ezen állítás támogatására ugyan nincsen, de a legnagyobb valószínűséggel állít-

ható, hogy tüdővészre hajlamosított, vagy a légző szervek betegségekben szenvedő betegek a tüdővész betegek által — a köpettel nem eléggé óvatosan elbánás következtében — elég gyakran fertőzöttek a közkórházakban.

8. Végül igen nagy, az egész emberiségre kiható előny gyanánt említendő, hogy az ilyen külön intézetekben a tüdővész gyógytanának tökéletesedése nagyot lendülne.

(Folytatása következik.)

Székely Ágoston dr.

Az orvosdoktori szigorlati rend reformtervezete.¹

Részletes indokolás.

(Folytatás.)

A szülészeti mellé felvett vizsgálati tárgyat a nőgyógyászat is, azon nagy gyakorlati fontosságánál fogva, melyet e tan az utóbbi két évtized alatti fejlődésével elért. A gyakorló orvos gyakran igen sürgős és életveszélyes nőgyógyászati esetekhez hivatik, melyeknél közvetlen rögtönös beavatkozásokra van szükség, mi felteveli azt, hogy minden gyakorló-orvosnak meg legyen az az ismerete és gyakorlata, hogy az ily sürgős esetekben, midőn utánolvasásra vagy egy specialistának consultálására vagy közreműködésének kikérésére nincs idő, gyors segínyt tudjon nyújtani. Ezt pedig csak úgy lehet biztosítani, ha az orvosjelölt a szülészeti mellett a nőgyógyászatból is bizonyos mértékben vizsgálat alá vették. A szülészeti és nőgyógyászat egyik tanára csak azon feltétel alatt tartja czélszerűnek felvenni a nőgyógyászatot is a szülészeti mellé szigorlati tárgynak, ha a szülészeti és nőgyógyászat hallgatása két félre terjesztetnek ki és megfelelő tananyag megfelelő intézettel állana rendelkezésére mind a két szülészeti és nőgyógyászati klinikának. A tanártestület úgy határozta el, hogy a szülészeti és nőgyógyászat két félre át, heti 5 órában hallgattassék, a szülészeti és nőgyógyászati oktatás tananyagának kellő kielégítésének mielőbbi szükségessége Ó Nmlgánál hangsúlyoztassék.

A törvényszéki orvostannak és közegészségtannak gyakorlatilag vizsgálata szintén felvett az új szigorlati rendbe, egyfelől azon fentebb kifejtett általános elvi alapon, hogy minden orvosi tárgy ne csak pusztán elméletileg, hanem tárgyakon is vizsgáltsék, továbbá azon oknál fogva, hogy az egyetemes orvosdoktorok orvostörvényszéki szakértői működésénél, a mire bármely orvos felhívható s a mely működés elsőfokúlag túlnyomólag a gyakorló orvosok vállaira hárul, gyakorlati törvényszéki orvostani ismeretekre van szüksége, úgyszintén azon oknál fogva, mert nem csupán a tisztí orvosi működésben, de községi és körorvosiban is (a kikre a törvény az egészségügyi működést elsőfokúlag bizza), valamint mindenütt a családok körében az orvosnak gyakorlati higiéniai ismeretekre szüksége van. A gyakorlati törvényszéki orvostannak a szigorlati tárgyak közé felvétele ellen a kar egy tagja különvéleményt jelentett be azon az alapon, hogy a gyakorlati vizsgálat felvétele nagy teherrel járna az orvostanhallgatóra, továbbá, hogy a vizsgálatnak tulajdonképen a törvényszéki orvosi különképesítő vizsgáknál van helye.

A gyakorlati orvostan egy specialis tárgyából szóbeli vizsgálat hozatott be a tanfolyam után végzendő V. orvosi szigorlatban. Szükségessé tette ennek felvételét az a körülmény, hogy a főbb gyakorlati orvostani tárgyaknak egyes specialis részei az utóbbi két-három évtized alatt szerfelett megizmosodtak, melyek külön klinikákon részint rendkívüli, részint rendes tanárok által taníttatnak és az orvosi gyakorlatban e tárgyaknak behatóbb ismerete még az egyetemes gyakorló orvostól is megkivántatik. E tárgyak főképen az elme- és gyógytan, gyermekgyógyászat, bőr- és bujakór, továbbá orr- és gégebajok, fülgyógyászat, fogászat; melyeknek a tanulók részéről való hallgatását az által lehet csak kellőleg biztosítani, ha azok egyikéből legalább vizsga kivántatik meg tőlük. E vizsgálat legtermészetesebben az V. orvosi szigorlatához osztatott be és csak szóbeli vizsga gyanánt szerepel, miután nem specialis képesítésről van szó.

Az 5. §-hoz. E szakasz indokolása az általános indokolás 10-dik lapján 5. p. alatt foglalattatik.

¹ L. Orvosi Hetilap 16. számát.

A 7. §-hoz. E szakaszban új eljárás hozatik javaslatba, a másod- és harmadikban történő ismétlő vizsgálatok tartásánál, a mennyiben azokra még egy társvizsgáló is meghivatik. Czélja ez intézkedésnek az, hogy ez ismétléseknél bizottság dönthessen a jelölt készültsége vagy nem készültsége felett, mi az első vizsgánál nem lehetséges, miután csak a vizsgáló tanár és szigorlati elnök van jelen. Ez eljárás a szigorlat igazságosságában való bizalom biztosítására lesz jó. Ha a másodszori ismétlő vizsgán a behívott társvizsgáló is kérdezhet és az eredmény felett három tagból álló bizottság határoz, a részrehajlás vagy igazságtalanság vádja ki van kerülve. Ez ismétlő vizsgának díja a három vizsgáló részére együtt nem nagyobb, mint a rendes vizsga díja.

A 8. §-hoz. A 2-dik bekezdéshez. A „kitünő“, „elégséges“ jelzés közé eső fokozat gyanánt a „jó“ jelzés is bevétetett a vizsgáló tanárok egyértelmű kívánatára.

Az 5-dik bekezdéshez. Ez eljárás behozása szükséges azért, hogy felmerülhető esetekben döntés lehessen.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1893. május 10-dikén.

A cholera állása. Franciaország nyugoti partján levő Lorient kerületben kiütött cholera megszűnt; magában Lorient városban (42,000 lakos) márczius 8-dikától április 14-dikéig 107 megbetegedés fordult elő 34 halálessel; a kerületben 24 helységben volt cholera és márczius 1-étől április 14-dikéig 516 megbetegedés és 152 haláleset fordult elő.

Ausztriában a galicziai határszéli Borczow kerületben április 19-dikétől 26-dikéig 4 cholera-eset volt 2 halálessel, azonkívül Cigany és Loscaez községekben fordult elő egy-egy haláleset.

Oroszországban az egész télen keresztül tartott cholera még sem szűnt meg; Podoliában csak márczius 13-dikától márczius 24-dikéig 460 megbetegedés fordult elő 120 halálessel, Usaban márczius 27-dikétől április 13-dikéig 113 megbetegedés 35 halálessel. — Bessarabia északi részében, különösen Chotin kerületben dúl a baj. — Szentpétervárott a hivatalos jelentések szerint december 18-dika óta nem fordult elő cholera-eset.

— A Semmelweis-emlék végrehajtó bizottsága mult heti ülésén Kézmarzky elnök meleg hangon emlékezett meg az időközben elhalt elnöktársáról Markusovszky Lajos dr.-ról és Elischer indítványára a bizottság elhatározta, hogy részvénytárgyat küld az özvegynek. Azután titkár jelentette, hogy a külföldre mintegy 5000 felhívást és gyűjtőívet küldött szét és hogy a pénztáros kimutatása szerint eddigéig 1000 frt gyűlt a Semmelweis-szoborra. Az adományozók névsorát és az összeget időről időre in extenso közölni fogja az Orvosi Hetilap és a Pest. Med. chir. Presse; negyedévenként pedig külföldi lapokban is közölni fog a gyűjtés eredménye. A Magyarországon megindítandó gyűjtés érdekében a végrehajtó-bizottság kiegészítette magát nagy bizottsággá és a következőket választotta meg tagokul: Chyzer Kornél dr.-t, Pap Samu dr.-t, Löw Sámuel dr.-t, Schächter Miksa dr.-t, Flesch Nándor dr.-t, Csapodi István dr.-t, Ziffer dr.-t, Nuss dr. honvéd-törzsorvost, a bábaiskolák igazgatóit, ú. m. Mann, Konrad, Velits, Novák tanárokat és a megyék főorvosait. Továbbá minden vidéki orvos- és gyógyszerész-egyesület elnökét, alelnökét és titkárát. A kolozsvári tudományos egyetem orvosi karához felszólítás intéztetik, hogy néhány tagjával képviseltesse magát a bizottságban. Hasonló felszólítással fordul a bizottság a budapesti gyógyszerész-egyesülethez, hogy talán Semmelweis kortársai és barátaival képviseltesse magát. E bizottság névsorának elkészültével az elnökség a magyar felhívást és gyűjtőívet kinyomatja és szétküldi az ország minden orvosának. Még Bruck dr. amaz indítványát is elfogadta a bizottság, hogy a fürdőorvosok kéressenek fel az idei évad folyamán fürdőhelyiségeikben a Semmelweis-emlék javára hangversenyek és tombolák rendezésére. Végül ezen az úton fordul az elnökség a vidéki orvos- és gyógyszerész-egyesületek titkáraihoz azzal a kéréssel, szíveskednének egyesületük tisztikarának névsorát (elnök, alelnök és titkár) a Semmelweis-emlék végrehajtó-bizottság titkárnak: Dirner Gusztáv egyet. m. tanárnak (lakik Hatvani-utca 9. sz.) levelező lapon posta fordultával tudatni.

Vegyesek.

Budapest, 1893. május 12-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. április 23-tól április 29-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 397 gyermek, elhalt 307 személy, a szüle-

tések tehát 90 esettel multak felül a halálozásokat. Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, ronesoló toroklob 10, hőkhurut 1, kanyaró 4, himlő 1, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz 2, egyéb ragályos betegségek 4, agykéreg 5, agyvérömleny 5, rángások 10, szervi szív-baj 9, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörguhurut 70, tüdőgümő és sorvadás 74, bélhurut és béllob 18, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák 1, Brigh-kór és veselob 8, angolkór 2, görvölkyor —, veleszületett gyengeség és alkathiba 17, aszkór, aszály és sorvadás 6, aggkór 13, ereszakos haláleset 9. A fővárosi közpórházakban ápoltatott e hét elején 2258 beteg, szaporodás 702, csökkenés 731, maradt e hét végén ápolás alatt 2229. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1893. április 30-tól május 6-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 4 (meghalt 3), himlőben 3 (meghalt 1), állhímlőben 6, bárányhímlőben 12, vörhenyben 17 (meghalt 1), kanyaró-ban 142 (meghalt 4), ronesoló toroklobban 54 (meghalt 10), torokgyik-ban 9 (meghalt 1), trachomában 26, hőkhurutban 20, orbánczban 12 (meghalt 1).

○ Egyetemes orvosdoktorokká felavattattak: 1893. május 6-dikán: *Pogrányi Nagy Géza*, Budapest (Pestm.), f. a. Schulek tur.; *Barok József*, Kis-Terenne (Nógrádm.), f. a. Miháلكovics tur.; *Somogyi Sándor*, Veréb (Fehérm.), f. a. Kézmárszky tur.; *Lamberger Manó*, Sarkad (Biharm.), f. a. Tauffer tur.; *Lusztig László*, Rákos-Csaba (Pestm.), f. a. Plósz tur.

— Egyetemi állások megerősítése: *Hafli Dezső* dr. a kolozsvári egyetem elmekórtani tanszéke mellé mint tanáreség; ugyanazon tanszék mellé mint díjazott gyakornok: *Rosenberger Mór* dr.; mint díjazatlan gyakornok *Silbermann Miksa* sz. o.; ugyancsak a kolozsvári egyetem belklinikája mellé *Jancsó Miklós* dr. díjazott gyakornokká, az élet- és kórvegytani intézet díjazott gyakornokává pedig *Kiss Ferencz* dr. a közoktatásügyi ministerium részéről megerősítést nyertek.

○ A M. tud. Akademia III. osztálya *Du Bois Reymond* berlini tanárt és nagyírű physiologust, továbbá *Sir Joseph Lister* tur. világhírű angol sebész tiszteleti tagul megválasztotta.

○ A II. szülészeti és nőgyógyászati klinika helyéül — mint értesülünk — az egyetemi fűvészert üllői-úti részlete van kijelölve.

— A budapesti kir. orvosegyesület részvétnyilatkozatát *Markusovszky Lajos* dr. volt elnökének elhalálozása felett f. hó 9-dikén adta át küldöttségileg az egyesület elnöksége az elhunyt özvegyének.

○ **Kun Tamás dr. jubileuma.** A borsod-miskolczi orvos-gyógy-szeresegylet 1893. május 15-dikén d. u. 6 órakor Kun Tamás 50 évcs orvosdoktori jubileumának megünneplését tartandja, melynek programja a következő lesz: 1. Elnöki megnyitó beszéd. 2. Küldöttség menesztése a jubilánsért. 3. A jubiláns tóvözli Markó László dr. elnök. 4. Élet-rajzát felolvassa Ballagi János dr. titkár. 5. A budapesti egyetem orvosi kara által küldött és az egyesület ajándékozta arany diploma átnyújtása. 6. A jubiláns köszönete. 7. Kun Zoltánnak, a jubiláns fiának, atyja 50 éves tudorságának emlékére, „*A villamosság gyógyhatásáról és a gyógyászat terén alkalmazásáról*” szóló előadása mutatónyokkal. Szívélyes üdvözlőnként küldjük a közügyek szolgálatában sok érdemeket szerzett kartársunk ünnepeltetéséhez mi is.

△ A budapesti gyakorló orvosok segélyző egyesülete, mely négy év óta áll fenn, az 1892-dik év folyamán 13 taggal szaporodott; jelenleg rendes tagjainak száma 91, a pártoló tagoké 17; az elmúlt évben 4 tagot segélyezett 234 frttal. Összes vagyona 6000 frt 9 kr. Az egyesület célja a beteg tagtársak segélyezése. Megbetegedés esetén minden tag köteles azt az elnöknek jelenteni és az öt illető segélyt tartozék elfogadni. A segélyezés naponként 3 frt és egy év keretén belül rendszerint 60 napra terjed ki. Rendes tagsági illeték évenként 15 frt és 3 frt bekebelezési díj. A segélyezés csak az egyévi tagság letelte után kezdődik. Jelentkezni lehet Samek Jakab dr. pénztárnoknál (VI. ker., Andrássy-út 38), vagy Schulhof Jakab dr. titkárnál (VI. ker., Váci-körút 17).

— A pozsonyi m. k. országos kórházban az 1892-dik év folyamán — mint azt *Barts József* dr. igazgató jelentéséből olvassuk — 4481 egyén nyert ápolást. Belbajos volt 1695, bujakóros 784, bőrbajos 547, sebbajos 817, szembajos 376, elmebajos 262. Operáltak sebbajosat 422-öt, szembajosat 116 ot. Járó beteg volt a sebészeti osztályon 1149. Az ápolásnapok összege 136,015 napot tett ki, átlag tehát egy betegre 30,3 nap esett. Az egész in.élet összes kiadása 107,995 frt 22 krt tett ki, egy beteg tehát átlag 24 frt 10 krba került.

△ A kolozsvári kir. tud. egyetemen a következő 1893/94. tanévre *Brandt József* tanár egyetemi rektor magnificussá, *Löte József* tanár pedig orvoskari dekáná, *Szabó Dénes* tur. pedig kari jegyzővé választott. Ugyane karhoz *Udránszky László* dr., az élettan ny. rk. tanára ny. rendes tanárrá kineveztetett. — Az egyetemi kórházak építését ugyanitt jövő évre megkezdik és a jövő évi költségvetésbe már e célra mint első részletet 200,000 frtot vesznek fel.

— A jászberényi „Erzsébet”-közpórházban az 1892-dik év folyamán — mint azt *Gere Gyula* dr., mütő és kórházi igazgató kimutatásából olvassuk — 371 egyén (249 férfi, 122 nő) nyert ápolást 9649 ápolási napon, egy egyénre tehát 29 ápolási nap esett. Mütétet végeztek 20 esetben. Az összes kiadás 7427 frt 41 kr. volt.

○ A drezdai nemzetközi cholera-congressuson elhatározták, hogy egy év mulva új nemzetközi cholera-congressust fognak tartani Párisban, melyen különösen azt a kérdést fogják tárgyalni, hogy mily nemzetközi intézkedéseket szükséges létesíteni a végből, hogy a cholera-nak Perzsián át Európába jutását meg lehessen akadályozni.

— **Schnitzler János** tanár Bécsben f. hó 2-dikán hunyt el 58 éves korában. Schn. Nagy-Kanizsán született 1835-ben. Bécsben végezte az orvosi tanfolyamot. 1863-ban Oppolzer klinikai segédje, 1865-ben a bécsi orvosi karon a légző és keringő szervek betegségeinek docensévé képesítettet. 25 éven át szerkesztette a „Wiener medizinische Presse“-t, melynek szerkesztésétől megválván, az „Internationale klinische Rundschau“-t alapította meg. 1878-ban tanári címet kapott és rendkívüli tanár lett. A bécsi poliklinika létrejöttében is neki volt a főszerepe. Bécs egyik legkeresettebb és legnépszerűbb specialistája volt.

○ A pesti izr. hitközség kórházában az 1892-dik év folyamán — mint azt *Stiller Bertalan* egyet. tanár és kórházi igazgató jelentéséből olvassuk — 1062 beteget orvostak 25,717 ápolási napon. Ezek közül belső bajos volt (Stiller B. tur. osztályán) 535, sebbajos (Báron Jónás dr. m-tanár osztályán) 339, szembajos (Szili Adolf dr. m-tanár osztályán) 188. Bejáró beteg volt: belső bajos 4553, sebbajos 2243, szembajos 3887. Operáltak: sebbajos bennfekvő beteget 127-et, bejárót 78-at; szembajos bennfekvő beteget 123-at, bejárót 691-et. A szegények orvoslásával meg voltak bizva: *Helfer Vilmos* dr., *Erdélyi Jakab* dr., *Neumann Mór* dr., *Nádás Lipót* dr., kik összesen 6515 beteget orvostak. A kórház összes költései egész évben 42,955 frt és 26 krra rúgtak.

— **Fürdőorvosok.** *Böckel Béla* dr. *Zoványban*, *Gager Károly* dr. *Gasteinban* fürdőorvosi tevékenységüket e hó közepén kezdik meg.

○ A budapesti Császárfürdőben 1893. január 1-től április 30-dikáig 128 személy lakott, és 69,995 személy fordult.

† **Elhunyt:** *Cantani* tur. Nápolyban 63 éves korában. A cholera orvoslásába ő hozta be az entero- és hypodermoclysis-t.

— **Megjelent:** *Pallas Nagy Lexikonából* a II. kötet 24. és 25-dik füzete (Bádó—Bambos). Ára egy-egy füzetnek 30 kr.; *Hollósy István* dr. Városaink közigazgatási reformja.

—r. A nagy gondal készített természetes marienbadi forrásó ép úgy mint a marienbadi gyógyvizek mindazon esetben alkalmaztatik, hol az emésztő szervekre erősen akarnak hatni és a beltartalom, nyálk. epe és vizelet gyors kiürítését célozzuk s ez által az anyagcsert fokozni kívánjuk. Így *Auding* dr. *Rockenhausenben* következőkép nyilatkozik felőle: „A természetes marienbadi forrásót magamon megkísértettem s hatását oly kitünőnek találtam, hogy azt kúrákép tovább használni s azontúl „az eddig használt keserűvizek helyett” alkalmazni szándékozom.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1893. május 4-től egész május 10-ig ápolat betegekről.

1893.	Felvott			Elbocsátott			Meghalt			Maradt			Az ápolat között				
	beteg		összesen	gyógy.		összesen	beteg		összesen	beteg		összesen	a Rókusban				
	férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		összesen	férfi		nő	összesen	beteg	szülők	heveny forrtó
Május	4	43	58	101	26	29	55	6	3	9	1058	986	2044	1045	32	67	900
"	5	54	31	85	27	26	53	4	3	7	1081	988	2069	1057	33	66	913
"	6	42	36	78	48	50	98	5	4	9	1070	970	2040	1043	35	65	897
"	7	34	24	58	53	47	100	3	2	5	1048	945	1993	1010	33	67	883
"	8	65	52	117	50	41	91	2	7	9	1061	949	2010	1003	33	71	903
"	9	62	62	124	44	84	128	7	3	10	1072	924	1996	997	33	71	895
"	10	51	56	107	66	20	86	3	6	9	1054	954	2008	988	35	71	914

Szt.-Lukácsfürdő Budapest (Buda). Meleg és langyos kén-s források. Téli és nyári gyógyhely. Az iszapfürdő, egy 840 □-méterre terjedő meleg forrás 45—60° C. *Rheumatikus bajok, izületi csúz, izom-csúz, csonthártyalob, a legkülönbözöb bőrbajok, syphílis és ischias, vér-képződési bajok, anaemia, sápkór, neurasthenia, bizonyos bőrbetegségek és főleg idegbajoknál.* A Szt.-Lukácsfürdő Nagy-Szállódban kényelmes lakások és kiténő ellátás Fekvés keletnek, személyvonó (Lift), massage és villamos gyógykezelés. Kő- és kádfürdők, női és úri gőztürdők. Rendelő főorvos: *Bosányi Béla* dr.

Iszapfürdő Pistván (Pöstyén). Évad megnyitása május 11-dikén, a fürdőkúra mellett massage, gyógytestgyakorlat és villamosság. A helyi viszonyok, fürdőkúra, lakás stb. iránt bővebb felvilágosítással szolgál a fürdőorvos **dr. Fodor**, egészs. tanácsos.

Czernin gróf úr ő excellentiájának az osztrák birodalom legmodernebb állati oltónyirk termelő intézete Neuhausban (Csehországban) egész éven át kiváló minőségű oltónyirket küld szét a legolesobb áron. A magas ministerium méltányolva az intézet fáradahtlan törekvéseit, meglegedését fejezte ki annak eddigi sikerei felett. **Az uradalmi igazgatóság.**

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Brandt tnr. kolozsvári sebészeti klinikájáról.

Alumnol-kísérletek a sebészetben.

Papp Gábor dr., műtől.

Az alumnol nem egyéb, mint naphtosulphosavas aluminium. Felfedezése Boroszlóban, Filehne gyógyszerintézetében történt. Fehér vagy gyengén vöröses, a légen kissé megbarnuló, szagtalan, timsószerű ízű por, oldódik 60%-ig hideg vízben, savi vegyhatással; továbbá alkoholban és glicerinnel. A fehérséget lecsapja, a csapadék azonban előbbinek feleslegében feloldódik. Ajánlatott (Berl. klin. Wochenschrift. 1892. 46. és 48. sz.) mint antisepticum és adstringens, sebészeti, nőgyógyászati, bőr- és fülgyógyászati czélokra. Az eddigi kevés számú közlemény szerint desinficiál, az elválasztást, genyedet csökkenti, sőt megszünteti; hatását a szövetek mélyében is kifejti, a sebet gyors összehúzódtásra, kisebbedésre bírja. Az alkalmazás alakja: 0.5–2%-os oldat genyedő, felületés és üreges sebeknél mosó víznek, 10–20%-os oldat kisebb fekélyeknél és fistuláknál étető szernek, 3–6%-os oldat és kenőcs fekélynél, renyhe sarjadzásnál.

Magam a múlt év végén a kolozsvári sebészeti klinikán alumnollal való kísérletezésre Brandt tanár és intézeti főnök úrtól engedélyt nyervén, megvizsgáltam e szert mint 1% os mosó vizet, 10%-os étető folyadékot, mint port, 4%-os kenőcsöt (vaselin, lanolin és paraffinnal készítve) és bacillust (Butyr. Cacao-val készítve) s végre mint 10%-os gazét. Megfigyeltem, minő befolyása van a váladéokra, a sarjadzásra, hámképződésre, vérzésre.

Sublimat oldat s más mosóvíz készítésére, egyes kivételes esetektől eltekintve, főtt vizet használunk. Ily főtt vízben 1%-nyi alumnol csakhamar teljesen feloldódott. Bizonyos állás után azonban a víz zavaros lett, s az edény fenekére nemsokára kissé zöldes árnyalatú fehér csapadék ülepedett le. Mivel az alumnol a közlemények szerint vízben nagyon jól oldódik, nem adtam helyet azon feltevésnek, hogy azon csapadék alumnolból állana. Arra gondoltam, hogy főtt vizünkben bizonyára vannak állandó keménységet képező oldott alkatrészek, melyeket szerünk kiesap. Párolt vizet vettem tehát elő, melyben csakugyan sikerült alumnolt egész 40–50%-ig oldanom. A különböző tömörségű oldatok a következő napokon meg voltak ugyan barnulva, de teljesen átlátszók, tiszták maradtak.

Kiss F. dr. úr az élet- és körvegytani intézetben szíves is volt vegyileg megvizsgálni az alumnolnak némely sóoldatokkal szemben való viselkedését; s találta, hogy e szer phosphatokkal fehéres, chloratokkal (chlorcalcium) zöldes-fehéres csapadékot ad. Valószínű ennélfogva, hogy főtt vizünkben az alumnol hozzáadására hasonló folyamatok idézik elő a zavarodást.

Világos, hogy ily vízzel való mosáskor e szilárd részek a seb felületére jutnak s oda tapadva, különbözőek nem lehetnek. Legfeljebb üleptetés és szűrés által lehetne tőlük szabadulni, a mi az eljárást bonyolítaná; vagy pedig destillált vizet

használni az oldat készítéséhez, a mi a szükséglet nagyságát tekintve, költséges volna.

Az 1%-os főtt víz-oldatot különben megkísértettem genyedő türegeknél, pl. genyes mellüri izzadmány eseteiben, alkalmazni. A kiömlő folyadék fehér zavarodást mutatott, s vele kisebb-nagyobb genyalvadékok nagy mennyiségben távoztak. Utóbbiaktól a folyadék még hosszabb mosás után sem volt egészen tiszta. Az alumnol oldata tehát lecsapta a genyet, s ennek kimosása egyfelől hosszadalmas és nehéz volt, másfelől bizonyára számos alvadékrög maradt az üreg egyes zugiban fennakadva. Ha drainen át bocsátottam a vizet, a rögök annak nyílásait nem egyszer elzárták.

Feltületes genyedő seb mosásánál az alumnol-víz hasonlóképen viselkedett: a lecsapódott geny kisebb-nagyobb rögök és rétegek alakjában borította a felületet, s csak nehezen volt hosszas öntözés, törülgetés, letapintás által eltávolítható.

Mindezekből kiténik, hogy az alumnol-vízzel váladékot letakarítani nem lehet.

Hogy a sarjszövetre miképen hat az alumnol-víz, azt a fentebbiekből kifolyólag csak úgy láthattam, hogy a váladék lemosására nem ezt, hanem gyenge (2%-os) borsavas vizet használtam, s azután a felületet aseptikus vattával vagy hydrophilgaze vel szárazra törültem; ha most a sarjszövetet 1%-os alumnol-vízzel leöntöttem, a felszine gyengén megszurkült. E szín néhány másodperc múlva eltűnt ugyan, de többszöri leöntés után erősebben mutatkozott, s ha utóbb gyengült is, a sarjszövet felületén némi halványságot, fényteleniséget hagyott hátra. A 10%-os oldat hatása hasonló volt, csak hogy sokkal erősebb: a sebfelület egészen megfehéredett, s e szín hosszabb ideig megmaradt; letörülhető természetesen nem volt.

Alumnol por egészen száraz sebfelületen az első pár pillanatban alig hozott létre változást. De ha vártam, míg némi váladék előszívárog, vagy pedig ha a felületet megelőzőleg kissé nedvesen hagytam: akkor a fehéredés igen erős és tartós volt.

Tütlező sarjszövet leétesére a 10%-os oldatot és a port kísértem meg. Az oldat jól megfehéřítette ugyan a felületet, s tán gyorsabban, mint a por: de másnap, harmadnap a sarjszövet ép úgy kiemelkedett, mint azelőtt, ha nem jobban. Úgy látszik, az oldat a kötőanyag (hydrophilgaze) által csakhamar felszívott, vagy a benne levő alumnol a képződő váladék által részben tán közönbősített: elég az hozzá, a 10%-os oldatnak mélyre való hatása nem volt.

A por étető hatását úgy vizsgáltam, hogy a felületet megtisztítva, szárazra törülve, azzal behintettem, még pedig meglehős vastagon, gaze-kötéssel fedtem, s egy vagy két napig rajta hagytam. Ez idő elmúltával a kötés alatt több-kevesebb váladékot találtam, mely egynemű volt és nem darabos, vagyis csapadékot nem képezett. Ennek eltávolítása után a felület egészen tisztának, élénk vörös színűnek mutatkozott, de mélyen ki volt rágódva. Felszine sokkal mélyebben fektűt, mint azelőtt, sőt többnyire a környezeté alatt volt, s valóságos gödröt képezett. A hatás itt erősebben, ott gyengébben fejlődött ki, minek folytán a seb alapja kisebb-nagyobb fokú egyenetlenséget mutatott. Kocsenyás, renyhe sarjszövet ily kezelés alatt hasonlóképen tönkre ment.

Ennyit az alumról rögtön, illetve mindjárt az alkalmazás után mutatkozó és hosszabb időn át kifejlődő étető hatásáról. Csúpan azt emelem még ki, hogy az alumról a sarjszövet minden fájdalom vagy kellemetlen ézés felidézése nélkül pusztítja el.

A sebnek rendszeres alumról-kezelése abból állott, hogy azt alumról vagy borsavas vízzel tisztára mosva, eleinte 1%-os alumról gaze-val, majd, ha a felszíne már eléggé kiemelkedett, 4%-os alumról-kenőccsel fedtem. Nehány esetben, hol elég nagy sebterület állott rendelkezésemre, annak egyik felét alumollal, másik felét jodoformnak hasonló készítményeivel kezeltem. Célom ezzel az volt, hogy összehasonlítás útján az alumról hatását annál inkább megítélhessem. A váladék mennyiségében s minőségében a két terület között nem igen volt különbség. De annál inkább eltért a kettő egymástól a sarjszövet minőségében. A jodoform sarjszövege meglehetősen egyenletes, apró szemcséjű, élénk vörös színű, a seb telődése a már általánosan ismert gyorsaságú volt, szintúgy a hám rávouulása is. Ellenben az alumról sarjszövege egyenletlenül fejlődött, nagy szemcsék között nagy bemélyedések, a szín itt is élénk vörös; a sebürege rohamosan telődik, s e tekintetben a jodoform területét elbajja. Figyelmemet azonban főképp a hámnak gyors előnyomulása vonta magára. Ránőtt az még a nem teljesen egyenletes sarjszövetre is, sőt meredek sebszélek útjában nem gátolták. Különösen érdekes volt egy sebfelület, mely az alumról-kezelés előtt mintegy 8 cm. átmérőjű volt (mellkason), s mely kétszeri alumrólpor-étetés, és pár napi alumról-gaze kötözés után annyira megkisebbedett, hogy átmérője csak 2 cm.-t tett ki; az egészet 2 cm. széles, halvány-vörös, új hám-mal bevont gyűrű vette körül. Azt a benyomást nyertem ezenkívül, hogy a sebfelület kisebbitésében a sarjszövetnek összehúzódása is szerepelt.

Oly esetekben, hol alumról és jodoform egymással így szemben állott, a sebfelület mosását borsavas vízzel eszközöltem, mivel az alumról-víz a jodoform hatását is befolyásolta volna.

A rohamos sarjadzás és a gyors hámképződés alumról alkalmazása mellett csakugyan feltűnő, s azt hiszem, hogy e szernek ily irányú hatása értékkel bír.

Üreges sebeknél az alumról-víz és gaze hatása a sarjszövet fejlődésére szintén ily irányban fog érvényesülni. Csak hogy a váladék kimosására nem a genylecsapó alumról-vizet kell használni, hanem pl. borsavas vizet. A tiszta üreget azután alumról-vízzel öblítjük ki s beléje a lehetőség szerint alumról-gazét juttatunk. Így a sebben genyvaladék-rögök nem maradnak. Hogy a később fejlődő váladék legalább részben lecsapódik, az valószínű, később azonban az említett közlemény szerint újabb váladék által újra oldatik; s így a sebjáratok és drainék eldugulásától tényleg nem lehetne tartani. Magam ugyan azt tapasztaltam, hogy pl. a kémcső fenekén levő kevés geny pár csepp alumról-víz hozzáadására tömött kocsonyává lett, s ha a kémcsövet tele töltöttem is újabb genyvel, nem oldódott fel. Úgy látszik, hogy erre sok váladék szükséges.

Itt említem meg a 4%-os alumról-bacillust is, mely seb-üregbe, fistulosus járatba tolva, felolvadt, mint a többi szokott, de semmi feltűnő eredményt nem hozott létre.

Ennyit mondhatok az alumról-nak a sarjadzásra kifejtett hatásáról. Csak azt hozom még fel, hogy az alumról sarjszövege valamivel lazább volt a jodoforménál, a mi tán a gyorsabb növésben leli magyarázatát. Ellenben érintésre kevésbé vértett, tán a szer összehúzó hatása miatt.

Az alumról, bár a fehérynét megalvasztja, kísérleteim szerint a vérzésre nincsen csillapító befolyással. Átvágott edényke nyílásáról a kiömlő vér csakhamar elsodorta, parenchymatosus vérzés alatta tovább tartott, s rajta csakhamar átütött. Alumról-gaze-val való törítés, letapintás sem volt kedvező hatással.

Hogy az alumról mennyiben hat antiseptikusan, azt szabályos egyszerű sebkezelésnél megítélni nem igen lehet. Hiszen kellő fokban tiszta seben tiszta, aseptikus kötőanyag minden antiseptikus tulajdonság nélkül is mentes marad bűzössödéstől, alatta szétesés nem történik. Tény, hogy az alumról-gaze 1—2

nap alatt sem bűzössödött meg a seben, s a váladék nem lett rossz, nem mutatott bomlást. Gangraenosus sebre alumról port és gazét alkalmazva, a sebnak és környékének kellő tisztogatása mellett, pár nap múlva azon sikert láttam, a mit ily esetekben pl. salicylsav-porral is felmutathatunk: a bűz megszűnt, a sebfelület tisztább lett.

Az alumról bacteriologikus megvizsgálására Bogár Kálmán dr. kórtani tanársegéd urat kértem fel, ki jelenleg az alumról különböző tömör oldataival kiterjedtebb kísérleteket tesz. Ezek eredményéről maga kíván annak idején beszámolni, én csak annyit említek, hogy az alumról 5%-os tömörségig a spórákra nincsen befolyással.

Az említett közlemény szerint alumrólal kezelt betegek vizeletében e szert kimutatni egyszer sem sikerült. Úgy látszik, hogy már a mennyiben a szervezetbe jut, ott elváltozik. Hogy a szervezetre valamely irányban befolya, vagy magára a seb környékére feltűnő módon hatna, nem tapasztaltam. Úgy látszik tehát, hogy e szer ártalmatlan.

Mindezek után az alumról jó oldalait röviden a következőkben foglalom össze: alkalmas a túltengő vagy renyhe, kocsonyás sarjszövet elpusztítására poralakban, mi közben fájdalmat nem okoz, gaze és kenőcs meg vízalakban a sarjadzást és a hámképződést előmozdítja. Nincsen szaga; gyorsan oldódván, esetleges antiseptikus hatását hamar kifejtheti, nagyobb mennyiségű váladékban is; mindez ellenkezőleg, mint a jodoformnál. Nem illan el mint a carbol; nem okoz fájdalmat, mint a lapis; nem támadja meg az eszközt, mint a sublimat. És olcsóbb, mint a jodoform és a dermatol, a mennyiben grammjának ára Chotzen szerint (Berl. klin. Wochensh. 48. sz. 1892) körül-4—5 német fillér, tehát 2—3 kr.

Előállítja Lucius és Brüning Majna melletti Höchstben, s gyógyszerész vagy droguista útján megrendelhető.

Közlemény az egyetemi kórszövet-tani intézetből.

A vese teratoid primaer carcinomájáról s annak viszonyáról a mellékvese (primaer) rákos elfajulásához.

Tauffer Emil szig. orvos, kórszövet-tani gyakornoktól.

(Folytatás.)

Mielőtt a vese carcinomáknak patho-hystologikus tárgyalására áttérnénk, morphologiai viszonyairól, makroszkopikus maguktartásáról kell megemlékeznünk.

De midőn ezt tesszük, nem választhatjuk e pontot egészen külön a vese egyéb rosszindulatú tumorainak makroszopiájától, s azért röviden erre is ki kell terjesztenünk figyelmünket.

A vesében a következő solid tumorok fordulnak elő: számos vegyes alaktól eltekintve a tipikus daganatok közül először a *fibroma*, mely nem ritkán mint gombostüfejni, egész borsónyi kemény, szürkés-fehér dagocska jelentkezik, sokszor többes számban. Előfordulnak azonban, bár ritkán, nagyobb fibromás dagok is.

Találunk néha a zsirtokból kiinduló oly zsírszövet burjánzást is, mely daganatként válik kitapinthatóvá a hasfalón át. Ez nem ritkán pyelitis calculosa kíséretében mutatkozik.

Sturm szerint a vese adenoma sem ritka dolog, csak hogy sokszor félreismertetvén, más név alatt iratik le. Eredete rendszeren a kanyargós húgycsatornácskákban keresendő, melyek közül egy vagy több tágulást szenved s epitheljük burjánzásnak eredve, a húgycsövecskéknek adenomatosus szaporodását eredményezi. Ha azonban ezen burjánzó epithelcsapok tömörülvén, a canaliculusok határhártyáját áttörik s úgy burjánzanak tovább: az adenoma carcinomává alakul. Érdekes azonban, hogy főleg az adenoma keletkezésére *Grawitz* kutatásai más világot is vetettek. Elméletét már előbb is említvén, itt csak annyit jegyzünk meg, hogy ő kétséget kizárólag mutatta ugyan ki az adenoma származhatását eltévedt mellékvese csirokból, azonban minden adenomát így magyarázni nem lehet, miután Klebs, Weichselbaum

és Greenishnek sikerült egyes esetekben az adenoma direct összefüggését veseszövettel kimutatni. Az adenoma képezi az átmeneti alakot a vese rosszindulatú tumoraihoz, a carcinoma és sarcomához. Miután a carcinomával bővebben fogunk foglalkozni, a sarcomával előbb röviden végezzünk.

Nem lehet végkép eldönteni, hogy a sarcoma vagy a carcinoma fordul-e gyakrabban elő a vesében; hajlandóbbak vagyunk azonban casuistikai alapon a sarcomát a ritkábban előfordulónak tartani.

A sarcomának minden alakja feltalálható, legérdekesebb azonban a myosarcoma, melynek keletkezése kétféleképp magyarázható. Az egyik magyarázatot adja a Conheim elmélet, mely szerint „vitium primae formationis“ következtében az ősz cisztyák mentén elhelyezett embryonalis törzsiszomat-rostokból téved néhány sejt az urogenitalis tractusnak hibás lefűződése következtében a vese tokja alá s fejlődési alapul szolgál ily malignus daganatra. Az ily sarcomát tehát *teratoid* vese sarcomának fogjuk nevezni, ellentétben a vese primaer sarcomájával, melyre nézve Eberth ad elfogadható magyarázatot a fejlődési alapot illetőleg, a mennyiben kimutatta, hogy a vese felszínét sima izomrostok hálózata fedi, mely Myosarcoma, Rhabdomyoma és Leiomyoma kifejlődésére a talajt szolgáltathatja.

A sarcoma megjelenési alakja histologikus szempontból lehet e mellett még fibrosarcoma, sarcoma rotundo-, giganto-, parvo- és fusocellululare s ezeknek alveolaris alakjai, de találunk myxomát is.

A vese primaer carcinomája előfordul minden életkorban s azon állítás, hogy az főleg haladottabb korban jönne elő, a tényeknek meg nem felel, mert meglehetősen számban észlelhető az úgy gyermeknél veleszületetten, mint fiatal korban s 30 éven aluli egyéneknél is.

A mi a *primaer vese-carcinomát* illeti, annak jobb vagy bal oldalon való gyakoribb előfordulása felől ma még végérvényes ítéletet mondani alig lehet, miután a megfigyelések arányszáma körülbelül egyforma s egyes szerzőknek egyik vagy másik irányban való gyakoribb előfordulás iránti nyilatkozata rendszerint nem elegendő számú megfigyelésben leli magyarázatát. Annyi bizonyos, hogy a vese rákos elfajulása legtöbbször egyoldali, de vannak feljegyezve esetek, melyekben az mindkét oldalon is előfordult. (Pl. Rohrer-nél a 19., 25., 31., 34., 43., 50., 57., 81., 94. és 101. esetek, melyek mind metastasis nélküliek voltak; van azonkívül néhány eset, melyekben metastasisok is találtak.) Az egyoldali megbetegedéseknél pedig, hogy miért tulajdonítsunk egyik vagy másik oldalnak, talán még férfi és nő nem szerint is megkülönböztetve, nagyobb hajlandóságot a rákos elfajulásra, arra sem physiologiai sem pathologiai alapunk nincsen.

A primaer veserák megjelenési alakjainak leírásánál saját tapasztalataim mellett főleg Rohrer és Lissard idevágó érdemdús munkálataira támaszkodom, reflektálva Klebs munkájára s König sebészetére, melyek mellett azonban említenem kell Bókai János tanár idevágó esetét, mint eddig egyetlen e tárgyú kimerítőbb közleményt a magyar irodalomból.

A primaer veserák makroszkopice három főalakban jelenhetnek meg és pedig: a vese rendes alakját esetleg nagyságát is közelítőleg megtartva, a rákos tömegek által infiltráltatik s ezen alakjában élőben igen nehezen diagnosztizálható, miután ily alaknál a vese-felszín majdnem teljesen sima lehet, avagy csak borsó- egész cseresznyenagyságú dudorok jelentkeznek rajta, melyeknek kitapintása a hasfalán át lehetetlen s miután az ily esetben fájdalmak nem kell hogy jelentkezzenek, e kórfolyamatot sokszor már ez utóbbi oknál fogva sem ismerik fel az élőben.

A második és harmadik alaknál azonban a tapintás által már meggyőződést szerezhetünk a bántalomnak valószínű jelenléte felől. A második főalakhoz sorolom ugyanis azon eseteket, melyekben az álképlet mondhatni parasita gyanánt ül a vesetesten, mely azonban még alakját nagyrészt sőt sokszor teljesen megtartotta s mintegy függetlenül képezi a daganatnak. A tumor ilyenkor rendszeren éles határral bír a vesetesttel szemben, melynek meglevő része látszólagosan még ép szöveti szerkezetet mutathat.

A harmadik főalakhoz pedig mind ama eseteket sorolom, melyekben makroszkopice ép veserészek már fel nem ismerhetők többé, azaz a vese teljes állománya felemésztetett az álképlet által s maradványai csak mikroszkopice avagy ez úton sem találhatók fel többé. Ilyen álképletté teljesen átalakult vese adja tehát a harmadik főalakot. Ebben alosztályozásként megjelölhető azon körülmény, hogy az ilyen egészen álképletté alakult vese vagy fel engedi még némileg ismerni a hajdani vesecalakot, avagy az átalakulás már annyira haladt előre, hogy az egész álképlet nem egyéb egy gömbszerű tömegnél, melyen a vesének már nyomai is eltűntek, a mikor csak egy gömbszerű tömött vagy tömlős álképletet látunk magunk előtt.

Mindhárom alakra vagyok szerencsés konkrét eseteket felhozhatni, és pedig az első két alakra saját észleléseimet, a harmadikra pedig *Bókai János* tanárnak esetét.

Mielőtt azonban ezeknek tárgyalásába bocsátkoznánk, lássuk előbb általánosságban a primaer veserák megjelenési alakjait *összeállítás és histologikus szempontból* is. Összeállítására nézve találunk úgy kemény mint puha rákot, de ez utóbbi Lacher és Ziegler véleménye szerint is túlnyomó s rendszeren mint carcinoma medullare, velős rák, ismeretes, melyet a német szerzők „Markschwamm“-nak neveztek. Birsch-Hirschfeld szerint a nagyobb carcinomák többnyire puhák, velősek, fehér vagy szürke színűek s gyakran friss és régi haemorrhagiákkal tarkítottak, sőt e haemorrhagiák igen nagyterjedelműek is lehetnek, úgy hogy az egész álképlet tömlős benyomást tesz. Előlagási helyek is jelentkezhetnek ily nagyobb álképletekben, s e helyek genyszerű folyadékot tartalmaznak, sőt előfordulhat, hogy valóságos cystákat találunk bennök, mi mindenestre arra vall, hogy még működésben volt parenchym, illetve húgycsatornácskák lefűződése forog fenn, melyekben a secretio a lefűződés után is tovább folyhat, míg belső feszülése folytán az elválasztó parenchym-sejtek el nem lapulnak, azaz nem sorvadnak, mikor működésképtességtük is megszűnik. A kisebb tömegű rákos tumorok majdnem mindig tömöttebbek.

Ha a daganat összeállása haemorrhagiák által meg nem változik, úgy rendszeren még igen előhaladott kórfolyamat mellett is sokáig határozott különbség ismerhető fel a volt kéreg és velőállomány között, minek magyarázatát (Lissard) azon jellemző körülményben találhatjuk, hogy ezen álképleteknél nem nyomatik el egyszerűen a veseszövet a beleburjánzó ráktömegek által, hanem helyettesítetik. A vese primaer rákos átalakulásának ezen helyettesítő jelleme mellett még más érdekes tulajdonságokat is találunk. Első sorban a tág, de igen vékonyfalú véredényeknek nagy tömegét, a minő sem máj-, sem gyomorráknál elő nem fordul. Ezen véredények vékony falzatuknál fogva könnyen szakadnak s ez magyarázza azon roppant vérömlenyek keletkezését, melyek következtében az ily tumorokat a „fungus haematodes“ elnevezéssel illeték.

Különös sajátosságuk a veserákoknak, hogy előszeretettel burjánoznak bele az elvezető csövekbe, a vesekelyhekbe s — a mi főleg sarcomáknál gyakoribb — a *venákba*, s vannak leírva esetek, melyekben ily proliferatio az edény-lumenben betejert a vena renalisra át a cava-ba is. Ilyen eseteket pl. *Doederlein, Jerzykowsky, Martin, Laboulbène, Demarquay, Beyerlein, Hayem* írnak le.

Ilyen továbbá *Lépine*-nek 1882-ben leírt esete is, hol az ő felfogása szerint ily burjánzó és széteső szövetelemek *elsodortatása* következtében thrombusok támadtak a vesevisszérben és felterjedtek a vena iliaca communis externába, felfelé pedig a vena hepatica szájadzásáig, szembe pedig a másik vena renalisba. *Lépine* felteszi, hogy ezen alvadéktömegek a húgycylinderek módjára keletkeznek és pedig oly időben, midőn a húgy, melyet a megbetegedett vese választott ki, magas fehérnyetartalommal bír, s esetleg azon perczen következett be a megalvás, a midőn a bal vesevisszérben a thrombus támadt. *Lépine*-nek ezen felfogása mellett azonban nem hallgathatjuk el *Recklinghausennek* nézetét (*Virchow Archivum* 100. kötet), mely a retrograd metastasis körébe sorozza a carcinomáknak vagy sarcomáknak azon tendenciáját, hogy véredényekbe a vérárammal ellentétes irányban beburjánozzanak.

(Folytatása következik.)

Neisser tanár kir. egyetemi bőrkórodájáról Boroszlóban.

A férfi húgycső kankójának kórismézése és gyógykezelése.

Marschalkó Tamás dr., lipiki fürdőorvos, jelenleg kórodai tanársegédttől.¹

(Folytatás.)

Egy másik igen fontos kérdés az, *hogy meddig kell a kankót kezelni?* Akármilyen szereket, még ha közönséges összehúzó szereket is fecskendezünk be a kankós húgycsőbe, az esetek egy nagy számában a genyelválasztás és kifolyás pár nap, egy-két hét alatt látszólag megszűnik, az orvos s a beteg azt hiszik, hogy a betegség meggyógyult, pedig éppen ellenkezőleg, a kankó e közben szépen hátra felé terjed, és ha az orvos fáradtságot vesz magának a váladékot, a mely teljesen nem szűnt meg, és a legtöbb esetben a mellső húgycső kiöblítése után szálcák alakjában folyton jelen van, górcsőleg megvizsgálni: azt találja, hogy ezek hemzsegnek a gonococcusoktól; csak hogy az legtöbb esetben nem történik, a beteg elmarad a kezeléssel, hogy azután hónapok, esetleg évek múlva egy idült kankóval és esetleg súlyosabb complicatiókkal térjen vissza; és ezen körülmény, hogy a legtöbb kankó sokkal rövidebb ideig lesz kezelve, mint szükséges lenne, a másik főoka, hogy a gonorrhoea therapiája átlagosan oly rossz, hogy oly sok kankó az idült stadiumba megy át.

A mi kezelési módszertünknel szintén a fentebb említett eset áll be, ha a kezelést egy-két hét múlva abba hagyjuk; csak hogy itt sokszor már nem is lehet a váladékban gonococcusokat kimutatni, s mégis alig telik el pár nap, a kankó újult erővel lép fel, vagy legalább a váladékban ismét fellépő gonococcusok mutatják, hogy a kankós folyamat korántsem szűnt meg. Hisz az eddigi kankó-kezelés fogyatékosága éppen abban áll, hogy nem rendelkezünk oly szerrel, a mely a gonococcusokat a mélyebb rétegekben is megsemmisítené; a mi antibakterikus befecskendéseink megsemmisítik ugyan, és pedig igen gyorsan a gonococcusokat a felső rétegekben, de tudjuk, hogy mily gyorsan vándorolnak azok a felhám mélyebb rétegeibe, sőt mint Werthheim legújabb vizsgálatai kétségelenné teszik, a kötőszöveten keresztül is; eddigi szereink pedig többékevésbé felületesen hatnak, és csak az antibakterikus utóhatás, a megakadályozása a mélyben fekvő gonococcus-kultúrák gyors növekedésének lehet a főczélja a kezelésnek, mert egyelőre sajnos le kell mondani arról, hogy a mélyebb felhámrétegek, vagy plane a kötőszövetben fekvő gonococcusokhoz direct hozzáférhessünk antibakterikus szereinkkel.

És ebből következik azon, nem kevésbé fontos szabály, hogy egy igen hosszú ideig tartó kezelés szükséges arra, hogy a mélyebben fekvő gonococcusokat is részint tovább növekedésükben megakadályozzuk, részint pedig ha azok lassan a felszínre kerülnek, direct megsemmisítsük, általános szabály tehát, hogy minden kankót, ha még oly kedvezően folyik is le, ha már pár nap múlva a kezelés megkezdése után alig mutatkozik is valami váladék (kiöblítése a mellső húgycsőnek), még heteken keresztül tovább kezeljünk, ha esetleg enyhébben is; csak ez esetben számíthatunk biztos és tartós eredményre. Ha a kezelés alatt gonococcusok már egyáltalán nem, vagy csak gyéren mutatkoznak, akkor az antibakterikus szerelés mellett antiphlogistikus adstringens szereket is alkalmazunk; tehát még egyszer ismétlem: a kezelés időtartamát soha sem szabad momentán, hamar beálló eredményektől függővé tenni, hanem ha valahol úgy éppen itt kell inkább többet mint keveset tenni, s az antibakterikus kezelést, habár enyhébben is, hosszú ideig folytatni.

Egy másik általános elv, a mire a kezelésnél tekintettel kell lenni, s a melyről később bővebben szölok, az antibakterikus szert mindenüvé eljuttatni a hol gonococcusok lehetnek, értem a húgycső nyákhártyájának — a mely mint tudjuk, gazdag redőzettel bír — minden pontjával érintkezésbe hozni.

Tehát még egyszer rekapitulálva a mondottakat: 1. a kezelést lehetőleg gyorsan kell megkezdeni; 2. igen sokáig kell folytatni, mindenestre jóval a makroszkopikus úton megállapítható gyógyulás határán túl, azonban ha csak lehetséges, a mikroszkopikus úton constatatalt gyógyulás határán is túl; 3. első sorban antibakterikus szereket kell alkalmazni, a melyek úgy választandók ki, hogy egyrészt a gonococcusokat gyorsan és biztosan tönkre tegyék, de e mellett a nyákhártyát ne izgassák, sőt lehetőleg direct a lobos folyamatra is csökkentőleg hassanak; ezen szereket a nyákhártyának lehetőleg minden pontjával érintkezésbe kell hozni.

Ezek tehát röviden azon általános szempontok, a melyek minket a heveny és félheveny húgycsőkankó kezelésénél vezérelnek, a főczélja tehát ezen kezelésnek elérni azt, hogy a kankó a mellső húgycsőről át ne terjedjen a hátsóra, és hogy a heveny gonorrhoea ne váljék idültté; és lelkiismeretes kezelés, a váladék szorgos vizsgálata és ellenőrzése mellett, ha az elmondottakat pontosan megtartjuk, az esetek egy nagy számában tényleg sikerülni is fog azt elérni.

Ha azonban ennek daczára a heveny esetekben a kankó mégis átterjed a hátsó húgycsőre, úgy előbb feltétlenül meg kell bizonyosodni, vajjon tényleg vannak-e a posterior váladékában gonococcusok, és nem-e csak olyan nem fertőző urethritissel van-e dolgunk, melyről előbb bővebben szölktem; és csak ha erről meggyőződünk, csak ha gonococcusok vannak jelen, szabad az ily korán fellépő urethritis posteriorit kezelni, de ha egyszer a kórisme biztos, a kezeléssel nem szabad késni.

Ha pedig már egy idült kankóval állunk szemben, akkor az első és fődolog eldönteni azt, hogy csakugyan egy gonorrhoeikus fertőző bántalommal állunk-e szemben vagy sem, vagyis tartalmaz-e a váladék gonococcusokat vagy sem; ez a betegre nézve is a legnagyobb fontossággal bír, annál inkább, mert ezt képesek vagyunk igen kevés kivétellel egészen biztosan meggyógyítani, illetőleg a gonococcusokat megölni, és ez által a bántalom fertőző képességét megszüntetni; főszabály tehát, hogy az idült gonorrhoeát, a. m. míg gonococcusok vannak jelen, szintén antiparasitaer kezeljük, és addig egyáltalában nem hagyjuk abba a kezelést, míg meg nem győződünk róla, hogy valamennyi gonococcus meg van semmisítve. Ha elértük azt, hogy a fertőző képesség megszűnt, akkor hátramarad még a nyákhártyán jelenlévő kóros elváltozások gyógyítása. Ezen idült gonococcusmentes urethritiseket két csoportra osztjuk, olyanokra a melyekben mélyebb elváltozások vannak jelen a nyákhártyán és a submucosán, a melyek szűkületekhez vezethetnek és a melyeket minden körülmények közt kezelni kell; sajnos, hogy itt gyakran igen súlyos sokszor csaknem gyógyíthatatlan állapotokkal állunk szemközt; és olyanokra, a hol egyszerű felületes hurut van jelen, a melynek kezelése nem mindig okvetlen szükséges, mert semmiféle komolyabb veszélytől tartani nem szükséges, sőt sokszor éppen a nyugalom az, a mi ezeket a leggyorsabban megszünteti.

Ha most már a gyógykezelés különös részére térünk át, és azt kérjük, melyek azon szereket, a melyek azon három postulatumnak a) hogy a gonococcusokat biztosan megöljék, b) hogy nemesak a nyákhártyát ne sértsék, hanem c) lehetőleg még a lobot, gyulladást is mérséklék, megfelelnek, úgy ki kell jelenteni, hogy ezek száma éppen nem nagy; mindjárt itt akarom felemlíteni, hogy az ú. n. adstringentiáknak, a legnagyobb keletnek örvendő antigonorrhoeikus szerekeknek, így a zink, ólom, tannin és bismuth-készítményeknek antibakterikus gonococcusölő hatásuk alig van, különösen a három elsőnek majdnem semmi sincsen, bár a lobos tüneteket kétség-telenül kedvezően befolyásolják, és így a gonorrhoea kezelésénél értékük, legalább a korai időszakban, majdnem semmi sincsen; sőt ilyenkor e szereket alkalmazása, miután a gonococcusok e mellett akadálytalanul tovább tenyésznek, határozottan elősegíti a kankó hátrafelé való terjedését. A mi a bacteriumölő szereket illeti, Neisser tanár kórodáján a legkülönbözőbb antiseptikus szereket lettek a kankó ellen kipróbálva, melyeket részletesen felsorolni teljesen felesleges lenne, miután azok legnagyobb része teljesen alkalmatlannak bizonyult, e tekintetben

¹ L. Orvosi Hetilap 19. számát.

utalok *Friedheimnak*¹ *Neisser* volt segédjének munkájára, melyben e kísérletek részletesen le vannak írva, és itt csak azokat említtem fel, a melyek jóknak bizonyultak.

Ezek közt első helyen áll az *argentum nitricum*, a mely a legjobbnak, leghatásosabbnak bizonyult, s a melyet jelenleg is az esetek legnagyobb részében úgy heveny, mint idült kankónál alkalmazunk. Az *argentum nitricum*-nak a mellett, hogy oly hígított állapotban is, melyben rendszeren alkalmazzuk (1:2000—1:4000), biztosan és gyorsan öli meg a gonococcusokat, azon óriási előnye van, hogy ilyen híg dilutióban csak igen ritka esetben izgatja a nyákhártyát, egy másik kitünő tulajdonsága az, hogy alkalmazása mellett a genyes kifolyást csakhamar higabb savós kifolyás váltja fel, melyben a genysejtek száma csakhamar csökken, nemsokára nagyobb fokú desquamatio áll be, a mit a váladékban megjelenő nagymennyiségű felhámsejt bizonyít, a mi pedig felette fontos, mert egyrészt a lobos tünetek csökkenésére mutat, másrészt pedig könnyen elképzelhető, hogy a felhámsejtek gyors leválása következtében gonococcusok, a melyek a mélyben vannak, könnyebben kerülnek a felszínre, és így könnyebben semmisíthetők meg. Egyetlen hátránya az *argentum nitricum*-nak, a mi sajnos a legtöbb más antibakterikus szernél is megvan, hogy felületesen hat s kevésbé hatol be a mélybe; bár így híg oldatokról el lehet képzelni, hogy legalább egy része imbibitio útján a mélyebb rétegekbe is beivódik, mégis el kell ismernünk, hogy tapasztalataink szerint e hatás a kezelésnél alig jó számba; azonban ennek dacára az *argentum nitr.* mégis a legjobb *antigonorrhoeikus szer*, a melylyel eddig rendelkezünk.

Az *argentum nitricum*-on kívül még egy szer van, a melynek hatását *Judassohn*² próbálta ki *Neisser* kórodáján és a mely a számos megkísérlett szer közül egyedül közelíti meg az *argentum nitricum* hatását, habár azt nem is éri el, és ez az *ammonium sulfo-ichthyolicum* vagy röviden *ichthyol*, a mely a mellső húgycső kankójánál 1—5% (lassanként emelkedő concentrációban), a hátsó húgycső kankójánál pedig 1—10% vizes oldatban az esetek egy nagy számában igen jó hatású volt. Az *ichthyol* antibakterikus hatása nem oly nagy mint az *argentumé*, ellenben desquamativ hatása azéval teljesen egyenlő fokú.

Egy harmadik kitünő szer az *alumol*, a melyet *Chotzen*³ dr., *Neisser* több éven át volt segédje ajánlott először, s a mely 1—2% vizes oldatban úgy a mellső mint a hátsó húgycső kankójánál azóta a kórodán is sokszor kitünő eredménnyel lesz alkalmazva.

A *kalium hypermanganicum*-mal, melyet újabban *Janet*⁴ oly melegen ajánlott 1:4000—1:1000 vizes oldatban úgy heveny mint idült gonorrhoeánál, mi is kísérletezünk a kórodán; ezek még nincsenek egészen befejezve, úgy hogy végleges ítéletet még bajos mondani, de úgy látszik, hogy a mi eredményeink jóval a *Janet*-éi mögött maradnak.

Mindezen felsorolt szereken kívül még a gyenge *Rotter*-féle pastillák (*carbol-* és *sublimat*mentes), 1 pastilla 250 vízre és *sublimat* 1:30,000—1:20,000 oldatban alkalmazhatók mint antibakterikus szerek sikeresen, a *sublimat*-nak azonban sokszor még így óriási dilutióban izgató hatása van.

A mi az *összehúzó, bevonó, antiphlogistikus* szereket illeti, a melyek a fentebb említett elvek szerint a nem virulens időszakban az antisepticumok helyett, vagy azok mellett lesznek alkalmazva, ezek száma igen nagy, s sokkal ismeretesebbek, semhogy szükséges lenne részletesen felsorolnom őket; mi rendszeren bórsav (3%), zink, bismuth- vagy tannin-készítményeket rendelünk.

(Folytatása következik.)

¹ Friedheim, Zur Behandlung der acuten Gonorrhoe. Verhandl. d. deutschen dermat. Gesellschaft. Prager Congress. 1889.

² Judassohn. Ueber die Behandlung der Gonorrhoe mit Ichthyol. Deutsche mediz. Wochenschr. 1892. Nr. 38. és 39.

³ Dr. Martin Chotzen. Alumol, ein neues Mittel gegen Hautkrankheiten u. Gonorrhoe. Berl. klin. Wochenschr. 1892. Nr. 48.

⁴ Diagnostic et traitement de l'urethrite blennorrhagique. Annales des maladies des organes genito urinaires. 1892. 249.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XVI. rendes ülés 1893. május 6-dikán.)

(Vége.)

Eszmecsere *Tauffer Vilmos* tr. „A vesék és húgyvezérek sebészetének néhány kérdése“ című előadása felett.

1. *Högyes Endre. Tauffer* tr. előadása nemcsak gyakorlati szempontból tanulságos, hanem kórtani és élettani vonatkozásai folytán is figyelemre méltó. Hozzászólóra nézve azért is kellemes volt az igen érdekes előadás, mert benne régi reminiscenciákat elevenített fel, t. i. előadása emlékéit, melyet 21 év előtt tartott az orvosegyesület körében. *Simon* 1869-ben végezte ugyan az első nephrectomiát embernél, de erről szóló közleménye csak 1872-ben jutott tudomásra, a mikor felszólaló ez iránti állatkísérleteit már befejezte. Felszólaló első kísérleti tanulmánya abból indult ki, hogy mesterségesen akart állatoknál veselobokat előidézni, még pedig vegyi úton cantharidin belső adagolásával, mechanikai úton pedig az által, hogy lumbal-metszés után egyik vesét tokjából kifejtette és azután a vesén tűket szúrt keresztül, vagy a vese domborulatából egyes darabokat kimetszett, azután a sebet drainezte és gyógyulni hagyta, majd 2—4—6—8 nap mulva az illető vesét eltávolította és az állatot életben hagyta. E kísérletei azon eredményre vezettek, hogy a szervezet egy vesével is fennállhat, mi akkor még új dolog volt. Egy más érdekes jelenséget tapasztalt e kísérleteinél, melynek gyakorlati fontossága csak most öltik szembé, midőn *Tauffer* is hangsúlyozza a conservativismus szükségességét a vesesebészet terén; ha t. i. az egyik vesének csak a kéregállományából metszett ki egy kisebb-nagyobb darabot, úgy 2—3 napig tartó fehérvyevizelésen kívül semmi baja sem lett az állatnak, ha ellenben a metszés a határállományt is érte, úgy 6—8 nap mulva a vese velőállományában kúp alakú, nekrotikus gócz keletkezett, melynek alapját a metszéspap velőállományi része képezte, csúcsa pedig a vese papillájáig nyult, ha két helyen történt a határállományt is érő metszés, úgy két ilyen elhalási kúp keletkezett, és az ilyen állat 8—10 nap mulva elpusztult. E kísérletek alapján már 1872-ben azt javalta az „Archiv für experimentelle Pathologie“-ban, hogy ha az egyik vesében körülírt és csak a kéregállományra szorított kóros elváltozás, pl. tályog, tuberculosis vagy rosszindulatú daganat van jelen, úgy ne irtsák ki az egész vesét, hanem próbálják meg a vese resectióját. Ez már 21 év előtt volt proponálva. Azonban csak újabban foglalkoznak e kérdéssel gyakorlatilag; így a német sebészek utolsó ez idei áprilisi congressusán *Kümmel* Hamburgból általa végzett hasonló állatkísérleteket közölt, melyeknek alapján három embernél végzett veseresectiót; 1886-ban egy 36 éves kertésznél, kinek egyik veséje traumatikus úton megsérült, a kóros részt kikaparta és a beteg meggyógyult; 1889-ben egy 42 éves igen lesoványodott nőnél vesetályogot operált, a tályogot megnyitván és belőle a követ kiemelvén, a tályogfűrt kikaparta s az asszony meggyógyult; egy 32 éves asszonynál, kinek vesetuberculosis kórismézett, a vesét megnyitotta és ebben egy tyúktójsányi és több kisebb cystát talált, melyeket eltávolított, a beteg szintén meggyógyult.

A mi azt a másik felmerült kérdést illeti, hogy a nephrectomia egy vagy két szakaszban történjék, megvallja, nem érti, miként lehetne a kiirtandó vese uretherének előzetes lekötése által a kiűzött célt, t. i. a megmaradandó vesének compensatorikus túltengését elérni, s ezáltal az állítólag különben beálló heveny nephritist elkerülni. Nem érti ezt azért, mert állatkísérletek mutatják, hogy az urether alakítása után már 1/2 óra mulva megszűnik az illető vesének functiója és így elesik az a feltevés, hogy a másik vese la-sanként veheti át a kiirtandó vese működését. *Favre* 9 nyúlán az urether előzetes alakítása nélkül távolítván el az egyik vesét, 6 nyúl a másik vese lobja folytán elhalt, e 66%-nyi halálozás ellentétben áll felszólaló említett régebbi kísérleteivel, melyeknél sokkal csekélyebb volt a halálozás. Másrészt nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy az egyik vesének működését qualitative és quantitative is képesek átvenni a bőr és a tüdők.

Azt hiszi, hogy a kiirtott vese működésének compensatióját talán czélszerűbben elősegíteni lehetne a bőr működésének meleg fűrdők, vagy meleg légkör által való fokozásával. *Favre* kísérleteinek eltérő eredményeit hajlandó az ő kísérleteinek csekély számából magyarázni és még megjegyzi, hogy az egyik vese kiirtása folytán a másikban fellépő collateralis vérbőség, és a normalis nyúl vesében szabályszerűen előforduló szemcsés szétzettsége a tubuli contorti hámfjának indította az észlelőket heveny veselob téves felvételére. Mindenesetre a kérdés megérdemli a további tanulmányozást.

2. *Schächter Miksa*. Bár ú. n. „anyaghiány“ miatt vesekiirtással nem foglalkozik, az előadáshoz mégis hozzászól, mert azon melegség, melylyel *Tauffer* tr. e kérdést tárgyalta, mindenkit magával ragadott, kinek valaha kés forgott kezében s így felhevítette őt is. Az orvosegyesület hallotta, hogy mi mindent lehet a vesével csinálni. *Herczel* bemutatót egy esetet, melyben a vesét varrta. *Tauffer* esetei egy sorozatában a véletlenül kettévágott urethert varrta össze, ha ez nem sikerült, a vesét kiirtotta, hallottuk, hogy bár czélszerűbb két vesével élni, a szervezet szükségéből egy vesével is beérheti; az esetek egy másik csoportjában *Tauffer* tr. a vesék egyes kóros részeit távolított el. Valóban igaza van neki abban, hogy a vese-sebészet ma forrongásban van és hogy időszerű e kérdést hazai orvosi életünkben is a napirendre hozni. Kiváló jó hatást keltett *Tauffer* tr. előadása azért is, mert a legnagyobb őszinteséggel elmondta balsikereit is, és annál inkább volt jóhatású, mert már a mi irodalmunkban is kezd lábra kapni

a kendőzés, úgy hogy pl. egy sikerült vesevárást sietünk bemutatni; míg egy másik, kevésbé sikerült veseműtétet bölcsen elhallgatunk. A tudomány lényege és főcélja az igazság, ennek elérésére pedig főkellék az őszinteség. A sikerek és balsikerek őszinte egymás mellé állítása a hatást mint a művészetben még fokozza, így *Tauffer* előadásában a művészi hatás szembetűnő volt. Felszólaló, ki 12 év óta lát és segédkezik hasmetszéseknél, urether-átmetszést sohasem látott. *Kovács* tanár mellett látott oly daganatokat kiirtani, melyek a *Douglas*-úrt teljesen kitöltötték, melyeknek eltávolítása után a peritoneum úgy szólván rongyokban lógott le, de urether-átmetszést nem látott. Azonban az urether-átmetszés kedvezőtlen véletlen, és mivel *Tauffer*-nek több a hasműtete, azért volt nála aránylag gyakori az urether-átmetszése. De e kedvezőtlen véletlenek üdvös eredményre vezettek, mert tény, hogy bár *Högyes* tnr. már két évtized előtt sejtette a vese-sebészet e mai irányú fejlődését, az nem abból fejlődött, hanem, mint azt *Tauffer* is vázolta, az urether-átmetszéséből indult ki. Egy darab *Darvinismust* lát felszólaló a vese-sebészet fejlődésében, u. i. a hasúri daganatok műtéteiben új akadályok merültek fel, ezekhez kellett alkalmazkodnia a sebészetnek és fel kellett vennie ellenük a sikeres küzdelmet. De a *Darvinismust* a sebészet terén az utazásában is látja; a vese-sebészetnek mindenütt gombaszerűen nőnek a művelői. Minthogy a vesekiirtás, mint hallottuk, még akkor sem veszélytelen, ha a másik vese teljesen ép, lehetőleg tartózkodnunk kell minden olyan művelettől, mely a vesekiirtást szükségessé teheti. Kétségtelen, hogy a vesekiirtás némileg csábító műtét, maga az operatio nem felette nehéz, nem nehezebb mint egy ovarotomia, mert hiszen a vese a peritonealis ürön kívül fekszik, csábító, mert a vesekiirtás után a beteg megszabadul mindazon nehézségektől, melyeket a káros vese okozott. De az orvosi moral a conservatív irányra kényszerít, mert az, hogy a kiirtott vese működését a megmaradt átveszi, épen oly sovány vigasz, mint a vaknak az, hogy a tapintó érzéke jobban fejlődik ki. Az asepsis mai állása mellett megszűnt az a szent borzadály, melylyel azelőtt a vesére gondoltunk, kétségtelen az is, hogy a vese-sebészet technikája már jól kifejtett, de azért nem szabad a másik tulságba esnünk. A mitől most félnünk kell az, hogy a veseműtétet u. n. mutató műtéttekké válnak és hogy a mutató kedvezőtlen lazul azok indíciója. Sohasem szabad valamely műtét előtt csak azt mérlegelni, hogy mi nem contraindicálja a műtétet, hanem azt, hogy mi indicálja. Ennek felmérése azért nem felesleges, mert e téren oly túlmérszesség kezd lábrakapni, melyet legalább is túlbuzgóságnak mondhatunk. Midőn néhány év előtt a berlini sebészeti congressuson nagyon sokan szólottak pártolón az ileus műtétjének kezelése mellett, egy nagy német sebész azt kérdezte az illetőktől, hogy elhatároznák-e magukat az ileus oly operatív kezelésére, ha a beteg saját atyjuk, vagy anyjuk volna. Ez a kérdés drasztikus volt, de jogosult. E kérdés létezik és mindenki felvetheti magának, ki a vese beható operálásához fog, főleg akkor, midőn mint *Tauffer* mondotta, a vese-sebészet reggelén állunk. A vese-sebészet reggelén felszólaló azt mondja: „némi kegyelmet a vesének!“, mert ha időleges vagy látszólagos eredményeken felbuzdulva vígan neki megyünk a szenvedő veséknek, akkor talán elérhetjük, hogy itthon nagy tudós hírébe kerülünk, de korunk tudományának chronikása egyszer azt fogja írni, a mit *Bóth János* írt a saját koráról: „esse nunc scientiae multum, sed conscientiae parum“. Ha *Tauffer* előadásából azt a következtetést vonja le mindenki, hogy a sebészetben „conscientia“ is kell, akkor érte el az előadás azt a hatást, melyet *Tauffer* tnr. valóban elérni akart.

3. *Dollinger Gyula*. A primaer vesekiirtás indicióját óhajtja részletes megbeszélés tárgyává tenni. Ó teljesen egyetért *Tauffer* tanár úrral abban, hogy vesekő miatt nem szabad a vesét eltávolítani, mert a vese-lítis tisztán traumatikus eredetű és elmulik, ha a követ eltávolítjuk; a baj csak az, hogy a betegnek nem ígérhetünk teljes gyógyulást, mert az eseteknek majdnem 40%-ában a húgysípoly nem zárul be és miatta később mégis ki kell irtani a vesét. Azonban ha a pyelitis calculosához putrid infectio csatlakozott, akkor egész más kórkép előtt állunk. *Dollinger* ily esetet műtött, a melynek készítményét az orvos-egyesületben be is mutatta; de miután azon alkalommal a primaer vesekiirtás indicióját részletesen meg nem beszélte, most óhajtja azt tenni.

A midőn szóló a vesét szabadá tette, kitiint, hogy az majdnem a crista ilei-ig ér és mindenhol hullámszik. Hogy bizonyos legyen az iránt, vajjon a vizelet már a vesemedenczében is putrid-e, vagy talán csak a húgyhólyagban lett azzá: a vesébe Pravaz-fecskendővel beleszűrt és belőle csatornaszagú, szennyes színű, gnyes vizeletet szűrt ki. Világossá lévén ebből, hogy putrid vesemedenczelobbal van dolga, elhatározta és végrehajtotta a vese kiirtását, a mely — a mint az „Orvosi Hetilap“ 1893. évi 14-dik számában leírt eset mutatja — a beteg teljes gyógyulásával végződött. Ha azonban valamely más műtő még akkor is meg akarta volna tartani a vesét, annak mindenesetre előbb köröskörül ki kellett volna azt fejteni fészkéből, hogy mellső felületét is megvizsgálja, a hol megtalálta volna ama necrotikus falú tályogot, a mely a peritoneumba készült áttörni és ez lett volna a második indicatio a vese kimetszésére; mert ezen putrid tartalmú tályog kezeléséről az infectio folytonos veszélye nélkül nem lehetett volna gondoskodni. Feltéve azonban, hogy egy más esetben a vese mellső felületén nincsen tályog, meg lehet-e ekkor tartani az ilyen vesét? Ha a műtő vese-metszést akar ilyenkor végezni, akkor a domború oldalon bemetszve, a vese sebének széléit oda kell varrnia a bőrhöz, a sebet pedig drainezni. A vese természetesen folyton választ el vizeletet, a mely a kelyhek és medence putrid anyagaival keverve, a kötése folyik, úgy hogy a kötés, akárhányszor változtatjuk azt egy nap, mégis folyton mintegy rothadó borogatás fog a seben feküdni. Szóló lehetetlennek tartja, hogy ily körülmények közt el lehessen kerülni a vesét környező nagy sebfelületnek az infectióját és miután már az egész sebfelülethez viszonyítva

kicsiny vesemedence és vesekehely felületének putrid lobja a beteget végkép lesorvasztotta, bizonyosra vehető, hogy ezen putrid lobnak kiterjedését egy ily nagy és friss sebfelületre a beteg már ki nem állja. Ha valaki ily esetben is conservatív akar lenni, az megtarthatja a beteg számára a vesét, de nem az életet.

4. *Pertik Ottó*. Mivel *Högyes* tnr. felemlítette, hogy házi nyulaknál és kutyáknál nem lobos vese is könnyen tartható hevenyen gyuladt-nak, megjegyzi, hogy embernél ily tévedés könnyen elkerülhető, mert bár a vese postmortalis változásai hasonlítanak is a vese homályos duzzanatához, megkülönböztetésül szolgál az, hogy a heveny veselobnál a vese felette nedvdús, továbbá a jellegzetes kénsárga rajzolatokat mutatja és pontszerű és csíkszerű vérömlenyek láthatók benne.

Dollinger tnr. esetében a nephrotomia ellen azt az aggályt táplálta, hogy a vese mellső felületén levő tályog áttörhet a peritoneumba. Ez az aggodalom azért túlzott, mert a pyelitikus folyamat mellett a veseburok rostos tokja heges jellegűvé válik és a vese csíktokja sajátságos, heges szövetté alakul át és ez a secundaer heges túlbuzgás védő a peritoneumot az áttörés veszedelme ellen. Sajtos pyelonephritis több esetét vizsgálta műtét után; azt kell eldönteni, hogy tuberculosus forog-e fenn ily esetben, mert néha egyszerű idült pyelitis mellett a tágtult vesekelyhekben pangó geny teljesen átalakulhat sajtszerű állománnyá. Megkülönböztetésül szolgálhat az, hogy ha a sajtszerű állomány csak a vesekelyhekben pangó geny átalakulásából eredt, úgy azt a papillák választják el, míg valódi phthisis renalis tuberculosa eseteiben a velő-állomány és papillák szétroncsolása folytán ürök keletkeznek, sok esetben pedig a sajtos elhalás disseminált góczokban lép fel.

5. *Alapy Henrik*. A vita legérdekesebb pontját az képezi, hogy vajjon pyonephrosis eseteiben nephrotomia, vagy nephrektomia végeztesék-e. Természetes, hogy a műtő individualitásának az indicatiók megállapításánál nagy szerepe van, de vannak bizonyos szempontok, melyek általános elvek erejével bírnak. *Dollinger* tnr. az ő esetében a vesekiirtás főokának azt tartotta, hogy a vese váladéka putrid volt, holott ennek nincs más jelentősége mint az, hogy a váladék retentiója van jelen, mely a vizelet ammoniakalis erjedését és a termelt geny rothadását okozza, a retentio megszüntetésével megszüntethetjük a váladék putrid voltát; *Guyon* is mondja, hogy a putrid vizelet nincs septikus hatással az általa érintett sebfelületre; ép úgy miként nem okoz sepsist a putrid vizelet a hólyag megnyitásával, mert ha a vizeletnek kifelé szabad és könnyebb kifolyása van, nem folyik a szövetek közé. Nézte szerint tehát a veseváladék putrid volta nem képezhet indicatiót nephrektomiára.

6. *Dürner Gusztáv*. *Tauffer* tnr. ismertetett egy esetet, melynél az urethersípoly gyógyítására az urethernek a hólyagba való bevezetését próbálta meg, és midőn ez nem sikerült, a beteg Bécsbe ment, hol vesekiirtást végeztek rajta, melyet *Tauffer* tnr. nem tart indiciálnak. A beteget Bécsben felszólaló kalauzolta; a beteget *Pavlik*, *Breisky* és *Billroth* vizsgálták és midőn *Pavlik* az urethernek átjárhatóságát vizsgálta, meggyőződött arról, hogy ebbe nem lehet úgy behatolni, mint egy normális uretherbe és ez, valamint az a körülmény, hogy a beteg minden áron meg akart szabadulni kínzó bajától, volt oka annak, hogy a vese kiirtása elhatározatott, melyet *Billroth* szerencsés eredménnyel végre is hajtott. Szóló jól tudja, hogy *Tauffer*-nek egy oly betege is volt, ki mielőtt nála jelentkezett, 30 évig élt vizeletcsurgással, azonban a szóban levő esetben a vizeletcsurgás a beteg társadalmi állása folytán sokkal kínzóbb, sőt elviselhetetlen baj volt.

7. *Herzfel Manó*. Azon fontos kérdés, hogy mi történjék a genyedő vesével, nézte szerint két részre oszlik. Azt eldöntöttnek lehet tekinteni, hogy oly vese, melyben gümös folyamat van, okvetlenül kiirtandó, mert nincs kilátás arra, hogy nephrotomiával minden káros rész eltávolítható lesz. A pyonephrosis eseteiben *Guyon* és tanítványai nephrotomia mellett törnek lándzsát, Németországban is azelőtt több helyen a nephrotomiának, míg a berlini sebészeti egyesület február havi ülésében *Israel* is egy előadásában oda nyilatkozott, hogy a radikálisabb eljárás hívévé vált. Felszólalónak alkalma volt huzamos időn át *Czerny* oldala mellett e téren tapasztalatokat szerezni, s mondhatja, hogy nephrotomiával nem jó eredményeket értek el. Hét eset közül csak egy gyógyult, kettő meghalt, négyenél vesekiirtás vált szükségessé. A nephrektomia mellett szól az, ha a vese convexitásán, mint *Dollinger* esetében volt, necrosisok vannak, mert szóló a peritoneumba való perforatiót lehetők tartja, sőt maga is látott ily esetet. Továbbá a vesekiirtás mellett szól a vese putrid váladéka, mert ha a vese parenchymáját előre varrjuk, septikus folyamatok okvetlenül létrejönnek. A vese putrid váladéka nem oly ártalmatlan, mint azt *Alapy* gondolja, mert egészen mások a viszonyok a húgycsősebnél és a nagy vesesebfeletnél. Oly esetben, a hol a beteg veséből már csak kevés kéregállomány van meg, a vesekiirtás kevésbé veszélyes, mert az ép vese már is átvette a másik funkcióját. Nem rég volt egy ilyen esete, mely egy 22 éves fiatal embert illetett, kinek a rendesnél 15-ször nagyobb vese-convexitásán két tályog volt, és két tallérnyi helyen necrosis; a vesét kiirtotta.

A beteg a műtét után 3 nappal hirtelen fellépett collapsus folytán elhalt. *Tauffer* tanár egy esetben urethersípolyt készített, úgy hogy az urethercsonkot a hasúron átvezetve a hasfalhoz rögzítette, mi a későbbi nephrektomiát nagyon megnehezítette. Nézte szerint ily esetben helyesebb az urether a lumbalis irányban kivezetni, annál is inkább, mivel a hasüregben átvezetett urethercsonk könnyen okozhat belső bélelzáródást. Felszólaló is a nephrektomiának két szakaszban való végzését tartja ajánlatosnak, annál is inkább, mert a hosszas chloroform-narcosisnak delectaer hatása van a vesékre.

8. *Dollinger Gyula*. *Pertik* azon nézetére, hogy a vesét környező szövetek egy vastag kötőszöveti kéreggel védekeznek a tályog áttörése

ellen, megjegyzi, hogy ez idült lefolyású esetekben bizonyára úgy is van, de az ő esetében a putrid infectio csak 6 hetes volt, a súlyos tünetek tehát oly gyorsan fejlődtek, hogy ilyen kéreg még nem képződött. A tályog helyén és a körül a vékony hashártyán át jól lehetett érezni a hasi zsigereket.

Alapú felszólására megjegyzi, hogy a putrid vizeletet olyan septikus anyagnak tartja, a mely egy ily nagy sebfelülettel érintkezésbe hozva, a kéregre a legnagyobb életveszélyt képezi.

9. *Tauffer Vilmos*. A vesesebészet terén fennálló véleményeltérések idővel bizonyára ki fognak egyenlítődni. *Högyes* tr. felemlített kísérletei valóban a legelső és úttörők közé tartoztak e tekintetben és a veseresectióra vonatkozók még most is újakul tekinthetők és az indicatióra nézve irányadók lehetnek. Ennek constataciója annyival inkább örömlinke szolgálhat, mert e kísérletek hazaiak és éppen az orvosegyesületben is be lettek mutatva. *Högyes* tr. említette, hogy ha állatoknál a vese határ- vagy velőállományából is vágott ki egy darabot, úgy az állatok veséjében kúpszerű elhalás jött létre és az állatok elpusztultak. Ennek okaként bizonyára a veséből kiinduló infectiója a szervezetnek szerepelhetett, ez pedig a veseresectio aseptikus végzésével talán elkerülhető. Tényleg ismerünk oly gyógyult eseteket, melyekben a határállományon túlhaladó veseresectio történt. A kiirtandó vese uretherének előzetes alakítóése esetén a másik vesének még sem kell egyszerre rohamosan átvenni a kiirtandó vese működését. Részéről nem foglalt állást a pyonephrosis miatti vesekiirtás ellen, csak felemlítette az okokat, mely a conservativ eljárás mellett szólnak, és ennek igazolására egy beteget mutatott be. Azok után, miket *Dollinger* eseteinek bemutatása óta hallott, olvasott és tapasztalt, most már helyesli, hogy ezen esetben vesekiirtás végeztesse.

Helyesli *Herczel* ajánlatát az urethersipoly készítése módját illetőleg, és ő csak azért nem járt el így, mert a beteg collabált és sietni kellett a műtét befejezésével.

Schüchter dr. felszólalásában csupán általános igazságokat mondott, melyeket mindenki elismer és melyeket bizonyítani felesleges. Ha a tudományt akarjuk szolgálni, nem szabad személyeket támadnunk, hanem objectiveknek kell lennünk.

(XVII. rendes ülés 1893. május 13-dikán.)

Elnök: Kétyi Károly; jegyző: Brück Miksa.

A mult ülés jegyzőkönyvének felolvasása után *Schüchter Miksa* dr. azon nyilatkozata, hogy ő multkori felszólalása alkalmával személyes támadást nem szándékozott elkövetni, tudomásul vétetvén, hitelesítettet.

A) Bemutatás.

Árkövy József tr. „*Cysta dentigera* esetét“ mutatja be. A beteg 18 éves ifjú. A bal arczfél 1 év óta duzzadtabb. Azelőtt fájdalmas nem volt. Igen szúvas bal caninusát tartotta baja okául.

Beteg április 16-dikán jelentkezve a fogászati kinikán, találtatott: jelentékenyen duzzadt bal arczfél, old. inc. teljes, canin. koronájának hiánya, utóbbi gyöke az alveolus mélyében kutasztható, a proc. alveolaris teriméjében megnagyobbodott; buccalis irányban ruganyos, a jellemző pergament-receséget adó distendalt-csontfal tapintható. A necrotikus gyök eltávolítása után igen sok büzös nyelvény folyt ki s nyilván az inficiálta a follicul. cysta savóját. Alveoluson át a cystába, illetőleg a nagyon kitágított antrum Highmoriba lehet jutni.

Előadás alatti bemutatás alkalmával a Highmor-barlang mélyében koronájával a raphe-gyök, csúcsal a járomcsont felé horizontálisan odanöve a hiányzó incisivus lateralis sup. sin. találtatott.

Kezelés. Az alveolus buccalis fala felnyitattott. Sublimat-kifeeskendezés és thymol-gaze-kötés ($\frac{1}{2}\%$ Thymol-alkohol 300 vízre). Jelentékeny javulás, a végleges gyógyulás talán fél év múlva lesz elérhető.

Megjegyzést érdemel az eset 1. meglehetősen ritkaság miatt; 2. a fogak deviatiója miatt (inc. centr., prm I., II.), mi Highmor barlangi bántalmaknál következetes diagnostikus jelnek tekinthető, sőt jelezni képes a tumor situációját és kiterjedését; az illető koronák mindig a tumor-terjedéssel ellenkező irányban hajolnak el.

B) Napirend.

Ottava Ignác dr. „A ragályos trachoma gyógyítása“ (saját eljárásának ismertetése) címén tartott előadást. Az 1891. évben a nagyváradi vándorgyűlésen tartott felolvasásában említette, hogy a trachomat ő massage-zsal is gyógyította. A trachománál veszedelmes a kötőhártya adenoid-rétegében a diffus infiltratio, mert ennek sejtjeiből képződik azon kemény kötőszövet, a mely zsgorodása által tönkreteszi a kötőhártyát. Nagy jelentőségű a váladék, a mely a ragályozó anyag hordozója. A régi kezelés bizonytalansága kényszerítette az orvosokat, hogy czélszerűbb és biztosabb eljárásokat keressenek. Így keletkezett a hygieniai és a klimatikus kúra mellett a belső orvoslás is. De nagy jelentőséget nyert újabb

időben a chirurgiai orvoslás. Ha a ragályos trachomás szembetegségnek a fészke az adenoid-rétegben van, s az elhúrozható ragályozó anyag a kötőhártya felszínén halmozódik össze, úgy a gyógyításnál meg kell támadnunk az adenoid-réteget és meg kell semmisíteni a kötőhártya felszínén a fertőző anyagot. Az adenoid-réteget csak chirurgiai úton támadhatjuk meg. A trachomának chirurgiai orvoslás-módja már nagyon régi s nincs is a chirurgiának olyan módja, a melyet ellene nem alkalmaztak volna már. Így a trachoma-csomókat kikaparták vagy lekaparták, kefével kikefélték s így tovább. Használták ellene a scarificálást, a pörzsölést, az electrolysist, a csomók összenyomását, a csomók kinyomását; gyógyították plasztikai úton; a trachomás kötőhártyát kimetszettek; a trachomás kötőhártya alá desiniciáló folyadékokat fecskendeztek; használták ellene a massaget.

Előadónak az eljárása a trachomán megbetegedett kötőhártya massálása és a régi esetelési mód egyesítéséből áll. A dörzsölésre elefántesontból készült 100 millimeter hosszú, az egyik végénél 9, a másik végénél 12 millimeter széles spatulát használ. A spatula a szélesebb végénél kissé lapjára van hajlítva. A spatula két végénél, de csak az egyik oldalon, rovátkolt. Az esetelésre az általánosan ismert eszközöket használja, esetelőnek pedig argentum nitricumot vagy sublimatot, sőt cuprum sulfuricum jegőzöt is használ. A dörzsölés előtt 4%-os cocainum muriaticum oldattal érzésteleníti a kötőhártyát, azután kifordítja a felső szemhéjat s így tolja a spatulát az átmeneti redőbe, hogy annak rovátkolt domború felszíne mellfelé álljon. Gyöngye nyomással kezeli, s azután fokozatosan emelve a nyomást, az átmeneti redő minden pontját, de kiválóan ott, hol nagyobb a megbetegedés, vagy félperczig dörzsöli azt. Azután visszahelyezve a szemhéjat, újból alája tolja a spatulát, s úgy dörzsöli a szemhéj kötőhártyáját, mint az átmeneti redőt. A dörzsölés után rögtön beecseteli a kötőhártyát, a mint az eset kívánja, vagy argentum nitricummal, vagy sublimat-oldattal, esetleg cuprum sulfuricum jegőzcczel. A dörzsölést általában véve minden beteg jól tűri. Az első dörzsölésnél, de néha a következőknél is, kis vérzés támad. Ez minden jelentőség nélküli és néhány pillanat múlva megszűnik. A dörzsölésnél a felszínesebben ülő s vékonyabb falú csomók megpukkadnak, és ha tartalmuk elég lágy, az teljesen kiürül. A mélyebben fekvő csomók kisebbednek, végre felszívódnak. A beszűrődött kötőhártya eleinte rohamosan, később lassabban vékonyodik és átlátszó lesz. A massálások után a kötőhártya göröngyössége napról napra kisebb, ott a hol a betegség még szövetroncsolást még nem okozott, kezd a normalishoz közeledni. A roncsolt helyek elhegesednek. Azonban ez a hegesedés más alakú és hatású, puha és engedékeny. Zsgorodása által nem rövidíti a kötőhártyát, a szemhéjat természetes állásából nem veszi ki. Sőt a már jelen volt heges zsinetek felpuhulnak s türelmes massálással kisebb fokú entropium megszűnik. A cornea pannusa feltisztul, azonban a kötőszövetes pannus nem változik. A dörzsölés izgatja a szemet, azért heveny gyuladásoknál nem használható. A dörzsöléseket csak minden harmadik napon végzi előadó, a közbeeső napokon ecsetel.

Sohasem tapasztalt a dörzsölés után valami bajokat. Míg a friss esetek elég gyorsan gyógyulnak, a régiebb esetek nehezen. Így pl. egy beteget már 11 hónap óta orvosol. A gyógyulás idejét még nem tudja meghatározni. Volt betege, ki 8 nap alatt meggyógyult. Annyit azonban már biztosan állíthat, hogy eljárásával jobb, gyorsabb és biztosabb eredményt ért el, mint azon számos methodusok közül bármelyikével is, a melyet végig próbált.

Eljárásának előnyeit a következőkben sorolja fel:

1. Az eljárás a lehető legegyszerűbb. Nem szükséges hozzá semmi mesterkéltség eszköz. Nem kell semmi nagy dolgot végeznünk, pl. narcotizálni. A betegnek nem árthatunk vele, mert kezünkben van minden pillanat hatása; azt tetszésünk szerint mérlegelhetjük. Az eljárás nem sért, nem roncsol, hanem a mi ép volt, azt megtartja.

2. Az eljárással megtámadjuk nemcsak egyes symptomáit, minők pl. a csomók, hanem a betegség fészket az adenoid-rétegben, mert ez a dörzsölés elöl ki nem térhet, legyen felette bármilyen vastag rétegű beszűrődés vagy hegedés. Azon sejtömegek, melyek még nem fejlődtek kötőszövétté, a gyúrás folytán elvesztik életképességüket, szétesnek és felszívódnak. A már kötőszövétté alakuló, avagy már azzá alakult sejtek s ezek halmazai felpuhulnak, az egész tömeg engedékeny lesz és az ép kötőhártya-területeket össze nem nyomja. A dörzsölés és gyúrás a trachoma-

esomókat, mint valami fungosus tömegeket, szétmorzsolja és felpuhítja; a dörzsöléskor képződött hyperaemia felszívódásra bírja azokat.

3. A képződött váladékot, a melyhez kötve van az átvihető ragályos anyag, az ecsetelés által arra az időre, a míg újból nem képződik, megsemmisíti. Egyébként az ecsetelés még azon értelemben is hat, mint a hogy eddigi alkalmazásnál is hatott. Az újonnan képződött váladékot szorgalmas mosogatással (sublimat 1:5000) távolítjuk el.

A szerző eljárásával igen sok jó eredményt ért el és ezért azt a tisztelt kartársak figyelmébe ajánlja.

Csapódi István. Az előadó által ismertetett eljárás a trachoma mechanikai orvoslási módjai közé tartozik és mint ilyen mindenesetre jogosult, és szóló azt hiszi, hogy diffus beszűrődések eseteiben méltán megpróbálható, azonban nagy számú, különálló esomók fenforgása eseteiben kevésbé célszerűnek tartja. Ez alkalommal nem mulaszthatja el, hogy az *Imre József* dr. előadásához fűződött vita alatt történt egyik-másik állításra ne reflectáljon. *Goldzieher* azt mondta, hogy igen fontos a trachomatous pannus kezelése, pedig mindinkább úgy lehetünk meggyőződve, hogy nem a pannusnak, hanem a kötőhártya kóros állapotának gyógyítása a fődolog, a mennyiben, ha a kötőhártya váladékát apasztjuk a szaruhártyától elhárítjuk a káros behatásokat, úgy a súlyos fekélyes pannus is szépen gyógyul. Azt hiszi, hogy igen sokszor felesleges a pannusnak égetése a galvanocauterrel, mert a pannus a nélkül is meggyógyulna. Vannak esetek, midőn az égetésre okvetlenül szükség van, midőn t. i. a trachomás folyamat úgyszólván a szaruhártyára koncentrálódik, ily esetekben igen jó eredményeket látott szóló is a pannus égetésétől, melyet thermocauterrel végzett. Az is mondatott, hogy a trachoma klinikai kezelésének eszközeinek sorából a kétkövet ki kell rekeszteni, ezzel szemben hangsúlyozni kívánja felszólaló, hogy e régi szernek használata a jövőben is jogosult, csak hogy meg kell válogatni az eseteket, melyekben a kékkő alkalmazandó.

Vidor Zsigmond. Az előadó eljárása tetszetős és szóló nem kételkedik abban, hogy az általa elért eredmények olyanok voltak, milyeneknek az előadó mondta. Azonban ezen új eljárás értékének megállapítása végett szükségesnek tartja, hogy az előadó oly esetekben, melyekben a két szemem hasonló trachomatous elváltozás áll fenn, a két szemem párhuzamos kísérleteket tegyen akként, hogy az egyik szemet saját módszere szerint, a másikat pedig egyéb eljárásokkal kezelje. Midőn pl. a nyolczvanas években oly nagyon dicsérték az eserin jó hatásait a cornea betegségei ellen, több betegnek egyformán megbetegedett két szeme közül az egyiket atropinnal, a másikat pedig eserinrel kezelte, és a parallel kísérleteinek az volt az eredménye, hogy a kóros folyamatra tulajdonképen sem az eserinnek, sem az atropinnak sincs befolyása, hanem ezen szernek csupán mechanikai hatásuk alapján alkalmazandók. A trachoma gyógyítását illetőleg megejtendő ilyen parallel kísérleteknél azonban mindenesetre tekintettel kell lenni arra is, hogy a trachoma az egyik szemem néha 2-3 hónappal is később fejlődik mint a másik szemem, és így bármely egyforma kezelés mellett is az egyik szemem a bántalom előbb tűnhetik el mint a másikon.

Feuer Náthán. A trachoma, ezen sajnos oly gyakori betegség, gyógyításának elveit tekintettel a gyakorló orvosokra röviden és világosan kell egybefoglalni. Nézete szerint a trachoma gyógyításának elveit következőképen lehet kifejezni. A kötőhártyából minden szétbomlott vagy bomlásban lévő anyag valamely mechanikai módon eltávolítandó, ez történhetik akár az újjakkal illetőleg a körmökkel, akár valamely csipővel vagy spatulával. E mellett pedig a váladékot argentum nitricum-ecseteléssel szüntetik meg, ha pedig bővebb váladék nincs jelen, úgy a palpebralis kötőhártyának és az átmeneti redőnek *sublimat-oldatba* mártott vatta-tamponnal való bedörzsölése végzendő.

Grósz Emil azon felfogásnak hive, hogy a trachománál a gyógyszeres kezelést nem nélkülözhetjük, nem nélkülözhetjük az argentum nitricumot, sem a kékkövet vagy a sublimatot, de e mellett fel kell használni segédeszközök gyanánt a sebészi kezelési módokat is. Hogy e segédeszköz a *Knapp*-féle csipő vagy egy egyszerű csipő, vagy pedig spatula legyen, az mindig az illető eset minőségétől függ. Az előadó által ismertetett eljárást örömmel fogadja, de hogy igazán mennyit ér, azt csak hosszabb észlelés után lehet majd eldönteni, azon felfogástól azonban már most óva inti a kartársakat, mintha az előadó által ajánlott eszköz pótolná a többi, vagy az egyedül alkalmas lenne.

Ottava Ignác. Az általa ajánlott spatulának a corneán lévő minden esomó hozzáférhető, míg a csipő szárai közé mindig az ép szövet egy része is kerül és ekként zúzást szenved. A spatulát ezért jobbnak tartja a csipőnél. A cuprum sulfuricumot, argentum nitricumot és sublimatot ő is alkalmazza. A mi *Vidor* jámbor óhaját, a két szemem való párhuzamos kísérletezésre vonatkozólag illeti, megjegyzi, hogy egy és ugyanazon egyén két szeme igen különbözően viselkedhetik ugyanazon befolyásra. Csak egy példát említ. Egy betegnek bal szemem lebonyes extractio végeztetett iridectomia nélkül, ekkor az iris a sebbe kerülvén, iritis támadt, mely miatt hónapokon át alkalmaztak atropint, most a beteg másik szemem szóló *Graefe* módja szerint akart hólyageltávolítást végezni és e célból előzetesen atropinnal akarta tágítani a pupillát, és már másnap a cornea olvasószerűen volt behintve genyegzőkkel. A legszebb atropin keratitis fejlődött. Az egyik szemem tehát nagyon jól tűrte az atropint, a másik pedig nem. A *Feuer* által ajánlott egyesítését a trachoma gyógyszeres és erőművi kezelésének ő is megpróbálta, de volt egy betege, a kinél jó eredménnyel végzett massaget, azután más

orvoshoz került, ki sublimat-bedörzsölésekkel kezelte és a beteg ennek folytán a corneán létrejött nagy hegeselekkel jött vissza szülőhöz.

Feuer Náthán. Az előadó felemlített egy beteget, a ki, miután az ő kezeléséből elmaradt, állítólag sublimat-bedörzsölésekkel kezeltetett és hónapok mulva a corneán ennek folytán támadt kiterjedt hegekkel jelentkezett ismét nála. Mintán előadó azt nem tudja pontosan, hogy mi történt a beteggel mióta az ő gyógykezeléséből elmaradt, nem szabad mondania, hogy ez esetben a cornea hegeseését a sublimat-bedörzsölés okozta, annál kevésbé szabad ezt állitania, mert az ily kijelentés e kitűnő gyógyeljárást discreditalhatja.

Vidor Zsigmond. Az előadó a két szemem végzendő párhuzamos gyógykísérletek ellen azt az aggodalmat említette, hogy mindegyik szem más individualis tulajdonságokkal birhat. Bár ritka esetekben ez így lehet, az előadó által erre felhozott példát nem fogadhatja el, mert az természetes, hogy aphakiás szem másképen viselkedik az atropin ellen mint a nem aphakiás. Jelenleg szóló maga végez ilyen parallel kísérleteket a trachoma különböző gyógyeljárásaival és ezen kísérletek eredményeit alkalmmilag közölni is fogja.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Irsai Arthur dr.: Az I-ső belklinika gége-ambulatoriumának tíz évi fennállása alkalmából készült dolgozatok. Budapest. Dobrovsky és Franke kiadása. 1893.

E 111 octav lapra terjedő füzet, mely Korányi Frigyes tanárnak van dedicalva, mint a czíme mutatja, az I. belklinika gége-ambulatorium vezetőjének szerkesztése alatt megjelenő alkalmi dolgozatokat tartalmaz. Az egyes dolgozatok a következők. *Irsai Arthur* dr.-tól: A laryngoscopiáról és rhinoscopiairol; *Fodor Géza* és *Garu Géza* dr.-októl: A paizsmirigyrol; *Terray Pál* dr.-tól: Asthma bronchiale orrbajok kíséretében; *Taussek Ferencz* dr.-tól: A mellíri aneurysmák viszonya a recurrenszekhez; *Vas Bernát* dr.-tól: A typhus abdominalis lefolyása közben fellépő elváltozások a garatban és gégeben; *Gámán Béla* dr.-tól: Vertigo laryngea; *Preisach Izidor* dr.-tól: Újabb fájdalomcsillapító szerek garat- és gége-betegségeknél; *Stipanics Elek* dr.-tól: Alumról a felső légutak hurutos megbetegedéseinek; *Grósz Gyula* dr.-tól: A O'Dwyer-féle intubatio alkalmazása laryngitis crouposánál; *Weisz Ede* dr.-tól: Miféle következtetéseket vonhatunk a gége boncz- s élettani viszonyaiból a gége kór- és gyógytanára?; *Schrank Simon* dr.-tól: A gégetükör a gyakorló orvos kezében; *Vas Bernát* dr.-tól: Az I. belklinika gége-ambulatoriumának statistikája 1883—1893-ig. A dolgozatok nagyobbára önálló kutatások eredményei, melyek tanúságot tesznek arról, hogy nálunk a klinikai buvárkodás az utóbbi időben tetemesen lendületbe jött, jótékony eredménye gyanánt a Korányi tanár vezetése alatt működő klinika irányának, mely a tanítványokat fáradhatatlanul önálló tudományos tevékenységre serkenti és ez által tetemesen közrejárul az önálló magyar orvosi irodalom megalkotásához. Pár évvel ezelőtt jelentek meg Korányi tanár 25 éves tanárságának jubileuma alkalmából ilyen jubilaris dolgozatok az egész belgyógyászat köréből: e dolgozatok most a belgyógyászat egy specialis ágában mélyednek el, annak jeléül hogy ottan nemcsak extensive, hanem intensive is folyik a tudományos munkálkodás. *Irsai Arthur* magántanár, ki az ambulatorium-vezetést 10 évvel ezelőtt kapta kezébe, a nyert tananyagot valóban jól használta fel, mert nemcsak maga okult és oktatótt azon, hanem a saját és tanítványai buvárlatainak közzétételével hasznára vált a magyar orvosi irodalomnak is. Az egyes dolgozatokat alkalmmilag ismertetjük.

—n.

Preis Kornél dr.: Idegbetegségek balneotherapeutikus kezelése különös tekintettel a hydrotherapiára. Budapest, 1893. Az Eggenberger könyvkereskedés (Hoffmann és Molnár) kiadása.

A 45 nagy octav lapra terjedő csinosan kiállított füzet mindenekelőtt a balneotherapia általános hatásait írja a vérkeringés megváltoztatására, az izgalmi állapot és degeneratív folyamatok megszüntetésére és az idegrendszer tevékenységének fokozására, helyes physiologiai alapon fejtegetve azokat. Azután a hydrotherapeutikus orvoslás egyes módjait ismerteti, sorban tárgyalván az egész és félfürdő, a ledörzsölés, a lemosás, ülőfürdő, a zuhany és helyi borogatások hatásait. Áttér azután a lápfürdők, sósfürdők hatásának ismertetésére; szól az idegbetegek diaetájáról; fejtegeti az intézeti kezelés jelentőségét, osztályozza a sanatoriumokat és

utasításokat ad a gyógyhely és sanatoriumok megválasztására; függelékkel pedig ismerteti az utóbbi időben annyira felkapott „Kneipp-kurá“-t. Fejtegetéseiben mindenütt helyes és tiszta physiologikus érzék vonul át úgy a gyógyhatások magyarázatában, mint a gyógyjavaslatok felállításában. Különös dicséretül hozható fel az, hogy kiváló figyelemben részesíti a hazai gyógyintézeteket és gyógyhelyeket, s így jó útmutatóul szolgálhat gyakorló orvosaink számára, arra nézve, hogy mely hazai intézetekbe küldjék hydro- és balneotherapiára alkalmas idegbetegeiket. A füzetet időszerűségén kívül könnyed és eleven írálya is előnyösen ajánlja az olvasásra. —m.

II. Lapszemle.

G y ó g y s z e r t a n.

A *lysolum purum* által Reich kétszer látott mérgezést létrejönni. Néhány hó előtt Bremában egy gyógyfűszerkereskedő-segéd tömény-lysololt szolgált ki egy recipére, melyen annak 1%-os oldata volt rendelve, a mely egy munkás gyermekénél külsőleg kötéshez lett alkalmazva; alig volt a kötés feltéve, a gyermek ájultan terült el ágyában s többé nem is tért magához. A kiküldött orvostörvényszéki szakértő a halál okául a tömény lysol-oldat alkalmazását állapította meg, a melynek csekély mennyisége a vérben és a vizeletben ki volt mutatható. A testnek a lysollal érintkezésben volt helyei a legnagyobb mértékben el voltak változva. A másik eset egy 23 éves szolgára vonatkozik, a ki scabies miatt testét creolin helyett kezelő-orvosa tévedéséből lysollal kezdte ecsetelni; midőn azonban az ecsetelést alsó végtagjain folytatni akarta, öntudatát veszítve leesett s heves általános görcsöket kapott. A lysolnak meleg vízzel való lemosása után lassan felhagytak a görcsök, visszatért az öntudat és a felhám a beecsetelt helyekről foszlányokban szakadt le s így a vörösen elszinesedett cutis szabadon maradt. A beteg fájdalmai vízfürdők és borvaselin-kenőcsök alkalmazására csakhamar eltűntek; a vizelet 2 napig mérsékeltén fehérjét tartalmazott, s a beteg 10 nap mulva ismét munkájához látott. Ezen észleletek alapján szerző a lysol külső alkalmazását a creolin által helyettesíti, melyet scabies ellen 62 esetben a legjobb eredménnyel alkalmazott. Szerző ajánlja, hogy a lysol ép úgy, mint a többi tömény oldatban mérgezően ható antisepticumok „méreg“ jelzéssel, vagy pedig „használat előtt hígítani“ felirással szolgáltassanak csak ki. (Int. klin. Rundschau. 1893. Nr. 5.) A. L.

B e l g y ó g y á s z a t.

Az incubatio tartama fertőző betegségeknél. A londoni „Clinical Society“ április hó 28-dikán tartott ülésén nyújtották be azon bizottság jelentését, mely Broadbent elnöke alatt 1889-ben azon kérdés tanulmányozására küldetett ki, hogy a különböző fertőző betegségeknél mekkora az incubatio tartama és mennyi ideig áll fenn a fertőzés veszélye. A jelentés, melyet Dawson Williams, a bizottság tiszteletbeli tikára állított össze, könyvalakban is megjelent¹ és a szóban levő kérdéseket illetőleg érdekes adatokat tartalmazván, az alábbiakban röviden imertetjük.

A következtetések vonására alapul azon esetek használtattak fel, a melyekben a fertőzés veszélyének kitétel csak rövid ideig (nehány percz — néhány óra) tartott. Azon eseteket, melyekben csak a fertőzés veszélyének kitétel kezdete vagy megszűnése volt ismertes, szintén felhasználták ugyan, de a fősúlyt nem ezekre fektették.

Diphtheritis. 87 eset állott a bizottság rendelkezésére. Ezekből azon következtetés volt vonható, hogy a diphtheritis incubatiójának tartama rendszeren nem hosszabb 4 napnál, leggyakrabban pedig csak 2 nap; nem valószínű, hogy 7 napnál hosszabb incubatio előfordulna. A diphtheritisben szenvedő beteg fertőzhet a) az incubatio stadiumában, b) a kifejezett betegség idejében és c) bizonytalan hosszabb ideig gyógyulása után is. A diphtheritis fertőző anyaga ruhákban, szőnyegekben stb. hónapokig, sőt évekig is megmaradhat.

Typhusnál (70 eset) az incubatio ideje nagyon tág határok között ingadozhatik. Az infectiótól a kifejezett tünetek megjelenéséig leggyakrabban 12—14 nap telik el, néha azonban csak 10 vagy

9, esetleg 8 vagy talán még ennél is kevesebb nap; ritka esetekben 15—18 napot tesz az incubatio tartama, sőt 23-at is. A typhusban szenvedő beteg a betegség első tüneteinek megjelenésétől kezdve fertőzhet mindaddig, a míg legalább két héten át már reconvalescens.

Az *influenza* incubatiójának tartama 1—5, leggyakrabban 3—4 nap. A fertőzés veszélye a betegség első tüneteinek jelentkezésekor is már fennáll; sokszor még akkor is fertőz a beteg, a mikor már annyira reconvalescens, hogy rendes foglalkozását végezheti.

Kanyarónál (38 eset) a kütég megjelenése és az infectio közötti idő többnyire 14 nap; 16, 17, sőt 18 nap is előfordul, egyes ritka esetekben pedig csak 7 nap. Fertőzés történhetik nemcsak a betegség egész tartama alatt, hanem akkor is, a mikor a reconvalescentia már bekövetkezett.

Parotitis epidemicanál az incubatio tartama átlag 3 hét, esetleg 25, vagy csak 14 nap. A parotitis megjelenésétől kezdve a fertőzés veszélye csökken és valószínűleg már két hét mulva — 3 hét mulva pedig csaknem biztosan — nem áll fenn. Legfertőzőbb a baj a prodromalis szakban, a mely 4 napig is tarthat.

A *rubeola* incubatio tartama átlag 18 nap, egyes kivételes esetekben 9 vagy 8 nap, sőt még ennél is kevesebb (6—5 nap). A beteg a kütég megjelenése előtt 2—3 nappal már fertőzhet; a kütég eltűnésével gyorsan csökken a fertőzés veszélye és enyhe esetekben egy hét mulva, súlyosabbakban pedig a hámlás befejeztével megszűnik.

Scarlatinánál az incubatio tartama nagyon változó;

24 órát tett az incubatio ideje		5 esetben	
2 × 24	„ „ „ „	23	„
3 × 24	„ „ „ „	24	„
4 × 24	„ „ „ „	18	„
5 × 24	„ „ „ „	10	„
6 × 24	„ „ „ „	12	„
7 × 24	„ „ „ „	9	„
8 × 24	„ „ „ „	5	„

A scarlatinás beteg a tünetek első jelentkezésekor már fertőzhet. A betegség kezdetétől számított 8 hét után még fennáll a fertőzés veszélye.

Variolanál az incubatio tartama többnyire 12 nap, néha csak 10 vagy 9, máskor pedig 14—15 nap. Fertőzés történhetik már az első tünetek felléptekor; a betegség tetőfokán a baj fertőzőbb, mint a kezdeti szakban, úgy hogy az elkülönítés többnyire még akkor is eredményes, ha a kiütés már megjelent.

A *varicella* incubatio-tartama valamivel hosszabb, mint a variolaé; rendszeren 14 napot tesz, lehet azonban ennél egy nappal kevesebb, vagy 4—5 nappal több. A kiütés megjelenésekor a beteg már fertőzhet és még a reconvalescentia szakában is átviheti a bajt másra. (British Medical Journal, 1893. ápril 29.)

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Asthma bronchiale** gyógyítására Mays a strychnint ajánlja. Súlyos esetekben a bőr alá fecskendezi a szert és pedig eleinte naponként 2 milligrammot, később lassanként növelve az adagot, 6 milligrammot is. Legjobb a befecskendéseket este végezni, mert a rohamok többnyire éjjel jelentkeznek. Egyidejűleg a következő porokból is vétet be naponként négyet: Rp. Phenacetini 4·0; Chinini sulfur. 2·0; Ammonii mur. 6·0; Pulv. capsici 0·25; Strychnini sulfur. 0·06. Div. in dos. Nr. 32. Enyhébb esetekben ezen porok egyedül is elegendők. Nagyon súlyos esetekben a kezelés kezdetén néha a strychninen kívül még morphiumot és nitroglycerint is be kell fecskendezni a rohamok megszüntetése céljából. Lehető legnagyobb nyugalom, tonizáló diæta, masszálás és villa-mozás a gyógyulást elősegítik. Ezen orvoslással szerző még nagyon régi esetekben is gyógyulást vagy tetemes javulást volt képes elérni. (Wiener med. Presse, 1893. 13. sz.)

2. **Kizárt sérv** 5 esetében (4 lágyéksérv és 1 köldöksérv), melyekben a taxis nem vezetett eredményre, *Zagorsky extractum belladonæ*-t rendelt, óránként 1½ centigrammot. Az eredmény az volt, hogy 4—6 adag után spontan reductio következett be. (Brit. med. Journ. 1893. febr. 4.)

¹ Report of a committee appointed by the Clinical Society of London to investigate the Periods of Incubation and Contagiousness of certain infectious Diseases. Supplement to Vol. XXV. of the Transactions of the Society. London, Longmans, Green and Co.

TÁRCZA.

Gyógyintézetek szegény tüdővészesek számára.

(Folytatás.)

A következőkben az *ellenvetéseket* sorolom fel, melyeket a tüdővészesek számára felállítandónak javasolt gyógyintézetek ellenében felhozunk.

1. Nagy a fertőzés veszélye az orvosokra és az ápoló személyzetre nézve. A tüdővésznél a fertőzés veszélye — a mint azt az utóbbi években Cornet által végzett nagyon értékes dolgozatok kimutatták — jó részt elkerülhető, ha a köpéssel elbánásra szorgosan figyelünk. Másrészt pedig az orvosi és ápoló személyzet alkalmazásakor súlyt lehetne fektetni arra, vajjon az illetők nincsenek-e örök-lésileg terhelve, vagy nem hajlamosítottak-e egyébként a tüdővészre.

2. Kegyelenség a betegek tudtul adni azt, hogy tüdővészesek, az által, hogy ilyen külön gyógyintézetbe küldjük. Én ugyan azon nézetben vagyok — és azt hiszem e nézetet sokan osztják velem —, hogy a tüdővészesek baját illetőleg tudomással kell bírnia, mert akkor sokkal könnyebben bírható rá az amúgy is nagyon könnyelmű természetű tüdővészese, hogy kényelmével és szokásaival sokszor nagyon is ellenkező orvosi eljárásokat a saját érdekében pontosan teljesítse. De különben is gyógyintézet neve „Gyógyintézet tüdőbetegek számára” lehetne, a mi pedig nem valami nagyon elrettentő elnevezés. Hogy maga az ilyen gyógyintézet nem valami elijesztő, mutatja a többi közt a londoni „Brompton Hospital for Consumption”, a ventnori „National Hospital for Consumption”, mint a melyekben, dacára ominosus nevüknek, már évek óta nem volt üres ágy. Azoknak szemében természetesen, kik a tüdővészt még most is okvetlenül halálos betegségnek tartják, az ilyen gyógyintézet olyan színben tűnhetik elő, mintha az egy nagy halottas ház lenne. Ezekkel szemben megjegyzem, hogy például a szegény tüdővészesek számára Ventnorban (Wight szigetén) létező gyógyintézetben 1890-ben 639 beteg közül 77 (12%) csaknem teljesen meggyógyult, 120 (18.7%) nagy mértékben javult, 282 (44.2%) javult és csak 25 (3.9%) halt meg. De különben is e gyógyintézetekbe a tüdővész nagyon előrehaladt szakában levő betegek, kiknek javulásához nincs kilátás, nem is vétetnének fel. Ezek ezután is a közkórházakban volnának ápolandók, csakhogy — fentebb már említett okok miatt — külön osztályokon.

3. Azon ellenvetése sokaknak, hogy sok szegény tüdővészese állapotja javulni fog ugyan ezen gyógyintézetekben; de visszatérve ismét rendes viszonyai közé, baja csakhamar ismét súlyosbodnék: már bir némi alappal. Tény, hogy ez bekövetkeznék, ha nem fektetnénk e gyógyintézetekben a betegek oktatására is nagy súlyt, hogy elbocsátásuk után miként éljenek. Minthogy azonban ez — a mint már említettük — egy fontos részét kepezne e gyógyintézetek működésének, ezen ellenvetés sem igen állhat meg; sőt az ezen gyógyintézetekből kikerülő betegek valóságos apostolaivá válván a higiéniai ismeretek terjesztésének, kiszámíthatlan hasznot hajtának.

4. Az utolsó ellenvetést képezi a *penzkérdés*. Tény, hogy az ilyen gyógyintézetek felállítása és fentartása valamivel nagyobb áldozatokat kívánna meg, mint a milyenekre a közkórházaknál szokva vagyunk; tekintve azonban a nagy hasznot, melyet hozandók volnának, a penzkérdésnek nem szabadna elháríthatlan akadályul szolgálnia az ilyen gyógyintézetek létesítése körül.

Áttérek már most a *szegény tüdővészesek számára Angliában létező kórházak* rövid ismertetésére, tekintettel lévén az ismeretükből levonható következtetésekre.

Mindenekelőtt megjegyzem, hogy ezen kórházak száma Angliában sem nagy. Tudtommal összesen csak nyolcz van és ezek közül is csak három nagyobb; négy Londonban létezik és egy-egy Bournemouthban, Manchesterben, Torquayban és Ventnorban. E kórházak mind közadakozásból épültek fel és tartatnak fenn.

A londoniak közül az 1814-ben alapított „Royal Hospital for Diseases of the Chest” és az 1860-ban alapított „North London Hospital for Consumption and Diseases of the Chest” kicsinyek és nem bírnak jelentőséggel. Az utóbbiról legfeljebb annyit érdemes megemlíteni, hogy helyének megválasztásánál már némi gondal

jártak el, a mennyiben elég kedvező helyen egy kis dombon épült fákkal beültetett területen és az uralkodó szélirány nem a város felől éri. A „Victoria Park Hospital for Diseases of the Chest”, 1855-ben alapítva, már több érdekléssel bir. Kétemeletes nagy épület 164 betegágygal London északi részében a nagy Victoria-park közelében. Az első emeleten a nők, a másodikon a férfiak vannak elhelyezve. Egy-egy szobában 2—12 betegágy van. Minden betegre átlag 1200 köbláb (38 köbméter) levegő jut. Minden emeleten van egy külön nagy terem, a hol a közös étkezés történik. A betegek szórakoztatására könyvtár, társas játékok szolgálnak. A betegszobák falain képek, az asztalokon friss virágok találhatóak, a minek következtében azok nem teszik azt a komor benyomást a betegre, mint a kontinensi kórházak betegszobái. A barátságos benyomást növelik még a többnyire csinos kivitelű kandallók is. A levegő a betegszobákba a kórházat körülvevő kertből jut egy csőhálózat segítségével, melyben közbeiktatott készülékek által a levegő hőmérséke pontosan szabályozható. A szobák levegőjének eltávolítása a szokott módon aspiratio útján történik. A szellőzés — úgy látszik — nagyon kielégítő, orrom legalább nem érezte az ismeretes kórterem-szagot. Földszint a poliklinika rendelő szobái, a gyógyszerár, a főápoló és segédorvosok lakásai, a bonczani muzeum és a hivatalos szobák vannak elhelyezve.

A legelső helyet foglalja el a londoni ilyenemű kórházak között a „Brompton Hospital for Consumption”. London délnyugati részében, a Brompton városrészben, a Fulham Road-on H alakban épült egy igen jól csatornázott, befásított terület közepén. Földszint szintén nincsenek kórtermek, hanem csak a segédorvosok lakásai, rendelő helyiségek, fehérnemű- és élelmiszer-raktár, ápolók társalkodója stb. Az első emeleten kizárólag női betegek vannak; itt van továbbá a pap és a két főápoló lakása. A kisebb-nagyobb kórteremekben összesen 103 nőbeteg fér el. A több mind három méter széles, zárt, jól szellőzött és fűtött világos folyosók a betegek nappali tartózkodására szolgálnak és a kórteremekkel egyenlő hőmérsékkel bírnak. E folyosókon számtalan kényelmes fekvő- és ülőhely, több pianino, mozgatható étkező asztalok stb. szolgálnak a betegek kényelmére és szórakoztatására. A szellőzés aspiratióval és melegített tiszta levegőnek bevezetésével történik és kitünően működik. A második emelet épen olyan berendezésű mint az első és 107 férfibeteget képes befogadni. A folyosókból az izléses, jól szellőzött fűtött kápolnába lehet jutni, melyben minden egyes számára jól párnázott, kényelmes ülés van fentartva.

Ezen 1846-ban megnyitott épületből egy földalatti út vezet az utca túlsó oldalán fekvő, 1882-ben megnyitott és berendezés valamint szellőzés tekintetében a régi épületet még felülmuló új épületbe. A 138 betegágyon kívül ezen épületben vannak elhelyezve a poliklinika helyiségei, továbbá az olvasó és zeneterem, szinpad, melyben a betegek szórakoztatása és felvidámítása céljából működvelői hangversenyek, szini előadások rendeztetnek a város legelőkelőbb köreinek közreműködésével. A három emelet mindegyikén 10 betegszoba van 1—8 ágygyal. A szobák magassága $4\frac{1}{4}$ méter; egy betegre átlag 11.5 négyzetméter terület és 49 köbméter levegő jut, mely óránként $3\frac{1}{2}$ -szer újul meg. Minden emeleten van még közös ebédlő, a melyen kívül nappali tartózkodásra a több mint 3 méter széles, fedett, jól szellőzött és fűtött folyosók is szolgálnak. Az új épületben van elhelyezve a nagyon jól felszerelt belégzési osztály is.

A Brompton-kórház, melynek jelenlegi orvosi között oly jeles embereket találunk mint Walshe, Sir Richard Quain, Pollock, Symes Thompson, Douglas Powell (tanácsadó orvosok), Sir Joseph Lister (tanácsadó sebész), Theodore Williams, Reginald Thompson, Mitchell Bruce, Kingston Fowler, Percy Kidd (rendelő főorvosok), 1846-tól 1891-ig összesen 43,826 fekvő betegeknek adott helyet; a bejáró betegek száma ezen idő alatt 404,731 volt.

Némi tekintetben azonban még túlszárnyalja a Brompton kórházat a klimatikus gyógyhely gyanánt dicsért Wight szigeten, Ventnorban létező kórház, a „National Hospital for Consumption”. A gyönyörű szép, kedvező klímájú helyen álló kórház tíz épületből áll összesen 132 betegágygyal. Minden betegnek külön hálószobája van; ezenkívül hat-hat beteg számára egy-egy nappali szoba van berendezve és minden épületben ezeken kívül egy-egy étkező terem is van. Minden betegnek óránként körülbelül 160 köbméter friss,

17^o C. hőmérsékű levegőt juttat a kitűnő szellőzés. Az épületek déli oldalán széles, fedett üveges verandák vannak. Az összes épületeket földalatti folyosók kötik össze. Magától értetődik, hogy a betegek kényelmére és szórakoztatására e kórházban is minden lehető meg van téve. A kórházba csupán olyan betegeket vesznek fel, a kiknél kilátás van javulásra. A kórházban tartózkodás ideje átlag 75 napot tesz.

A mint látjuk, Angolországban már régen felfogták a külön kórházak szükségességét tüdővészések számára. Tekintve azonban a tüdővész elterjedt voltát, a meglévő kórházak száma távolról sem felel meg a szükségletnek. Ezzel kapcsolatban említhetünk már egy kifogást az angol tüdővész-kórházak ellen és ez a pazar építkezés és berendezés. Igaz ugyan, hogy az ilyen kórházaknál szükséges a kissé kényelmesebb berendezés és a betegek szórakoztatásáról gondoskodás: pianóokra azonban talán még sincs szükség; másrészt pedig egyszerűbb épületek is egészen jól megfelelhetnek a célnak. Ily módon elég tetemes összegek lettek volna megtakaríthatók és további intézetek felállítására vagy a meglévők nagyobbítására fordíthatók. Egy második kifogásolni való az, hogy a Brompton- és Ventnor-kórházak kivételével az említett többi kórházba tüdővészéseken kívül még egyéb „mellbetegeket” is felvesznek; hogy ez milyen veszedelmes a „mellbetegek” fertőzése tekintetében, nem szorul további fejtegetésre. A ventnori kórházat kivéve, a mely minden tekintetben mintaszerűnek mondható, a többi azon nagy hibában szenved, hogy nem rendelkezik elég jó levegővel, a mennyiben úgyszólván a város közepén fekszenek; másrészt pedig nélkülözik az olyan berendezéseket, melyek segítségével meg volna adva az alkalom, hogy a betegek a nap nagyobb részét a szabadban tölthessék. Követésre méltó azonban az ezen kórházakban található kitűnő szellőzés, továbbá a betegek szórakoztatásáról, kedélyüknek felvidamításáról gondoskodás.

Nem mulaszthatom el e helyütt még felemlíteni, hogy a híres phthiseo-therapeuta és emberbarát, Dettweiler hosszas fáradozása után végre sikerült az 1892. év nyarán Németországban, a Taunus-hegységben fekvő Falkensteinben megnyitni az egyelőre csak húsz beteg számára berendezett *első kontinensi gyógyintézetet vagyontalan tüdővészések számára.*

(Folytatása következik.)

Székely Ágoston dr.

Heti szemle.

Budapest, 1893. május 18-dikán.

A budapesti kir. tud. egyetem 113-dik évfordulóját f. hó 13-dikán ünnepelték a lipót-utcai városház dísztermében. Az egyetemi rektor magnificus alkalmi beszéde után a hittudománykari dékán olvasta fel a pályázatok eredményeit. Az orvosi karon pályadíjat nyertek: A Senger-féle 260 frtos díjat *Pándi Kálmán* dr. nyerte el egy idegkórtani kérdés megfejtésével: Irassék le a környéki arcideg-bénulás kóroktana, kórképe és gyógyításmódja, a villamos elváltozások viszonyai személyes vizsgálatok alapján fejtegettessenek; a Margó-alap 100 frtos díját *Preisach Kornél* és *Fisch Áron* 5-öd éves orvostanhallgatók nyerték el, a következő kérdés megfejtésével: „Vizsgáltsék meg az emberi hallószerv corrosio készítményeken.” A bőrgyógyászati és szülészeti pályamunkák dícséretben részesültek. Az Arányi-féle alaptól 40 frt jutalomban a legjobb kórbonezi jegyzőkönyv készítője *Blau Sándor* V-öd éves o. t. h., 20 frtban a 2-dik legjobb kórbonezi jegyzőkönyv készítője *Barsi Jenő* V-öd éves o. t. h. részesült.

Országos értekezlet a községi és körorvosi ügy rendezése tárgyában. Az Országos közegészségi tanács reformbizottsága a fenn kijelölt tárgyban tervezetével elkészülvén, mielőtt azt a tanács plenuma elébe terjesztené, elhatározta, hogy azt megbeszélés végett az ország összes megyei főorvosaiából összehívandó értekezlet elé fogja terjeszteni. Ez értekezlet összehívására a következő körlevél intéztetett a tisztí főorvosokhoz.

Tisztelt főorvos és kartárs úr!

Az Országos közegészségi tanács reformbizottsága a községi illetőleg körorvosügy rendezésének végleges tervezése előtt meg akarja hallgatni azoknak nézeteit, kik hivatali állásuknál és szer-

zett tapasztalataiknál fogva első sorban vannak hivatva ezen bizottságot feladatában elősegíteni.

Ugyanazért bizalommal fordulunk főorvos úrhoz és ismert ügyeszeténél fogva felkérjük, hogy e reformbizottságnak a jelzett ügyben május hó 27-dikén, szombaton, d. u. 4 órakor az orvostudományi dékán hivatal helyiségében (Budapest, üllői-út 26. sz.) tartandó ülésére megjelenni és abban részt venni szíveskedjék.

Tisztelettel megjegyezzük, miszerint ezuttal hazafias fáradozásának jutalmazására úgymint úti költségének megtérítésére alappal nem rendelkezünk is így megjelenését saját költségén kérjük.

Budapest, 1893. május 18-dikán.

Csatáry Lajos dr.,
bizottsági jegyző.

Fodor József dr.,
bizottsági elnök.

Tekintve az ügy fontos voltát, reméljük, hogy tisztelt megyei főorvosaink számosan fognak az értekezletben résztvenni.

A Magyar orvosi könyvkiadó társulat részvétét *Markusovszky Lajos* dr. volt elnökének elhalálása felett a boldogult özvegye előtt f. hó 13-dikán fejezte ki a társulat igazgató-tanácsának küldöttsége: *Schulek Vilmos* I. alelnök, *Koller Gyula* I. és *Högyes Endre* II. titkár.

Schulek Vilmos tnr. a következő szavak kíséretében nyújtotta át az igazgató-tanács részvétiratát:

„Méltóságos asszonyom! Az orvosi könyvkiadó társulat küldöttsége nevében ezen részvétel iratot átnyújtani bátorkodunk. Méltóságodat mely fájdalommal zavarni nem illik. De kevesebbet tenni nekünk sem lehet. A boldogultnak érdemei túlságosan nagyok.

Ezen társulatnak életbe hívása is az ő érdeme. Sokat fáradozott. Lelkét a nemzet művelődési érdekeinek áldozta. Magasztos eszméknek valószínűsítésére önzetlenül törekedett. És csakugyan szellemi előmozdításunkon többet lendített, mint az orvosi téren bárki más.

Erdemei hervadhatatlanok. Hogy a nemzet a maga egészében érteni fogja-e, nem tudhatjuk. De az orvosi könyvkiadó társulat nem felejtetheti nagy nevét. Sőt gondoskodni tartozik, hogy e téren emléke megöröküljön.

A megtisztelés mellett az ő szellemében fáradozni szent hagyomány. Az emberiséget szolgálni és magyaroknak megmaradni: ez volt alap gondolata. Ilyen irányban kell tovább munkálni. Ha csüggedés közelítene, példája előttünk lesz és erejével segítendő. Méltóságodnak érzését viszont ennek látása enyhítendő.

Most az együttérzés külső jelét tiszteletteljesen átadjuk és szívesen fogadását kérjük.”

A részvétirat pedig a következő:

Méltóságos asszony! A Magyar orvosi könyvkiadó társulat igazgató-tanácsa f. év április 22-dikén tartott ülésében elhatározta, hogy Méltóságodnak elhunyt férje *Markusovszky Lajos* dr. úr halála alkalmával a legmélyebb részvételt fejezze ki.

A megboldogult e társulatnak megalkotója és annak működése megindulásától folytonosan fentartója és vezető szelleme volt. Annak érdekében életének legutolsó idejéig szakadtalanul a legnagyobb buzgósággal működött. Utolsó nyilvánosságra jutott irodalmi munkásságát is a folyó évi közgyűlésen felolvasott elnöki megnyitójának elküldésével e társulat érdekeinek szentelte.

A Magyar orvosi könyvkiadó társulat bizonyára a legmélyebben érzi a megboldogult halála feletti veszteséget és a legszíntebben osztozik Méltóságod fájdalmában.

Budapest, 1893. május 1-én. *Schulek Vilmos* I. alelnök, *Koller Gyula* I. titkár, *Högyes Endre* II. titkár.

Vegyesek.

Budapest, 1893. május 19-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. április 30-tól május 6-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 370 gyermek, elhalt 307 személy, a születések tehát 63 esettel multák felül a halálozásokat. A fővárosi köz-kórházakban ápolatott e hét elején 2229 beteg, szaporodás 802, csökkenés 794, maradt e hét végén ápolás alatt 2237. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1893. május 7-től május 13-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 6 (meghalt 3), himlőben 2 (meghalt 1), bárányhimlőben 13, vörhenyben 19 (meghalt 2), kanyaróban 167 (meghalt 3), ronesoló toroklobban 33 (meghalt 11), torokgyíkban 6 (meghalt 2), trachomában 18, hökhurutban 21 (meghalt 2), orbáncban 8 (meghalt 1).

○ **Egyetemes orvosdoktorokká felavattattak:** 1893. május 12-dikén: *Laky Árpád*, *Bogárd* (Veszprém.), f. a. *Ajtai* tnr.; *Steiner Miksa*, *Moor* (Fehérm.), f. a. *Högyes* tnr.; *Bund Árpád*, *Arad* (Aradm.), f. a. *Kéti* tnr.; *Klein Jenő*, *Mező-Tarpa* (Bereg.), f. a. *Bókai* tnr.; *Hübschmann Bertalan*, *Csires* (Sárosm.), f. a. *Thanhoffer* tnr.; *Rupf Adolf*, *Horpács* (Sopronm.), f. a. *Laufenauer* tnr.

— **Egyetemi alkalmazások.** A *kórboneztani tanszék* mellett mint díjtalan gyakornok *Lenkei Béla* V. o. h.; a *bélgógyászati tanszék* mellett mint díjtalan gyakornok *Szemerey Béla* dr. nyertek alkalmazást.

△ A bakteriologikus cursusra, melyet a belügyministerium hirdetett, feles számban jelentkeztek az egyes törvényhatóságokból a résztvevő orvosok, részint saját, részint a törvényhatóságok költségén. A tanfolyam június 1-én kezdődik és 3 hétig tart Pertik Ottó tnr. vezetésével a főváros bakteriologiai intézetében. A tanfolyamra csak 20 egyént vesznek fel a jelentkezés sorrendje szerint. Több egyén gyakorlati foglalkoztatására nincs hely az intézetben.

—r. Hintz Henrik dr., bártfai fürdőorvos f. hó 22-dikén működési helyére utazik s fürdőorvosi gyakorlatát megkezdi.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1893. május 11-től egész május 17-ig ápolt betegekről.

1893.	Felvett beteg			Elbocsátott gyógy.			Meghalt beteg			Maradt beteg			Az ápoltak közül a Rókusházban			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülőnő	heveny fertőző	az illői-úti kórházban
Május 11	42	34	76	67	27	94	3	5	8	1026	956	1982	962	31	69	920
" 12	55	46	101	23	30	53	2	6	8	1056	966	2022	985	31	71	935
" 13	50	40	90	63	59	122	3	6	9	1040	941	1981	961	29	75	916
" 14	29	33	62	57	37	94	2	—	2	1010	937	1947	950	28	73	896
" 15	63	60	123	61	73	134	4	3	7	1008	921	1929	957	23	71	878
" 16	51	51	102	29	25	54	5	4	9	1025	943	1968	978	24	76	890
" 17	48	57	105	49	25	74	7	2	9	1017	973	1990	981	28	78	903

Szt.-Lukácsfürdő Budapest (Buda). Meleg és langyos kénves források. Téli és nyári gyógyhely. Az iszapfürdő, egy 840 □-méterre terjedő meleg forrás 45—60° C. Rheumatikus bajok, izületi csúsz, izomcsúsz, csontthártyalob, a legkülönbözőbb bőrbajok, syphilis és ischias, vérképződési bajok, anaemia, sápkór, neurasthenia, bizonyos bőrbetegségek és főleg idegbajoknál. A Szt.-Lukácsfürdő Nagy-Szállodában kényelmes lakások és kitiűnő ellátás Fekvés keletnek, személyvonó (Lift), massage és villamos gyógykezelés. Kő- és kádfürdők, női és úri gőzfürdők. Rendelő főorvos: *Bosányi Béla dr.*

Czernin gróf úr ő excellentiájának
 az osztrák birodalom legmodernebb állati oltónyirk termelő intézete Neuhausban (Csehországban) egész éven át kiváló minőségű oltónyirket küld szét a legolcsóbb áron.
 A magas ministerium méltányolja az intézet fáradhatlan törekvéseit, megelégedését fejezte ki annak eddigi sikerei felett.
 3 **Az uradalmi igazgatóság.**

Buziás vasas fürdő.
 Fürdőorvosi gyakorlatomat a női betegségek villamos kezelésével május hóban megkezdem.
 2 **Dr. Haidt Lajos.**

Sanatorium idegbetegeknek!
 Dr. Batizfalvy, egyet. m. tanár
VIZGYÓGYINTÉZETE
 Budapesten, városligeti fasor és Arena-út sarkán.
 Kezelő orvos: **Dr. Trajtler István.**
 A testgyógyászati osztály XXXV év óta az igazgató-tulajdonos vezetése alatt működik.
 Az intézet egész éven át nyitva van.
Felvételnek bennlakók és bejárók.
 Kimerítő programm bérmentve. 5

Védőjegy

 Univ. med. Dr. PÉCSI DANI 21
 nyilvános
TEHÉNHIMLŐ - TERMELŐ INTÉZETE
 Túrkevéen (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)
 tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyaságú oltó-anyagot, a következő rendkívül alacsony árakon szállít:
 50 egyénre 3.—
 100 " 6.—
 1 phiola 2—3 egyénre60
 10 vagy több ilyen phiola50
 1 phiola 15 egyénre 2.50
 Osomagosáért 20 kr.

Dr. Sümegi József
 testgyógyászati, gyógygymnastikai és
 massage rendelése
 V. kerület, Nagy-Korona-utca 7. sz. I. em. 15

Dr. Bácskay Béla
 Arad szab. kir. város és Aradvármegye hatóságainak közvetlen ellenőrzése alatt álló engedélyezett
nyilvános tehénhimlő-termelő intézete Aradon.
 Szállít egész éven át friss és biztos fogamzására nézve mindenkor elébb kipróbált, saját törzsanyagából termelt eredeti tehénhimlőnyirkot a következő árakon:
 1 phiolát 3 egyénre 50 krért,
 1 phiolát 15 egyénre 1 frt 50 krért.
Tömeges oltáshoz oltóanyagot
 50 egyénre 3 frtért,
 100 egyénre 6 frtért,
 " " 15 adagos phiolákban 7 frtért.
 Bérmentes beküldéssel 30 krral több.
 Saját találmányú oltóeszköz tömeges oltáshoz, melytel egy óra alatt 100 egyén sikeresen oltható, 1 frt 25 krért. 12

Leghatásosabb és legolcsóbb antisepticum!
Dr. Angerer tanár sublimat-pastillái
 a 1°0 subl. egy liter víz számára:
 1 Carton à 5 Cyl. à 10 drb. franco. vám frt 2.—
 1 Ered. füveg à 100 drb. nyitva " " 2.—
 1 " " à 500 " " " 8.—
 1 " " à 1000 " " " 14.50
 à 0°5 subl. has. csomag. Árak frt 1.80, frt 1.80
 frt 7.—, frt 13.—

 Kitiűnt. a párisi és londoni hyg. kiáll. 1892. és 1893. nagy ar. öremmel.
 Kapható a legtöbb gyógyszerárban
 1 liter antisept. folyadék néhány krajczárért.
 Az Angerer-féle pastillákat egyedül az alúírt cég készíteni van jogosítva. Utánzások törvényesen megbüntettetnek. Minden csomag a mellékelt védjegyvel van ellátva.
Egyedüli gyárosok:
ADLER-APOTHEKE,
 München, Sendlingerstrasse 13.

TERMÉSZETES
BILINI SAVANYUVIZ!
 Legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyúvizeknek (33,6339 szénasav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenként növeli elismert jó hírnevét s azonkívül a legkitűnőbb diätikus italt képezi. **EDESKUTY L.** úr ivócsarnokában a nyári hónapokban pohárszámra is kapható.
Pastilles digestives de Bilin
 (Bilini emésztési cukorkák) biztos szer mindennemű emésztési zavarok ellen, mindig friss minőségben van készletben a főraktárban.
EDESKUTY L. cs. és kir. és szerb kir. udv. szállítónál BUDAPESTEN.
 Kapható azonkívül minden gyógyszerárban, fűszerkereskedésben, szállodában és vendéglőben. Pastilles de Bilin a legtöbb gyógyszerárban és gyógyszerárú-kereskedésben.
 4

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

*A fülbántalmak balneotherapeutikus gyógykezeléséről.*¹

Közli: Szenes Zsigmond dr., fülorvos Budapesten.

Igaz ugyan, hogy orvostudományunknak egyes specialis ágakra történt oszlása és ez utóbbiaknak önálló művelése útján elért eredményeknek köszönhető az orvostan jelen fejlődése, mindazonáltal mindinkább azon meggyőződésre jutottunk, hogy az egyes specialis szakmák között geometriai határ nem vonható, mert a gyakran teljesen különbözőnek látszó szakmák tulajdonképpen mégis csak szoros összefüggésben és kapcsolatban állnak egymással, bármennyire elágazónak is látszik az egyik specialitás tere a másiktól. Hiszen a belgyógyászat és sebészet, e két egymással legnagyobb ellentétben látszó szakma is mindinkább közelebb jut egymáshoz, és ki tudná megállapítani a számos constitutionális és dyskratikus alapon támadt bántalomnál a határt, melyen a belgyógyász működése megszűnik és a sebész ténykedése kezdődik, vagy megfordítva? — Manapság különben valamelyik specialitás művelője oly annyira önállóan nem is munkálkodik, hogy orvostudományunk egyéb szakmáiról megfélemedne, hiszen a külön szakmák mindegyike csupán egy részét képezi az egész orvostudománynak, melylyel el nem választható szervi összefüggésben áll. Legjobban igazolják e tény valóságát *oly specialis bántalmak*, melyek nem egyszer, bár csupán egyes szervekben mutatkozva, mégis az egész szervezet megbetegedéséből erednek és ilyenkor az illető szervek leggondosabban történt localis kezelése sem fog eredményre vezetni, ha az egész szervezetet mint olyat figyelmen kívül hagyjuk. S miután a balneotherapia oly orvosi beavatkozás, mely talán leginkább van hivatva hatását az egész szervezetre gyakorolni és érvényesíteni, a fülorvosi gyakorlatban is mindazon esetek számára fog alkalmazást nyerni, melyekben *izzadási, idegrendszeri, az idegrendszer edzését vagy habituales és constitutionális viszonyok javítását* előmozdítani akarjuk. Ez esetek mindegyikében a balneotherapeutikus beavatkozás természetesen az egész szervezetre fog vonatkozni és így valamely fürdőnek direct hatásáról egy bizonyos fülbántalomra nem is szólhatunk, annál kevésbbé, miután a megbetegedett fület magát a fürdő víz direct hatásának ki sem szabad tenni, sőt számtalan esetben még azt is látjuk, hogy egy teljesen egészséges fül fürdőzés után betegszik meg s azért a fülorvostan praescribálja is, hogy fürdőzés közben a fül lehetőleg védve legyen, fürdőzés után pedig nedves füllel hűvösebb levegőre ne menjünk.

A fülbántalmak balneotherapeutikus gyógykezelésének jogsultságára vonatkozólag legyen szabad felemlítenem első sorban azon tény, hogy vannak fülbántalmak, melyek bizonyos *constitutionális* állapotokkal határozott *okai* összefüggésben állanak, úgy annyira, hogy tisztán az alpbántalom következményes complicációjának tekintendők; ilyen pl. a *phthisikusoknak* és *scrophulotikusoknak* idült *dobüreg-genyedése*. Ezekről tudjuk, hogy a fülnek legszorgosabb localis kezelése mellett a hygienikus

¹ Előadta a III. balneologiai congressus első ülésén 1893. évi márczius hó 20-dikán.

viszonyok és az egész szervezet állapotának javításáról már azért is kell gondoskodnunk, mert az említett fülbaj, mely különben az életet is veszélyezteti, azok nélkül alig vagy épen sohasem gyógyul; kétségtelen, hogy a fül localis kezelése mellett a szükséges egyéb teendők között sokat balneo-illetőleg klimatotherapeutikus úton is fogunk elérhetni. — Máskor a szervezet oly kóros állapotban van, hogy egy netalán véletlenül támadt fülbaj meggyógyulását határozottan hátráltatja és ennek következtében a fülbántalom szintén a legkárosabb következmények beálltát siettetni fogja; ilyen pl. a *diabetikusnál fellépő otitis media suppurativa*, mely néha ugyan egészen simán is lefolyhatik, máskor azonban a legnagyobb fokú ronesolásokra szokott vezetni, mint azt *Kirchner*,¹ *Schwabach*,² *Kuhn*,³ *Koerner*⁴ és mások tanulságos eseteiből láthatjuk. Természetes dolog, hogy ily esetben is balneotherapeutikus úton a diabetikus állapotot javítva, a fülbántalom sem fog oly súlyos lefolyású lenni, mint a nélkül. — Ismét más esetben a *dobüreg nyákhártyájának catarrhalis megbetegedése*vel a szomszéd szervek nyákhártyájának bántalmait mintegy karöltve járnak, sőt mi több, a középső fül ezen hurutos megbetegedése számos esetben tisztán csak per contiguitatem lép fel, ilyenkor pedig csupán a fülnek localis kezelése korántsem elegendő s azért a fülorvos figyelmét az előbb említettekre is kiterjeszti, itt pedig egyes balneotherapeutikus beavatkozások kitünő eredményei általánosan ismertek lévén, ezek a fülbántalomra is, habár csak közvetve, jó hatással lesznek. — Különös figyelemre méltatandók továbbá azon esetek, melyekben e beavatkozás által a catarrhalis affectiók recidiválását és exacerbatióját okozó *hajlamot* esökkenteni sikerül.

Mindezekből látható, hogy balneotherapiáról többnyire csak *idült* fülbántalmakban szenvedőknél lehet szó, vagy kivételesen oly acut fülbántalomnál, mely idült constitutionális betegséghez társult, és pedig ott, hol a fülnek localis kezelése egyedül eredményre nem vezet, mindkettő pedig, egyszerre vagy egymásután alkalmazva, a kívánt eredményre fog vezetni.

Lássuk most, a balneotherapia egyes tényezői — a *fürdő*, az *ásványvizek* és a *levegő* — mily befolyással lehetnek a fülbántalmakra?

1. A fürdő.

A mi a fürdözést egyáltalában illeti, csak röviden kívánom említeni, hogy épúgy mint általános orvosi szempontból a fülorvos is a *hideg* fürdőt erőteljes és jól táplált egyéneknek, a *meleg* fürdőt pedig inkább gyengébb szervezetűeknek fogja ajánlani, és míg a langyos fürdő *csillapító* hatású lesz, addig úgy a meleg mint a hideg fürdő inkább *izgató* hatást fog kelteni.

Már egyszerű langyos fürdők jó eredménnyel alkalmazhatók a *dobüreg idült hurutja* alkalmával. *Schwartz*⁵ említi, hogy ily fülbetegnél az említett fürdők alkalmazása folytán a

¹ Kirchner: Ueber Ohrenkrankheiten bei Diabetes mellitus. Monatschrift f. Ohrenheilk. 1884. Nr. 12.

² Deutsche med. Wochenschr. 1887. Nr. 52.

³ Kuhn: Ueber Erkrankungen d. Ohres bei Diabetikern. Archiv f. Ohrenheilk. 29. pag. 29—43.

⁴ Koerner: Fall v. diabetischer primärer Otitis d. Wartenfortsatzes stb. Archiv f. Ohrenheilk. 29. pag. 61—67.

⁵ Schwartz: Historische u. kritische Bemerkungen zur allgem. Therapie d. Ohrkrankheiten. Archiv f. Ohrenheilk. 9. pag. 199.

nevezett fülbántalommal járó és gyakran kínzó jelleget öltő *fülzúgás* csökkentését észlelte; *Politzer*¹ *adhaesiv* folyamatoknál ért el számos esetben jó eredményt ily fürdők után, mit annak hajlandó tulajdonítani, hogy a dobüreg nyákhártyája a meleg hatása következtében fellazul és ezáltal a localis beavatkozás is kedvezőbb eredményre vezet. — Részemről több esetben volt alkalmam ily dobüreg-hurutban szenvedő betegeknek a fül localis kezelése mellett az említett langyos fürdők jó hatásáról meggyőződnöm, melyeket annál is inkább ajánlhatok, miután könnyű szerrel bárhol rendelkeztek. Ezekkel ellentétben említettem a *hideg fürdők* határozottan káros hatását meglevő és fennálló fülbántalom alkalmával, akár *hurutos*, akár *genyedő* jellegű a fülbántalom, míg a *hideg ledörzsölések* edzés szempontjából alkalmazhatók és általuk különösen a hurut acquirálására való hajlam nagy mérvben csökkenthető.

Az *ásványvíz-fürdők* közül leggyakrabban használnak a *sós vizek*, melyek egyaránt jó eredménnyel alkalmazhatók felnőtteknél és gyermekeknél, midőn a *dobüreg hurutja* görvélyes eredetű. Sós fürdő azonban csak olyanok számára ajánlatos, kik *fülzúgásban nem szenvednek*, mivel ez utóbbi gyakran fokozódni szokott használatuk közben; hasonlóképen nem ajánlatos akkor sem sós fürdőt rendelni, ha a tömkeleg is bántalmazott, miután ilyenkor különösen a subjectiv tünetek — *fülzúgás*, *rosszhallás*, esetleg *szédülés* — rohamos rosszabbulását kelthetik. — *Pagenstecher* a dobüreg nyákhártyájának sclerotikus megbetegedésének számos esetében a *wiesbadeni* meleg fürdők azon kedvező hatását észlelte, hogy a nevezett bántalomra jellegző „*progreáláló rosszhallás*” annyiban javult, hogy a fülbeli folyamat a fürdők hatása alatt megállapodott. Miután azonban e bántalomnál a máskülönben progrediálni szokott folyamat elég gyakran spontane is meg szokott állapodni, valószínűbb *Schwartz*² azon felvétele, hogy az említett eredmény talán még sem tulajdonítható *Wiesbaden* fürdői hatásának.

Scrophulotikus alapon fellépő *dobüreg-genyedések* alkalmával a *konyhasós fürdők* szintén alkalmazhatók sikerrel, míg a *lúetikus* alapon fennálló fülbántalmaknál inkább a *jod* és *kén-tartalmú vizek* ajánlatosak.

A *tengeri fürdők* értékét illetőleg a nézetek igen eltérők. *Schwartz*³ egyáltalában contraindicálnak tartja azokat fülbetegeknek; ártalmukat már azon körülmény is igazolja, hogy a tengerparti lakosok közt a rosszhallással járó fülbántalmak feletté gyakoriak. Mások scrophulotikus gyermekek *dobüreg-hurutjánál* elég jó sikert észleltek a tengeri fürdőtől. *Guye*⁴ csak azon esetek számára zárja ki a tengeri fürdő használatát, melyekben tömkelegbeli elváltozások is fennállanak, úgyszintén ott, hol öröklési dispositio ezekre megvan, míg *Gruber*⁵ egyrészt éppen hallóidegbeli zavarokkal járó *tömkeleg-bántalmak*nál, másrészt pedig középfül-bántalmak recidiváinak megakadályoztatása céljából melegen ajánlja azokat. Legújabbán *Moure*⁶ az utolsó brüsseli nemzetközi fülorvosi congressuson kimutatta a tengeri fürdő és levegőnek egyaránt káros befolyását a hallószervre. *Moure* tapasztalatait néhány eset kapcsán magam is megerősíthetem és többek között csak egy igen pregnans esetet kívánok említeni, mely egy volt betegemet illeti, kinél Ostendeben való fürdőzése alatt kezdetben nagyfokú *viszketés*, majd többszörös *furunculus*-képződés, végül mindkét oldali *otitis externa diffusa* lépett fel, mely consecutive még egy jobb oldali *parotitis suppurativa*-ra is vezetett és a fülhaj még a parotison végzett műtét után is oly makacsnak bizonyult, hogy csak több mint 3 havi helybeli gyógykezelés után gyógyult meg.

2. A *ásványvizek*.

Az *ásványvizek* belső rendelése ivó cura alakjában a fürdőzéssel egyetemben vagy a nélkül szintén dyskrasiás fülbeteg egyéneknek nyer alkalmazást. — *Localis* alkalmazást a fülre magára nem nyernek; részemről számos esetben naponta

¹ Politzer: Lehrb. d. Ohrenheilk. 1893. pag. 263.

² Schwartz: l. c. pag. 200.

³ Ibidem.

⁴ Archiv f. Ohrenheilk. 9. pag. 307.

⁵ Ibidem.

⁶ Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1889. Nr. 12. pag. 290.

2—3-szor eszközölt *orröblítések*re kísértem meg *idült dobüreg-hurutban szenvedő* oly egyéneknek, *kiknél egyszermind chronikus rhino-pharyngitis is fennállott* és határozottan kedvező eredményt láttam speciell a *lipiki jodvitzól*, mely kivált gyermekeknek ily orröblítésekre igen hasznosnak bizonyult.

A belső használatot illető *keserű- és sós vizek* a dobüreg hurutos megbetegedésénél, általános pharmakodynamikus hatásuknál fogva, a szervezet közérzetének javításával egyetemben a dobüreg hurutos állapotát és az ezáltal keltett tüneteket — *rosszhallás* és *fülzúgás* — is enyhíteni fogják. Ezen körülménynek tulajdonítható, hogy egy *dobüreg-hurutos májbeteg* pl. a *karlsbadi kúra* következtében fülbeli állapotának javulását is említi, míg más ily fülbeteg, ki pl. abdominalis plethorája miatt *Marionbadban* keres enyhülést, a fülbeli állapotnak javulását szintén fogja constatálhatni. Legszembeszökőbb lesz a fülbeli állapot javulása ott, hol a dobüreg hurutja a *felső légző szervek hurutjával* jár együtt és utóbbi a megfelelő ivóvíz cura alatt tetemesen javul.

A *vasas ásványvizek* jó hatással lesznek anaemikus egyének idült dobüreg hurutjánál, úgyszintén anaemiából származó fülzúgásnál. Hazánkban e bántalommal az illető betegeket első sorban *Szliácsra* fogjuk küldeni, hol alkalmuk lesz az ivógyógyimódot a fürdőzéssel együtt a legjobb eredménnyel használni. — Említett betegeknek az *arsentartalmú* vasas vizeket — *srebreniczai*, *levicói* vagy *roncegnói* — több esetben, a fül localis kezelése mellett, elég jó sikerrel alkalmaztam.

A *jodtartalmú ásványvizek* scrophulotikus alapon létrejött *dobüreg-genyedések*nél *Schwartz*¹ belsőleg nem igen ajánlja, a bennük foglalt jodnak minimalis és bizonytalan tartalma miatt, s azért inkább szükség esetén a jodkészítményeket vény alakjában rendeli. Részemről hasonló állápontra helyezkedem, mindazonáltal nem mulasztatom el egyik igen tanulságos esetem felemlítését, melyben egy scrophulotikus gyermek mindkét oldali idült *otitis media suppurativa*-val több éven át sikertelentül kezeltetvén, ajánlatomra két év előtt *Lipikre* ment és ott a fül localis kezelése mellett úgy az ivóvíz kúrát mint a fürdőzést használva, magam győződhettem meg arról, hogy mindkét dobüregének *genyedő folyamata*, a *dobhártyák* mindegyikén fennállott volt defectus tökéletes behégedése után, teljesen megszűnt. — És habár ez esetből kissé nehéz volna meghatározni, hogy mennyit tulajdoníthatnánk a localis beavatkozásnak és mennyit a *Lipiken* való tartózkodásnak, annyi azonban bizonyos, hogy mindkét tényező, t. i. a localis és balneotherapeutikus beavatkozás egyetemben, eredményre vezetett.

Az *ásványvizek* meleg szószólója *Ladreit de Lacharrière*,² ki „de l'utilité des eaux minérales dans le traitement des maladies de l'oreille” című dolgozatában a különböző diathesisokon alapuló fülbántalmak alkalmával az illető diathesis ellen használni szokott balneotherapeutikus beavatkozás folytán igen kedvező eredményeket ért el a fennálló fülbántalmakkal szemben; nevezetesen *dieséri* a scrophulotikus és syphilitikus eredetű fülfolyásnál, mely még a csontok bántalmazottságával is járt, az *erősebb kénforrásokat*, míg az egyszerű fülfolyásnál a *gyengébb kénforrásoktól* látott jó eredményt; utóbbiak a középső fül azon hurutos elváltozásainál is javáltak, melyek a szomszéd nyákhártyák megbetegedése folytán per contiguitatem ide kerültek, úgyszintén a külső hangvezető ezemájánál; herpetikus és rheumatikus diathesisnél a *salinikus* forrásoktól, arsentartalommal vagy a nélkül, látott sikert.

3. A *levegő*.

A balneotherapia harmadik tényezője, a *levegő*, tulajdonképpen a klimatotherapia körébe tartozik és csak annyiban kívánom röviden említeni, a mennyiben a három tényező alig választható el egymástól és sok esetben nehezen is határozható meg közelebről, hogy melyik volt a tulajdonképi ható tényező és melyik az adjuvans. Már 1838-ban ismertett

¹ Schwartz: l. c. pag. 157.

² Archiv f. Ohrenheilk. 17. pag. 135.

Deleau¹ egy esetet, melyben betegének hallóképessége a szerint javult vagy rosszabbult, a mint hegyes vagy völgyes vidéken tartózkodott.

Legtöbb eredmény érhető el a légkúrától a dobüregnek izzadmányával járó hurutjánál, midőn *erdős helyen* hosszabb időn át történt tartózkodás alatt, az előbb minden localis kezeléssel makacsul daczoló állapot néha teljesen megszűnik. Részemről hiszem, hogy hazánk számos fürdőhelye olyan, hova jövőben ily betegeket bátran elküldhetünk, kiket azelőtt alpesi vidékre küldtünk. — Hasonló fülbántalomban szenvedőkre jó hatással van még, ha télen melegebb helyre küldjük, miáltal a télen recidiváló orr-garathurutot és ennek káros befolyását, esetleges tovatérjedését a fülre, megakadályozhatjuk. — *A magasan fekvő helyeken* a dobüreg sclerosisával járó és sokszor igen kínzó jelleget öltő „fülzúgás és nagy fokban gyengült hallás” tetemesen javulni szoktak. És ha tekintetbe vesszük, hogy épen a dobüreg sclerosisa az a bántalom, mely a fülorvos és betegének türelmét nem egyszer egyaránt próbára teszi, és sokszor csakis a legnagyobb erőmegfeszítés mellett legfeljebb a hallóképességnek nem rosszabbulását érhetjük el, azt hiszem, hogy ily beteggel szemben mindent el is kell követnünk, mi állapotának enyhülését okozza, ha mindjárt ez enyhülés csupán a klimatikus helyen való tartózkodásának idejére szorítkozik. Nálunk ily magasan fekvő helyekben hiány nem lévén, első sorban a három *Tátrafüred* (Tátrafüred 1014 m., Új-Tátrafüred 1004 m., Alsó-Tátrafüred 940 m.), *Biharfüred* (1063 m.), *Borszék* (882 m.), *Marillavölgy* (800 m.) és még több más ily magasan fekvő helyre küldhetünk ily betegeket, kik e klimatikus gyógyhelyek valamelyikén, legalább is itt tartózkodásuk ideje alatt, fülbajuk tetemes enyhülését fogják élvezhetni.

Ezekkel kívántam rövid vonásokban jelezni a fülbántalmak balneo-, illetőleg klimatotherapeutikus kezelésének előnyeit, mi mellett természetesen mindig első sorban a *fül localis kezelése* a fődolog, mert csak oly fülbaj gyógyulhat meg tisztán balneotherapeutikus beavatkozásra, localis kezeléssel nélkül, mely bizonyára másnemű beavatkozás nélkül is, azaz magától, megszűnnék. Sajnos azonban, hogy a fülorvosi ténykedés legnagyobb contingensét az idült esetek szolgáltatják, hol elég gyakran a fül élettani feladatát illető hallóképességnek csakis *javításáról*, vagy pedig néha az állapotuk *nem rosszabbodásáról* lehet szó és utóbbiak elérésében a localis gyógykezelés mellett az *összszervezetre ható beavatkozások* hathatós segédeszköz gyanánt szolgálnak. Ezen segédeszközök között pedig nem utolsó helyen áll a balneotherapia és azért nem is csodálkozhatunk azon, ha intelligens és nem intelligens betegek nem egyszer, még hosszabb időn át folytatott kezelés után is, azon kérdéssel köszöntenek be hozzánk, vajjon nem-e mehetnének valamely fürdőhelyre, hol fülbajuk hamarabb gyógyulna.

A balneotherapiának értéke fülbántalmak esetében kétségtelen, megvannak annak pontos javalatai épúgy, mint minden egyéb gyógybeavatkozásnak, és ha rövid fejtegetéseimmel sikerült ráutalnom, hogy hazai fürdőink közül egyszer máskor melyik jöhetne szóba: úgy azt hiszem csakis egyesületünk czélja értelmében jártam el, mely leginkább van hivatva hazánk fürdőügyét fejleszteni.

Közlemény az egyetemi kórszövet-tani intézetből.

A vese teratoid primaer carcinomájáról s annak viszonyáról a mellékvese (primaer) rákos elfajulásához.

Tauffer Emil szig. orvos, kórszövet-tani gyakornoktól.

(Folytatás.)

Előfordul a primaer-vese carcinománál továbbá a Scirrhus is és Rohrer több ily esetet említ monographiájában. Érdekes

¹ Wagenhäuser: Allg. Therapie d. Ohrkrankheiten. — Schwartz: Handb. d. Ohrenheilkunde. 1892. I. pag. 705.

Paget-nek azon esete is, a hol három alakot talált egy vesében: a corticalisban colloid carcinomát, míg centralisabban az encephaloid alak váltakozott scirrussal. Ez azonban nem oly szerfelett ritka, miután a vesében mások is találtak már ily vegyes daganatokat, melyekben azonban egyik vagy másik domináló jelleg mellett a másik rendszeren elenyésző csekély.

Hogy a carcinoma scirrussá avagy velős rákká alakul-e, erre nézve a kötőszövet viselkedése a döntő, miként azt Waldeyer már hangsúlyozta; carcinoma gelatiniforme (alv.) pedig úgy keletkezik, ha az epithel nyákos-hyalin-degeneratiót szenved s ez tölti ki a kötőszöveti alveolusokat. Mindezen alakok között azonban klinikailag legfontosabbnak tekinthetjük a *vese primaer medullaris carcinomáját*, mely, mint már kiemeltük, a benne támadó haemorrhagiák folytán a leggyorsabb növést mutatja. Azt hiszem legczélsezerűbb lesz e pont megvilágítására ide iktatni *Bókai J.* tanárnak idevágó esetét, melyet ő 1882-ben észlelt s annak idején le is írt.

Az eset 5¹/₂ éves fiúnál fordult elő. A tumor a hasür bal felében székelvén, annak üregét teljesen kitöltötte s a has méreteit tetemesen nagyobbította. Réczey tanár által próba-incisio után az eset inoperabilisnek találtatott, a hasseb bevarratott, de a gondos ápolás daczára a műtét után diffus hashártyalob jelentkezett, melynek a beteg a harmadik napon áldozatul is esett.

A bonczlelet főbb pontjai Babes kórházi boncznok szerint következők voltak:

A szívburokban pár csepp tiszta savó. A szív egyenletesen megnagyobbodott; a bal szívgyomor falzata 7 mm. vastag, merev, fényes, fakóbarna. A rekesz a hasür felé mély vajúlatot képez, melyben a lép és a máj van mintegy elrejtve. A máj kisebb, barnás-vörös, petyhüdt. A lép kicsiny, sötétbarna, középtömött. A gyomor magasan áll, s a vékony belekkel együtt gázoktól kissé puffadt. A kitágult hasürt, főleg a bal hasrészletben gömbölyded, alapján elmosódott határu, dudoros, 26·5 cm. hosszú (a test hossz tengelye szerint), 26·0 cm. vastag (a has harántátmérője irányában) és 15·0 cm. magas (a mellső-hátsó átmérő szerint) daganat foglalja el, mely a bal ágyéktájat tökéletesen kitölti, lefelé a medence bemenetig, felfelé a bordaszélig, bal felé pedig a lehágó remese alá, s a flexura sigmoidea hashártya-kettőzetébe terjed. A lehágó remese a dag mellső-alsó s baloldali részletéhez rögzített, s azzal mintegy 18 cm. hosszúságban kötőszöveti kötegek által erősen összenőtt. A többi bélrészletek teljesen a jobb hasfélbe tolatnak át s felületükön a hashártya halavány rózsapiros, kissé fénylő és tapadós. A jobb vese nagyobb a rendesnél, halavány barna-vörös, tömött. *A bal vese teljesen a leírt hasdag által helyettesített.*

A daganat súlya 4 kilo (a testsúlynak majdnem ¹/₄-de). A dag nagyobbára durva fehér kötőszöveti reczéletből áll, melynek hézagaiban diónyi és nagyobb, fehér, kocsonyás, velős, helyenként sűrű véredény-elágazódás által rózsaszínű, vagy egész diónyi vérömlenyektől feketés-vörös góczok találhatók. A reczélet számos kisebb hézaga, nevezetesen a dag közepén részint velős péppel, részint nyulós, tiszta sárga folyadékkal van kitöltve. A nagyobb góczok inkább a daganat környi részén székelnek. A tágult, vékony falzatú bal húgyvezéd hossza 35 cm., s eleinte a dag alsó-mellső felületén halad, majd a dag felületén felfelé húzódik (ép úgy mint a méhkürt a petefészektömlő felületén), s a daganat hátsó felületére tér át, hol is jobbra, a máj bal karéja felé kanyarodva, a daganatba fúródik, s annak egy diónyi barnás pépes részletében elvész. A húgyhólyag nyákhártyája halavány, benne kevés húgy.

A bal húgyvezéd beszájadási helye a hólyagban kúpszerűen kihúzott, s ez képezi a hólyag legmagasabban álló pontját.

Górcsói lelet: A dag általában meglehetősen tömött, rostos szövetű, tág gerendezetből áll, melyben apró, nagy magvú, alacsony hengeralakú vagy gömbölyded, a reczéletet teljesen vagy részben kitöltő, s helyenként nyákosan elfajuló hámsejtek találhatók. A vérdúsabb részeknek megfelelőleg a gerendezetben *saját falzat nélküli barlangos véredények* észlelhetők, melyekből helyenként kiterjedt vérömlenyek keletkeztek. *Vesemaradványok a dagban a legszorosabb kutatás daczára sem találtattak.*

Diagnosis: „Carcinoma medullare diffusum renis sinistri cum extensione excessiva ureteris sinistri. Hypertrophia et degeneratio hyalina cordis. Peritonitis diffusa incipiens.” Szerző kiemeli még

különösen az ureter tetemes meghosszabbodását és a szív hypertrophiáját mint ritka leletet veserák esetén.

Leírt esetben tehát az általunk a harmadik csoportba sorolt veserák alaknak kifejezett képe forgott fenn. Miután azonban a górcsói leírás nem nagyon világos képét adja a carcinoma medullarenak, nem tartom szükségtelennek azt néhány szóval még megtoldani. Velős ráknak mondjuk ugyanis azon alakot, a midőn az epithelialis szövetelem levén a túlnyomó, a rák consistentiája puha, stromája szivacsos s a kisebb-nagyobb alveolusokból kiecsetelve az epithelialis sejteket, vízben libegő kötőszöveti vázat nyertünk.

A górcsói leletnek általánosságban való kikerekítésére hozzáfűzzük még azon általános jellemzést, melyet Klebs a következőkben ad:

„A vesének primaer rákja annak normalis szövetéből, a a húgycsövecskékből szokott fejlődni. Számos capillarissal ellátott kötőszöveti stromába, annak hosszirányával párhuzamosan mirigycsővecskék vannak beágyazva, melyek részint még oly tág vagy tágabb lumennel bírnak mint a húgycsövecskék, de vannak kisebb lumenűek is, melyekben csak egysoros epithel képezi a belfalat, míg másokban az epithel-szaporulat folytán bimbószerű megvastagodások nyomulnak a lumenbe. Az epithel-csírák között hosszanti rések keletkeznek, hasonló módon, mint a hogy a mirigycsővecskék képződnek a mirigyek foetalis fejlődésénél; ezen folyamat folytatása által többszörösen csavarodott epithel-sejtesövecskék által kitöltött alveolusok származnak.“ A szerint a mint túlnyomóbbak az epithelialis részek avagy a kötőszöveti stroma, képződnek vagy puha vagy igen kemény dagok. De az előbbieket határozottan a túlnyomók s adják azon alakot, melyet a németek „Markschwamm“-nak neveznek.

A primaer veserákok histológiájához még megjegyezhetjük, hogy ha a már fentebb említett adenomákban oly epithel szaporodás lép fel, mely vagy az adenomatosus csövecskék tunica propriáját áttörve a kötőszövetbe atypikusan burjánzik, avagy ezen áttörés nélkül, az epithel burjánzás folytán az addigi csövecskék alveolusokká alakulnak s teljesen vagy részben kitöltetnek gömbölyű vagy polyadrikus alakot nyert burjánzó epithel-sejtek által, de e mellett még a tumor szövetében eredeti mirigycsővecskék is kimutathatók, úgy azt mondjuk, hogy egy oly adenocarcinomával van dolgunk, mely directe a vese szövetéből fejlődött az által, hogy egyes vese-csővecskék a normalis vese-szövetből lefűződtek, felhámjuk szaporodásnak indult s elvesztve elválasztó képességét, nem cystikus degenerációt eredményezett, hanem húgycsövecske-hyperplasiát hozott létre a lefűződött részletben. Ezen hyperplasiával karöltve pedig megindult az epithelnek atypikus burjánzása oly értelemben, hogy kitöltve a részben tágult, részben atrophikus lumeneket, alakjában alkalmazkodott a helyi viszonyokhoz s innét látjuk az alveolusokat részben még a húgycsövecskék hámjának teljesen megfelelő, részben pedig már polyadrikusakká alakult hámsejtekkel kitöltve.

A vascularisatióra vonatkozólag pedig már említettük, hogy a vese-carcinomának egyik különös sajátja, hogy míg más carcinomáknál kifejezett vascularisatiót nem találunk, addig vese-carcinománál s különösen adenocarcinománál meglehetősen teleangiectasiákat láthatni, melyeken a helyenként igen megvékonyodott falzat megrepedése colossalis haemorrhagiákra ad alkalmat, miáltal a tumorszövet annyira elnyomathatik, hogy eredeti szerkezete is alig válik felismerhetővé, úgy hogy az egész tumor első megtekintésre vérdaganat benyomását adhatja.

Az elősorolt carcinoma-alakok mellett még előfordulhat a vesében a carcinoma myxomatodes is, azonban rendesen nem önállóan, hanem más alakokkal társulva; hiszen a vegyes daganatok a vese-tumorkok között épen nem tartoznak a ritkaságok közé.

Miután így az egyes alakok leírásával általánosságban végeztünk, legyen szabad áttérnem vizsgálataim eredményére, melyeknek egyik anyagát 1891. november hó 21-dikén, sajnos, sikertelenül műtött nő baloldali transperitonealiter exstirpált bal vese tumora szolgáltatta, melyet Tauffer tanár úr volt

szíves vizsgálatra átengedni. Tekintettel arra, hogy a klinikai jelenségek s a symptomatologia az esetek pathologikus elbirálásánál sem közönbös, nem lesz érdektelen a kórtörténetnek részletes előrebocsátása, néhány epikritikus megjegyzés kíséretében. Az eset részletesen tehát a következő:

B. A.-né, 21 éves II. P. Felvételtett Tauffer tanár klinikájára 1891. szeptember 30-dikán. 2 partus közül egyik abortus mult év október elején. Ezt borzongás, hidegrázás, méhgörcs és csekélyebb vérzés előzte meg. Gyermekegységben két hétig feküdt. Ez időtől bal hasfelében egy kemény képletet tapintott, mely bár lassan, de növekedett. Dacára annak, hogy számos szerző mint igen fontos alkalmi okot említi ily tumor fejlődésére a környezetében beálló erősebb vérkeringést s ennek folytán az addig nyugalomban volt, de szaporodási képességüket mintegy „szunnyadó“ állapotban megtartott csiroknak erősebb tápláltatását, ezt jelen esetben kevésbé tartjuk valószínűnek, miután legfeljebb két havi terhesség alig tekinthető elégségesnek arra, hogy a tumor oly rohamosan indult legyen fejlődésnek, hogy növekvésének körülbelül 10—12 hetében már a hasfalón át érezhetővé vált volna. Ez csak úgy volna képzelhető, ha nagy haemorrhagiák keletkezését már ily korai időben teteleznék fel. Abortusa után tisztulása nem volt, hanem újból teherbe esett. Szülése ez év augusztus 15-dikén rendesen ment végbe. Orvost csak terhességének 4-dik havában keresett fel, miután hasában nagy nyilaló fájdalmak voltak, melyek a magzatmozgás beállta után szüntek. Szülése után, jölehet 3 hétig feküdt gyermekegységben, hasa csak a magzat nagyságának megfelelő arányban kisebbedett meg, sőt szülése után újból növekedett, mígnem jelen nagyságát elérte.

Szék, vizelet rendes. Tisztulását 13 éves korában 4 hetenként 7 napi tartammal kapta, 16 éves koráig erősebben, ez időtől terhességéig csekélyebb mértékben.

Jelen állapot: Mérsékeltelen fejlett és táplált nőbeteg mellkasi szervei normalisak. Has asymmetric tágult; bal hasfél erősebben tágult, úgy szintén az ez oldali bordaív is; hasfalakon igen erős régi és új tágulási hegek. Hasfal vékony, jól redőzhető; köldökgyűrű kifejezett, ujjhegynek nyitott. A hasürben egy a hasür bal oldalát elfoglaló s csak részben a jobb oldalra áttérjedő s ez oldalon éles szélű tumor tapintható, mely egyenesen rugalmas összállású, felfelé a bal bordaív alá betérjed, a baloldali csípő tányéron csaknem rajta nyugszik s alsó polusa a medence bemeneti szél magasságában van; jobb felé mintegy 4 ujjnyival haladja meg a köldökvonalat, baloldalon egészen a lumbal tájakra leterjed; semmiféle irányban sem mozgatható. A mozgató kisérlet kissé fájdalmas.

A tumor nem látszik benyomulni a medenczébe; közte s a medeczetányér közt némileg behatolhatni. Kopogtatási hang a daganat felett mindenütt tompa, üres, és pedig akként, hogy a bal bimbóvonalban az 5-dik bordától kezdve lefelé végig tompa a kopogtatási hang, s mint ilyen megszakítás nélkül terjed át a tumorra; a daganat tompa kopogtatási hangja a léptomputallal összefolyik. Azonban a belek felfúvatása után a léptomputat elkönyökhethető.

Has legnagyobb kerülete a köldök magasságában 96 cm. Köldöktől proc. xyphoideusig 22 cm. Köldök symphysis 19 cm. Köldök távolsága a spina anterior superior sin.-tól 21 cm., dextrától 23 cm. Középtág hüvely; portio normalis magasságban; uterus fundusa a mellső hüvely boltzaton át tapintható; a medenczében valamely tumor segmentumot tapintani nem lehet.

Narcosisban megejtett vizsgálatnál a végbelen át mindkét oldali ovarium kitapinthatónak találtatott. A daganat nem függ össze a genitáliákkal. Miután gyanú támadt lépechinococcusra. október 12-dikén próbapunctio végeztetett. A csapolás útján nyert folyadék véres, savós; mikroszkop alatt igen sok vörös véresejt s alig egy-két fehér véresejt található. Horgok nem találtattak. Épűgy hűgyany sem. Észlelés végett pár napra Korányi tanár belgyógyászati klinikájára tétetett át, hol a tumor renalis eredete végleg megállapított. November 18-dikén a tumort tetemesen nagyobbodottnak találták, az azelőtt jobb oldalon tapintott éles szél ledomborodott; a lumbal táj dobos kopogtatási hangot ad, szabad. A tumor jobboldali alsó segmentumán most már jól kifejezett fluctuatio.

Cystoskoppal vizsgálva, a jobboldali ureter jól vezet, örvénye jól látható, a baloldali ureter szájadzás táján egy ferde vonal alakjában kiusurált részlet, melynek felső végpontján szűk nyíláson, gyenge örvénnyel pehelyszerű csapadékkel ürül ki kevés vizelet, ez oldali ureternyílás, vagy maga az ureter mindenesetre szűkült. A húgyvizsgálat állandóan negatív lévén, a lépdaganat kizárása után vesedaganat mellett csak retroperitonealis sarcoma jöhetett szóba.

November 21-dikén végezte Tauffer tanár a transperitonealis nephrectomiát. A tumor tok által borítva, extraperitonealis fekvésűnek bizonyult. A tokból való kiválasztás után körüljárva hátra is a tumort, az felfelé a baloldali vesével találtatott összefüggésben. A 2 emberfejnyi tumornak kiválasztása a bordaív alól s kiemelése nehézséggel járt. A vese természetesen vele együtt exstirpáltatott. — Műtét befejezése után beteg collabál s 9 óra múlva acut anaemia folytán meghal.

A bonczolatot Scheuthauer tanár intézetében végezték. Bonczjegyzőkönyv a következő:

„B. A.-né, 21 éves, hivatalnok neje. Hulla közép-termetű, gyengén táplált, halvány; hátán szederjes hullafoltokkal borított; láták középtágak, egyenlők. A has beesett; *középvonalában a köldöktől balra egy 20 cm. hosszú, 8 cm.-nyire a köldök alá terjedő függélyes, csomós varratokkal egyesített metszési seb.* Koponyaboltozat középvastag, kevés szivacsos állományt tartalmazó. Kemény agykéreg mérsékelten feszült. Lágymagyburkok igen vérszegények, közép nedvtartalmúak. Az agy vérszegény, mérsékelten tömött, gyomrocsaiban néhány gramm tiszta sárga savó. A tüdők különösen mellső részükben vérszegények, mindenütt légtartalmúak. A jobb tüdő hátsó részében nedvűsabb, finom habzó savóval beszűrődött. Szívburokban 20 gm. tiszta sárga savó. Szív mérsékelten összehúzódtott üreibe kevés laza vér és rostonya alvadék; izomzata halvány-barna-vörös, mérsékelten tömött.

A főltér íve valamivel szűkebb a rendesnél, a mutatóját erősen körül fogja.

A máj igen vérszegény, halvány-barna-vörös, mérsékelten tömött. A lép kétszer nagyobb a rendesnél, vérszegény s rendesnél valamivel tömöttebb tapintatú.

A gyomor és belek nyákhártyája halvány.

A peritoneumban ejtett nagy metszés által megnyitott s a hiányzó bal vese helyén nagy, szabálytalan falzatú, részint sötétvörös laza véralvadékkal kibéltelt, helyenként pedig alakított véredényesonkokat tartalmazó tasak található. Ennek alsó részében egy vastagabb, a bal húgyvezért, a vese ütő- és visszerét tartalmazó alakított csont.

A jobb vese középnagy, igen vérszegény, halvány-barna-vörös, mérsékelten tömött.

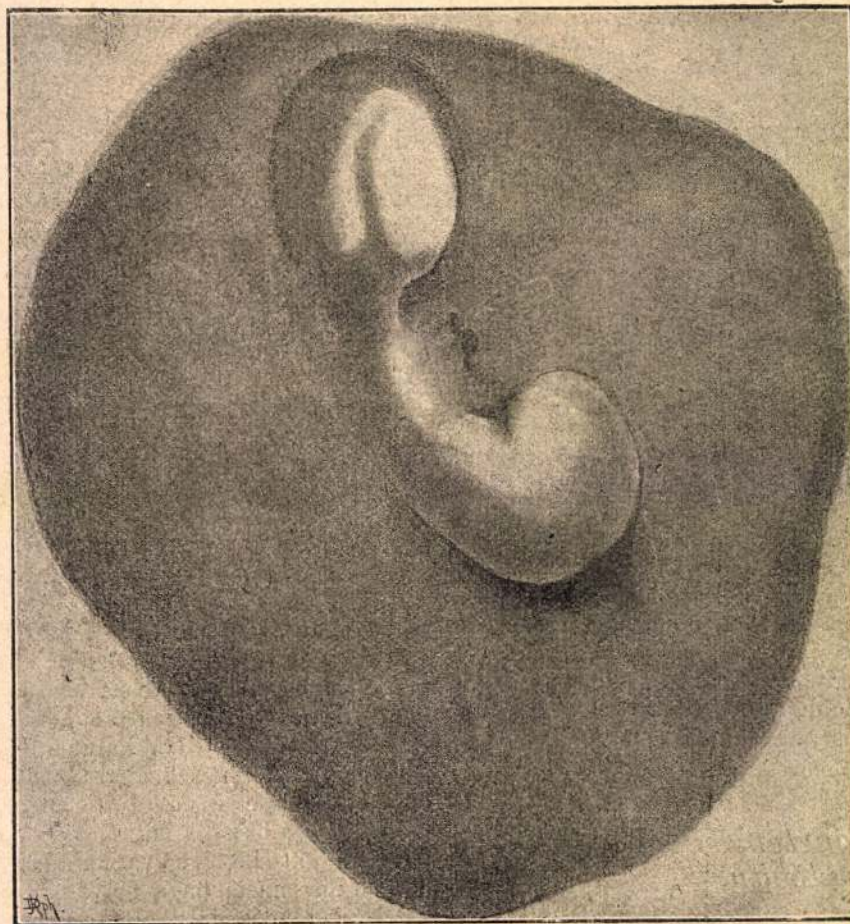
A húgyhólyag nyákhártyája halvány. A petefészkek nagy mogyorónyi, dudorzosak, több kisebb-nagyobb savós tömlővel ellátottak. A méh kicsiny, nyákhártyája halvány.

Diagnosis: Anaemia universalis post exstirpationem tumoris haemorrhagici renis sinistri duobus virilibus capitibus aequantis, decem horas circiter ante obitum factam.

Bonczolásnál figyelmen kívül maradt két önkéntelenül felmerülő kérdés, hogy t. i. megvolt-e a bal mellékvese avagy nem, vagy csak durványosan fejlődött, s másodsor vajjon a jobb mellékvese nem volt-e hypertrophikus, mi valószínűleg megvolt, ha a tumor fejlődése embryonalis vagy fiatal korban már megkezdődött. Míg ha ez csak későbbi korban történt, úgy Stilling nézete és kísérletei szerint compensatorikus hypertrophia a jobb mellékvesében nem állhatott elő. E két kérdés megfejtése által jelen esetünk hystogenetikus magyarázata erős támpontot nyert volna s igen kívánatos, hogy analog esetekben a jövőben figyelembe véssék.

A kiirtott daganat, mely a has bal oldalában foglalt helyet, makroszkopice cystikus benyomást ad. Hátsó felső oldala összefügg a vesével oly módon, miként a fül az ember fején ül. A vesének elülső felső quadransa van mintegy daganattá átalakulva s ezen egész negyede a vesének a daganattól külön nem választható. A mellső alsó veserész azonban, bár nyomási atrophiat mutat, a tumortól teljesen különválasztható. A vese hátsó fele változást nem mutat, csak annyiban, hogy kissé hypertrophikus hosszúságú irányban, s ezen hypertrophiat a megfelelő vesekelyhek s az ureter teljesen szabad volta mellett bizonyára compensatorikus jellegűnek kell tekintünk, a mi főleg az ép hátsó résznek felső felében szembetűnő, míg az alsó mondhatni normalis méreteket ad. (L. I. ábrát.)

A metszlepon makroszkopikus megtekintésnél élesszélű határ látható a vese szövete s a tumor között, mely kötszöveti tok által látszik képezve. Maga ezen tok kiindulására nézve szabad szemre azt a benyomást teszi, mintha a vese kéregállománya alakulna át ezen tokká, a göröcsövi vizsgálat azonban kimutatja, hogy nemcsak a kéregállomány kötszövete, hanem a velőállományé is hozzájárul annak képzéséhez. Ennek következtében tehát a tumorszövetnek direct összefüggését a veseszövetel kimutatni nem lehet s az egy izolált egészet



I. ábra. Bal vesetumor dorsalis oldaláról tekintve. (Első eset.) A vese hosszirányban kivongált, felső része a tumorhoz odanőtt, alsó rész szabad.

képez, melynek csak tokja képeztetik részben a vese kötőszövetétől.

Mielőtt azonban a tumor szövetének leírását adnók, legyen szabad néhány szóban megemlékeznünk a vese saját szövetének göröcsövi képeről. Minél inkább távozzunk a tumor közvetlen határától, annál több a teljesen ép vesecsövecske, úgy hogy mondhatni egy centimetryire a tumor tokjától a vese szövetében alig találunk mást, mint középszerű nephritis parenchymatosa jeleit. A csövecskék nagyobb száma teljesen szabad lumenű, egyrétegű hámmal fedett. Helyenként a lumen kissé tágult, míg egyes csövecskékben hyalincylinderek mutatkoznak. A tumor határának közelében azonban számos teljesen degenerált s obturált csövecskére akadunk, mi természetesen is azon nyomás folytán, melyet a tumor ezen részekre gyakorolt. A canaliculusok háma részben duzzadt, a lument obturáló, de azért még az egyes sejtek megkülönböztethetők; míg ismét más helyeken a parenchyma degenerációja nyilvánvaló oly

annyira, hogy némely canaliculusban a sejtek protoplasmája, sőt helylyel közzel még magva is tönkrement s erősen szemcsés detritus tölti ki az egész lument.

A kötszövet hasonlóan a tumor felé mutat csak nagyobb változást. Az ép canaliculusok körül a kötszövet is ép, míg a tumorhoz közeledve a kötszövet erős hypertrophiát mutat, oly mérvben, hogy a canaliculusokat teljesen comprimálja. Fel-tűnik azonban különösen dupla festésnél, hogy míg az ép szövet felé hyalindegeneratio még a Malpighi féle glomerulusokban sem található, a tumor felé erős hyalindegeneratiója mutatkozik a kötszövetben, mely legerősebbé válik épen a tumor tokjában, úgy hogy ennek állománya nagyobbrészt ily erősen fénylő hyaline degenerált rostokból áll, míg a szintén erősen fénytörő, rugalmas rostok kisebbségben vannak. A toknak ezen hyalindegeneratiója arra enged következtetni, hogy igen nagy, vagy gyorsan egymásután következő haemorrhagiák emelték a tumor feszülését.

Áttérvén ezután a tumorra magára, annak hystologikus vizsgálata a következőket tárja szemünk elé:

A vese szöve a tumor felett elhúzdódik 8—10 cm.-nyire annak acuatora felé. Ezen terjedelemig a vese szöve a rostos toktól meglehetősen megkülönböztethető, míg azon túl a sorvadtt veseszövet már csak mint igen erősen comprimált és atrophisált parenchym-maradvány lehelhető fel a fénylő rugalmas rostok között s úgy tűnik fel, mint ha ad minimum összenyomott hosszanti húgyvesevecskék volnának a hyaline degenerált kötszövet hosszirányával párhuzamosan elhelyezve.

Érdekes e mellett a Malpighi-féle glomerulusoknak viselkedése a tok szövetében. Különösen a makroszkopikus áthajlási helyeken teljesen ép glomerulusok mellett hyaline degenerált, comprimált és összeesett glomerulusokat is találunk nemcsak az átmeneti veseszövetben, hanem magában a tok szövetében is. Ez utóbbi helyen a glomerulusok orsóalakúakká nyomatnak össze s a tok középvastagságáig található. Továbbá említendő, hogy a toknak vastag rostnyalábjai több helyen s főleg a vese szomszédságában egymást keresztezve futnak s helyenként oly benyomást nyerünk, mint ha elfajult nagy glomerulusok lógnának a vese szövetébe s könnyen tévedésbe ejthetik az embert mivoltuk felől.

A mi végtül e toknak vascularisatióját illeti, annyit mondhatunk, hogy az általában nem erős. A benne foglalt véredények azonban ektatikusok s falzatuk helyenként kötszöveti hypertrophiát mutat, míg más helyeken angiomaszerű szabálytalan lumenű vérpályákat találunk, melyekben a vörös vérszövetek mellett degenerált hámsejtek s detritus úsznak.

(Folytatása következik.)

Neisser tanár kir. egyetemi bőrkórodájáról Boroszlóban.

A férfi húgycső kankójának kórismézése és gyógykezelése.

Marschalkó Tamás dr., lipiki fürdőorvos, jelenleg kórodai tanárségedtől.

(Vége.)

A mi a kezelésnek specialis módszereit illeti, erre nézve a főelv, mint már fentebb kifejtém, az, hogy a húgycsőbe vitt folyadék lehetőleg a nyákhártyának minden részével érintkezésbe jöjjön; erre nézve a mellső húgycső kankójánál a legegyszerűbb a húgycsőnek *kiirrigálása*, *kiöblítése*, a melyet úgy eszközöltünk, hogy egy lágy és vékony *Nelaton*-kathetert összekötve egy nem nagyon magasan álló irrigateurral, vagy egy nagyobb körülbelül 200 cm.-t tartalmazó fecskendővel, lassan vigyázva bevezettünk a húgycsőbe, időnként befogván az orificiumot, hogy így a folyadék a mellső húgycsövet kitágítsa és a nyákhártya redői közé behatoljon és ismét kieresztve, egészen a bulbúsig; ezen módszert, bár ez nézetünk szerint a legtöbbit ér, mégis lehet helyettesíteni, különösen a magángyakorlatban és a poliklinikán — miután ilyenkor a betegek otthon önmaguk kezelik magukat — egy nagy conikus végű kankó-fecskendővel,

fődolog, hogy ez körülbelül 10 cm. folyadékot tartalmazzon, ezzel azután a pátiens maga fecskendez be.

Alkalmazunk tehát a mellső húgycső kankójánál ilyen kiöblítéseket *argentum nitricummal* (1:4000—1:2000), minél hevenyebb az eset, annál higabb oldatokkal kezdve a kezelést, naponta kétszer, vagy pedig befecskendezéseket, a melyeket a beteg maga csinál naponta 3—4 szer, sőt esetleg gyakrabban is a subjectiv tünetek szerint; vagy pedig *ichthyol* (1—5%), *alumnol* (2%) befecskendezéseket hasonló módon.

Hogy a beteg a kezelés előtt vizel, s a befecskendezett folyadékot egy darabig a húgycsőben hagyja, az természetes. Ha igen erős genyes kifolyás van, úgy egymás után két befecskendezést lehet alkalmazni, a melyek közül az első rövidebb, a második hosszabb ideig marad a húgycsőben. *Felette makacs esetekben*, a hol pl. az egyik vagy másik szer külön-külön eserben hagy, *tapasztalásaink szerint felette jó hatása van az argentum nitricum és ichthyol felváltva való alkalmazásának*, úgy hogy pl. a beteg váltakozva naponta kétszer *argentum nitricumot*, kétszer pedig *ichthyolt* fecskendez be.

A mi a hátsó húgycső kankó kezelését illeti, itt is vagy kiöblítéseket végeztünk ugyanoly módon, mint a mellső húgycsőnél, csak hogy természetesen a *musculus compressor*on keresztül hatolunk; vigyázni kell azonban, hogy nagyon mélyen ne menjünk hátrafelé, tehát épen csak annyira, hogy a befecskendezett folyadék ne ömöljön vissza, hanem benn maradjon a hólyagban, hogy így az a hátsó húgycső minden részével érintkezésbe jöjjön; és pedig miután a hátsó húgycső tapasztalás szerint sokkal kevésbé érzékeny és sokkal erősebb koncentriciókat eltűr mint a mellső, erősebb oldatokat veszünk a kiöblítésre, úgy mint *argentum nitricumot* egészen 1:1000 dilutióban, *ichthyolt* pedig 1:10%-os oldatban; vagy pedig *Guyon-féle instillatiókat* alkalmazunk 1—5% *argentum nitricummal*, a melyből a *Guyon-féle instillateur*-rel 2—5 cm.-t fecskendezünk be, az esetek szerint mindennap, vagy pedig 2-szer 3-szor hetenként. Hogy ezen kezelés mindig üres hólyag mellett történik, magától értetik.

Egy főszabály, a melyet nem hangsúlyozhatok eléggé, az, hogy *mi az antibakterikus kezelésben complicatiók*, már meglévő vagy a kezelés alatt fellépő *szövődmények által magunkat nem engedjük zavartatni*, mert tapasztalásunk az, hogy ezek könnyebben folynak le, ha a kezelést folytatjuk. Így pl. a betegre nézve legfontosabb szövődmény, a mellékherelob határozottan enyhébb és gyorsabb lefolyást vesz, ha fellépése után a hátsó húgycső kezelését nem hagyjuk abba, hanem zavartalanul folytatjuk; ha pedig a hólyag részéről lépnek fel *complicatiók*, kezdődő hólyaghurut stb., úgy a hátsó húgycső kankójának akár kiöblítések, akár *Guyon-féle befecskendezések* alakjában kezelése egyúttal a hólyaghurut helybeli kezelését is involválja; hisz tudjuk, hogy *Guyon*¹ legújában azon tapasztalásra jött, hogy hólyaghurutnál épen nem szükséges hólyagot kimosni, hanem ha a hólyag üres, egy pár köbcentiméter folyadék a rendes instillateurrel befecskendezve, elégséges arra, hogy a hólyag-nyákhártya minden pontjával érintkezésbe lépjen, s ez által a mechanikai insultus is — a mi pedig sokszor igen kártékony — el van kerülve. Ez az oka, hogy azon körülménynek, mely szerint, mint ezt fentebb bővebben fejtegettem, a differentialis diagnosis egyszerű urethritis posterior és urethrocystitis posterior meg cystitis közt a legtöbb esetben nem dönthető el, mi igen kevés gyakorlati értéket tulajdonítunk, mert mi minden urethritis posterior gonorrhoeicát úgy kezelünk, hogy egy esetleg fellépő hólyaghurut helybeli kezelése ez által feleslegessé válik. Hogy az egyes szövődményekkel javalt más specialis általános antiphlogistikus stb. kezelésre mi is tekintettel vagyunk, az természetes.

A mi az *idült kankót* illeti, a míg az fertőző, virulens, az előbb említett módszerek szerint kezeljük, s e tekintetben *éles határt heveny és idült kankó között nem vonunk*, ha azonban már biztosan nem fertőző, tehát gonococcusok absolute nincsenek, úgy a nyákhártya és submucosa kóros elváltozásaitól függ,

¹ Guyon. Traitement des cystites par le sublimé. Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1892. 1.

hogy miféle kezelés van helyén; a legtöbb esetben jelentékeny állapotokkal, egyszerű nyákhártya-huruttal van dolgunk, erről még később; ha ellenben *mélyebb nyákhártya-elváltozások vannak jelen*, akkor először is ezen elváltozásokat kell *localisálni és kezelni*, és ilyenkor jut a „sonda” mellett az *endoscop* is teljes érvényre, úgy diagnostikai mint therapeutikus szempontból. A kezelésnek ilyenkor rendesen erélyesnek kell lenni, tehát helybeli erősebb edzések az *endoscop* segítségével, a húgyeső tágitása sondák által (sonda-kúrák), massage stb.

Veszélyesnek tartjuk a *korai időszakban erős koncentrációjú edző oldatok alkalmazását* (szűkületképződés veszélye), valamint a *mechanikai kezelési módszereket*: endoscopyozás, bougieozás stb. (a vírus hátrafelé továbbvitelének veszélye).

A mi a *belső szereket*, különösen a *balsamicákat* illeti, ezeket legalább is nélkülözhetőnek tartjuk, mert a gonococcusokra tényleg semmi hatásuk nincs, hisz ki van mutatva, hogy ezen anyagok bomlási terményeinek antibakterikus hatása egyáltalán nem jöhet szóba, esetleg azonban a nyákhártyának lobos állapotára mérséklőleg hatnak.

Hogy mindezek mellett az *általános hygienikus, dietetikus kezelésnek nagy fontossága van*, valamint esetleg *helybeli antiphlogistikus szerelés is jó hatású*: az egészen természetes, és ezekre a kankó kezelésénél, habár nézetünk szerint csak másodsorban is, mindig nagy súly fektetendő, *mint egyedüli kezelési módszer azonban feltétlenül elítélendő*.

Végre még egy fontos kérdést akarok röviden taglálni, és ez az, hogy *mikor tartjuk mi a kankót gyógyultnak?* Ez tulajdonképp már az elmondottakból következik. Említém már, hogy még a mi antiseptikus, antibakterikus kezelésünk mellett is, ha már hosszabb ideig nincsenek gonococcusok a váladékban, mégis ha a kezelést abba hagyjuk, sokszor újult erővel lép fel az egész folyamat; s míg egyrészt ezen tapasztalás vitt bennünket arra, hogy a kezelést lehetőleg sokáig folytassuk, másrészt a *kankót gyógyultnak csak akkor tekintjük, ha az antibakterikus kezelést abba hagyva, egy szünetet tartunk*, a mely alatt vagy egyáltalán semmit sem csinálunk, vagy még gyakrabban összehúzó, szárító, bevonó szereket fecskendezünk be, a melyek egyrészt a gonococcusokra semmi befolyással nincsenek és azok esetleges ismételi megjelenését nem akadályozzák meg, másrészt a még esetleg visszamaradt egyszerű hurutot kedvezően befolyásolják, és csak ha ezen szünet elteltével, tehát legalább is 10—14 nap múlva, gonococcusokat egyáltalán nem találunk, csak ekkor beszélünk gyógyulásról, csak ekkor tartjuk legalább a virulens, a fertőző bántalmat meggyógyultnak. És *időig okvetlen el kell jutni a gyógykezeléssel, s ezt okvetlen el kell érniük*, s meg nem bocsátható hibát követ el azon orvos, a ki betegét előbb bocsátja el kezeléséből; ha váladék absolute nincs jelen, mielőtt a végleges ítéletet: gyógyult, kimondanók, tanácsos valamely kissé erősebb oldatot fecskendezni be a húgyesőbe, s ez által a nyákhártyán mesterseges elválasztást, fokozott desquamatiót idézni elő, hogy ez által esetleg a még mélyben levő gonococcusok a felszínre kerüljenek; mi rendesen 1:1000 argenti nitricum oldatot fecskendezünk be, és tényleg sikerül ezen eljárás által többször gonococcusokat kimutatni, ott a hol előbb ismételt vizsgálat dacára sem találtunk. Hogy a sokszor visszamaradó egyszerű nyákhártya-hurutot meddig kell kezelni, erre nézve bajos általános szabályt felállítani. Tudjuk, hogy egy lefolyt kankó után sokszor hónapokig — ha nem tovább — visszamarad ilyen nem virulens hurut, a mely legtöbbszor a reggeli vizeletben egy pár ominosus kankószálcája alakjában mutatkozik, jelétül annak, hogy a húgyesőben még mindig desquamativ folyamat van jelen. Szerencsére, a mily hosszadalmas, ép oly kevés jelentősége van az egész dolognak, s így legezlszerűbb egy darabig a fentebbi adstringens kezelést folytatni, ha azonban meggyőződünk róla, hogy ennek eredménye nincs, másrészt meg, hogy gonococcusok állandóan nincsenek: úgy legtanácsosabb először is a beteget az egész dolog ártatlan voltáról meggyőzni s ez által esetleg súlyos hypochondriáknak elejét venni, azután az egész kezelést abba hagyni, annál is inkább, mert legtöbbszor a nyugalom a legfőbb orvossága ezen felületen nyákhártya-hurutoknak.

S végül még egyet, mielőtt befejezném cikkemet. Bár a mikroskoptnak egy orvos rendeléséből sem szabadna manapság hiányozni, tudom, nem mindenik van azon helyzetben — sőt talán csak igen kevesen vannak kik ezt tehetik —, hogy betegek váladékát görcsövel vizsgálja; ilyen esetben kövesse az orvos legalább azon elvet: „*inkább többet mint keveset*” s folytassa az antibakterikus kezelést jóval a látszólagos gyógyulás határán túl; s ha csak ennyit tesz is, még mindig sikerülni fog betegeknek egy részét az idült kankó veszélyeitől megmenteni, még mindig egy lépést tesz előre ama kétségtelenül még igen messze fekvő cél felé, de a melynek elérésére törekedni minden orvosnak kötelessége: a kankó óriási mérvű s naponta növekvő elterjedésének gátat vetni.

TUDOMÁNYOS TARSULATOK.

Erdélyi muzeum-egylet.

(Orvos-természettudományi szakosztály orvosi szakülése 1893. márczius 17-dikén és április 28-dikán.)

I. Márczius 17-diki szakülésen előadást tartottak:

1. Papp Gábor dr. műtő: a) „A *belső húgyesőmetszés az irodalomban és Brandt tnr. sebészi klinikáján Kolozsvárt*” című dolgozatával számol be. E dolgozat részletesen tárgyalja a *belső húgyesőmetszés történetét*, megvitatja a régebbi és újabb műtők által megállapított javalásokat, felállítja azon indikációkat, melyek a kolozsvári klinikán érvényesülnek; ismerteti a műtétnek különböző korokbeli eszközeit, leírja a műtét menetét, szól a műtét alatti balesetéről, az utókezelésről, ennek szövődményeiről, foglalkozik a hatás módjával, az eredmény tartósságával, illetve a szűkület kiújulásával, közöl néhány körtörténetet, s végre magyar, német, francia és angol források után statistikát állít össze 2767 *belső húgyesőmetszésről*, melyek közül 60 esetben, 2·2%, következett be halálos kimenetel.

b) „*Alumnollal végzett kísérleteiről*” tart felolvasást. (L. OHL. 21. számát.)

2. Gámán Béla dr.: „*Vertigo laryngea*”. Egy Berlinben észlelt eset kapcsán ismerteti ezen, először Charcot által leírt neurosist. A betegség tüneteinek, orvoslásának stb. tárgyalása után behatóan foglalkozik azon különböző elméletekkel, melyeket a bántalom lényege felől Charcot, Krishaber, Gray, Mc Bridl állítottak fel. Ez elméletek kritikai méltatása után odaconcludál, hogy a *vertigo laryngea* név alatt ismert tünetcsoport valószínűleg nem egyéb, mint a *neurastheniának* egyik nyilvánulási módja.

3. Fernet Elemér dr. belgyógy. tanársegéd: „*Pachymeningitis chron. interna haemorrh. egy esete*”. Egy 60 éves szeszgyári munkás, kinél az észlelést megelőzőleg 4, illetve 2 héttel eszméletlenség nélkül járó erős szédülés s az alsó végtagok muló paresise mutatkozott, ismét beállt hirtelen rosszullet miatt 1893. február 7-dikén a belgyógy. klinikára szállítottott. Ekkor mind a négy végtag paretikus, öntudat zavart, beszéd vontatott, reflexek fokozottak, agyidegek normalisak voltak. Hőmérsék rendes. A további 7 nap alatt az összes tünetek javultak, míg a 8-dik napon a somnolenssé, majd comatosussá vált betegnél a végtagokban rigiditás s tonikus görcsök jelentkeztek. A következő napon e tünetekhez még időnként clonikus görcsök is társultak. A halál előtt mintegy 10 órával a hűdött végtagokban a görcsös tünetek megszűntek, a hőmérsék felemelkedett 39·1°-ra. Agyidegekben eltérés nem volt észlelhető.

A kórisme pach. chr. int. haem. tétett, mit a boncolat megerősített. A bemutatott készítmény szerint mindkét agyféltekére 1—1 tenyérszerű haematoma gyakorolt nyomást.

II. Április 28-diki szakülés.

Elnöki megnyitó, mely Markusovszky Lajos dr., ministeri tanácsos elhunytáról emlékezik meg.

Tisztelt szakülés!

Mielőtt a tárgysorra térnénk, szomorú szívvel bejelentem a szakülésnek, hogy Markusovszky Lajos dr. ministeri tanácsos úr folyó hó 21-dikén Abazziában befejezte munkás életét.

Mint az Orvosi Hetilap megalapítója és 30 éven át kiadó szerkesztője, mint a magyar orvosi könyvkiadó társulat megalapítója és elnöke, mint a budapesti kir. orvosegyesület volt elnöke, mint az Országos közegészségi egyesület megalapítója és elnöke, mint a közegészségügyi tanács tagja és mint a közoktatásügyi ministerium tanácsosa és orvosi ügyekben előadója nagy és halhatatlan érdemeket szerzett a magyar orvosi tudomány fejlődése körül; a budapesti egyetem korszerű átalakulása, a kolozsvári egyetem létesítése és új intézetekkel való ellátása, különösen pedig a magyar orvosi irodalom előteremtése az ő működésével szoros összefüggésben állanak. Fáradozatlan áldásos munkálkodásának kellő méltatása másoknak van fentartva. De a boldognak, úgy mint minden vállalatban részt vett, mely a magyar orvosi irodalom fejlesztését célozza, úgy szerény egyeletünknek is tagja, alapító tagja volt s azért illendő, hogy e helyről is háladatos szívvel megemlékezzünk róla: Áldás emlékének.

A tárgysorozat megkezdése előtt — minthogy Purjesz és Szabó tanárok betegbemutatást jelentettek be — felkéri elnök elsők Purjesz tanárt betegének bemutatására, ki az ascites egy ritka esetét — férfi betegnél — demonstrálja s előrebozsátva a betegség körüli tapasztalait, azon nézetének ad kifejezést, hogy első pillanatra a vena portae nagyfokú szűkítése folytán létrejöttek gondolta a nagy ascitest, utóbb azonban a bal mellékherén egy duzzanatot vett észre, mely az ondózsineg felé terjed; peritonitis chronica, illetőleg ez által feltételezett ascitesnek tartja (megjegyezni kívánja azt is, hogy a bántalom betegnek állítása szerint 10 éves).

Ezen eset a therapia szempontjából is érdekes, a mennyiben drastikumok, húgyhajtók stb. alkalmazásával a has teriméje csakhamar lényegesen alábbhagyott.

Ezután Purjesz tanár felhívására a bemutatott beteget megvizsgálták és hozzá szóltak az előadáshoz Brandt és Genersich tanárok.

Brandt tanár úgy találja, hogy a heredaganat sima felületű, rugalmas, meglehetősen fluctuáló, s az ondózsinegben fekszik, cystikus degenerációnak tartja. Megjegyzi, hogy ily képlődés különösen tuberculosis folytán jöhet létre, mely az ondózsinegre s a peritoneumra is terjedhet, s így ascitessel is járhat, de mivel itt a peritoneum felülete sima s különben is jelen esetben a gyülem oka ez nem lehet.

Genersich tanár azon véleményben van: mivel a bántalom 10 év óta áll fenn, a jobboldali here maga normalis s nevezetesen a mellékherében számbavehető elváltozás nem található, tehát here-tubercul. nincsen. Az ondózsinegen található terime-nagyobbodás ruganyos, hullámzó, tehát valami folyadékot tartalmaz, de ez még nem jelent per absolutum hydrocele funicali spermaticit.

A peritoneumot, a máj szélét szintén simának találja, a cseple-szen dudorodást, göcsöt nem tapinthat, nem tartja tuberculosis által előidézett ascitesnek.

Hogy mi lehet az oka, nem tudja. Lehetséges, hogy egy peritonitis elkérgesedik s ez a rekesz centr. tendin-ra is áttérjedve, a nyirkutak szájadzását összenyomja, elzárja, a mi idézhet elő savós gyülemet a hasürben a nélkül, hogy a test más helyén is lenne.

Szabó Dénes tnr. „Két petefészek-tömlő-műtétről“ tesz említést; a tömlők interligamentosus fejlődése miatt kihámozás, a peritonealis burok csonkítása s egyesítése történt. A bemutatott tömlők sértetlen falai legbiztosabban jelzik a kihámozás tökéletességét, az egyikben 2, a másikban 3 liternyi víztiszta bennék foglaltatott; az egyiknek interligamentosus fejlődése kórismézzé lett, míg a másiknál csak valószínűnek lehetett jelezni ily növekedést, mert a méh szögletétől magasan indult ki s nem mélyen lefelé hatott a széles szalag lemezeinek szétválásztása. Az antisepsis mellőzése-vel aseptikusan műtött esetekben a lefolyás a gyógyulásnál teljesen láztalan, a 4 hét előtt műtöttnél bemutatáskor teljesen vonalban egyesült hasseb, a másik csak harmadnapos s így be nem mutat-ható. Bemutató fejtegeti, hogy a széles szalag lemezei között fejlődő tömlők aránylag ritkábbak, minden tíz petefészek-tömlőre jut egy, fejtegeti a bonczani viszonyon alapuló műtéti eljárás előnyét.

Ezek után következett a tárgysorozat:

1. Brandt József tanár a) „Anus praeternaturalis spontan gyógyult esetét“ mutatja be, részletesen értekezve ilyenmü gyógyulásokról (előadása külön közleményként fog beküldetni általa).

b) „Enchondroma pelvis operált esetét“ mutatja be. Z. S., 33 éves férfi. Három év előtt gáttáján baloldalt kis daganat táma-

dott, mely elég gyorsan nőtt, s heves fájdalmakat okozott. Másfél évvel ezelőtt a beteg állítása szerint Bécsben Dittelnél felmetszés és excochleatio végeztetett rajta, hogy minő körjelzés alapján, arra nézve a beteg felvilágosítást nem ad. 1892. tavaszán Brandt tanár-hoz fordult, ki a gáton levő daganatot álképletnek ismerte fel, még pedig mivel az a lágyrészekben látszott székelní, egyszerű sarcomának diagnosztizálta; exstirpatiót végzett, sőt az ülőcsont felhágó ágáról, melylyel látszólag lazán összefüggött, lekaptarta. A kiirtott újképletnek szövettani vizsgálata enchondromát mutatott ki. A seb begyógyult ugyan, de májusban kész volt a recidiva. A daganat a nyár folyamán folyton nőtt, s szeptemberben már két ökölnyi volt; a foramen obturatumon át előnyomulva, lateral felé elfoglalta az ülőgumó táját, az adductorok alá férközött, s azokat előre tőltta; előre a fonsont vízszintes ágáig terjedett, medial felé elérte a középvonalat s a húgycsövet jobbra tőltta; felfelé kitöltötte a cavum ischiorectale, a végbélet és a prostatát jobbra dislocálva, egészen a promontorium tájáig volt követhető. Mozgathatlan, érzékeny és fájdalmas volt, a defaecatiót igen megnehezítette, s a bal alsó vég-tagot zsugorodott helyzetben tartotta.

1892. szeptember 30-dikán narcosisban operatio hajtatik végre. Miután a daganat nyilván a csontból indult ki, eredési helyét kellett első sorban tönkre tenni, a mi a bal ülőgumó és a foramen obturatumot határoló ramus ascendens ossis ischii és ramus descendens ossis pubis resectiója által eszközöltetik. A csontoknak ily kiterjedésben való eltávolítása szükséges volt helynyerés szempontjából is, hogy a kis medenczéből az álképlet eltávolítható legyen. Kés, olló, kanál segítségével egész a promontoriumig hatolt a műtő, minden kórosat lehetőleg kiszedve, mi mellett a végbél és a húgycső sértetlen maradt, s a vérzés aránylag nem nagy volt. A nagy sebtüreg sarjadzott, de mielőtt egészen gyógyult volna, beállott a recidiva, mely most nemesak az előbbi területet foglalta el, hanem áttérjedett a bal fonsont vízszintes ágára, a symphysisre, sőt a jobb foramen obturatum és ülőgumó tájára is; a kis medenczét egészen kitöltötte, mindent félretőlva, s az idegtörzsek nyomása által nem szüntethető fájdalmakat okozva.

November 23-dikán újabb műtét hajtatik végre, mely alkalommal a bal fonsont vízszintes ága, a symphysis pubisnak egy része, továbbá a jobb ülőgumó és foramen obturatum kerületének egy segmentuma szintén resecáltatik, s az álképlet lehető teljesen kivájoltatik. Gyermekefejnyi üreg marad vissza, melynek boltozatát a jól látható diaphragma pelvis képezte, s mely sarjadzásnak indul, s a falán párszor körülirtan mutakozó recidiva kikaparása és égetése mellett ez év márczius haváig végre betelik. Jelenleg csak 2 cm.-nyi szűk sarjadzó seb áll fenn. Fájdalmak nincsenek, vize-lés, székelés rendes, beteg szabadon jár, s e pillanatban gyógyult-nak mondható. Hogy azonban az eredmény állandó vagy tartós marad-e, vagy előbb-utóbb beáll az újabb recidiva, az nagyon is kérdéses.

2. Höncz K. dr. tanársegéd bemutat egy beteget a Brandt tanár klinikájáról, kinél sarcoma maxill. super. miatt a jobb-oldali felső állcsont egészen kiirtatott, előzetes tracheotomia és Trendelenburg-féle tampon canule behelyezés után. A lefolyás normalis volt, a hörseb per primam gyógyult. A légesből a canule 24 óra mulva véteztet ki, 20 nap alatt begyógyult. Höncz dr. az állcsontjától megfosztott beteg nehézségein segítendő, mely eltekintve a nagyfokú eltorzulástól rágó, nyelési zavarban, beszédének ért-hetlenségében nyilvánult, a hiányt egy vulkanizált ruggyantából készített tömbe-vel pótolta, melynek alsó széleit műfogakkal látta el s ily módon ezen protesis segítségével beteg jól tud enni, érthetően beszél s az arc eltorzulása lényegesen elenyészett.

Miután az idő előhaladott, a többi tárgy a következő ülésre maradt, s elnök az ülést bezárta. Benel dr., szakjegyző.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Bäcker József dr.: A női genitáliák lobos bántalmái. Klinikai füzetek. II. kötet.

Szerző e füzetecskében a női genitáliák lobos bajainak patho-logiájában és terapiájában felmerült újabb buvárlatok eredményeit

foglalja össze. Két osztályba sorozza azokat: először tárgyalja a *tiszta infectious lobalakokat* (gonorrhoea, catarrhus), azután a *szövődményes lobalakokat* (metritis post abortum, m. exfoliativa és m. atrophicans). Az összeállítást különösen értékesé teszi az a körülmény, hogy szerző, ki közelebbről látogatta és tanulmányozta a németországi szülészeti és nőgyógyászati klinikákat, személyes tapasztalatok alapján ismerteti meg az egyes klinikák orvoslásmódjait az egyes bajokra vonatkozólag. A gyakorló orvos hasznos olvasmányt talál a gondosan összeállított füzetecskében. r. l.

Die Therapeutischen Leistungen des Jahres 1892. Ein Jahrbuch für praktische Ärzte von Dr. Arnold Pollatsek. Brunnen- und pract. Arzt in Karlsbad. IV. Jahrgang. Wiesbaden. Verlag von I. F. Bergmann. 1893.

E munka negyedik évfolyama terjedelmesebb elődjénél: 268 lapra terjed. Lényegileg tartalmazza mindazon főbb adatokat, melyek a therapiának 1892-diki fejlődéséből a gyakorló orvost érdeklik. Betürendes szerkesztésénél fogva után lapozgatásra nagyon alkalmas, a gyakorló orvos azért jó hasznát veheti és aránylag olcsósága (6 márka) beszerzését sem nehezíti.

II. Lapszemle. Kórtan.

Cholera-ra vonatkozó bakteriologiai vizsgálatokat végeztek 201 betegen *Lesage* és *Macaigne*. A főeredmény az, hogy a bélsárban talált komma-bacillusok száma és a megbetegedés súlyossága között arány nincsen. 20 eset közül, melyekben igen sok komma-bacillus találtatott, 14 meggyógyult és csak 6 halt meg. 109 eset közül középmenyiségű komma-bacillussal 61 meggyógyult és 48 halálosan végződött. 24 igen kevés komma-bacillussal bíró beteg közül pedig 16 felépült, míg 8 kimult. Épen ily kevés összefüggést találtak a komma-bacillusok száma és a betegség tartama, meg klinikai lefolyása között. Cholera-hasmenéseknél ismételt a komma-bacillusnak csaknem tiszta kulturáját kapták. Ezzel összefüggésben szerzők megemlítik Pectenoffert meg Emmerichnek önmagukon tett kísérleteit és a Németországban is tapasztalt incongruentiát a komma-bacillusok száma és a megbetegedés súlyossága között. Mivel lehet ez kapcsolatban? A cholera-vibrio változó virulentiájával, avagy ennek b. colival, staphylococcus vagy streptococussal való együttműködésével? Igen figyelemre méltó, hogy a 201 eset közül 45-nek bélsárban ismételt vizsgálat daczára sem találtak komma-bacillust. Ezek közül a klinikai jelek alapján könnyebbeknek mondható esetek meggyógyultak, a súlyosabbak pedig elhaltak. 15 esetben csupán csak b. colit találtak, másokban ezt staphylococcus vagy streptococussal együtt. Ezek alapján a szerzők háromféle cholera-t különböztetnek meg: 1. cholera cholera-vibriókkal, 2. cholera b. colival és 3. többféle mikróba támasztotta cholera (cholera polybactérien). Nevezetes, hogy ezen komma-bacillus nélküli esetek az epidemia egész tartama alatt a többiekkel együtt kerültek megfigyelés alá. (Németországban cholera-eseteket komma-bacillusok nélkül újabbán Fürbringer, Guttman és du Mesnil közöltek).

A hányadéokban többnyire a b. coli, gyakran a cholera-vibrio és ritkábban a b. fluorescens volt. Mikroskoppal hatféle komma-bacillust tudtak megkülönböztetni, de a tenyészetek mind egyformák voltak. (Annales de l'institut Pasteur 1893. 1.)

Infectio és epilepsia. *Marie* szerint az epilepsia sohasem önálló, hanem mindig másodlagos megbetegedés. Sok esetben az epilepsia cerebriális hemiplegiának a kísérője, és mindkettő valamely fertőző bajnak a folyománya. Máskor az epilepsia közvetlenül, különösen súlyos „ideges tünetekkel” járó fertőző betegség nyomába lép. De nemesak infectio, hanem intoxicatio is oka lehet látszólag idiopathikus epilepsiának. Mivel pedig a láz az epilepsiás rohamokat igen gyakran megritkítja, azért M. lázgerjesztő anyagoknak, különösen mikrobák képezte toxinoknak epilepsiásokba való bekebelezését ajánlja. (Semaine méd. 1892. jul. 13.) W—dt.

G y ó g y s z e r t a n.

Freudenberg: A praeputium oedemája mint az antipyrin mellékhatása. Hogy az antipyrinnek gyakran vannak mellékhatásai, melyek különösen a bőrön jelentkeznek, ismeretes. Hogy az anti-

pyrin oedemát okoz, rendszeren az arczon, szintén nem új; de egyedül áll az irodalomban a következő eset, mely 30 éves férfira vonatkozik, kinek nemi baja sohasem volt. Valahányszor fejfájása ellen 0.5 antipyrin bevesz, praeputiuma és a makk hátulsó széle megduzzad, erősen viszket, a herezacskónak a gátba való átmenetelénél pedig krajezárnyi, urticariaszerű, lapos kiemelkedés mutatkozik. Hasonlóképen belövelt és kissé duzzadt ilyenkor az alsó ajk nyálkahártyája. (Centralblatt f. klin. Med. 1893. 5.) W—dt.

A dermatolnak egy még nem észlelt tulajdonságát teszi közzé *Wicke*. Egy 15 éves fiú alkarának feszítő oldalán levő tallernagyságú fekélyét pokolkövel edzette s közvetlen az edzés után dermatol-behintést alkalmazott, hogy a bő váladékképzést befolyásolja: a dermatol-behintésre a pokolkő- okozta fájdalmak gyorsan megszűntek. Azóta *Wicke* a lapis használata után mindig dermatol-behintést alkalmaz s az eredmény minden esetben igen jó. Hogy a dermatolnak égési sebekre is megvan-e ez a feltűnő érzéketlenítő hatása, arról még eddig nem győződhetett meg. (Intern. klin. Rundschau, 1893. Nr. 5.) A. L.

Bőr- és bujakórtan.

Syphilitikus anyák gyógykezelésének behatása a csecsemők egészségére. *Etienne* statisztikai adatokat gyűjtött ez irányban, és igen ajánlja a syphilitikus anyák gyógykezelését; míg ugyanis nem kezelt lueticák csecsemői 76.5%-ban halnak el születésükkor, kezelt eseteknél a halálozás csak 11%-ot tesz. A legtöbb fertőzés az intrauterin élet 5–7. hónapjában történik, a halálozás maximumát oly magzatoknál találjuk, melyek a 3. hónapban fertőztettek. Két eset felett rendelkezik, hol a fertőzés a 8. hónapban történt, egyik magzat egészséges maradt, a másik megkapta a syphilit. (Ref. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1892. Nr. 1.) Heisler dr.

A calomel-befecskendések hatásmódját tanulmányozta *P. de Michele* (Giorn. ital. dell. mal. ven. 1892. I.), a következő kérdésekre terjesztvén ki vizsgálatait: 1. Mily természetű szövet-elváltozások lépnek fel a calomel-befecskendések helyén? 2. Mily okok idézik elő ezen változásokat? 3. Mily idő szükséges ahhoz, hogy a befecskendett calomel oldható albumináltá változzék? 4. Az egyidejűleg adagolt jodkészítmények mily behatást gyakorolnak? Ezen kérdések kísérleti megfajtására tengeri nyulaknál calomel-befecskendéseket (0.001–0.005) végzett és azt találta, hogy a befecskendés helyén subacutan lefolyó, heggel végződő lob lép fel; ezt létrehozza azon inger, melyet a szer a szövetekre kifejt (mikro-organismusokat kizár). A calomelnek oldható albumináltá való átalakulására 15–20 nap szükséges, az egyidejűleg adagolt jodkészítmények ezen folyamatot még hathatósabban mozdítják elő. (Ref. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1892. Nr. 2.) Heisler dr.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Terhesek hányása** ellen több esetben jó eredménnyel használta *Fremmel* az orexint, melyből 30 centigrammos adatokat 2–3-szor vétetett be naponként ostyában vagy gelatina capsulában. (Münchener medic. Wochenschrift, 1893. 18. sz.)

2. **Angina faucium** eseteiben *Ziemssen* karbolsav-befecskendéseket ajánl a tonsillákba; 2%-os oldatból 1/2 köbcentimetert fecskendez mindegyik mandolába, mire a láz és subjectiv nehézségek azonnal csökkennek. *Sahli* pedig a jodtrichlorid-befecskendéseket használja hasonló jó eredménnyel. (XII. Congress für innere Medicin in Wiesbaden.)

3. **Oxyuris ellen** *Minerbi* a következő csőréket rendeli: Rp. Naphthalini 1.0; Ol. olivarum 40.0. Gyermekeknek való csőre. Rp. Naphthalini 5.0; Ol. olivarum 60.0. Felnőtteknek való csőre. (Deutsche med. Wochenschrift, 1893. 17. sz.)

4. **Epilepsia gyógyítása.** *Nothnagel* tanár egyik klinikai előadásában felemlítette, hogy a Herpin féle keveréket többször alkalmazta epilepsiánál és egy esetben, a hol brom igen nagy adagai hatástalanok maradtak, a keverékkel jó eredményt ért el. Összetétele a következő: Rp. Zinci oxydati 0.03; Extr. belladonnae 0.03; Pulv. rad. valerianae 1.0 M. f. p. Da tal. dos. Nr. XXX. Három port naponként. A gyógyszer ismétlésekor a zincum oxydatum adagja nagyobbítandó egészen 30 centigrammáig. Az említett adag felnőtteknek való. (Wiener med. Presse, 1893. 20. sz.)

TÁR C Z A.

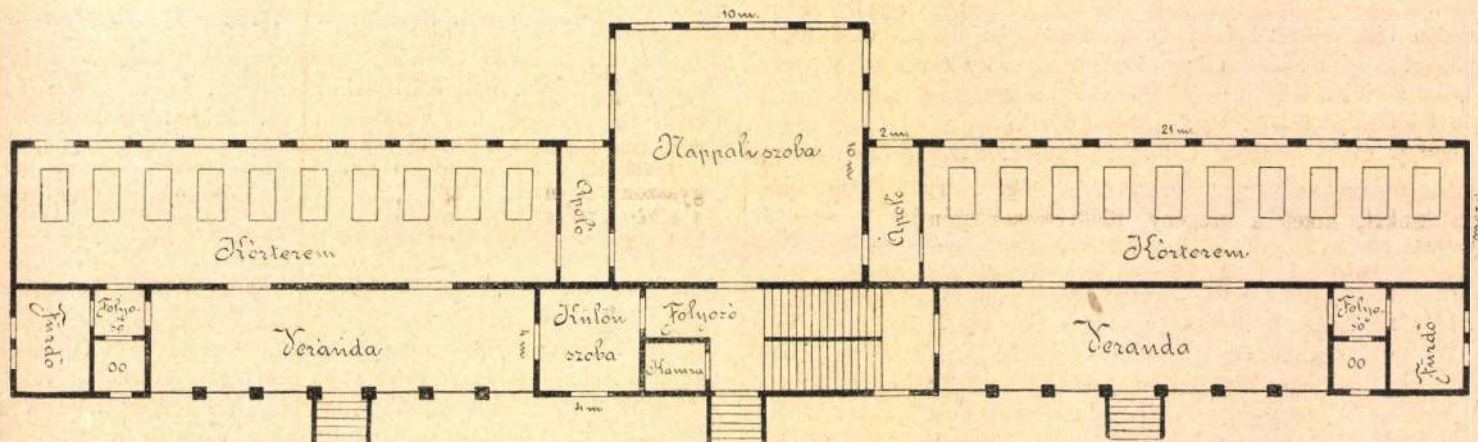
Gyógyintézetek szegény tüdővészesek számára.

(Vége.)

Lássuk már most, hogy *nálunk a fővárosban milyen módon volna létesíthető szegény tüdővészesek számára gyógyintézet* és hogy annak milyennek kellene lennie.

Az első kérdés az, hogy *hány beteg számára volna építendő ezen gyógyintézet*. E tekintetben némi mértékül szolgálhat a szent Rókus- és az üllői-úti új kórház statisztikája az utolsó két évről. Az 1890. évben a szent Rókus-kórházban ápolott 18,990 beteg közül tüdővészese volt 1014, vagyis a betegek 5·3%-a; ugyanezen évben az üllői-úti új kórházban ápolott 10,623 beteg közül pedig 1377 volt tüdővészese, vagyis az összes betegek 12·9%-a. 1891-ben a szent Rókus-kórház 19,451 ápolta közül 1036 volt tüdővészese, vagyis a betegek 5·3%-a; ugyanebben az évben pedig az üllői-úti új kórházban a százalék 11·5-et tett, 11,301 betegre 1307 tüdővészese esvén. Az 1890. évben tehát a főváros balparti kórházaiban ápoltatott összesen 2391 tüdővészese, az 1891. évben pedig 2343, vagyis az összes betegeknek 8·7, illetve 7·6%-a. Évi átlagul tehát 2400 tüdővészest vevén fel, mindegyikükre pedig legalább 6 heti intézeti tartózkodást számítván: 300 betegágygyal bíró gyógyintézet felelne meg tényleg a jelenlegi követelményeknek. Tekintve azonban, hogy a jelenleg kórházba kerülő tüdővészeseeknek körülbelül egy harmada olyan, hogy a kórházban meghalnak (1890-ben 30·2%, 1891-ben 31·5%), tehát a betegség előrehaladt szakában kerülnek oda, a mikor már nincs sok remény a javulásra; tekintve továbbá,

egy, az emeleten pedig — a lépeső hiánya folytán nyert tér miatt — két külön szoba. Ily módon minden pavillon 43 beteget fogadhatna be. Minden betegre — tervrajzom szerint — 11 négyzetméter terület és 4½ méter magasság mellett körülbelül 50 köbméter levegő jutna a nagy kórtermekben. A két-két nagy kórtermet egy-egy 100 négyzetméter területű nappali terem választaná el, melyben az étkezések is történnének. A nappali terem a kórteremtől az ápolók szobái különítenék el, egyrészt hogy a kórteremben fekvő súlyosabb betegeket a nappali terem zaja ne érje annyira, másrészt, hogy az ápoló a külön szobára is könnyebben felügyelhesse az azzal közlekedő ablakon keresztül. A tervrajzban az árnyékszék a kórteremtől egy jól szellőztetendő folyosó által van elválasztva, a melybe — a kórteremben fekvő betegek nyugalmának megőrzése céljából — a veranda felől is juthatni. Minden kórterem egy körülbelül 16 méter hosszú, 4 méter széles, az épületbe mélyített, délnek fekvő verendával bir, a hová a fekvő betegek ágyaikkal kitolatnának. Ily módon szerkesztett pavillon öt volna építendő és így 215 betegágygyal rendelkeznek az intézet. Ezekon kívül szükség volna az igazgatói lakásra, gazdasági épületre, melyben a gondnok és orvosok lakásai is el volnának helyezhetők, hullaházra boncteremmel, vegyi és mikroskopi dolgozódaival, mosó- és főzőkonyhára, deszficiáló kamarára, istállóra, jégveremre, belézési osztályra. A szellőzésnek óránként 120 köbméter levegőt kellene szolgáltatnia minden egyes beteg számára; az ablakok pedig úgy volnának szerkesztendők, hogy a külső levegő bejutását megengedjék a nélkül, hogy az a betegnek ártalmára váljék. A kertben elszórtan elég nagy számmal forgatható pavillonok lennének elhelyezendők.



hogy az ilyen betegek a létesítendő gyógyintézetből ki lennének zárandók: körülbelül 200 betegágygyal rendelkező gyógyintézet egyelőre elengedő volna, annyival is inkább, mert ennél több beteget az intézet vezető orvosa nem igen volna képes áttekinteni. Később azonban egy második legalább ilyen nagyságú gyógyintézet válnék szükségessé; egyrészt mert a egészségi ismeretek terjedése folytán mindig több tüdővészese kerül majd a betegség nem előrehaladt szakában észlelés alá; másrészt mert most még nagyon sok szegény tüdővészese nem megy kórházba, ismervén az ottani viszonyokat: az ilyen jól berendezett gyógyintézetbe azonban szívesen elmenne; végül azért is, mert ezen gyógyintézeteknek feladata lenne mérsékelt díjért a nem vagyonos középosztály egy részének is szolgálni, olyanoknak, kik kórházba rendszeren nem jutnak.

A második kérdés a *létesítendő gyógyintézetnek helye*. A mint már említettük, a tüdővészeseinek egészséges, tiszta levegőjü, szélétől lehetőleg mentes tartózkodási helyre van szüksége. Ilyen hely nézetem szerint a budai hegyekben könnyen volna található és a főváros áldozatkészsége folytán — tudtommal ugyanis a főváros a budai hegyekben nagy területekkel rendelkezik — megszerezhető. Nagy előnye volna e helynek még az is, hogy közel lévén a vízvezeték, az intézetnek vízzel ellátása nem kerülne nagy költségbe.

A mi magát az *építkezést* illeti, az intézet pavillon-rendszerben volna építendő és pedig némi költségkímélés szempontjából egyemeletes pavillonok volnának készíthetők. A mint a mellékelt vázatos tervrajz mutatja, úgy a földszinten mint az emeleten két-két nagy kórterem volna tíz-tíz betegágygyal, ezenkívül a földszinten

A mi a külön hálószobákat illeti, a melyek — a mint említettem — a ventnori mintakórházban található és a melyeket a szegény tüdővészeseinek számára emelendő gyógyintézetek kérdésével foglalkozó egyik-másik német szerző is kívánatosoknak tart: én ezeket nem tartom szükségeseknek, egyrészt mert lényeges előnyöket nem nyújtanak, másrészt mert az építkezést is drágítanak és az ápolást és felügyeletet is megnehezítik. Az esetleges szükséglet a tervem szerinti 15 külön szoba véleményem szerint teljesen fedezi.

Végül még csak egygyel kell foglalkoznunk, hogy tudniillik a pénzkérdést illetőleg ki volna-e vihető ezen terv?

A telket, a mint már említettük, a főváros áldozatkészsége folytán valószínűleg ingyen lehetne megkapni.

Az építkezés és berendezés egy jó nagy része fedezhető volna azon összeggel, melyet úgy nyernénk, ha a tervben lévő — akár a főváros, akár az állam által építendő — új közkórházat kisebbre építenék. A jelenleg a szent Rókus és az üllői-úti új kórházban ápolott tüdővészeseik közül ugyanis évenként 1720 beteget venne át az alapítandó gyógyintézet; tekintve, hogy az 1891. évben a közkórházakban ápolott tüdővészeseik mindegyikére átlag 29 ápolási nap esett: a tervben lévő közkórházat 136 betegágygyal kisebbre lehetne készíteni és az így nyert összeget a szegény tüdővészeseik gyógyintézetére fordítani. A költségtöbblet állami, városi és magánadokzásból volna fedezendő.

Az orvosi és ápoló személyzet költségei nem okoznának nagy többletet, mert az új közkórháznál elmaradó 136 betegágy orvosi

és ápoló személyzetének fizetése nagyrészt fedezné az új gyógyintézethez szükségelt igazgató-főorvos, 2 alorvos és ápoló személyzet fizetését. Túlkiadást képezne még a gazdasági személyzet fizetése.

A közkórháznál nagyobb költséget okozna azonban a szükségelt némileg jobb táplálás. Úgyes vezetés mellett azonban sok volna megtakarítható e tekintetben, például azáltal, hogy az intézetnek saját tehenészetet volna, hogy maga is termelne egyet-mást (a könnyebb kerti munkára esetleg arra való betegek is felvolnának használhatók). A még fennmaradó többletet — a mely azonban nem rúgna nagy összegre — az állam fedezhetné, mint a melynek a gyógyintézet sok beteg megmentése által úgyis tetemes hasznot hajtana.

Németországban mindenütt, a hol a szegény tüdővészések számára való gyógyintézetek kérdése felmerült, a pénzkérdés megoldásának nehézsége miatt azon eredményre jutottak, hogy eleinte csak egészen kicsiny ilyen gyógyintézeteket kellene alapítani és ezeket lassacskán szaporítani. Németországban, a hol már elég nagy számmal vannak gazdag tüdővészések számára gyógyintézetek, a melyekkel kapcsolatba hozhatók a szegények számára való intézetek — a mint ez Falkensteinben már történt is — a kérdés megoldásának ezen módja mindenestre figyelmet érdemel. Nálunk azonban, a hol — sajnos — gazdag tüdővészések számára szolgáló ilyen gyógyintézetek nincsenek, a kérdés ezen megoldási módja nem viheto keresztül. Ha pedig önálló kicsiny gyógyintézeteket alapítanánk is: nem találnánk a tüdővész gyógytanával, az orvosi tudomány ezen annyira nehéz ágával minden legkisebb részletében tisztában levő orvost, a ki magát ilyen kicsiny gyógyintézetben állandó tartózkodásra lekötne. Véleményem szerint tehát kicsiny gyógyintézetek létesítésével még ártanánk is a jó ügynek, mert nem lévén meg a szakavatott orvosi felügyelet és kezelés, az eredmények sem lehetnének valami fényesek és így a bizalom az ilyen gyógyintézetek szükségességét illetőleg a szenvedő emberiség nagy kárára csak csökkenne.

Most pedig, a midőn vázlatos és sok tekintetben hézagos, de emberbaráti érzületől sugallt cikkemnek végére értem: csak arra kérem azokat, kiket a szegény tüdővészések számára létesítendő gyógyintézetek szükségességéről esetleg meggyőzőnm sikerült, hogy a szenvedő emberiség javára ezen eszmét terjeszteni kegyeskedjenek.

Irodalom:

Billet: L'hôpital des phthisiques de Ventnor. Revue d'hygiene, 1891, 12. sz.

Dettweiler: Mittheilungen über die erste deutsche Volksheilstätte für unbemittelte Lungenkranke in Falkenstein i. T. Deutsche medic. Wochenschrift, 1892. 48. sz.

Finkelnburg: Ueber die Errichtung von Volks-Sanatorien für Lugenschwindsüchtige. Centralblatt für allg. Gesundheitspflege. 9. kötet.

Leyden: Ueber pneumothorax tuberculosa nebst Bemerkungen über Heilstätte für Tuberculöse. Deutsche medic. Wochenschrift, 1890. 7. sz. Az előadáshoz fűződött eszmecsere ugyanezen folyóirat 1890. évfolyamában található.

Lohmann: Die Gründung von Heilstätten für unbemittelte Lungenkranke. Hannover, Schmorl und Seefeld Nachf.

Moritz: Sanatorien für Lungenkranke. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 24. kötet.

Rosin: Die englischen Schwindsuchthospitäler und ihre Bedeutung für die deutsche Schwindsuchtpflege. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 24. kötet.

Schmid: Ueber Volkssanatorien für Lungenkranke. Münchener medic. Wochenschrift, 1893. 11. 12. sz.

Schrötter: Ueber die Lungentuberculose und die Mittel zu ihrer Heilung. Wien, Verlag von Gerold's Sohn.

Wasserfuhr: Aertzliche Gesichtspunkte bei Errichtung von Heilstätten für unbemittelte Brustkranke. Deutsche medic. Wochenschrift, 1892. 42. sz.

Weber: Hygienische und klimatische Behandlung der chronischen Lungenphthise. Leipzig, 1886. Verlag von Vogel.

Weber und Kretschmar: Ueber die Behandlung der Lungen-schwindsucht, besonders in den Hospitälern für Schwindsüchtige. Verhandlungen des X. internat. medic. Congresses.

Wolff: Zur Errichtung von Heilstätten für unbemittelte Brustkranke. Münchener medic. Wochenschrift, 1892. 51. sz.

Székelly Ágoston dr.

Heti szemle.

Budapest, 1893. május 25-dikén.

Markusovszky-gyász. Lapunk megalapítójának elhunytából a gyászoló özvegyhez következő részvétiratok érkeztek:

1. A budapesti kir. orvosegyesület részéről:

Mélyen tisztelt Méltóságos Asszony!

A budapesti kir. orvosegyesület tagjai gyászba borult szívvel vettek tudomást azon pótolhatatlan veszteségről, mely Méltóságod felejtethetetlen, mindnyájunk által szeretett tisztelt férjének Markusovszky Lajos dr.-nak elhunytát a hazát, a magyar orvosi kart, egyesületünket, de legfőképen Méltóságodat érte.

Sokkal nagyobb a csapás, semhogy a mindnyájunk által érzett mély fájdalmat, a vigasztalás gyenge szavaival enyhíthetőnek véljük!

De a megboldogultnak halhatatlan — különösen egyesületünk beléletével kapcsolatos érdemei iránt tartozó kegyeletünk parancsolja, hogy a midőn saját veszteségünk felett megadással hullatjuk a fájdalom könyeit —, egyszersmind részt vegyünk annak gyászában, kit — a megboldogult nemes szívéhez legközelebb állván — a legérzékenyebben sújta e csapás.

Enyhítse Méltóságod gyászának terhét azon tudat, hogy fájdalmában mindnyájan igaz szívvel osztozunk s hogy bár a megboldogultnak felejtethetetlen alakja eltűnt szemünk elől, de azon emlékezet, melyet érdemei ledűnhetetlen oszlopául önmaga emelt, szívünkben élni fog örökké.

Egyesületünk kegyeletének kifejezéséül, mellékeljük másolathban az 1893. április hó 22-én tartott tizennegyedik rendes ülésről felvett jegyzőkönyvnek kivonatát.

Budapest, 1893. május hó 3-án.

Kélti Károly tnr., elnök.

Székelly Béla dr., titkár.

Következik a jegyzőkönyvi kivonat, mely már közölve volt.

2. A biharmegyei orvosgyógyszerészi és természettudományi egyesület részéről:

Méltóságos Asszony!

Felejtethetetlen férje, Markusovszky Lajos dr. úr ő méltóságának halála nemcsak Méltóságodat sújtotta. Az egész hazai cultur-élet az elhunytban egyik legnemesebb lelkű, buzgó bajnokát veszítette el, kinek működése kitörölhetetlen nyomokat hagy hátra közmívelődésünk történelmében. De leginkább van méltó oka Méltóságoddal együtt gyászolni az orvosi világnak, melynek tudományos színvonalát emelni, a kiképzés minden elképzelhető eszközt már itthon, szeretett hazánkban megszerezni s nyújtani képezte a felejtethetetlen halott összes vágyát s törekvését.

Egyletünk, mely mindenkoron a legnagyobb elismeréssel, őszinte tisztelettel adózott az elhunyt elévülhetetlen érdemeinek, szerencsés volt a nagy halott jóindulatát bírhatni. Egyfelől hálájának, mely a siron túl is megőrzi e férfi emléket, másfelől részvétének óhajt kifejezést adni, a midőn arra kéri Méltóságodat, hogy egyletünknek néhai férje elhunytá felett érzett legmélyebb fájdalma eme megnyilvánulását elfogadni kegyeskedjék.

Fogadjja, Méltóságos Asszony, megkülönböztetett tiszteletűnk kifejezését, melylyel vagyunk a „Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egyesület“.

Kélt Nagyváradon, f. évi május hó 1-én tartott szakülésünkől: Konrád Márk dr., elnök. Berkovits Miklós dr., titkár.

Özv. dr. Markusovszky Lajosné urnő ő méltóságának Kemény-Egerszegen.

A jövő tanév orvoskari pályatételei a budapesti egyetemen a következők:

A *boncztanból.* (Harmadszor.) Irassék le valamely testtájék, vagy szerv visszer, vagy nyirokedényzete önálló készítmények alapján. A készítmények a II. boncztani intézet tulajdonai maradnak. Jutalma a Pasquich-alapból 70 frt. — Az *élettanból* Megvizsgálandó a konyhasó befolyása a kén és phosphor kiválasztásra a szervezetben. Jutalma a Pasquich-alapból 70 frt. — A *gyógyszertanból.* (Másodsor.) Irassék meg önálló kísérletek alapján a kén pharmacodynamikája. Jutalma a Pasquich-alapból 70 frt. — A *sebészetből.* (Negyedszer.) Irassanak le a lymphoma alakjai, fajai, különös tekintettel a lymphomának egyszerű (simplex hyperplastica) és gümös elszajtosodó alakjaira, ez utóbbiaknak pedig kóroktana, kórodai jellegzése, differentialis diagnostikája s gyógykezelése módjai. Jutalma a Pasquich-alapból 70 frt. — A *bőrkörtanból.* (Másodsor.) Irassék le a psoriasis kór- és oktana saját észleletek alapján. Jutalma a Pasquich-alapból 70 forint. — *Közegészségtanból.* Vizsgáltassék a cholera- és typhus-járványoknak helyi és időbeli viszonya Budapest. Jutalma a Pasquich-alapból 70 forint. — *Általános körtanból.* Vizsgáltassék az egyik vese kiirtásának hatása a másik vesére és az egész szervezetre. Jutalma a Pasquich-alapból 70 frt. — *Törvényesléki orvostanból.* Az 1883—1893. közötti decenniumban Budapesten előfordult erőszakos halálmemek statisztikai feldolgozása, különös tekintettel az oki mozzanatokra. Jutalma a Pasquich-alapból 70 frt. — A *kórszövettanból.* (Harmadszor.) Felderítendő a terhességi veselőb oka, különös tekintettel Doleris azon hypo-

thesisére, hogy azt bizonyos bacteriumok okozzák. Jutalma az Arányi-alapból 60 frt. (Másodsor.) A szív idegdúcainak állapota önként beálló szívhiúságnál, görcsös készítmények alapján a Nissl-féle módszer alkalmazásával. Jutalma az Arányi-alapból 60 frt. Szüvettanilag megvizsgálható s görcsös készítményekkel támogatandó, hogy vajjon helyes-e Rokitsansky azon állítása, miszerint a plexus solaris és mesentericus superior különféle stadiumaiban különféle változásokat mutat? Jutalma az Arányi-alapból 60 frt. Pontos szüvettan vizsgálat a csontoknak az úgynevezett Rachitis foetalisnál, az erre vonatkozó görcsös készítmények mellékkelésével és a nevezett betegség fölötti legújabb nézetek méltánylásával. Jutalma az Arányi-alapból 60 frt. — *A körszüvettanból.* Tanulmányoztassanak az aszimmetrikus és multipolaris indirekt sejtosztási alakok, rosszindulatú új képletekben, görcsös készítmények hozzácsatolásával, melyek a megfelelő intézet tulajdonába mennek át. Jutalma az Arányi-alapból 60 frt. A néhai Senger Katalin alapítványából díjazandó jutalomtételek a következők: — *A belgyógyászatból.* (Harmadsor.) A szívcompensatióknak nevezett tünetcsoport lényegének magyarázata és előidéző okai és az ebből levonható therapeutikus irányelvek. Jutalma 260 frt. — *A sebészettől.* (Meghosszabbítás.) Irassék le az idült csontlob kórtani, körszüveti és gyógytani szempontból, önálló vizsgálódások és kórodái észleletek alapján. Jutalma 260 frt. E pályakérdésre a határidő meghosszabbított: 1894. márczius 31-ig. *A szemészetből.* (Meghosszabbítás.) Adassanak elő a glaucoma szüveti változásai mikroskopos készítményekkel. Beadási határidő 1894. márczius 31. Jutalma 260 frt. — *A szülészetből.* (Másodsor.) Állapíttassék meg klinikai kísérleti sorozatok nyomán, milyen befolyást gyakorol különféle táplálás a gyermekgyógyások anyagforgalmára (vizelet minősége, tej elválasztása, újszülött fejlődése, és anya testének gyarapodása, nemi szerveinek visszafejlődése stb.) és állapíttassék meg a gyermekgyógyások táplálásának legegyszerűbb módja. Jutalma 260 frt.

Vegyesek.

Budapest, 1893. május 26-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1893. május 7-től május 13-ig terjedő heti kimutatása szerint e héten élve született 402 gyermek, elhalt 306 személy, a születések tehát 96 esettel múltak felül a halálozásokat. A fővárosi köz-kórházakban ápolottak e hét elején 2237 beteg, szaporodás 751, csökkenés 825, maradt e hét végén ápolás alatt 2163. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1893. május 14-től május 20-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymában 7 (meghalt 1), himlőben 9 (meghalt 1), bárányhimlőben 18, vörhenyben 24, kanyaróban 211 (meghalt 9), ronesoló toroklobban 48 (meghalt 11), torokgyíkban 6, trachomában 16, hökharutban 13 (meghalt 1), orbánczban 11.

○ **Egyetemes orvosdoktorokká felavattattak:** 1893. május 20-dikán: *Kármán János*, Feketehegy (Bácsi), f. a. Klüg tur.; *Tánzer Ernő*, Varjas (Temesi), f. a. Réczey tur.; *Glück Albert*, Bikity (Bácsi), f. a. Korányi tur.; *Nagy Sándor*, Tarcza (Baranyai), f. a. Kovács tur.; *Haimann József*, Szász-Régen (Maros-Tordai), f. a. Scheuthauer tur.; *Weisz Lajos*, Csaba (Békési), f. a. Fedor tur.; *Michels Mátyás*, Zombolya (Torontalmi), f. a. Schulek tur.; *Róth Samu A.*, Héthárs (Sárosi), f. a. Mihálkovic tur.; *Kaiser Károly*, Nagy-Perkátá (Fehérm.), f. a. Kéz-márszky tur.

— **Honvédorvosi tanfolyam.** A honvédelmi ministerium a honvédség orvosai számára három heti tanfolyamot rendez. A tanfolyamnak a sebeszet, közegészségtan és szemészet lesznek tárgyai, melyeknek előadásával a honvédelmi minister *Kovács József*, *Fodor József* és *Siklós Gyula* tanárokat bízta meg.

— **Jármay László dr.** Tátrafüreden f. hó 16-dikán fürdő-orvosi gyakorlatát megkezdte.

○ **Fürdő orvosok:** *Hintz Henrik dr.* Bártfán, *Brém János dr.* Parádon, *Grünwald Mór dr.* Szilácson elkezdették fürdő orvosi működésüket.

△ **A budapesti egyetem orvosi karán az 1892/93-dik tanév folyamán az I. félévben 928 (879 rendes 49 rendk.) orvostanhallgató, 88 gyógyszerészhallgató és 76 szülésznő, a II-dik félévben 898 (852 rendes 46 rendk.) orvostanhallgató, 86 gyógyszerészhallgató és 63 szülésznő volt beiratkozva.**

— **Cholera-hírek.** A Lorientben márczius hóban fellépett cholera folyton csökken, csak a tengerparti kisebb helységekben terjed tovább. Lille, Nimes és Rouenban legutóbb gyanus cholera-esetek fordultak elő.

— **A cholera ellenes védőtásokat** *Haffkine* Agra-ban *Hankin dr.* -ral együtt megkezdte. A város angol lakossága, mintegy 200 egyén, magát általa beoltatta, mi valószínűleg jó példának fog szolgálni a cholera ellen még inkább kitett bennlakók számára is, hogy magukat szintén beoltassák.

△ **A „Deutsche otologische Gesellschaft”,** mely tavaly megalakult, második congressusát f. é. május hó 19-dikétől 21-dikéig tartotta a Majna melletti Frankfurtnál. A nagy számmal tartott előadások és demonstrációkról szóló tudósítást lapunkban közölni fogjuk. A jelen volt fülorvosok túlnyomó részben németek voltak, a külföld 2 svájci, 1 párisi és Szenes dr. budapesti fülorvos által volt képviselve, mely utóbbi „Zur Pathologie u. Therapie der objectiv warnehmbaren Ohrgeräusche“ és „Demonstration einer Amboss-Caries“ című előadásokkal vett részt a congressus tárgyalásain. A jövő évi congressus helyéül *Bonn* választották.

○ **50 éves orvosdoktori jubileumát** üli Réti (előbb Schönvizner) *János dr.* 1819-ben született Veszprémmegyében, Palotán. Az orvosi tanfolyamot a budapesti egyetemen végezte és 1842. júliusban nyerte el az orvosdoktori oklevelet. Mint fiatal orvos a gyermekgyógyászattal foglal-

kozott. 1843-ban Csongrád városában telepedett meg. 1844-ben járás-orvossá, 1847-ben tiszteletbeli megyei főorvossá nevezték ki. 1849-ben a magyar hadseregben mint tábori orvos szolgált. 1851-től 1860-ig újra mint Csongrád megyei járásorvos, 1861-ben megyei főorvossá választották. 1862—1865-ig ismét mint járásorvos működött, 1865-től kezdve pedig már mint Csongrád megye rendszerezett tiszti főorvosa éli köztisztviselő és becsülés közt életét. Az 1873-diki cholera-járvány alatt kifejtett buzgó működéséért legfelsőbb helyről a koronás arany érdemkereszttel tüntették ki. Előrehaladt kora miatt közelebbről nyugdíjba vonul. Csongrád megye májusi közgyűlésén fogják a budapesti egyetem részéről kiállított dísz-orvosdoktori oklevelet átadni az érdemekben és közszolgálatban megőszült kartársnak.

— **A római nemzetközi orvosi congressus** eshetőlegesen elnapolása-nak kérdése merült fel. A római szervező bizottság a napokban kérdést intézett a német nemzeti bizottsághoz, vajjon Németországban olyanok-e az egészségi viszonyok, hogy cholera-járványtól lehesse tartani és vajjon nem kellene-e a jövő évre hagyni a congressust. A német bizottság *Virchow* elnökle alatt azt határozta, hogy *nem*, mert a cholera-járványszerű fellépére semmi előjel nincsen; természetesen egyes esetek azért merülhetnek fel. A német vándorgyűléseket a meghatározott időben szintén megtartják.

† **Elhunyt** *Moleschott Jakab* Rómában 70 éves korában.

— **Megjelent:** *A Pallas Nagy Lexicon* 26. és 27. füzet, mely a *Bamborough—Bányajog—Bár Kochbá-ig* terjedő tudnivalókat dolgozza fel. A két füzetben együttvéve 13 szövegábra található. Egy-egy füzet hetenként jelenik meg, ára 30 kr. = 60 fillér.

Hibaigazítás. A 258-dik lap második hasábján az egyetemi alkalmazások közé a körbontozási alkalmazás tévedésből lett közölve.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és illői-úti kórházban 1893. május 18-tól egész május 24-ig ápolt betegekről.

1893.	Felvett			Elbocsátott			Meghalt			Maradt			Az ápoltak közül			
	beteg		összesen	gyógy.		összesen	beteg		összesen	beteg		összesen	a Rókusban			
	férfi	nő		férfi	nő		összesen	férfi		nő	összesen		férfi	nő	összesen	beteg
Május 18	43	33	76	52	45	97	7	5	12	1001	956	1957	960	25	68	904
" 19	47	37	84	44	22	66	6	—	6	998	971	1969	953	23	73	920
" 20	34	44	78	59	38	97	3	—	3	970	977	1947	963	21	74	889
" 21	33	26	59	36	14	50	2	2	4	965	987	1952	968	21	78	885
" 22	40	36	76	49	53	102	1	5	6	955	965	1920	954	22	76	868
" 23	76	63	139	61	69	130	4	7	11	966	952	1918	943	22	77	862
" 24	70	51	121	35	43	78	9	4	13	992	956	1948	965	24	74	875

Szt.-Lukácsfürdő Budapest (Buda). Meleg és langyos kén-s források. Téli és nyári gyógyhely. Az iszapfürdő, egy 840 □-méterre terjedő meleg forrás 45—60° C. Rheumatikus bajok, izületi csúz, izom-csúz, csontthártyalob, a legkülönbözőbb bőrbajok, syphilis és ischias, vér-képződési bajok, anaemia, sápkór, neurasthenia, bizonyos bőrbetegségek és főleg idegbajoknál. A Szt.-Lukácsfürdő Nagy-Szállodában kényelmes lakások és kitűnő ellátás Fekvés keletnek, személyvonó (Lift), massage és villamos gyógykezelés. Kő- és kádfürdők, női és úri gőzfürdők. Rendelő főorvos: *Bosányi Béla dr.*

Vegy, görcsövézeti és bacteriologiai ORVOSI LABORATORIUM

Budapest, V. ker., Váci-körút 60. sz. 19

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

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

Első rangú vasmentes savanyúvíz,
szénsavdús, lithium és bornátrium tartalmu forrás

Salvator

orvosi tekintélyek által vese, húgydara, köszvény és hólyag bántalmak ellen, továbbá a légző és emésztési szervek hurutos bántalmainál rendelve.

Borral használva igen kellemes üdítő italt szolgáltat.

Kapható ásványvíz-kereskedésekben s legtöbb gyógyszerárban

A Salvator-forrás igazgató sága Eperjesen

Budapest, főraktár **Édeskuty L. úrnál.**

KÖZEGÉSZSÉGÜGY ÉS TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTAN.

Szerkeszti FODOR JÓZSEF tanár.

Tartalom: Egészségügyi szolgálat a községekben. — Rigler Gusztáv dr.: Szobák fertőtlenítése ammoniak-gőzökkel. — Szana Sándor dr.: Apróbb közegészségtani megfigyelések. — Könyvismeretelés: Novák Endre dr.: A közegészség mint közgazdasági tényező az államéletben. — Közegészségügy.

Egészségügyi szolgálat a községekben.

(Az orsz. közegészségügyi tanács reformbizottságának javaslata.)*

Nagyméltóságú belügyminister Úr!

Az orsz. közegészségügyi tanács mult évi december hó 1-jén tartott ülésében elhatározta, hogy közegészségügyünk állapotának alapos tanulmányozása után és az eddig szerzett tapasztalatok alapján az országos közegészségügy és az egészségügyi szolgálat mai állapotáról teljesen tárgyilagos bírálatot fog mondani, e bírálatban rámutatva közegészségügyünk tényleges hiányaira, e hiányokban distinguálván ismét azt, hogy mennyi rejlik e hiányok okából a rendszerben, mennyi az intézkedésekben, mennyi magában az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben, mennyi anyagi erőnk elégtelenségében és más egyéb okokban; elhatározta továbbá, hogy ezen bírálati anyag kapcsán és nyomán javaslatot fog kidolgozni az orsz. közegészségügy helyes reformjára, és ennek azon részében, a mely a rendszert, a mely a fórumok beosztását, a mely a végrehajtó közegeket stb.-t illetik, egyenes kijelölésével egyúttal annak is, hogy az imígy kidolgozandó javaslat szerint a javaslatban foglalt egyes reformok az ország anyagi viszonyaihoz mérten milyen sorrendben, és egymásutánban milyen időközökben, és milyen fokban volnának keresztülvendők.

Tervben volt, hogy e javaslat, mint szerves egész, emlékirat alakjában terjesztessék fel Nagyméltóságodnak. Minthogy azonban úgy az előmunkálatokra szükséges nyers adatoknak beszerzése, mint ezen anyagnak szabatos feldolgozása hosszabb időt igényel, másrészt pedig tudomásunkra jutott, hogy a közgazgatási reformjavaslatok közül a községek rendezéséről szóló törvényjavaslat Nagyméltóságod által már legközelebb az országgyűlés elé fog terjesztetni, és így attól kellett tartanunk, hogy javaslatunkkal csak oly időben készülhetünk el, a midőn azt Nagyméltóságod becses figyelmére már nem méltathatja, az országos közegészségügyi tanács erre való tekintettel kénytelen volt elhatározni, hogy az egész reformjavaslatból a községekre vonatkozó részt kihatíva, ezt önállóan és első sorban fogja kidolgozni, hogy az még kellő időben felterjeszhető és figyelembe vehető legyen.

A községi és körorvosokra vonatkozó, illetve a községi egészségügyi szolgálati részt így a tanácsban megállapítva, a következőkben van szerencsénk azon tiszteletteljes kéréssel felterjeszteni, hogy az abban foglaltakat, a melyek immár 16 évi tapasztalatnak leszűrt eredménye gyanánt tekinthetők, és e 16 év alatt érzett hiányokra való tekintettel állapítottak meg, böles belátása szerint közegészségügyünk mindnyájunk által remélt reformja érdekében méltányolni méltóztassék.

Mivel azonban az egész reformjavaslatból imígyen a felhozott okoknál fogva kihasított egy, még pedig igen fontos organikus rész helyes elbírálása alig lehetséges annak ismerete nélkül, hogy a tanács a községi és körorvosi intézményt az egész közegészségügyi szolgálatnak a jövőben mi módon contentplált szervezetébe és keretébe gondolja, mint egyik alkotó és kiegészítő részt beleilleszhetőnek, mivel a községi és körorvosi intézményt tárgyaló rész minden ízében a kellő indoklást csakis azon vonatkozásaiban nyeri, a melylyel a tervbe vett reform szerint az egészségügyi közszolgálat többi ágazataihoz bir, azért elkerülhetlennek tartjuk, hogy mindenekelőtt is ki ne fejtjük azon főbb elveket, a melyek szerint orsz.

* A bizottság előadója Müller Kálmán tnr.

közegészségügyünk jövőben rendezésénél el kellene járnunk, és a közszolgálatnak azon forum szerinti tagolását, a melyet az elmúlt 16 évnek tapasztalata a jövőben kívánatosnak tart.

Az alapelvek legfontosabbikát határozottan az *államosítás kérdése* képezi. Azon kérdésre, hogy vajjon közegészségügyünk államosítsák-e vagy sem, egységes választ sem az egyik, sem a másik irányban nem adhatnánk, mert nyilvánvaló, hogy közegészségügyünknek számos hátránya tényleg abban gyökerizik, hogy a közegészségügyi szolgálat államosítva nincs, viszont alig képzelhető, de a mi viszonyaik között nem is vihető keresztül, hogy az ország közegészségügye mint olyan államosítsassék.

Ezen okoknál fogva könnyebben jutunk a kérdés helyes megoldásához, ha azt két részre osztva, a közegészségügyi szolgálatot, illetve a közegészségügyi közigazgatást elkülönítjük a közegészségügynek úgynevezett dologi részétől és legközelebb a kérdésnek csak azon első részével foglalkozunk, hogy az egészségügyi közszolgálat, az egészségügyi közigazgatás milyen alapon reorganizáltassék, hogy ez államosítsassék-e vagy sem.

Hogy a mi sajátlagos hazai viszonyaink közt a self-government nem képes olyan közegészségügyi szolgálatot biztosítani, a mely mindenütt, de különösen minálunk, a mi elmaradoft viszonyaink között olyan nagy szükségét képez, azt az eddigi eredmények, helyesebben ezeknek hiánya elég sajnosan bizonyították. Nem akarjuk tagadni azt, hogy közegészségügyünk mai meddőségének más egyéb tényezői nem voltak. Nem tagadható, hogy lakosságunkban határozottan hiányzik az az élénk érzék és helyes felfogás, és ebből folyólag az a következetesség, hogy ott, a hol kell, még saját egyéni érdeknek teljes alárendelésével is minden tekintet nélkül a hajtassék végre, a mit a közegészség érdeke megkíván; a lakosságnak hathatós támogatására tehát az egészségügyi közszolgálat nem igen számíthat. Még döntőbb az a körülmény, hogy a közegészségügy iránt ép oly indolentiával, sőt helytelen felfogással találkozunk a közigazgatásnak legtöbb nem orvosi közegénél, úgy azoknál, a kik a szükséges intézkedéseket kezdeményezni volnának hivatva, mint azoknál, a kik orvosi kezdeményezés folytán, vagy a belügyi kormányzat rendeletei folytán szükségessé vált intézkedéseket végrehajtani volnának kötelesek.

E két körülmény nem szól tehát a mellett, hogy az önkormányzati rendszer képezhet közegészségügyi szolgálatunk helyes és sürgős fejlődésére kedvező alapot.

Igaz, hogy mintegy gyámkodó, helyes vezetés mellett kellő érzéket és helyes felfogást úgy a nagy közönségnél, mint különösen a közigazgatásnak nem orvosi közegéinél, évek hosszú sora után lassan-lassan talán a selfgovernmenttel is ébreszteni és fejleszteni volnánk képesek, addig azonban a közegészségügynek további tespedése mellett az ország és ennek lakossága testben és életben mindegyre nagyobb kárt szenvedne.

Röviden kimondva, mi már nem érünk rá arra, hogy azt az időpontot bevárjuk, a míg a lakosságnál, de különösen a közigazgatásnak intező és végrehajtó minden közegénél lassan-lassan a közegészségügy iránt az a kellő és helyes érzék ébred, a mely nélkül selfgovernmentben a közegészségügy egyáltalán nem fejlődhetik.

A mi dolgunk és a mi ügyünk ma már tényleg igen sietős. Iparkodnunk kell, hogy a közegészségügyi administratio által elérhető jó eredményeket aránylag a legrövidebb idő alatt érjük el; hiszen még ez a legrövidebb idő is évekre és évekre nyulik.

Egy további körülmény, a mely az egészségügyi szolgálatnak államosítását követeli, az, hogy a közigazgatásnak alig van egy ága is, a melynek szükséges intézkedései annyiszor és oly közelről érintenék a magánérdekeket. Ezekkel szemben a közegészségügyi érdekeket minden körülmények közt csak úgy óvhatjuk meg, ha a közegészségügynek orvosi közegei teljesen függetlenek azoktól, a kiknek érdekében, de a kiknek magánérdekével szemben kénytelenek akárhányszor intézkedni. Erre pedig nem a választott és a választóiktól függő és azoknak lekötöztetett, hanem csakis az állam által kinevezett, az állam által fizetett olyan független közegek alkalmasak, a kik hivataloskodásukért csakis az államnak felelősek, és így állásuk biztonsága élvezetében nem kénytelenek a közegészségügy rovására és folyton fenyegetett existenciájuk érdekében mások magánérdekéhez alkalmazkodni. Úgy hogy a felhozottaknál fogva a tanács a fentebb feltett kérdésnek első részére legjobb meggyőződése szerint csak azzal válaszolhat, hogy közegészségügyünk helyes reformálása és e reformálásnak közegészségügyi viszonyaink által sürgetett jó eredményei egyelőre legalább csakis a közegészségügyi szolgálatnak államosítása által érhetőek el.

Kell tehát, hogy az országos közegészségügynek minden közege az államnak legyen közege.

Ezen alapelv elfogadása a közegészségügyi szolgálatnak még más tekintetben is biztosítékot nyújt. A legképzettebb ember is pályájának kezdetén szívesen beéri a pályáján kínálkozó azon állásokkal, a melyek szűkebb hatáskörrel és kevesebb fizetéssel járnak. Ilyen állásoknak nagyon kedvező anyagi vagy más mellékkörülményei mellett kivételesen megtörténik az is, hogy az illetők abban existenciájukat teljesen biztosítva és ambíciójukat kielégítve találják, és ebből az állásból jobb vagy magasabb állásba egyáltalán nem kíváncsognak. De emberi természet dolga, hogy haladni és emelkedni iparkodik, képességének megfelelő nagyobb hatáskörbe kíváncsodik, a hol képességeit intensívebben tudja érvényesíteni és a hol nagyobb felelősség mellett és nagyobb munkával is ezért nagyobb anyagi javadalmazást biztosíthat magának.

A jobb és szebb jövőre való kilátás volt ezek szerint eddig is mindig az a tényező, a mely a kisebb és alantabb állások lelkiismeretes és buzgó ellátásában jelentékenyen szerepelt. A selfgovernmentben, ennek mindig a pusztá véletlentől függő kiszámíthatatlan, sem buzgósággal, sem iparkodással, sem tehetséggel nem biztosítható esélyei között erről a kilátásról, a jobb állásba való előmenetelről az orvosoknak ma majdnem végkép le kell mondanio. És hogy e lemondás a kisebb állásban való orvosokra különben is kedvezőtlen viszonyai közt hivatalos állásukban buzdítólag és serkentőleg nem hatott, de nem is hathatott, azt bizonyítani felesleges. Másként áll a dolog az egészségi közszolgálat államosítása esetén; az állam állandó figyelemmel kísérve minden egyes közegének működését, nyilván tartva azoknak egyéni képességét és buzgóságát, hatalmában bírja, hogy az arra méltóknak szolgálatbani előmeneteléről alkalomadtán gondoskodjék, módjában áll gondoskodnia arról, hogy szerényebb állásokból a kedvezőbb állomásokba, ezekből esetleg még a főorvosi állásokra juthassanak, a mi által a mindennapi küzködésnek sok kellemetlenségeért ígérkező recompensatio mindenestre jelentékenyen befolyásolja nemcsak a kötelességének pontos teljesítését, hanem hogy szigorú kötelességén túl is mindenki testtel lélekkel az ügyet és semmi egyebet ne szolgáljon. Ha az itt felhozott körülmények az érdekelt orvosokra első sorban anyagi kihatással vannak és közvetlen érdemleges jó hatással a közegészségügyi szolgálatra, úgy van e kérdésnek egy másik oldala, a mely mind e viszonyokat egyenesen a közegészségügyi szolgálat érdekébe állítja, és ez az, hogy az előmenetelnek ilyen biztosítása mellett az egészségügyi szolgálat terén egyúttal a kellő succrescentiáról gondoskodunk, hogy a gyakorlati életben mindjobban iskolázott közegek állanak majd az államnak bő rendelkezésére akkor, a mikor arról van szó, hogy egy magasabb állást az erre kellően képesített és tapasztalt egyéniséggel töltsön be.

Ezen alapelveken állapítva meg az összes szolgálatnak

keretét és tagolását, e szolgálatnak természetszerű központja csakis a *belügyminiszeriumnak közegészségügyi osztálya* lehet, a melynek szükséges szervezetéről a tanács majd később felterjesztendő bővebb memorandumában lesz szerencsés véleménynt adni. Ezen központ közt és a vidék közt a természetszerű ellenőrző kapcsolatot az *egészségügyi felügyelő* intézménye képezi, feltéve ennek helyes szervezetét és a szakszerűen képzett közegeknek helyes beosztását. A vidéken — értjük a megyékben — a közegészségügyi szolgálat a megye területén közvetlen a *megyei tiszti főorvos* vezetése alatt áll.

Magának a megyének területén — a községekben — a helyes közszolgálatnak megoldását abban látnók, hogy a szoros értelemben vett közegészségügyi, tehát hygienikus szolgálat teljesen önállóan és függetlenül láttassék el az egészségügyi szolgálatnak másik részétől, t. i. a betegeknek orvoslásától. Az egészségügyi közszolgálatnak ezen kettő osztása képezné azt az ideális célt, a melyet magunk elé kellene tűznünk, és a melyet így annyival biztosabban érhetnénk el, mert külön-külön hatáskörben feladatuknak megfelelő specialis képesítéssel látnák el az erre való orvosok a szolgálatot. A gyakorlati kivételben az 1876. évi XIV. t.-czikkben felvett közegeknek — a járás-, községi és körorvosoknak — kellő alkalmazása által érhetnénk célt, csak az egyes közegeknek hatáskörét az említett törvényezikttől eltérőleg egészen önállóan és szabatosan kellene megállapítani.

Az 1876 : XIV. t.-cz. járásorvosait vagy mint ilyeneket, vagy mint összevont nagyobb területeknek kerületi orvosait kizárólag, egyes-egyedül a hygienikus közszolgálatra kellene szorítani, a mely szolgálatnak ellátására őket az 1883. évi I. t.-czikkben kimondott tiszti vizsga kiválóan képesítené.

Viszont az említett törvényezikkek községi és körorvosai kizárólag csakis a betegek orvoslásával volnának megbízandók, és minden egyéb teendő alul felmentendők, a mi által már önmagában annyi időt nyernének, hogy ezen körülírt egy feladatnak annál pontosabban megfelelhessenek. Meggyőződésünk, hogy a községekben a közegészségügyi szolgálatnak ilyen berendezése volna a legkivánatosabb és leghelyesebb. Ennek keresztülviteléről azonban, ha csak keresztülvihetetlen, mint tisztán elméletileg helyest javaslatba hozni nem akarunk, eleve is le kell mondanunk. Még pedig két oknál fogva.

Először is az ebből előálló költségek miatt. Magyarországon összesen 408 járásorvosi székhely és tényleg 380 járásorvos van, ez utóbbiak összesen 189,115 frt évi fizetéssel. Van az országban továbbá tényleg betöltött 504 községi és 892 körorvosi, összesen 1396 állás. Ezek közül 28 járásorvosi és 211 körorvosi állás betöltetlen.

A községi és körorvosoknak az úti átalány és egyéb javadalmazásokon kívül 794,813 frt évi fizetés járna, úgy hogy ha még a mai szerény fizetési alapot vesszük is irányadóul, a járásorvosokkal együtt 983,928 frt évi kiadásról van szó. Ha még hozzávesszük a fizetés felemelésnek azt a bizonyos százalékát, a melyet az ügy érdekében okvetlen meg kell adnunk, és az uti átalányok teljes összegét, akkor olyan költség áll elő, a mely költséget az állam mainapság — legalább tudomásunk szerint — e célra fordítani nem képes, és alig van rá kilátás, hogy a legközelebbi jövőben képes legyen.

A második nehézség az orvosok számában rejlik. Ha minden eddig tervezett orvosi állás betöltetnék, úgy a már eddig is betöltöttek számbavételével 408 járásorvosra, 504 községi és 1103 körorvosra, összesen tehát 2015 orvosra volna hazánkban szükség; e számhoz hozzávéve még sok orvosi körnek túlságos nagy kiterjedése által okvetlen szükségessé vált helyes beosztását, ezzel együtt a köröknek, tehát a körorvosi állásoknak a szaporítását is, az orvosoknak oly nagy számára volna szükségünk, a melyre — egyelőre legalább — alig számíthatunk, tekintetbe véve azt, hogy a nagyméltóságú belügyminiszeriumnál eddig 4010 orvos van bejelentve, e 4010 orvos közül számosan mint állandóan letelepedett orvosok a nagyobb városokban vannak lekötve, és ennél fogva a legjobb célzatból és elfogadható fizetéssel rendszeresített állások egy része megint betöltetlen maradna.

Mindezekből látható, hogy még a legnagyobb költség árán is orvosok híján sem volnánk képesek gyakorlatban megfelelni annak a czélnak, a melyet a közegészségügyi szolgálat szétesztésében magunk elé tűztünk.

Hogy e nehézségeket ismerve és az általunk leghelyesebbnek mondott javaslatnak gyakorlati keresztülvihetlenségét tudva, azt itt mégis felemlítettük, ezt azért tettük, mert Excellenciád előtt még a kivihetlenséggel szemben is nem tartottuk helyesnek elhallgatni azt, a mit szakszempontból a közegészségügy érdekében leghelyesebbnek kell tartanunk.

A legközelebbi kérdés tehát az, hogy a közegészségügyi szolgálatnak milyen rendszerére és milyen beosztására van elég orvosunk, és van az országnak elég pénze. A járásorvosoknak és községi s körorvosoknak ama bizonyos egymásmellettsége mellett, a mely az 1876. évi XIV. t.-cz.-nek intézkedései folytán a gyakorlatban nötte ki magát, a hol a járás- és községi s körorvosok a szolgálatnak nem külön-külön tagozatát képviselik, a hol a járásorvosoknak és a községi és körorvosoknak a hatásköre egymástól szabatosan elkülönítve nincsen, a mi által lehetővé vált az, hogy a szolgabírák egy része a körorvosi teendőket a járásorvosokra és viszont a járásorvosi teendőket a körorvosokra bizza, ott e két, illetve 3 rendbeli állásnak jövőben fenntartása a mai munkabeosztással és hatáskörrel nemesak, hogy szükségesnek, de kívánatosnak sem mutatkozik, a miért is javaslatunk az, *hogy a járásorvosok, mint ilyenek szűnjenek meg és az összes közegészségügyi szolgálat a községi és körorvosokra bizassék*, a kik a helyesen beosztott területen mint közegészségügyi közegek fogának szerepelni és egyúttal a népnek gyógyító orvosai is kell hogy legyenek.

A községi és körorvosi intézmény az elmúlt 16 év alatt nem tudott ugyan czéljának megfelelni, nem tudott mint intézmény a nép bizalmában gyökeret verni és minden oldalról annak reformálását sürgetik. Az a kérdés, hogy az intézmény, a mely elméletileg helyesen volt contemplálva, a hozzákötött várakozásoknak miért nem birt megfelelni.

Nem tagadható, hogy a nép műveletlenségében és szegénységében az intézmény maga nagy nehézségekre talált, annyival is inkább, minthogy hivatalos eljárásaikban a körorvosok az elsőfokú hatóság által csak ritkán részesültek kellő támogatásban. A körorvosnak sehogy sem sikerült önállóságra vergődnie, mert majdnem kivétel nélkül fizetése kedvéért, s hogy azt kellő időben, kellő részletekben megkapja, a bírónak és jegyzőnek jóindulatától függött. Hatásköre kellően körülírva nem volt, mert a törvény a körorvosnak és járásorvosnak teendőit csaknem ugyanazon tételekben állapította meg, a mi által gyakran összeütközések állottak elő.

Kevés egyéniségnek kiváltsága az, hogy ő legyen képes az állást emeli, a legtöbb esetben megfordítva áll a viszony; az állás emeli az embert. A míg tehát olyan állásról van szó, a mely kell, hogy annak, a ki azt elfoglalja, bizonyos tekintélyt kölcsönözzön és hogy az, a ki az állást elfoglalja, ebben személye és működése iránt bizalmat gerjessen és ezt a bizalmat folyton ápolhassa is, addig az ilyen állást menten kell tartanunk minden olyan körülménytől, mely annak tekintélyét a priori már teljesen kizárja, a mely akár az anyagi, akár a morális támogatás silányságánál fogva lehetetlenné teszi azt, hogy az, a ki az állást elfoglalja, önálló hatáskörben működése iránt bizalmat gerjesszen. Már pedig olyan állás, a melyben a fizetés akárhányszor csak évi 200 frt, a hol ezt a fizetést az illető akárhányszor a községi elöljáróktól garasonként kénytelenek kikönyörölni, a hol emélfogva az orvos a megélhetés kedvéért és a neki biztosított amúgy is elenyésző csekély fizetés kedvéért a községi bírónak és jegyzőnek kedvére van bizva, mert ellenkező esetben még ezt a csekély fizetést sem bírja megkapni. Ez az eljárás csakugyan nem alkalmas arra, hogy azt, a ki az állást elfoglalja, az amúgy is műveletlen és szegény nép szemében emelje, hogy annak a népnek bizalmát ő felé fordítsa, hogy működésének a kellő tekintélyt megadja. Innen az, hogy a községi és körorvosi állások egy része mindig betöltetlen maradt, vagy ha ideig-óráig be is voltak töltve, a csekély fizetés miatt fenntarthatók

nem voltak, és hogy az orvosok a legelső kínálkozó alkalmat felhasználták arra, hogy állásukat ismét elhagyják. Különbön is az állások nagy részére csak olyan orvosok pályáztak, a kiknek igénye, egy időre legalább, épen csak a mindennapi betevő falatra szállott le.

Az 1876. évi XIV. t.-cz. 142. §-a kimondja: „azt, hogy 6000 lakossal bíró községek szomszéd apróbb községekkel orvos tartása tekintetében egyesülhessenek, a helyi és vagyoni viszonyok tekintetbevételével a törvényhatóság állapítsa meg.“ „A törvényhatóság intézkedik továbbá, hogy az ezeken kívüli községek, a mennyiben községi orvossal még ellátva nem lennének, 6000—10,000 lélekszámig orvos tartása tekintetében egy közegészségi körbe csoportosíttassanak.“

Nyilvánvaló, hogy a törvénynek ezen intézkedése tisztán a pénzkérdés nehézségeit kívánta megoldani, a mint pedig a tapasztalat mutatja, a megoldás ezen módja úgy magának az intézménynek, mint az intézménytől várt és remélt eredmények rovására ütött ki.

Elismerjük mi is a közegészségi körök szükségét, hogy azok nélkül hazánkban a közegészségügyi szolgálatot kellően beosztani és ellátni nem lehet. A körorvosi intézmény általánosan érzett és ép oly általánosan bevallott ezen egyik legnagyobb hátrányát azonban a közegészségi köröknek az a megállapítási módja képezi, a mely a köröket, illetőleg a köröknek nagyságát minden tekintet nélkül a topographiai viszonyokra tisztán csakis a 10,000 lélekszám kulcsa szerint szabta ki. Ebből oly viszasságok fejlődtek, a melyek mellett csak a törvény formaszertinti követelménye talált kielégítést, hogy 10,000 lélekszám tényleg egy közegészségi körbe csoportosulva körorvost tartott, — sőt néhol 20,000 lakost is egy körbe egyesítettek —; de a törvény intentiója, az intézménynek érdemleges célja teljesen meghiúsult. A körök egyik-másik helyen oly nagy terjedelműek, hogy a körorvos annak községeit csak nagy ritkán látogathatja meg. Teljes lehetetlen, hogy olyan körben, a mely 65 km. hosszú, vagy olyan körben, a melyhez 46—50 község tartozik, a körorvos teljesen megfeleljen feladatának. Minthogy pedig a körök megállapításánál a földrajzi és helyrajzi viszonyokra eddig semmi tekintettel nem voltak, a körorvosnak akárhányszor a sajátjából kell a fuvardíjat fizetni, ha feladatának egyáltalán meg akar felelni; vagy pl. a törcsvári járásban körorvos nem is volt, mert az utakon csak gyalog, vagy lóháton lehet járni. Hogy forma szerint némileg feladatuknak megfeleljenek, havonként egyszer-kétszer mennek a községekre, a miből azonban sem a betegeknek, sem a közegészségügynek hasznuk alig van.

De nem elég, ahhoz a törvény által ráruházott orvosrendőri teendők által ideje még inkább le van kötve, úgy hogy gyakran egy rendőri bonczolás által két napig el lévén foglaltva, ez idő alatt természetesen községeinek betegeivel egyáltalán nem törődhetik.

Mind e hiányok felsorolása kapesán a községi és körorvosi intézmény reformjára a szükséges javaslatok majdnem önként állanak elő.

A községi és körorvosi intézményt okvetlen államosítani kell és a községi és körorvosok fizetésének minimumát évi 600 forintban kellene megállapítani.

A községi és körorvosok államosítottván, kellő díjazásban részesítettván, és ha e díjazásra, melyet közvetlen az állami pénztárból kapnak, bizton számíthatnak, és mint állami tisztviselők úgy maguk nyugdíjképesek, mint családjuk jövőjét is némileg biztosítva tudják, bizton állítható, hogy a községi és körorvosi állások betöltésére a jövőben több pályázó fog jelentkezni, a községi és körorvosi állások könnyebben lesznek betölthetők, azok szerényebb igényű orvosoknak tényleg existencia számba fognak menni, és azért az orvosok azokból saját jól felfogott érdekükben nem fognak minél hamarabb kikiváncozni, mint azt teszik ma, midőn számos esetben a községi és körorvosi állást csak ideiglenesen pillanatnyi jobbnak hiányában foglalják el.

De mint állami tisztviselő, a ki úgy alkalmaztatási módjában, mint a fizetés tekintetében azoktól teljesen független, a kiknek javára működni hivatva van, a községi és körorvosi

állás alkalmasabb lesz, hogy emelje a benn lévő embert, hogy annak a rászorulóknak előtt több tekintélyt kölcsönözzön, több önállóságot ad majd neki a jegyzővel és bíróval szemben is, viszont pedig a nép nem érezvén közvetlenül annak a fizetésnek a terhét, a melylyel ő köteles az orvost tartani, annak személye és működése iránt több bizalommal is fog viseltetni.

A 600 frtnyi minimum az országnak csak azon jobb módú vidékeire szólana, a hol a községi és körorvos a 600 frtnyi fizetésen kívül magángyakorlata után mellékjövedelemre is számíthat. Az országnak olyan vidékein azonban, a hol a lakosságnak notorius szegénysége vagy a körnek területi nagysága miatt az orvos díjazott magángyakorlatra vagy egyáltalán nem, vagy csak igen szerény mértékben számíthat, a községi és körorvosok fizetése 200—400 és 600 forint működési pótlékkal, vagyis 800, illetve 1000, illetve 1200 forintban volna megállapítandó. A 4 rangbeli fizetés az ország egyes területeinek köztudomású anyagi viszonyai szerint volna meghatározandó. Csakis így érhetjük majd el azt, hogy még az országnak szegényebb vidékein, úgy a lakosságnak orvosi ellátásáról, mint a közegészségügyi szolgálatról kellő gondoskodás történjék, mert csak így biztosíthatjuk azt, hogy még a legszegényebb vidékek községi és körorvosi állásaira kiírt pályázatok meddők nem fognak maradni, hogy azokra mindig akad majd pályázó.

A községi és körorvosok fizetésének, illetve a működési pótléknak ilyen 4 rangbeli beosztása következetesen egy másik intézkedést is von maga után, t. i. az orvosi látogatások díjának szabályozását. Csak jogos, hogy olyan vidékeken, a hol a községi és körorvosnak fizetése kisebb, számára nagyobb látogatási díj legyen biztosítva, viszont kisebb látogatási díjjal érheti be az a községi és körorvos, a ki nagyobb évi fizetést húz; minthogy pedig a kisebb évi fizetés és ennek megfelelőleg a nagyobb látogatási díj az ország módosabb vidékeire esik, viszont a nagyobb évi fizetéssel egybekötött kisebb látogatási díj az ország szegényebb vidékeire, ennél fogva ezen intézkedés, a milyen jogos az orvosokkal szemben, egyúttal olyan méltányos a lakossággal szemben is. Javaslatunk szerint tehát az országnak mindazon területei, a melyeken a lakosságnak kedvezőbb anyagi viszonyainak megfelelően a községi és körorvosok fizetése kisebb, az orvosi látogatási díjak nagyobb tételekben volnának megállapítandók, megfordítva pedig a szegényebb vidékeken, a hol az orvosok amúgy is nagyobb fizetést húznak, kisebb látogatási díjak volnának megállapítandók, még pedig úgy, hogy

600 frtnyi fizetés mellett	
napi látogatás díja	— frt 50 kr.
éjjeli " " " " " " " " " " " "	1 " — "
600 frt fizetés és 200 frt pótlék, tehát 800 frt mellett	
napi látogatás díja	— frt 40 kr.
éjjeli " " " " " " " " " " " "	80 "
600 frt fizetés és 400 frt pótlék, tehát 1000 frt mellett	
napi látogatás díja	— frt 30 kr.
éjjeli " " " " " " " " " " " "	60 "
600 frt fizetés és 600 frt pótlék, tehát 1200 frt mellett	
napi látogatás díja	— frt 20 kr.
éjjeli " " " " " " " " " " " "	40 "

Magától értetődik, hogy a designált szegények ingyenes orvosi ellátásban részesülnek. Jól tudjuk, hogy ezen látogatási díjak önmagukban csekélyek, de helyes megítélésük csakis a rajtuk kívül biztosított évi fizetés együttes tekintetbevétele mellett lehetséges, ezen az alapon pedig elfogadhatók.

Az évi fizetésen, esetleg a pótlékon és a látogatási díjon kívül a fuvardíj is megállapítandó volna. Ismét magától értetődik, hogy designált szegény beteg számára a község állítja ki a fuvar; orvosrendőri vagy hatósági megbízásból tett útért pedig az illető hatóság területére megszabott fuvardíj járna.

Fizetni képes, tehát látogatási díjt fizető beteg látogatásánál 3 kilométeren belül külön díj nem járna, 3 kilométeren túl pedig a fuvarszolgáltatáson kívül, kilométerenként 5 kr. távolsági pótdíj volna biztosítandó; ha az orvos ilyen alkalmalmal több beteget is látogatna, azért a távolsági pótdíjak csak egyszer, még pedig az a beteg fizeti, a ki az orvost hívatta.

A körorvosi intézmény helyes alapját, csakis a körök helyes beosztása képezheti, ez pedig csak úgy lehetséges, ha a körök megállapításánál egyenesen a helyi viszonyok az irányadók, még pedig oly formán, hogy a saját körében az orvos minden községet kellően elláthasson. E nélkül sem az intézménynek általunk contemplant célja, sem pedig az 1876. évi XIV. t.-cz. 145. §-ának első pontjában kimondott intentiója egyáltalán nem valósulhat.

Javaslatunk szerint a megye területén a községekben a megyei tisztii főorvos vezetése alatt az összes közegészségügyi szolgálatot helyesebben és célszerűbben beosztott körökben a községi és körorvosok fognak ellátni a rájuk bízott teendők tekintetében teljesen egyenlő hatáskörrel. Minthogy azonban nyilvánvaló, hogy egy tisztii főorvos az egész megye területének közegészségi szolgálatát, illetve az egész megye, valamennyi községi és körorvosának működését, azoknak úgyszólván egyes ténykedéseiben folyton és állandóan nem ellenőrizheti, kellő ellenőrzés pedig a helyes közigazgatásnak elvitázhatatlanul szükséges egyik alapfeltétele, egy új ellenőrző közeg közbeiktatása pedig nemcsak hogy magát a szervezetet komplikálná, de egyúttal a költségeket is jelentékenyen szaporítaná; azért a szükséges ellenőrzés biztosítására azt javasoljuk, hogy ezzel minden járásban a szolgabíró székhelyén lakó községi vagy körorvos bizassék meg, a ki ezen ellenőrzés, illetve a vele járó teendőkért külön pótlékban részesülne. A szolgabírók székhelyén lakó községi és körorvosok képeznék egyszersmind a természetes hivatalos kapcsolatot a saját járásuk községi és körorvosai és a megye tisztii főorvosa között. A közszolgálatnak ilyen berendezése mellett bizonyítanak azon megyék, a melyekben eddig kisegítőül ugyanazt a módozatot követték. Ezzel a külön felügyelettel és ellenőrzéssel megbízott, a szolgabírók székhelyén lakó községi és körorvosok állásai, volnának annak idején fentebb kifejtett nézetünk és felfogásunk szerint, a jelen átmeneti korszak után mint önálló járásorvosi állások, kizárólagos közegészségi közegek számára szervezendők.

Általános panasz valamennyi községi és körorvos részéről, hogy semmi intézkedési joguk nincs. A milyen összhangzó ez a panasz, úgy látszik annyira összhangzó félreértésen alapszik, vagy legalább is nem szabatosan fejezi ki azt, a mit mondani akar; azt kell alatta érteni, hogy a mit a községi és körorvos, a ki már az 1876. évi XIV. t.-cz. értelmében is a többi teendői mellett, de a mi javaslatunk szerint is, a szegény betegeknek gyógyításán kívül a községnek, vagy körnek egészségi viszonyait folytonos figyelemmel kísérni tartozik az esetleges hiányokról jelentést és egyszersmind ezek orvoslására kellő javaslatokat is megtenni tartozik, hogy a községi és körorvosnak ezen téren eddig kifejtett működése a pusztában elhangzó szó volt, ez irányban iparkodása megtört a közegeknek indolentiáján, sőt talán egyik-másik helyen még rosszakaratan is. Azt, a mit a községi és körorvosok akarnak, hogy intézkedési joggal is birjanak, közelfekvő okoknál fogva meg nem adhatjuk. Intézkedési jog a végrehajtási joggal azonos, ezt a jogot pedig ők kezelni, e jogot ők gyakorolni már csak azon egy oknál fogva sem lennének képesek, mert a végrehajtásra okvetlen szükséges közegek fölött nem rendelkeznek, sem pedig a végrehajtásnak szükséges költségei neki közvetlen rendelkezésre nem állanak. Azonban igenis nemcsak orvosolható, de határozottan orvoslandó is az ő panaszuk abban az értelemben, hogy a mit ők mint közegészségi hiányt felemlítenek, a miről ők jelentést, — a minek orvoslására ők javaslatot tesznek, szóval községük vagy körük egészségügye érdekében felhangzó szavuk minden körülmények közt megfelelő helyen kellő méltánylásban is, egyúttal pedig kellő időben elintézésben is részesüljön; mert csak így van egyrészt értelme annak, hogy a betegek gyógyításán kívül még közegészségügyi teendőket is rájuk rovjunk, de másrészt a közegészségügy iránti érdeklődéseket a fennálló hiányokkal való törődést is csak úgy tarthatjuk bennök ébren, ha látják és tapasztalják, hogy azzal, a mivel ők törődnek, ezzel törődnek azok is, a kik a tapasztalt bajon segíteni egyúttal képesek, egyúttal hivatvák, egyúttal törvénytörvény szerint kötelesek. Ezt a közegészségügyről szóló törvényeziknek, illetőleg a törvényeziknek a községi és kör-

orvosokról szóló részének revidiójánál esetleg a községi törvény megállapításánál a községi és körorvosok részére feltétlenül biztosítani kellene.

Hogy közegészségügyi szolgálatunk számára kellő képzettségű succrescenciát biztosítsunk, de másrészt ott, a hol a megyének nagyobb területénél fogva a központi teendők száma is nagyobb, úgy a közegészségügyi szolgálatnak jelen, mint különösen jövőben való fejlődése érdekében szükségesnek tartanók, hogy az ilyen nagyobb megyékben a tisztí főorvos mellé *főorvosi szaksegéd* is alkalmaztassék, a kinek természetesen az 1883. évi I. t.-cikkben kimondott tisztí vizsgához kötött képesítéssel kellene bírnia, és a kinek úgy ezen képesítése, mint szaksegédi minőségben teljesített szolgálata adott alkalommal főorvosi üresedéséknél számára előnyt biztosítana.

A községi és körorvosokat nyilvános pályázat útján a megye tisztí főorvosának meghallgatásával, a belügyminister nevezné ki; a megyei tisztí főorvosokat és a tisztí főorvosi szaksegédeket pedig ugyanezen nyilvános pályázat útján a belügyminiszter az orsz. közegészségügyi tanács kijelölése alapján nevezné ki.

Budapest, 1893. évi május hó.

Szobák fertőtlenítése ammoniak-gőzökkel.

Irta: Rigler Gusztáv dr., egyetemi közegészségtani tanársegéd.

Azon kedvező eredmények, melyeket az ammoniak-gőzök az ázsiai cholera mikroorganizmusával szemben végzett kísérleteim alatt¹ mutattak, további kísérletek megtételére buzdítottak. Érdekes volt ugyanis megtudni azt, vajjon az ammoniak beválik-e a többi fontos pathogen-bakteriummal szemben is úgy, mint a hogy azt a cholera-nál tapasztaltam.

Az említett kérdés megoldásánál a már ismertetett módon jártam el, azért e helyen csak röviden említem fel a kísérleteknél használt eljárást. Az ammoniak-gőzökkel telített szobába oly lennfonalakat helyeztem el, részint egyszerűen porcellán csészében, részint 8 rétegű száraz, részint 8 rétegű nyirkos kendőbe csomagolva, melyeket előzetes sterilizálás után a vizsgálandó pathogen-mikroorganizmusok 24—48 órás bouillon-cultúrájával itattam át. A szobából 1—2—3—4 és több óra múlva fonal-próbákat hoztam ki s vizsgáltam, vajjon életképesek-e még a rajtuk levő bakteriumok. Ezt pedig úgy tudtam meg, hogy azon fertőző mikroorganizmusokkal átitatott fonalakat, melyek a húslépepton-gelatinán köztudomás szerint jól tenyésznek, (cholera, typhus, anthrax), felolvasztott táp-gelatinával kevertem el, s az utóbbit Petri-féle edényekben lemezzé öntöttem. Azon bakteriumnál pedig, mely a nevezett tenyésztalajon csak lassan és rosszul szaporodik (diphtheritis), a következő eljárást használtam. Az ammoniakos szobából kihozott próbafonalat ferdén megolvasztott steril marhavérsavó condensatiós vizébe mártva, felpuhítottam és steril platindrót segítségével azt párszor végig húztam a vérsavó felületén. A gelatina-lemezen vagy a vérsavó felületén fejlődött tenyészeteket mindenkor mikroszkopi praeparatumok készítése által is ellenőriztem azonosságukat illetőleg.

Control gyanánt az előbbiekkal ugyanazon időben és módon készített fonalakat használtam, melyeket részint porcellán csészében szabadon, részint 8 rétegű száraz, részint 8 rétegű nyirkos kendőbe csomagolva helyeztem el tiszta levegőjű szobában.

A következőkben röviden összefoglalva sorolom fel a végzett vizsgálatokat és azoknak eredményét.

1. Kísérlet cholera-bacillussal.

a) Az ammoniakkal telített szobában szabadon álló, 24 órás bouillonba mártott fonalak 2 óra múlva, a tiszta levegőben tartott control fonalak pedig 3 óra múlva adtak steril lemez-cultúrát.

b) Az ammoniakos szobában tartott és száraz kendőbe csomagolt cholera-fonalakból készített lemez-cultúrák 2 óra, a

tiszta levegőben álló control fonalak pedig 3 óra múlva bizonyultak sterileknek.

c) Az ammoniakkal telített szobában álló és nyirkos kendőbe csomagolt cholera-fonalakból készített lemezeket 4 óra múlva sterileknek találtam, míg a tiszta levegőn tartott és ugyanígy csomagolt fonalakból készített lemezeken 2×24 óra múlva is megszámlálhatatlan mennyiségű cholera-colonia fejlődött.

A kísérlet tehát azt mutatja, hogy azon cholera-fonalakon, melyek az ammoniakkal telített levegőben szabadon vagy száraz kendőbe csomagolva tartottak — már 2 óra alatt, míg a hasonlóan, de tiszta levegőben elhelyezett fonalakon csak 3 óra múlva pusztultak el a cholera-bacillusok. Ellenben tiszta levegőben, nyirkos állapotban a nevezett mikroorganizmusok napokig is élnek, míg ugyanily körülmények között az ammoniak-gőz azokat már 4 óra alatt előli.

2. Kísérlet bacillus typhi abdominalis-szal.

a) Az ammoniak-gőzökkel telített szobában szabadon álló s 24 órás typhus-bouillonba beitatott fonalak már 2 óra múlva sterilek voltak.

b) Az ammoniakos szobában tartott és száraz kendőbe csomagolt fonalak szintén 2 óra múlva találtak sterileknek.

c) A nedves kendőbe csomagolt és ammoniakos szobában álló fonalak 6 óra múlva adtak steril lemez-cultúrát.

d) A tiszta szobalégben szabadon álló, száraz és nedves kendőbe csomagolt control typhus fonalakból 24 óra múlva készített lemezeken megszámlálhatatlan typhus-colonia fejlődött.

3) Kísérlet fonalas anthrax-bacillussal.

a), b), c) Az ammoniakos szobában szabadon álló és száraz kendőbe csomagolt, 24 órás spóra nélküli anthrax-bacillusokkal beitatott fonalak 3 óra, a nyirkos kendőbe csomagoltak pedig 5 óra múlva mutattak sterilitást.

d) A tiszta levegőben szabadon, száraz és nyirkos kendőbe csomagolva álló control fonalakból 24 óra múlva készített lemezek számlálhatatlan anthrax-coloniát tartalmaztak.

4. Kísérlet spórás Anthrax-bacillussal.

A kísérleti és control fonalak 5 napos agarcultúrából vett és steril bouillonba elkevert anyagba lettek mártva és azzal átitatva. A kísérlet itt a következő eredményt adta:

a), b), c) Az ammoniak-gőzökkel telített szobában szabadon fekvő és száraz kendőbe csomagolt fonalak 3 óra, a nyirkos kendőbe csomagoltak pedig 8 óra múlva találtak sterileknek.

d) A tiszta levegőben álló s hasonlóan elhelyezett control fonalak mindenikén 24 óra múlva is számtalan anthrax-bacillus élt.

5. Kísérlet Löffler-féle diphtheritis-bacillussal.

A kísérletnél használt bacillusok állatokon végzett oltásokkal pathogénnek bizonyultak. A kísérleti és control fonalakat 48 órás diphtheritis-bouillonba mártottam. Az ammoniakkal telített szobában álló, valamint a tiszta levegőben tartott fonalakból vett próbák steril marhavérsavó condensatiós vizével felpuhítottam és steril platinhuzal segítségével a vérsavó felületén ide-oda huzattak.

A kísérlet eredménye a következő volt:

a), b), c) Az ammoniakos szobában szabadon álló, valamint száraz és nyirkos kendőbe csomagolt kísérleti fonalak 4 óra múlva voltak sterilek.

d) A tiszta levegőben tartott control fonalak mindhárom faja 24 óra múlva is számlálhatatlan diphtheritis-cultúrát adott a vérsavó felületén.

Összegezés.

A felsorolt és többször megejtett kísérletek eredményét figyelembe véve, azon következtetésre jutunk, hogy az ammoniak-gőzök a legfontosabb fertőző anyagokra igen erős desinfiáló hatást fejtenek ki. E hatás száradó anyagra igen gyors, de a nyirkos állapotban levőre is kiváló.

¹ L. O. H. Közegészségügy és törvényszéki orvostan. 1893. I. sz.

Az ammoniak-gőzök az emberi szervezetre nem hatnak mérgezőleg, a butorokat és szöveteket nem rongálják, nem színtelenítik még többszöri alkalmazásnál sem. Előállításuk igen egyszerű, mert csak a kereskedésseli szalmiakszeszt (= ammonia pura liquida) kell a desinficiálandó helyiségben (100 km.-re körülbelül 1 kgm.-ot számítva) lapos edényekben, túllakban kitenni, hogy a szoba levegője rövid idő alatt telítve legyen ammoniak-gőzökkel. E mellett olcsón is desinficiálnak, mert 1 kg. kereskedésseli szalmiakszeszt csak 40 kr.-ba kerül. Végre ha 8—10 óráig engedjük az ammoniak-gőzöket a szoba falaira és a benne levő butorokra, szövetekre hatni, úgy azokon ezen idő leteltével — kísérleteim szerint — biztossággal megöletnek a cholera, typhus, anthrax és diphtheritis csirái. Pár órai szellőzés után az ily módon desinficiált szoba ismét lakhatóvá vált.

Mindezek alapján melegen ajánlom az ammoniak-gőzöket szobák és lakások fertőtlenítésére.

Apróbb közegészségtani megfigyelések.

Szana Sándor dr., temesvári gyakorló orvostól.

A kutak fertőzésének tanához érdekes példa történt a tavali cholera-járvány alkalmából a temesvári Csasznek-házban. E ház kútjának elég izletes vize volt mindig annyira, hogy nemcsak a nagy lakóház számos családja, hanem a szomszédok is italul használták e vizet. Midőn a ház azonban a helyi viszonyoknál fogva akként változott; hogy a lakosztályok legnagyobb része üzleti helyiségekké lett átalakítva, s így a házban lakók száma fogyott, a háztartási vízszükséglet is csökkent, a víz mindig rosszabb s rosszabb lett, úgy hogy csakbamar a vízethordó szomszédok is elmaradtak, majd végre a házban is alig akadt valaki, ki e vízzel élt. Ezt akként magyaráztuk, hogy a víz fertőztetik a kilencz és fél méternyi távolban levő, jól falazott pöczegödör tartalma által, csakhogy addig míg sok víz fogyott, a fertőző anyag diluálódott, s a víz ízét nem rontotta, midőn később azonban csak kevesebben használták a kutat, a koncentráltabban az ivóvízbe kerülő piszok azt élvezhetlenné tette. Hogy ez tényleg így történt, ez kísérletileg lett bizonyítva a tavali cholera-járvány alatt. A közegészségügyért érdeklődő s bőkezű háztulajdonos bőven bocsátotta rendelkezésére a lakóknak a carbolt, annyira, hogy igazán imponáló mennyiségek fogytak el belőle. S ime rövid idő múlva a kút vize kezd fanyarú lenni, s néhány nappal reá a tiszta carbolizt és szagot ki lehetett a kút vizéből érezni. Midőn ugyancsak e kút vizét intensívebben használták, újból gyengébben lett a szag érezhető, hogy a kevésbé igénybe vett kút vizében újból erősebben fellépjen.

En ebből nemcsak azon tanulságot kívánom levonni, hogy még $9\frac{1}{2}$ méternyi távolban is fertőzhet emberi hulladék és vegyi anyag egyaránt egy kutat, hanem azt is, hogy midőn a víz mikrobáinak mennyiségéből kívánunk következtetést vonni arra nézve, vajjon a csiramentes talajvizet (Fränkel) mily mértékben fertőzteti a kút környezete, ekkor a vizsgált kút kelendőségét is tekintetbe kell vennünk, mert mint láttuk, a jobban igénybe vett kút vize diluáltabban tartalmazza a fertőző anyagokat, mint a kevésbé igénybe vetté.

*

Hogy a rossz kútvíz beteggé tesz, hasmenéssel járó betegséget okozva, azt régebben tudjuk. De hogy e betegség ellen immunitást is lehet szerezni, ezt nemrég volt alkalmam tapasztalni. Egy megrögzött székrekedésben szenvedő lóvonati kalauz keresett fel engem baja ellen orvoslást kérve. Mint mondá, már néhány év óta szenved székrekedésben, s eddig akként kezelte magát, hogy midőn hosszabb ideig nem volt széke, úgy a házában levő kút vizéből ivott. Erre óriási hasmenést kapott mindannyiszor. A hasmenésen kívül láza is volt ilyenkor ugyan, gyengének is érezte magát, de legalább „alaposan kitisztult“, mint magát kifejezé. Most azonban akár mennyi vizet is iszik már e kútból, az nem használ neki, hasmenést nem kap tőle. Ezért tehát hozzám fordult. Megjegyzí

még, hogy e kúrát másoknak is ajánlotta s rendszeren használna, bár némelyeknek a tisztulással járó láz nem tett jót.

Hogy a víz által okozott lázzal járó hasmenés fertőző baj, azt talán legfényesebben az ellene szerzett immunitás bizonyítja.

*

A vörheny mérgeének rendkívüli szívósságát két érdekes esetben volt alkalmam tapasztalni. Az egyik a folyó hónapban történt. Temesvár területén hónapok óta nem volt vörhenyeset, midőn egy este gyermekhez hívnak, ki hirtelen rosszul lett, hányt, lázas. Másnap a vörheny diagnózis a legbiztosabban meg volt állapítható. Hogy jött ehhez a gyermekhez, aki teljesen izolálva élt, semmiféle gyermekkel nem érintkezett, de vörhenyes gyermekkel nem is érintkezhetett, mert hisz ilyen nem volt a városban, hogy jött ezen gyermekhez kérdelem, a vörheny? Kutattam s végre a vörhenynek keletkezését a következőkben sikerült felderítenem. A család, melynek gyermeke vörhenyt kapott, 5 hónappal ezelőtt Szegedről jött Temesvárra. Bucsúzáskor egy ismerős család a kis leánygyermeknek egy posztógallért adott ajándékba, mint a milyen gallérokat tavasszal szoktak leánykák viselni. E gallér a szekrényben fektűt öt hónapon át, míg végre az első verőfényes nap alkalmából a gyermekre a gallért ráadták. Este a gyermek lázas lett. Éjjel hányt s másnap reggel a vörheny kútege látható volt. A családban, melynek ajándéka volt a gallér, a múlt év őszében volt egy skarlát-éset. A posztógalléron tapadt méreg tehát hat hónap után képes ily rövid incubációs skarlátot okozni.

A másik, a vörheny mérgeének még nagyobb szívósságát bizonyító eset a következő: Egy gyári igazgató egyik gyermeke vörhenyből felgyógyult. A tágas szobák desinfectiója a képzelhető legnagyobb rigorositással történt. A szobák kenyérel le lettek kaparva, a butorok carbollal megmosva stb. Csak egyben nem követte az orvosi tanácsot a házi úr. A beteg-ágy új matráczat vonakodott szétszedetni, hanem azt kifüstölte kengőzzel s azután a padlásra rakta.

Ezen rendszabályok után a gyári igazgató visszahozatta másik gyermekét, aki az elsőnek betegsége alatt más városban volt. Két év múlva, mely idő alatt mindkét gyermek egészséges volt és egész Temesvárott is nem volt hónapok óta vörheny-éset, nem tudom mi okból, lehozatják a padlásra két éven át érintetlenül hevert matráczatot s a skarlátot még át nem élt gyermek ágyába teszik. Másnapra ezen gyermek is megkapta a vörhenyt. Itt tehát a kénnel kigőzölt s két évig a szellős padlásra tartott matráczban megtartotta fertőző képességét a vörheny mérge.

KÖNYVISMERTETÉS.

A közegészség mint közgazdasági tényező az államéletben.

Irtá Novák Endre dr., a Ferencz-József-rend lovagja, törvényszéki-közkórházi igazgató-főorvos és bábaintézeti tanár. Ungvár, 1893.

Tél enyhülésével, tavasz ébredésével a hazai egészségügy eszméje is életre kelt. Úgy látszik, hogy az ezer meg ezer számra domboruló gyermeki sírhalom, mely alatt a diphtheritis áldozatai nyugosznak, s talán még inkább a legújabb adó, melyet hazánk a cholera-nak fizetett, szolgáltatott az eszmének a termékenyítő alapot. A cholera tényleg más országokban is (pl. annak idején Angliában) olyan csapásul mutatkozott, melynek pusztításai nyomán messze kiható egészségügyi reformok fakadtak.

Hazánk egészségügyének bajaival újabban nemcsak a szakferfiak kis csoportja, hanem a törvényhozás, a napi sajtó is élénken foglalkozott. A belügyministerium költségvetésének tárgyalása alkalmával a közegészségügy úgyszólván absorbeálta a maga részére a közfigyelmet. Ez a körülmény Novák dr.-nak is erős impulsust adhatott arra, hogy nézeteit közrebocsássa.

Közrebocsátotta egy tekintélyes füzetben, mely bátran könyvszámba is mehet. Ismertetem, a mint következik:

A *bevezetésben* elmondja (s mint jellemzőt emelem ki), hogy „feladatúl tűztem ki első sorban államunk sorsát intéző tényezők részére egy oly tanulmányt összeállítani, mely által tájékozást nyerjen a laikus olvasó is a működési tér felett, melyen a közegészség érdekébeni harcot meg kell vívunk, másrészt a szakköröket is érdeklő javaslataimban egy radikális megoldási módot mutatok be, mely meggyőződéseim szerint alapul szolgálhat egy *ideális* közegészségi viszony megteremtésére“.

„Nem volt kikerülhető ugyan ezen alapjában száraz tárgynál a relatív hidegség, másrészt azt hiszem, hogy a közbeszött életbölcséleti, élettani és közgazdasági elméletek sokszor önálló felfogásainak nyílt és mindenek felett emberszeretetből eredő kifejezései, a száraz tanulmány mellett némi szórakoztató jelleget is kölcsönöznek a műnek.“ (VI. lap.)

Továbbá:

„E művel egy egészen új irányú irodalmi munkásság terét vélem kijelölni és remélem, hogy az általam most kimutatott nyomon időnként avatottabb tollak is fognak működni.“ (VIII. lap.)

Az *első* fejezetben a közegészségügyet, mint az államélet első követelményét, mutatja be. Sajnálom, de be kell vallanom, hogy ez a bemutatás nem sikerült teljesen. Sokat philosophál, s tegyük hozzá, itt-ott zavarosan. Gondolatai homályba borulnak, összekuszálódnak. A homályt még intenzívebbé teszi a physiologiái physikából merített fejtegetése. A világos értelem rovására szolgál mesterkélt, erőltetett nyelvezte is.

Itt-ott érdekes kijelentésekkel találkozunk, melyek annyira eredetiek, hogy szinte meglepnek, pl. . . . „bazánk, mely a legkedvezőbb geographai fekvéssel bir a meglevő emberanyag és erőfejltség tekintetében csak $\frac{1}{10}$ (!)-ben rendelkezik azon eszményi physikummal, mit államunk kedvező klimája mellett joggal lehetne annak legalább $\frac{2}{3}$ -ában követelni.“ (3. lap.)

Vagy:

„Más nemzetek, évszázadok szellemi kincsét pénzzel meg lehet vásárolni, s pár rövid év alatt átültetni.“ (9. lap.) stb. stb.

A *lakást* és *levegőt* illetőleg a szükségesebb tudnivalókat adja elő, s saját tapasztalatait is belefűzvé, előadásának bizonyos közvetlenséget kölcsönöz. Végül a felvidéki szegény községek lakóházaira, iskoláira stb.-re nézve tesz javaslatokat.

A *tápszerek* és *ivóvíz* szempontjából elmondottak nagyjában ismert dolgokat foglalnak magukban. Mint különösét kiemelem, hogy törvényhozásilag megtiltandónak tartja a községek stb. kikövezését, „míg a kérdéses területen a talajvíz, csatornázás s ezzel az ivóvíz kérdése rendezve nincs“. Szabályzatot kíván a kutak elhelyezésére, a kutak kitisztítása idejének megállapítására s a víznek vizsgálatára; kíván továbbá ártézi kutakat, esetleg az állam anyagi támogatásával, végül országos mérnöki hivatalt (a belügyministerium egészségügyi osztályában), mely díjtalanul készítené a községi stb. vízvezetések és csatornázások terveit.

A *nevelés* fejezetében lélektani és élettani szempontokat tárgyal. A nevelési rendszernek a szervezet élettani viszonyai-
val természetes összhangba hozatalát kívánja.

Az *iparosokat* s *napszámosokat* illető részben szól a *munkabérről*, a *munkahelyekről* és *lakásokról*, a *munkaidőről*, a *munkásoknak munkaképtelenség és betegség eseteiben való segélyezéséről* és *orvoslásáról*. A „nagy“ *Baross* alkotta törvény hibájául kiemeli: a) hogy a munkások családtagjainak kórszegélyegyleti tagsága az illetők szabad elhatározására van bízva; b) hogy a mezőgazdasági alkalmazottak és a házi esel-

dek nincsenek a törvény keretébe kötelezőleg bevéve, végre c) hogy az e czímen történő megadóztatás az egész államban nem lesz egyenlő, hanem az illető pénztár szükséglete szerint a jövedelem 2—5%-a közt ingadozhat.

Az iparosokról szóló fejezetben azon „tényezőket“ is érinti, melyek *erőművel*, *vegyileg*, illetőleg *élettanilag* hatnak kártékonyan. Nem tartja egészségi szempontból kielégítőnek a szolgabíró, illetőleg az iparfelügyelő látogatását, hanem az orvosokra kívánja ruházni az ipartelemek egészségügyi viszonyainak ellenőrzését, még pedig az executívával egyetemben; a tisztí *orvosok* kezébe tehát *büntető* hatalmat adna, hogy ilyen módon tekintélyt s egyszersmind ösztönzést is nyerjenek feladatuk teljesítésére.

A *járványos* és *ragályos bajokról* közölt elméleti fejtegetésbe itt-ott hibás nézet csúszott be. Pl. téves dolog, abból, hogy valamely fertőző baj a szervezetet egy részében, vagy összességében megtámadja, a baj ragályosságának *fokára* vonni következtetést. A cholera szervezete nem terjed el a vér-
edényrendszerben, mint *Novák* dr. gondolja, s mégis népjárvány természetű van. A fertőző bajoknak az az osztályozása tehát, melyet ebben a könyvben olvashatunk, önkényes feltevésen alapul, ennél fogva nem fogadható el. Jól illusztrálja ezt az a csoport, melyben a gümőkór, trachoma, takonykór, bujasenyv, gyermekági láz és a veszettség együtt foglal helyet. Nem felel meg teljesen az exact tényeknek az a kijelentés sem, hogy az előbb említett bajok „fertőző jellege általában egészen pozitív“, mert ama csoport egyik-másik tagjánál a dispositio szintén játszik szerepet. Az a tétel, hogy a cholera, typhus, vérhas, diphtheritis, számarhurut, hólyagos himlő, skarlat, kanyaró (vörös himlő) „ragályzási képessége ellenben mindig a ragályzandó egyén dispositiójától függ“, szintén hiányos, mert ezenkívül még, mint általában minden fertőzőnél, a ragály *virulentiája*, másrészt bizonyos *külső viszonyok*, melyek a ragály transportját eszközlik, is szerepelnek. Az az állítás pedig, hogy a dispositio kedvező volta — az utóbbi bajok eseteiben — „*első sorban* az emésztő szervek állapotától van függővé téve“ (48 l.), azon kifogás alá esik, hogy ez az állapot pl. a számarhurutnál, vagy a kanyarónál stb. valószínűleg kisebb szerepet játszik, mint az előbbi csoportban foglalt tuberculosissnál. Az emésztő szervek állapota a dispositionnak fontos részét képezi főképen azon bajoknál, a hol a ragály invasiójának kapuja a béltractusban van.

Mindezek azonban a fertőző betegségeknek csak egyes érdekes szempontjait érintik, belső mivoltukat azonban nem tárják fel. Tudásunkat e részben túlbecsüli, a ki epidemiologiai „elveit“ s „tapasztalatait“ (melyek különben is, amint látjuk, némi helyreigazítást igényelnek) úgy tünteti fel, mint a melyeket „mindenkinek kell ismerni, a ki a járványos fertőző és a ragályos bajok kérdésével akar foglalkozni“.

A következő fejezet a fertőző járványos bajokkal szemben foganasítandó óvintézkedésekről szól. Szívesen ismerem el, hogy e téren, a hol elméleti fejtegetések köde nem homályosítja a szerző látását, biztosan mozog, s helyesen alkalmazza az itt érvényesülő szempontokat.

(Folytatása következik.)

K Ö Z E G E S Z S É G Ü G Y .

Typhus-fertőzést állatoknál eddig a typhus-bacillus tiszta tenyészetével nem bírtak elérni a kísérletezők. Chautemesse és Widál legújabb kísérleteik alapján állítják, hogy bizonyos módzatok között a tiszta typhus-cultura is nemesak intoxicatiót, de infectiót is képes létrehozni. E módzatok pedig abban állanak, hogy az állatok fertőzésére oly anyagot kell használni, mely friss, tehát még nem volt sokáig mesterségesen tenyésztve. Sőt még az utóbbiakkal is lehető Ch. és W. szerint a fertőzés, ha az ily régóta fentartott anyagnak virulentiáját visszaadjuk. Ezt pedig úgy tehetjük meg, ha a régi typhus-culturából a fogékony tengeri malacz bőre alá

4—6 kem.-t fecskendünk, de ugyanekkor annak hastregébe gőzben sterilizált streptococcus culturát viszünk be (8—10 kem.-t). Ha az állat eldöglik, a hastreg savójában igen sok a typhus-bacillus; e savót most friss állat bőre alá fecskendjük, mely már sokkal rövidebb idő alatt fog elhullani, mint az első. Ha eljárásunkat 25 tengeri malaczon a fentebbi módon folytatjuk, végre oly virulens typhus-culturát kapunk, mely a hullából kitenyésztettel e tekintetben is kiállja a versenyt.

Az ily virulens typhus culturákkal subcutan inficiált állat átlag 48 óra alatt hulland el. A létrehozott betegség nem teljesen azonos lefolyású az embernél tapasztalattal, azonban a fertőzés igen sok esetben általános lesz, mert a typhus-bacillusokat az elhullott állatok vére és szerveiből kitenyészteni sikerül. Ha az állat nem hull el, akkor lázas tünetek közt lesoványodik, utóbb azonban ismét felépül.

Ha a fertőzést így átélte állat vérét friss állatok bőre alá fecskendették a szerzők, akkor az utóbbiak sem hullottak el, akkor sem, ha a többinél halásznak bizonyultnál még sokkal nagyobb adaggal is történt az infectio. Ez pedig azt jelenti, hogy oly állatok vére, melyek a typhust már egyszer kiállották, immunná teszi az olyanokat, melyek azzal fertőzve még nem voltak. Ezen immunnizálási kísérlet Ch. és W.-nak oly emberek vérével is sikerült, kik csak nemrég estek át typhuson, míg az e bajban nem szenvedett egyének vérével az nem sikerült. A nevezett buvárok két typhus beteg émbert is megkísérlették ily már immunná lett állatvérrel gyógyítani, azonban különös eredményt felmutatni nem tudtak. (Annal. Pasteur. 1892. Nr. 11.)

Az elmondottal megegyező eredményre jutott a nevezetekkel egy időben, de tőlük függetlenül vizsgáló Sanarelli, a ki tengeri malaczkon tette virulenssé a typhus-bacillust.

Az ily anyagból pár csepp a hasürbe fecskendve, 24 óra alatt ölt házi nyulat és tengeri malaczkot; bőr alá adva, hasonló eredmény elérésére 3—4 kem. volt szükséges, egérnél pedig csak 0.5 kem. Ha a halásznál kevesebb anyagot fecskendett a bőr alá, de ugyanakkor a *bact. coli commune* v. *proteus vulgaris* sterilizált culturáiból a hasürbe vitt be keveset, akkor a kevés typhus-anyag is általános és halállal végződő infectiót hozott létre. Ezen typhus-infectio a kísérleti állatoknál genyesavós peritonitis, a vékonybél lymphatikus plaquejainak duzzanata, diarrhoea és léptumor jelenségei között folyt le. Bonezoláznál legtöbb typhus-bacillus volt található a peritoneumon, a lépben, a vese kéregállományában, a májban sőt a húgyhólyagban is.

Sanarelli is azon következtetésre jut azonban, hogy az állatoknál ily virulentiájában megerősített typhus bacillusokkal elért infectio tünetei nem analogok az emberi typhussal. Azonban az oly állatok vére, melyeknek több napon át bőr alá sterilizált typhus-cultura lett fecskendezve, immunnissá tesz más, friss állatokat. A vér akkor is gyógyító, ha az infectio után nemsokára adatik az inficiált állat bőre alá, azonban ekkor már nagyobb adagok szükségesek. Ha a collapsus beállott, a halál már ezzel sem akadályozható meg. (Ann. Pasteur. 1892. Nr. 11.)

Tej által okozott typhus epidemiáról értesítenek Goyon, Boucherau és Fournial, melyet Clermont-Ferrandban észleltek 1891. deczembere és 1892. januárjában. Gyanujuknak a tejjel vonatkozólag az adott okot, hogy az epidemia feltűnően a városnak csak egy részében uralkodott. Kutatásaiknál kiderült, hogy a megbetegedett egyének nyersen élvezték az egygyanazon tejárústól vett tejet. A tejárús és neje 1891. deczember elején typhusban szenvedtek. Lakásuk az istállótól csak deszkafalal volt elkülönítve, s betegségük alatt az ürüléket desinfectio nélkül az istálló trágyája közé öntötték. Az istállóban kút is volt, melynek vizét, ha nem is a tej hamisítására, de legalább az edények tisztogatására használták. A kút környékét piszkosnak, s olyannak találták, hogy annak vizébe úgy a felületről, mint a mélyebb talajrétegből igen könnyen beszívároghatott minden szennyanyag, s így a gazdák typhusos ürüléke is. A szorgosan és többször megejtett bakteriologikus vizsgálat eredménye az volt, hogy a kút vizéből

typhus-bacillust és streptococust tenyésztettek ki. Szerzők a nehéz betegedéseket, s a számosan észlelt complicatiót a két nevezett mikroorganizmussal történt vegyes fertőzésből magyarázzák. (Cbl. f. B. u. P. 1893. Nr. 14—15.)

R.

Typhus-járvány, melyet állítólag a berlini csatornafolyadékkal öntözött mező drainage-vizének élvezete okozott. E téves felvételre az adott okot, hogy Pankowban 7 egyén betegedett meg, kik azt állították, hogy bajukat a mező drainage-vizének élvezete okozta. Berlin városa Virchow felügyelete alatt minden mezőbirtokra külön orvost küldött ki, a kik szorgosan utána járván a megbetegedések eredetének, egyhangúlag kinyilatkoztatták, hogy azok nem a drainage-víz élvezetében, hanem valószínűleg egy kút vizében keresendők, mely vegyileg és bakteriologialag igen piszkosnak találtott. Véleményük annál inkább meggyőzővé vált, mert mihelyt a kút kitisztított, több typhus-megbetegedés nem fordult elő. A jelentést Virchow azon biztosítással végzi, hogy a mezőöntözés csatornafolyadékkal nem segíti elő a fertőzést, se a cholera, se a typhusra nézve, sőt inkább meg van győződve arról, hogy a csatornafolyadéknak éppen az ily előzetes szűrése nagy mértékben esökkenti a folyók vize általi fertőzés lehetőségét. (D. med. Wschr. 1893. Nr. 6.)

R.

Legyek terjeszthetik a cholérát, mint azt Simmonds kísérletei kétségen kívül valóvá teszik. S. ugyanis a hamburgi cholera alatt a boneztermekben fogott legyeken a lemeztenyésztet segélyével számtalan cholera-bacillust mutatott ki. Éppen ezért kívánatos, hogy a hullák bonezolás után rögtön bevarrassanak és eltakarítassanak, valamint hogy ételeket, italokat mindenki jól befödve tartsa.

R.

A cholera-mérget, mely az ismert erőtlenség, szomj, görcsök, profus hasmenés, anuria tüneteit idézi elő, iparkodott Gamaleia tanulmányozni. Sokféle előzetes kísérlet után, melyeket a különbözőképen kezelt cholera-tenyészetekkel állatokon végzett, sikerült végre azon eljárást megtalálnia, melylyel állatokon is teljesen jellegző tüneteket idézhetett elő, ellentétben előbbi kísérleteivel, melyeknél csak gyors halál állott be, de a jellegző tünetek hiányoztak. Midőn ugyanis 2 hetes bouillon-culturából csak igen kis mennyiséget fecskendett is be nyulak visszerébe, az ismert tünetek között hullottak azok el, s a bonezolás a jellegző elváltozásokat mutatta fel. E mérget tehát rendkívül erős összeköttetésben van a bacillusok testével, azonban hosszú állás, s háromszor egymás után 55—60° C. ra való felhevítés által azokból mégis kilúgozható, midőn is alkohol, savak és magnesium-sulphattal csapadékot ad. Igen alacsony vagy magas hőfok rövid idő alatt elpusztítja s hatástalanná teszi. Gamaleia szerint a cholera mérge a nucleo-albuminokhoz tartozik. (C. f. B. u. P. 1893. Nr. 7.)

R.

A gonococcus Neisser tisztára tenyésztése idáig igen sok akadályba ütközött. Gebhart és Wertheim szerint azonban a nehézségek ma már nem legyőzhetlenek. A gonococcus ugyanis igen jól tenyészik oly vérsavón, melyet a szülésnél felfogott retroplacentaris vérből készítettek, úgy hogy azt steril lombikba felfogták, s gypattal elzárva 24 óráig jégszekrényben tartották. A levált serumot 3 kem.-ként steril kémesövekbe elosztották s 7 napon át 58° C.-nál fractionaer sterilizációnak vetették alá, majd azután ezen tiszta, steril, folyékony serumot kétszerannyi közönséges húslépepton agarral keverték és ferdén megalvasztották.

A folyékony emberi (placenta) serum ezen agar-agaros keveréke lemezkészítésre is alkalmas. Az ebből készült lemezen 37° C.-nál jól tenyészik a gonococcus. A mély coloniák éles határuak, szabálytalan alakúak és ujjszerű kiágazásokat mutatnak; színtük barna. Növekedésük lassú és csak 2 hét alatt éri el maximumát, midőn a coloniák gombostüfejni nagyok. A felületes coloniák meglehetősen szabályos alakúak, éles, csipkés szélűek, üvegszerűek. A ferdén megalvasztott serum-agaron 37° C. hőnél már 12 óra múlva láthatóvá lesz a tenyésztet apró, üvegszerű cseppek alakjában. (Cbl. f. B. u. P. 1893. Nr. 17.)

R.