

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT

KÖZLÖNYE.

SZERKESZTETTE:

HÖGYES ENDRE

EGYETEMI TANÁR.

1895.

HARMINCZKILENCZEDIK ÉVFOLYAM.

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM  
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára  
Budapest, VIII. Baross-u. 23-25  
Telefon: 143-600.

BUDAPEST, 1895.

A PESTI LLOYD-TÁRSULAT KÖNYVNYOMDÁJA.

DOROTTYA-UTCZA 14. SZ.



~~XV/39~~ F 46/1895



~~EP. 2. 25.~~

Leltári szám; F 46/1895.



BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM  
 II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára  
 Budapest, VIII. Baross-u. 23-25  
 Telefon: 143-600.

# TARTALOM.\*



## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

	Oldal
<b>Egyetemi intézetekből, klinikákból és kórházakból.</b>	
<b>Klug Nándor tnr. élettani intézete.</b>	
1. Ónodi Adolf: A hangképző központok kérdéséhez	292, 503
2. Ifj. Klug Nándor: Adatok a gyomoremésztéshez	407, 420
<b>Pertik Ottó tnr. kórboneztani intézete.</b>	
3. Minich Károly: A pylethrombosis venae portae egy esete	197
4. Lovrich József: A hashártyából kiinduló endothelioma számos metastasisssal a belső szervekbe	159
5. Tauffer Emil: Dermoidcysták elsődleges elfajulásáról	479, 493, 506
<b>Bókai Árpád tnr. gyógyszerzeti intézete.</b>	
6. Vámosy Zoltán: A cocain veszélyességéről és a tropacocainról, mint a cocain pótszeréről	10 Gy.
7. Antal János: Felelet Szócs Mózés dr.-nak	296
8. Antal János: 1895 első felében felmerült fontosabb újabb gyógyszerek	7 Gy.
9. Antal János: 1895. második felében felmerült fontosabb újabb gyógyszerek	16 Gy.
10. Schiller Károly: A loretin, a jodoform egy újabb pótszere	4 Gy.
11. Schiller Károly: További adatok a loretin ismeretéhez	485
12. Hrabár Elemér és Schiller Károly: A kalium hypermanganicum mint néhány alkaloid kémiai antidotuma	6 Gy.
<b>Korányi Frigyes tnr. I. belklinikája.</b>	
13. Korányi Sándor: Új módszer az incompensatio korai felismerésére és a szív alkalmazkodási képességének vizsgálatára szívbetegeknél	1, 15
14. Fodor Géza: Egy pemphigus-beteg vizeletéről	25
15. Fodor Géza: A relatív phosphat-kiválasztás diabetes mellitusnál	281
16. Preisach Izidor: A pajzsmirigy hatása a tetaniára	315, 327
<b>Kétli Károly tnr. II. belklinikája.</b>	
17. Jendrássik Ernő: Mellkasi aneurysma szokatlan esete	169
18. Jendrássik Ernő: A mai serumtherapia lényegéről	174
19. Imrédy Béla: Az epeutak megbetegedésének hat esete. Műtét. Gyógyulás	337, 348, 361, 371, 386
20. Dieballa Géza: A ferratinról	155, 171, 185
21. Dieballa Géza: Adatok az anaemia perniciosa gyógyításához	551, 573
22. Donogány Zakariás és Hasenfeld Artur: A subcután táplálásról	527, 540, 555
<b>Réczey Imre tnr. II. sebklínikája.</b>	
23. Kuzmik Pál: Keresztjáji béltömlő (enterocysta) esete	84
24. Gönczy Béla: Betegforgalom az 1892/93. évben	359, 372, 388, 397, 411, 424, 434, 445
25. Wenczel Tivadar: Adatok az idegen testek casuistikájához	593, 605
<b>Kézmárszky Tivadar tnr. I. szülő- és nőbeteg-klinikája.</b>	
26. Polgár Emil: A csontlágylás gyógyítása castratióval	72, 86
<b>Tauffer Vilmos tnr. II. szülő- és nőbeteg-klinikája.</b>	
27. Tóth István: Kraniotomia, sectio caesarea, mesterséges koraszülés egy ugyanazon nőnél szülmedence mellett	13
28. Tóth István: Méhenkívüli terhesség esetei a II. szülészeti és nőgyógyászati klinika gyakorlatában	304, 317, 338, 350, 362, 375, 384, 399, 409, 423, 432
29. Neumann Szigfrid: Újabb adatok az osteomalacia gyógykezeléséhez 9 eset kapcsán	539, 563, 574, 585, 596, 608
30. Grósz Gyula: A II. szülészeti és nőgyógyászati klinika újszülötteinek morbiditása és mortalitása az 1893/94-diki tanévben	48, 62, 73, 88
<b>Schulek Vilmos tnr. szemklinikája.</b>	
31. Schulek Vilmos: Hályogkicsúsztatás horpadtan esonkított lebenynyel és kerek szembogárral	Sz. 1, Sz. 17
32. Grósz Emil: Amaurosis toxica	Sz. 7
33. Grósz Emil: A nagyfokú rövidlátás operatív kezelésének kérdése	Sz. 23
34. Grósz Emil: Az urea sarcomájáról 29 eset alapján	Sz. 32, Sz. 46
35. Blaskovics Fridolin: Chorioiditis disseminata et papilloretinitis albuminurica	Sz. 37
36. Blaskovics Fridolin: Eltávolított idegen testek	Sz. 37
37. Schvarcz Ernő: A szemklinikai glaucomás betegeknek egy évi statistikája	Sz. 36
<b>Fodor József tnr. közegészségtani intézete.</b>	
38. Fodor József: A budapesti „végleges“ vízmű kiépítése	K. 21
39. Rigler Gusztáv: Vizsgálattásokra vonatkozó vizsgálatok	K. 23
40. Hinrichs Sándor: Timsó a budapesti süteményben	K. 31
<b>Laufenauer Károly tnr. elmekór- és gyógytani intézete.</b>	
41. Schaffer Károly: Kimutatás Laufenauer tanár idegbeteg-ambulatoriumának forgalmáról az 1894. évben	296

\* K. = „Közegészségügy és Törvényszéki Orvostan“ melléklet. — Sz. = „Szemészet“ melléklet. — Gy. = „Újabb gyógyszerek és gyógymódok.“



	Oldal		Oldal
42. Nagy Béla: Műveleg előidézett lázas mozgalmak befolyása elmebántalmak gyógyulására ... ..	100	Külfőlegyházi járványkórház.	
43. Ranschburg Pál: Adatok a hypnotikus suggestiv-therapiá kérdéséhez ... ..	305, 318, 329, 341, 353, 364	71. Sor Ferencz: Serummal kezelt 17 eset ... ..	113
Schwimmer Ernő tnr. bőrbeteg-klinikája.		Batizfalvy Sámuel gyógyintézete.	
44. Justus Jakab: A syphilis okozta vérelváltozásokról tekintettel a kór felismerésére és gyógyítására 571, 584, 594,	607	72. Trajtler István: Évi jelentés Batizfalvy Sámuel orvossebészi-testgyógyászati magángyógyintézete 36. és az intézet önálló hidegvízgyógyászati osztályának 7. évi működéséről ... ..	250
Kolozsvári egyetem gyógyszer-tani intézete.		Kövér Kálmán nyilvános gyermekgyógyintézete.	
45. Szőcs Mózes: Kísérletek a kalium hypermanganicummal, mint a phosphor ellenszerével ... ..	269	73. 1891. évi kimutatás az intézetben járólagon gyógykezelt betegekről ... ..	330
46. Szőcs Mózes: Kísérletek a cuprum sulfuricummal, mint a phosphor ellenszerével ... ..	282	74. Alapy Henrik: A húgyhólyag felszívó képességéről 444, 456, 469, 483, 518, 530,	543
Kolozsvári egyetem belklinikája.		75. Alexander Béla: Az aorta felhágó és ívi részletének elégtelenítő belhártyalobjával kapcsolatos szívburkon belüli és abba szakadó ütértágulat ... ..	556
47. Purjesz Zsigmond: A diphtheria terapiájának kritikája különös tekintettel a serumtherapiára ... ..	120	76. Barok József: Alkoholmérgezés 3 éves gyermeknél ... ..	401
48. Purjesz Zsigmond: A serumtherapia kritikájához, különös tekintettel a klinikai tünetekre ... ..	143	77. Baumgarten Egmont: Gégetünetek mint a tabes dorsualis előjelei ... ..	60
Bécsi egyetem II. belklinikája.		78. Baumgarten Samu: Tizenegy év óta fennálló luxatio penis eddig az irodalomban le nem írt okból. Repositio véres úton. Phalloplastica ... ..	131, 145
49. Fodor Géza: A húgysav szerepéről nephritisnél ... ..	383	79. Baumgarten Samu: Megjegyzések Áldor Adolf dr. úrnak a monytrejtőzészről szóló cikkéhez ... ..	274
Strassburgi egyetem gyógyszer-tani intézete.		80. Baumgarten Samu: A gyökeresnek nevezett vizsérvműtét egy új módosítása ... ..	516, 529
50. Dieballa Géza: Néhány narkotikum quantitativ behatásáról a szívre ... ..	292	81. Báthori Béla: A diphtheria gyógykezeléséről Behring-féle vérsavóval ... ..	76
Szt. Rókus-kórház.		82. Braun Lajos: Hemiplegia spastica infantilis cum atrophia nervorum opticorum ... ..	235, 272
51. Ifj. Siklóssy Gyula: Adatok a szemhéjképléshez ... Sz.	11	83. Claus A.: Adatok a loretin ismeretéhez ... ..	443
52. Ifj. Siklóssy Gyula: Szemhéj és arczrak miatt plastikusan műtött esetek ... ..	Sz. 55	84. Cséri János: Újabb tapasztalatok a gyomorbetegségek mechanikai kezeléséről ... ..	4
53. Aschner Arthur: A húgyesőkankó orvoslása argentaminnal 109, 134,	146	85. Cséri János: Válasz Sümei József dr. úr megjegyzésire gyomormassálási eljárásom kérdésében ... ..	40
Szt. István-kórház.		86. Deák Zsigmond: Ulcus durum ritka localisatiója ... ..	460
54. Herczel Manó: Rákos gége teljes kiirtása. Ezüst műgége alkalmazása ... ..	181	87. Donáth Gyula: A hysteriás sokföltű keményedéséről ... ..	503
55. Herczel Manó: Pancreas cysta műtött esete ... ..	431	88. Erőss Gyula: Az újszülött és csecsemőgyermek halandósági viszonyai ... ..	K. 1
56. Herczel Manó: Primaer lépsarcoma miatt végzett lépkiirtás. Gyógyulás ... ..	582	89. Fejér Dávid: A torokdiphtheria helybeli gyógyításáról ... ..	221
Szt. László-kórház.		90. Feleki Hugó: Adatok a monytrövi mirigy és az ondóhólyagok idült gyuladásának ismeretéhez és orvoslásához 466, 481, 494	494
57. Gerlóczy Zsigmond: A serumtherapiára vonatkozó kísérleti adatok ... ..	98, 111	91. Feuer Náthán: A trachoma elterjedettsége Magyarországon és az ellene elrendelt hatósági eljárás ... Sz. 27, Sz.	41
Szt. János-kórház.		92. Fischhof Károly: A trachoma gyógykezelése electro-massageal ... ..	Sz. 24
58. Irsai Arthur: Súlyos gégesyphilisnek kezelése intramuscularis sublimatinjectiókkal ... ..	395	93. Gámán Béla: A szénsavas glaubersós ásványvizek hatása a gyomor működésére ... ..	208
59. Irsai Arthur: A pajzsmirigy therapeutikus használatáról Gy.	1	94. Gergő Samu: Fordítás térdkönyök-helyzetben ... ..	7
60. Polacsek Ignác: Felső ajakképzés az alsó ajakból ... ..	565	95. Goldberger Hugó: Polymastia ritka esete ... ..	75
Stefánia-gyermek-kórház.		96. Hainiss Géza: Adatok a védhímlő-oltás tanához 232, 247, 261, 271,	283
61. Bókai János: A Behring-féle savóval elért eredményeim 96, 108,	123	97. Havas Adolf: A venerikus betegségek prophylaxisa munkások között ... ..	132
62. Bókai János: Orvosi jelentés a „Stefánia“ pesti szegénygyermek-kórház 1894. évi működéséről ... ..	284	98. Havas Zsigmond: Serummal kezelt diphtheritis gyógyult esete ... ..	102
63. Bókai János: Az intubatio tartama gyógyult diphtheriás betegeknél a serumtherapia előtt és ma ... ..	454, 467	99. Horváth Mihály: A Lorenz-féle „Osteoklast-Redresseur“ Gy.	3
64. Berend Miklós: A diphtheria-vérsavóval eddig elért eredmények ... ..	Gy. 13	100. Ihrig Lajos: Homokóra-gyomorról egy operált eset kapcsán ... ..	157, 172
Irgalmas-rend budapesti kórháza.		101. Issekutz László: Pillaszőr a csarnokban ... ..	Sz. 59
65. Jendrassik Ernő: Rekesz alatti tályog esete. Adat a rekesztünet értelmezéséhez ... ..	491	102. Issekutz László: Idegen test okozta mydriasis spastica Sz.	59
Izraelita kórház.		103. Issekutz László: Vérrel kitelő lencsetok ... ..	Sz. 60
66. Stiller Bertalan: A pankreas-rák kórisméjéről ... ..	193	104. Kalmár Ármin: Két nagyfokú s gyógyulással végződött sérülési eset ... ..	436
67. Szili Adolf: Egyszerű látóidegsérülések ... ..	Sz. 8	105. Koreck József: Észrevétel a „Fordítás térdkönyök-helyzetben“ című cikkhez ... ..	30
68. Weisz Gyula: Hirschberg-féle mágnes-műtét ... ..	Sz. 57	106. Krepuska Géza: A külső hangvezető elsődleges rákjának egy esete ... ..	326
Budapesti általános poliklinika.			
69. Vas Bernát és Gara Géza: A lipiki víz élettani hatásáról ... ..	234, 249		
Hódmezővásárhelyi városi szemkórház.			
70. Imre József: Az argentamin használata kötőhártyai bajok ellen ... ..	Sz. 39		



	Oldal		Oldal
107. Krompecher Ödön: A rákserum ... Gy.	2	125. Pándi Kálmán: Az inreflexek mint corticalis je- ségek ...	101
108. Lantos Emil: Chorea és hyperemesis egy esete terhes- ség alatt ...	308	126. Rottenbiller Ödön: Tolysal ... Gy.	15
109. Liebermann Leó: Az italul szolgáló szesz tisztasága K.	26	127. Ruber József: Néhány szó egy új lázellenes szerről, a laktopheninről ...	496
110. Mahler Gyula: Az aethernarkosis s annak alkalmazása a szülészeti és nőgyógyászati gyakorlatban 183, 195, 210, 223	210, 223	128. Steiner Károly: A diphtheritis gyógyítása ...	112
111. Mangold Henrik: Balaton-Füred gyógyhelyi viszonyai- nak javítása ... K.	7	129. Sümegei József: Megjegyzések Cséri János dr. „Újabb tapasztalatok a gyomorbetegségek mechanikai kezelésé- ről“ című cikkére ...	18
112. Marschalkó Tamás: Az úgynevezett „plasmasejtekről“, adatok a lobos beszűrődés sejtjeinek eredetéhez 36, 49, 63	36, 49, 63	130. Sümegei József: Még néhány szó a telt gyomor mas- sageához ...	77
113. Marschalkó Tamás: A venerikus bántalmak terjedése Budapesten és a prostitutio ... K.	33	131. Szenes Zsigmond: Conservatív vagy radicalis álláspontra helyezkedjünk-e heveny esetekben a csecstyujtvány-műtét javallatával szemben? ...	419
114. Marer József: A serumtherapiáról négy eset kapcsán ...	77	132. Szenes Zsigmond: Otitis externa post infectionem ritkább esetéről ...	459
115. Meisels Vilmos: A húgysav mennyileges meghatáro- zása ...	198	133. Szentirmai József: Óriási húgykőnek 7 éves leánynál sectio altával műtett és gyógyult esete ...	237
116. Moskovitz Ignác: Nyelvalatti lobfolyamat egy esete ...	309	134. Szentirmai József: Carbolmérgezés ritka esete ...	237
117. Moskovitz Ignác: A gümőkóros gégebetegyek táplálkozása ...	566	135. Székely Ágoston: A gümőkór gyógyítása serummal Gy.	9
118. Nagy Géza: A hasfal áthatoló sebzése és a vastagbél hasított sebzése után per primam intentionem gyógyulás ...	320	136. Thuróczy Károly: Behring-féle vérsavóval kezelt 152 diphtheritis-esetről ...	219
119. Nagy Gusztáv: A gyomormasszáls kérdéséhez ...	101	137. Tomka Samu: A kengyel fejlődési rendellenességei ...	207
120. Nékám Lajos Sándor: Adatok a bőr elastikus rostjai- nak működéséhez és topographiájához ...	257	138. Torday Ferenc: Diphtheria-ellenes gyógy- és védoltá- sok Békésmegyében ...	245, 259
121. Ormay József: Megjegyzések azon kérdéshez, vajjon a gyomor masszálását telt vagy üres állapotában végezzük-e? ...	65	139. Weisz Ede: A szívincompensatio okairól szájadék- s billentyűbántalmaknál ...	28
122. Ostermayer Miklós: Adat az inveterált traumatikus csípő- izületi ficzámok operatív kezeléséhez ...	2, 17	140. Weisz Ede: A heveny sokizületi csúsz complicatiói ...	295
123. Ostermayer Miklós: Adatok a golyva operatív kezelé- séhez ...	515, 541, 553	141. Wohl Izor: Enuresis nocturna gyógyulása typhus abdo- minalis után ...	125
124. Ötvös József: Az 1892/93. évi székes fővárosi cholera oka ...	26, 38, 51		

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

	Oldal		Oldal		Oldal
Magyar Tudományos Akadémia ...	41, 557	Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete ...	20, 200, 310, 333, 566	XXIV. berlini sebész-congressus ...	216, 290, 302, 392, 404, 417
Budapesti királyi orvosegyesület ...	30, 41, 52, 78, 90, 102, 113, 126, 136, 149, 160, 175, 199, 212, 225, 237, 251, 267, 275, 497, 508, 520, 532, 544, 558, 576, 587, 598	Országos magyar balneologiai egyesület ...	161	Német nőorvosok VI. congressusa ...	286, 298, 309, 321, 332, 344, 355, 366
Közkórházi orvostársulat ...	7, 20, 42, 54, 67, 79, 91, 114, 137, 149, 187, 213, 238, 262, 276, 485, 497, 509, 521, 533, 577, 588, 610, 617	Erdélyi muzeum-egylet orvostermészet- tudományi szakosztálya ...	32, 43, 114	Német bőrgyógyászok egyesületének V. congressusa ...	561, 569
Élettani értekezletek ...	66, 354	Biharmegyei orvos-gyógyszerési és ter- mészet tudományi egylet ...	243, 377, 390, 401, 413, 426, 437, 447, 460, 472	Német otologiai társaság IV. ülése ...	440, 453, 477, 513, 525, 537
		Belorvosok XIII. congressusa Münchenben ...	178, 190, 202	Francia sebészek IX. congressusa ...	548
				Párisi szemorvosok egyesülete Sz. 14. Sz. 25, Sz. 47	47

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetések.

	Oldal		Oldal		Oldal
1. Baginsky: Die Serumtherapie der Diphtherie ...	311	12. Charcot et Pitres: Les centres mo- teurs corticaux chez l'homme ...	177	24. Hoffmann: Vorlesungen über all- gemeine Therapie ...	403
2. Belky: Törvényszéki orvostan ...	56	13. Chotzen: Alumnol, ein Antigonon- rhoicum ...	391	25. Hutya: Allategészségügyi évkönyv az 1894. évre ...	568
3. Bernheim: Immunisation et sérum- thérapie ...	546	14. Clark, Hadley and Chaplin: Fibroid diseases of the lung ...	8	26. Konrád: Az elmekórtan gyakorlati- lag fontos tételei tekintetével a köz- igazgatásra ...	176
4. Biringer: A nyitra vármegyei orvos- gyógyszerési és természet tudományi egyesület 1893/94-diki évkönyve ...	438	15. Drasche: Bibliothek der gesamten medizinischen Wissenschaften ...	164	27. Korányi Sándor: Az ideggyógyászat alapvonalai ...	356
5. Bókai: Gyakorlatilag fontosabb mérgezések ...	578	16. Eisenhart: Die Wechselbeziehungen zwischen internen und gynackologi- schen Erkrankungen ...	462	28. Körösi: A heveny fertőző betegedé- sek statistikája az 1881—1891-diki évekről és az időjárás befolyásának vizsgálata ...	44
6. Bókai, Kétli és Korányi: A bel- gyógyászat kézikönyve ...	590, 600, 612	17. Escherich: Diphtherie, Croup, Se- rumtherapie ...	103	29. Lakits és Prochnow: A magyar or- vosok és természetvizsgálók XXVII. vándorgyűlésének történeti vázlata és munkálatai ...	33
7. Bókai, Klug, Pertik und Goldzieher: Physiologische Studien aus Institu- ten der Universität Budapest ...	92	18. Fenwick: The dyspepsia of phthisis, its varieties and treatment ...	287	30. Léon-Petit: Le phthisique et son traitement hygiénique ...	414
8. Brissaud: Leçons sur les maladies nerveuses ...	188	19. Ferroud: L'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adult ...	139	31. Loewenfeld: Die moderne Behand- lung der Nervenschwäche, der Hysterie und verwandter Leiden ...	510
9. Brügemann: Ueber Asthma, sein Wesen und seine Behandlung ...	265	20. Fuchs: Hippocrates' sämtliche Werke ...	427	32. Löw: A magyar szent korona or-	
10. Buday: A csontok és ízületek gümő- kórja ...	127	21. Fürbringer: Die Störungen der Geschlechtsfunctionen des Mannes ...	201		
11. Bukovszky: Budapest székes-főváros központi fertőtlenítő intézetének év- könyve ...	33	22. Glantenay: Chirurgie de l'uretère ...	498		
		23. Hainiss: A védhímlőoltás (vaccinatio) kézikönyve ...	21		



	Oldal		Oldal		Oldal
számai balneologiai egyesületének 1895-iki évkönyve	379	41. Posner: Therapie der Harnkrank- heiten	366	50. Speisezettel (365) für Zuckerkranke	277
33. Ludwig: Medicinische Chemie	115	42. Preysz: Földirodalmi könyvtár	334	51. Szontagh: Új Tátrafüred éghajlati viszonyai	115
34. Marschalkó: Lipik gyógyfürdő Szlavoniában	215	43. Rieder: Handbuch der ärztlichen Technik	559	52. Tauszk: A belgyógyászat alapvonalai	150
35. Mygind: Thyroiditis acuta simplex	522	44. Rosenberg: Die Behandlung der Gonorrhoea nach neuen Grundsätzen	80	53. Temesváry: Anyák egészségügyi könyvtára	322
36. Noorden: Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung	474	45. Schaffer: A hypnotismus élettani, gyógytani és törvényszéki szempont- ból	240	54. Ughetti: Das Fieber	299
37. Nothnagel: Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneum	449	46. Schaffer: Suggestion und Reflex	344	55. Wegele: Die physikalische und medi- camentöse Behandlung der Magen- und Darmerkrankungen	487
38. Ogilvie Will: Lectures on genito- urinary diseases	252	47. Schilling: Diätotherapie	265	56. Wolff: Die moderne Behandlung der Lungenschwindsucht	68
39. Ötvös: Az 1892/93. évi budapesti fő- és székvárosi cholera oka	510	48. Schützenberger: Az egészség- és gyógyításügyi helyes szervezése köz- ségek számára	44	57. Zenker: Tausend Staaroperationen. Bericht aus der augenärztlichen Praxis Sr. kgl. Hoheit des Herzogs Carl in Baiern	Sz. 38
40. Ötvös: Budapest székes fővárosban 1893. év második felében fellépett cholera oka	510	49. Schwartz: Az elmebetegék jog- védelme	226, 534		

## II. Lapszemle a következő rovatok alatt az egyes számokban.

- I. Kórtan. Összesen 29 közlés.  
 II. Gyógyszer- és méregtan. Összesen 10 közl.  
 III. Belgyógyászat. Idegkórtan. Összesen  
 37 közlés.  
 IV. Sebészet. Összesen 89 közlés.  
 V. Szülészeti és nőgyógyászat. Összesen  
 4 közlés.  
 VI. Gyermekegyógyászat. Összesen 23 közlés.

- VII. Bőrgyógyászat és bújakórtan. Összesen  
 7 közlés.  
 VIII. Orr-, garat- és gégebetegségek. Összesen  
 3 közlés.  
 IX. Szemészet. Összesen 16 közlés.  
 X. Közegészségtan és törvényszéki orvos-  
 tan. Összesen 26 közlés.  
 E rovatokat a szerkesztőség kivül

következő urak gyarapították közléseikkel:  
 Aschner Arthur, Aujezsky Aladár, Baumgar-  
 ten Samu, Berend Miklós, Boross Ernő, Chu-  
 dovszky Móricz, Endersch Leo, Járó Ferencz,  
 Kuthy Dezső, Loewy Leo, Nádory Béla, Neu-  
 mark Sándor, Novotny Lajos, Rigler Gusztáv,  
 Scholtz Kornél, Schwarcz Ernő, Torday Ferencz,  
 Váli Ernő és Vámosy Zoltán.

## III. Apró jegyzetek.

Az orvosi irodalomban előforduló legújabb orvosi rendelet-formulák, kisebb gyógyításmód-leírások; minden számban néhány  
 összesen 163 közlés.

## TÁRCZA.

	Oldal		Oldal		Oldal
Az év lejárta, az újév elején	10	Edelmann Menyhért: Bártfa-Fürdőről	228	† Czakó Kálmán	548
Schwimmer Ernő: Orvosi gyakorlat; diagnostikai és gyógykezelési téve- dések	10, 22, 34, 45	A budapesti egyetem évi ünnepélye 1895. május 13-án	241, 254	Doctor Sándor: A francia sebészek IX. congressusa	548
A harmadik egyetem	57	† Takács Endre	290	Nékám Lajos Sándor: Párisi intézetek	549
Nékám Lajos Sándor: Az orvosi kikép- zés Franciaországban	69, 82	† Verneuil Aristide	301, 313	Mihalkovics Géza: Az anatómiai műne- vek (nomina anatomica) reformá- lása	560
† Zombori Lippay Gáspár	82	Nékám Lajos Sándor: Az orvosi pálya Franciaországban	324, 335, 368	Justus Jakob: A német bőrgyógyászok egyesületének V. congressusa	561
Moldoványi István: Egy XVII. század- beli gyógyszerész könyve a pestis- ről	105	Szabó Sándor: A müncheni egyetemi szülő- és nőgyógyító klinika	346	Tanácskozás a fogorvosi kiképzés és fogorvosi gyakorlat rendezésének ügyében	580
Schiller Károly: A theriaka	118	Nékám Lajos Sándor: Külföldi fakultá- sokból	357	Női orvosi iskola Szent-Pétervárott	580
Úti levelek Belgiumból és Hollandiából	129	Szenes Zsigmond: Moos S. tanár †	368	Nékám Lajos Sándor: Spanyolországból	591, 602
Högyes Endre: Elnöki megnyitó a ma- gyar orvosi könyvkiadó-társulat évi közgyűlésén	152	Fejér Dávid: Asepsis a bábáknál	416	Goldzieher Vilmos: Emlékbeszéd Helm- holtz Hermann fölött	Sz. 49
Ihrig Lajos: Német sebészeti iskola, irá- nyok és elvek 165, 179, 191, 203, 217, 229, 267	279	Nékám Lajos Sándor: Párisi kórházak	429	Kétli Károly és Bókai János: Állati hímlőnyirkot termelő országos inté- zet felállítása	K. 9
Jendrassik Ernő: A belorvosok XIII. congressusa Münchenben	178, 190	Szenes Zsigmond: A német otologiai társaság IV. ülése	440, 453, 477, 513, 525	Állami serum termelő-telep vagy Pasteur- intézet?	K. 13
† Ludvig tanár	216	Korányi Frigyes: Klinikai megnyitó beszéd	451	Major Antal: Az egészségügyi törvények végrehajtásának akadályai és a köz- ségi orvosok helyzete	K. 29
Haberern Pál: A XXIV. berlini sebész- congressus 216, 290, 302, 392, 404,	417	Réczey Imre: Klinikai megnyitó előadás	463		
		† Louis Pasteur	475		
		Temesváry Rezső: Thure Brandt	488		
		Magyarország közegészségügye 1894-ben	500, 512		

## HETI SZEMLE.

	Oldal		Oldal		Oldal
A diphtheritis serumtherapiája	11, 22, 34, 47, 58, 70, 91, 118, 129, 141, 168,	Belügyministeri rendelet a kézi gyógy- szertárak tárgyában	70	Meghívás a magyar orvosi könyvkiadó- társulat évi közgyűlésére	107
Intézet a fertőző betegségek tudományos és gyakorlati vizsgálatára	22	Az országos központi védhímlőoltó-inté- zet kimutatása	83	A budapesti orvosi kör országos segély- egyletének pénztárába történt be- fizetések	141, 230, 581
Kimutatás a Semmelweis-emlék gyűjtésé- nek eredményéről	35, 336,	Belügyministeri körrendelet a diphtheria elleni serum szétküldése tárgyában	94	A magyar orvosi könyvkiadó-társulat évi közgyűlése	153, 167
Belügyministeri rendelet a hypnotizálás gyakorlása tárgyában	58	Budapest fő- és székváros egészsége az 1894. év II. felében	106	Értekezlet az új orvosdoktori szigorlati rend tárgyában	166



	Oldal		Oldal		Oldal
A „Belgyógyászat kézikönyve“ szerkesztőinek észrevételei	204	Egyezmény a határszéli forgalom korlátozásáról cholera idején	336	mára rendelt gyógyszerek költségének viselése tárgyában	561
A rák elleni serumról	217, 255	Kőrösi-féle pályadíjak	369	A nők orvosi kiképzésének kérdése	580
A békésmegyei antitoxin-oltások diphtheria ellen	218	Körrendelet az állami anyakönyvvezetés behozatala tárgyában	381, 393, 442	A magyar dermatológusok és urológusok egyesületének ülése	591
A M. T. Akadémia ünnepélyes közgyűlése	243	Budapest fő- és székváros egészsége az 1895. év I. felében	405	Vegyesek — minden szám végén.	
A budapesti kir. orvosegyesület rendkívüli közgyűlése a szakosztályok felállítására tárgyában	267	Tauszk Ferencz dr. nyilatkozata	442	Ministeri rendelet a nőknek egyetemre bocsátása tárgyában	616
Grósz Albert 50 éves doktorságának jubileuma	268	A budapesti kir. m. tudomány-egyetem ünnepélyes megnyitó ülése	453	A közközházi orvostársulat évszázó közgyűlése	617
Ovatio Csatóry Lajosnak	268	Bókai János tanár eredményei a diphtheria-serummal	464	Heti kimutatás a szt. Rókus- és szt. István-kórházban ápolott betegekről — minden számban.	
Német gynaekologusok Budapesten	291	Pasteur temetése	490	A fővárosi statisztikai hivatal heti kimutatása — minden számban.	
Balneologiai kirándulás Marillába	303	Belügyministeri rendelet a közegészségi évi jelentések beküldése tárgyában	501	Budapest fő- és székváros közegészségi állapotának havi kimutatása 12, 47, 83, 180, 192, 324, 369, 394, 442, 464, 570	570
Semsey-alapítvány a hazai tudományos búvárkodás előmozdítására	336	Rosenbach tanár levele Tauszk dr. ügyében	501		
Cholera hírek 336, 430, 441, 464, 489, 501, 550,	561	A tisztviselői vizsgák eredménye	537		
		Körrendelet a vagyontalan betegek szá-			

## TÁRGYMUTATÓ.

	Oldal		Oldal		Oldal
Aconitin mérgező volta	614	Athetosis bilateralis esete	544	12, 47, 83, 180, 192, 324, 369, 394, 442, 464,	570
Acne gyógyítása	116	Állami anyakönyvvezetés behozatala tárgyában körrendelet	381, 393, 442	Budapest egészségének félévi kimutatása	106, 405
Actinomycosis gyógyítása	590	Állsont-resectio	379, 547	Budapesti fürdők értéke	161
Addison-kór gyógyítása	487	Állsontörés	43, 114	Budapesti kir. orvosegyesület 30, 41, 52, 78, 90, 102, 113, 126, 136, 149, 160, 175, 199, 212, 225, 237, 251, 267, 275, 497, 508, 520, 532, 544, 558, 577, 587,	598
Adhaesio	601	Állkapocs-ankylosis műtett esete	547	Budapesti vízmű kiépítése	K. 21
Aether-narcosis	104	Álmatlanság orvoslása	536	Bujakör I. syphilis.	
Aether-narcosis a szülészetben és nőgyógyászatban	183, 193, 210, 223	Ásványvizek megadóztatása	161	Buziási napfürdő	162
Aether-narcosis utáni hányás megelőzése	240	Bacterium, új vízi	354	Carbolkötés, nedves	523
Agy kórtanához és sebészetéhez adatok	312	Bacteriumok együttműködése	403	Carbolmérgezés	237
Agy-gerinczagylob gyógyítása	201, 277	Bacteriumok újszülöttek belében	428	Carbolmérgezés kezelése	614
Agygerinczagylob, serumnal kezelt	601	Balaton-Füred gyógyhelyi viszonyainak javítása	K. 7	Carcinoma — l. rák.	
Agyalapi lob, syphilitikus	532	Balneologiai congressus, V. magyar	161	Caput obstipum műtéve	278
Agybajoknál Quincke-féle lumbal punctio	262	Balneologiai egyesület közgyűlése	161	Catgut, szárazon sterilizált	128
Agydaganat műtett esete	288	Balneologiai kirándulás Marillába	303	Chinin rendelése	568
Agydaganatok diagnostikája	9	Basch-féle sphymomanometer javítása	33	Chloralhydrat külső használata	265
Agyhártyalob — gümös — diagnosis	139	Basedow-kór pathogenesise	546	Chloroformozás utáni hányás kezelése	139
Agysebészet haladása	450	Basedow-kór gyógyítása	227	Cholelithiasis l. epeköbetegség.	
Agytályog operált esete	213	Batizfalvy intézetének évi jelentése	250	Cholera idején határszéli forgalom korlátozásáról egyezmény	336
Airol	Gy. 7	Bábáknál a sepsis	416	Cholera — székesfővárosi — oka 26, 38, 51	
Ajakképzés, felső az alsó ajakból	565	Bártfa-fürdő	228, 266, 390	Cholera bacillus resistentiája és virulentiája	K. 32
Akadémia, magyar tudományos	41, 557	Bárzsingmetszés, külső	535	Cholera hírek 336, 430, 441, 464, 489, 501, 550,	561
Akadémia, magyar tudományos, ünnepélyes közgyűlése	243	Bárzsingszűkület gastrostomiával és retrograd dilatatóval kezelt esete	239	Cholera terjedésének feltételei	K. 46
Alkohol-mérgezés 5 éves gyermeknél	401	Belgyógyászat kézikönyve szerkesztőinek észrevételei	204	Cholera nál fertőtlenítés	K. 32
Alkoholisták idült gastritise elleni orvosság	289	Belorvosok XIII. congressusa 178, 190, 202		Chorea gyógyítása	189, 547
Alopecia syphilitica	80	Bélszatorna fertőtlenítése	K. 32	Chorea ritkább alakja	533
Alopecia gyógyítása	345	Bélelzáródás	189	Chorea terhesség alatt	308
Alszár visszeres csomóinak műtéve	356	Bélresectio	54, 251	Chorioidea sarcómája	611
Alszárfekély, syphilis okozta	486	Bélszűkület műtett esete	138, 264	Choriooiditis disseminata et papillo-retinitis albuminurica	Sz. 37
Alszártörés, fennjárva kezelt	32	Béltömlő, keresztjáji	84	Citrophen	16
Amaurosis toxica	Sz. 7	Bélvarrat, circularis	547	Cocain-mérgezés	546
Anaemia gyógyítása	439, 590	Bélvarrat, új	323	Cocain veszélyessége	Gy. 10
Anaemikus egyének gyomorzavarainak gyógyítása	415	Bélvarrat, Vydenham Maunsell-féle	300	Coccygodynia gyógyítása	300
Anaemia perniciosa esete	497	Biharmegyei orvosgyógyászati és természet-tudományi egylet 343, 377, 390, 401, 413, 426, 437, 447, 460,	472	Colitis membranacea gyógyítása	559
Anaemia perniciosa gyógyítása	551, 573	Blepharotomia	239	Congressus — balneologiai	161
Anancasmus	576	Boncziani műnevek reformálása	560	Congressus — belgyógyászati 178, 190, 202	
Anatomiai műnevek reformálása	560	Bor, 175 éves	K. 11	Congressus — berlini sebészeti 216, 290, 302, 392, 404,	417
Anchylostoma gyógyult esete	611	Boral	Gy. 16	Congressus — francia sebészeti	548
Aneurysma aortae	149, 556	Böratrophia — foltos — terhesség alatt	588	Congressus — német nőgyógyászati 286, 298, 309, 321, 332, 344, 355,	366
Aneurysma aortae nál tüdővérzés	367	Börátültetés, Thiersch-féle	300	Congressus — német bőrgyógyászati 561, 569	
Aneurysma arterioso-venosum sinus cavernosi	149, 212	Börbajok gyógyítása	278, 334, 391	Congressus — német filgyógyászati 440, 453, 477, 513, 525,	537
Aneurysma, mellkasi	113, 169	Börfarkas kezelése	189	Conjunctiva — l. kötőhártya.	
Angioma — subcután — gyógyítása	450	Bőr elastikus rostjainak működése és topographiája	257	Copaiva-balsam okozta erythema	276
Angolkór — l. rachitis		Bőrgyógyászok — német — egyesületének V. congressusa	561, 569	Cornutin	312
Antipyrin a gyermekgyógyászatban	511	Börkörtani osztály moulage-készítményei	262	Coxitis — l. csípőizületi lob.	
Antipyrin helyi érzéstelenítő hatása	462	Börlob, primula obconica által előidézett	367	Croup kezelése	288
Antispasmin	9	Börön előforduló mikroorganizmusok K.	46	Cutol	Gy. 16
Aorta-aneurysma	149, 556	Brachygnathia esete	225, 587	Czakó Kálmán	548
Apolysin	415, Gy. 16	Bradycardia influenza után	277	Czombütér és visszer egyidejű alakötése	323
Arctrák kezelése pyoktaninnal	238	Bright-kór — l. veselob		Csatáry Lajosnak ovatio	268
Argentamin kötőhártyai bajok ellen	Sz. 39	Bromvegyület, organikus	81	Csecsemő belében a liszt kihasználása	415
Arsen bőr alá fecskendése	44, 579	Bronchitis — l. hörghurut		Csecsemők hasmenése elleni szer	278
Arteriitis pulmonalis	240	Bronchiectasia — l. hörgtágulat.			
Arthritis uratica — l. köszvény		Brunns-féle járó sín	81		
Arthrodesisek eredményei	403	Bubo gyógyítása	30, 439		
Asa foetida női bajokban	499	Budapest egészségének havi kimutatása			
Asepsis a bábáknál	416				
Astigmatismus szerepe a hályogképződés aetiologiájában	Sz. 25				
Ataxia hereditaria Friedreich esete	532				



	Oldal		Oldal		Oldal
Csecsemőkori gyomorbetegségek	151	Epekőbetegség gyógyítása olaj-csőrékkel	177	Gonorrhoea gyógyítása 33, 109, 134, 146,	536
Csecsenyűtvány műtét javaslata heveny esetekben	419	Epekőbetegségek operált esetei	78	Gonorrhoea okozta rheumatismus és gyógyítása	164
Csecsenyűtványlob műtett esete	534	Epeutak megbetegedésének hat esete 337, 348, 361, 371,	386	Gonorrhoea recti	67
Csípőizületi contracturák gyógykezelése	213	Epididymitis gonorrhoeica gyógyítása 104,	334	Gonorrhoeanál prostatitis	536
Csípőizületi ficzam — idült traumatikus — operatív kezelése	2, 17	Epilepsia gyógyítása	33	Grove-féle vízsterilizáló	611
Csípőizületi lob — gümös — kezelése camphornaphthollal	201	Epilepsia, nem irritatio által okozott	415	Grósz Albert 50 éves doktorságának jubileuma	268
Csontgümőkór gyógyítása kén- és iszapfűrdőkkel	163	Erdélyi muzeum-egylet	32, 43	Gümöbacillusok kimutatása köpetben	356
Csontlágulás esete	160	Erysipelas gyógyítása	300	Gümöbacillusok kimutatása tejben	K. 32
Csontlágulás gyógyítása castratióval 72,	86	Erythema, copaiva-balszam által okozott	276	Gümöbacillusokra a kreosot befolyása	115
Csontlágulás gyógykezeléséhez adatok 539, 563, 574, 585, 596,	608	Erythema exsudativum bullosum pemphigoidem	114	Gümőkór öröklése	498
Csonttörés — többszörös —, syphilis okozta	486	Exophthalmus, önként visszafejlődő	161	Gümőkór serumtherapiája	403, Gy. 9
Csukamájolaj ízének javítása	415	Égetési sebek gyógyítása	56, 391	Gümőkór terjedése tej útján	K. 32
Csúz — heveny sokizületi — complicatiói	295	Élettani értekezletek	66, 354	Gümökóros gégebetegyek táplálkozása	566
Csúz — sokizületi — és gégebaj	448	Érverés ritmusának szabályossága	428	Gümökórra a nap befolyása	21
Csúz — izületi — lefolyásában végtag-űzők	33	Erzéki csalódás	354	Gümös csontok és ízületek kezelése	614
Delirium tremens gyógyítása 33, 92, 379,	499	Érzéstelenítés, helybeli	177	Gümös nyakmirigyek subcután kiirtása	213, 275
Dermatitis universalis rubra	114	Év lejártán, új év elején	10	Gymnema silvestre	Gy. 7
Dermatologusok és urologusok egyesülete, magyar	591	Fagydagánat gyógyítása	450, 614	Gyermekbetegségeknel suggestio	151
Dermoidcysták elsődleges rákos elfajulása	479, 493, 506	Fagyott kezek orvoslása	151	Gyermekgyógyászatban antipyrin	511
Diabetes insipidus gyógyítása	379	Farkastorok nagyfokú kagylóhypertrophiával	567	Gyermekek hasmenésének gyógyítása 44,	568
Diabetes mellitus gyógyítása	322, 474	Fejlődési rendellenesség	401	Gyermekek lázas betegségeinél meleg sósfürdők	227
Diabetes mellitus 15 hónapos gyermeknél	437	Fekélyek — torpidok — gyógyítása	164	Gyermekek pavor nocturnusának lényege	545
Diabetesnél gastrikus krisisek	322	Ferratin	155, 171, 185	Gyomorbetegségek a csecsemőkorbán	151
Diabetes mellituskánál relativ phosphat-kiválasztás	281	Ferripyrin és ferropyrin	Gy. 7	Gyomorbetegségeknel massage 4, 18, 40, 65, 77,	101
Diabetikusoknak való kenyér	367	Fertőzés anyatejjel	415	Gyomor-bélhuzam bacteriumai	299
Diarrhoea gyógyítása csecsemőknel	278	Fertőző betegségek vizsgálatára intézet	22	Gyomor-bélműtétetek esetei	32
Diarrhoea — gyermekkori — gyógyítása	568	Fertőző betegségekre befolyása a láznak és leucocytosishnak	189	Gyomoremésztés	407, 420
Dieffenbach-féle szemhéjképlés	589	Filix mas okozta megvakulás	52	Gyomorfejtés elleni szer	128
Digitoxin	253	Filix mas rendelése	164	Gyomorfejtés gyógyítása	240, 415, 428
Diphtheria-bacillusok látszólag egészséges egyének torkában	K. 46	Foghúzás utáni vérzés csi lapítása	428	Gyomorphurut — idült — gyógyítása alkoholistáknál	289
Diphtheria-ellenes gyógy- és védőtások Békésmegyében	245, 259	Fognyaló kezelése	253	Gyomororbáncz	601
Diphtheria elleni immunizálás	499	Fogorvosi kiképzés és gyakorlat rendezése	580	Gyomormosás indicatiói	474
Diphtheria elleni serum szétküldése tárgyában belügyministeri rendelet	94	Fordítás térkönyök-helyzetben	7, 30	Gyomorrák műtett esete	212, 544
Diphtheria incubatio tartama	428	Formanid helyi érzéstelenítő hatása	462	Gyomorresectio	188, 251
Diphtheria kutyánál	80	Framboesia syphilitica capillitii	238	Gyomorsérülés	55
Diphtheria-toxin előállítás	498	Frémont mikroszkopja	462	Gyomorzavarok orvoslása vérszegényeknél	415
Diphtheriából kigyógyultak torkában meddig marad meg a diphtheritis-bacillus	K. 46	Furunculosis gyógyítása	487	Gyomorra hatása a keserű anyagoknak	354
Diphtheriánál bacteriologiai vizsgálatok	9	Fül- és gégeorvosok egyesülete 20, 200, 310, 333,	566	Gyomorra hatása a szénsavas glaubersós vizeknek	208
Diphtheritis gyógyítása	112, 221	Fül — külső — ezemája	67	Gyógyszerek ingyenes rendelése tárgyában körrendelet	561
Diphtheritis-bacillus életképessége az orrüregben	33	Fülbajok ellen microcin	189	Gyógyszerek, újabbak 177, Gy. 7, Gy.	16
Diphtheritis serumtherapiája 11, 22, 34, 47, 58, 67, 68, 70, 76, 77, 79, 94, 96, 98, 102, 108, 111, 113, 118, 123, 129, 141, 168, 192, 215, 219, 252, 401, 414, 428, 464, Gy.	13	Fülfolyás — idült — gyógyítása	547	Gyógyszertárak — kézik — tárgyában belügyministeri rendelet	70
Diphtheritis serumtherapiájának kritikája	120, 126, 136, 143	Füllob — külső — fertőzés után	459	Haematonephrosis interstitialis	299
Dobürből eltávolított idegen test	200	Fürdők sajtóbeli viszonyai	161	Haemorrhoidalis csomók gyógyítása 265,	487
Dobürlob, genyedő, halálos kimenettel	534	Fürdővíz bacteriologiai vizsgálata	K. 11	Haemorrhoidalis csomók műtéve	81
Duodenalis fekély áttörésénél műtetés	588	Galandféreg elhajtása	201, 536, 579, 601	Hallószerv-készítmények	175
Duodenum fekélye sebészi szempontból	536	Galandféreg eltávolítása a húgyvesővön	511	Halképző központok	292, 503
Dysenteria gyógyítása	278, 450, 559	Gallanol	227	Halképző — és kagylóképlés esete	138
Dysmenorrhoea gyógyítása	104	Gallicin	Gy. 7	Halképző — külső — elsődleges rákja	326
Dystrophia muscularis progressiva	377	Ganglionok gyógyítása	215	Hasseb, áthatoló eventratióval	114
Echinococcus-betegség elterjedése	K. 32	Gangraena dolorosanal idegátmetés	44	Hasürbeli daganat	150
Echinococcus colli	611	Garat-alképlet	225	Hashártya-tuberculosis és rák esete	377
Echinococcus a májban	79, 214	Garatlob — phlegmonosus — halálos kimenettel	68	Hashártyalob — gümös — kezelése	300
Eczema gyógyítása	462	Garatmögötti tályogok kórkutana	104	Hashártyából kiinduló endothelioma	159
Egészségügyi törvények végrehajtásának akadályai	K. 29	Genyesztő bacterium, új	268	Hasmenés — l. diarrhoea.	
Egyetem — budapesti — évi ünnepélye	241, 254	Genyesztő cococcusokkal vizsgálatok	21	Hasnyálmirigy — l. pancreas.	
Egyetem — budapesti — megnyitó ünnepélye	453	Gerinczagi elfajulás — másodlagos — időbeli sorrendje az egyes pályákban	66	Havi vérzés — l. menstruatio és dysmenorrhoea.	
Egyetem, harmadik	57	Gerinczvelőelváltozásai Stenon-kisérletnél	66	Hályog-kicsúsztatás horpadtan csontkitott lebenynyel	Sz. 1, Sz. 17
Elmebántalmak befolyásolása lázas mozgalmak által	100	Gége-megbetegedése sokizületi csúznál	448	Hályogoperálás	Sz. 13
Emlőbántalom, Paget-féle	114	Gége metszett sebének varrása	547	Hályog, perinuclearis	Sz. 38
Emlőtültengés esete	532	Gége — rákos — teljes kiirtása	181	Hályog — utó — discissiója utáni glaucoma	Sz. 48
Endometritis — l. méhbellob.		Gége- és fülrovosok egyesülete 20, 200, 310, 333	333	Helmholtz fölött emlébeszéd	Sz. 49
Endothelioma, hashártyából kiinduló	159	Gégedaganat	32, 44	Hemianopsia esete	Sz. 16
Enuresis nocturna gyógyítása	151, 601	Gégegümőkórosak táplálkozása	566	Hemicrania gyógyítása	128
Enuresis nocturna gyógyulása typhus abdominalis után	125	Gégekiirtás öngyilkossági ezélből	31	Hemicrania aequivalense	601
		Gégesérülés	55, 79	Hemiplegia spastica infantilis cum atrophian optici	235, 272
		Gégesyphilis kezelése sublimat-injectiókkal	334, 395	Hemiplegia spastica, veleszületett cerebriális	558
		Gégeszűkület	20, 333	Here-ectopia	160
		Gégeszűkület műtett esetei	91	Hereburok daganata	189
		Gégetünetek mint a tabes előjelei	60	Herelob syphilis korai szakában	610
		Glaucoma aetiologiaja és terapiája Sz.	26	Herpes genitalis gyógyítása	403
		Glaucoma esetek statistikája a szemklinikáról	Sz. 36	Hess-féle ptosis műtét	589
		Glycerin-mérgezés	300, 499	Higanygőzök levegőben	K. 12
		Golyva kezelése pajzsmirigygyel	113, 323	Higanymérgezés — idült — gyógyítása	151
		Golyva kezelése thymus-mirigy etetéssel	345	Himlőnyirkot termelő országos intézet felállítás	K. 9
		Golyva operatív kezelése 176, 515, 541,	553	Hirschberg-féle mágnes-műtét	Sz. 57
		Gombamérgezések	523		
		Gonococcus biologiaja	116		
		Gonococcus tenyésztése	188		
		Gonorrhoea egy csecsemő szájüregben	151		



	Oldal		Oldal		Oldal
Homokóra-gyomor	157, 172	Köszvény kór- és gyógytana	188, 511	Méhenküveli terhesség	304, 317, 338, 350, 362, 375, 384, 399, 409, 423, 432
Hortyogók hártás elzáródása	200	Kötőhártya betegségeinél argentamin Sz. 13,	39	Méhfibroma	252
Hörghurut — heveny — gyógyítása	579	Kötőhártya alatti sublimat-injectiók Sz. 15, Sz.	16	Méhkiirtás	92, 149, 239
Hörghurut — idült — gyógyítása	547	Kötőhártyalob — diphthériás — gyógyí- tása serummal	60	Méhrák kezelése	568, 598
Hörgtágulat gyógyítása	278	Kövér gyermekgyógyintézetének évi je- lentése	330	Méhrepedés	448
Hőszabályozás és vasomotorius ideg- rendszer	41	Közegészségi évi jelentések beküldése tárgyában belügyministeri rendelet	501	Méhszaj rigiditása ellen cocain	81
Húgy, véres	177	Közegészségügy Magyarországon 1894-ben	524	Méhszájhántó műszer	275
Húgybeszűremkedés	487	Közegészségi egyesület, országos	22	Méhvérzés orvoslása	265
Húgyfelfogó edény nők számára	68	Közlekedési orvostársulat 7, 20, 42, 54, 67, 79, 91, 114, 137, 149, 187, 213, 238, 262, 276, 485, 497, 509, 521, 533, 577, 588, 610,	617	Mérgezősek gombákkal	523
Húgyveső hátsó részének irrigatioja catheter nélkül	265	Kraniotomia, sectio caesarea, mesterséges koraszülés ugyanazon nőnél	13	Mérgezőseknél a víz szerepe	67
Húgyvesőkankó — l. gonorrhoea.		Kreosot befolyása a gümöbaccilusok viru- lentiájára	115	Microcidin fül- és orrbajoknál	189
Húgyvesőkó-eltávolítás súlyos követke- zményei	439	Külföldi facultásokból	357, 380	Migrain l. hemicrania.	
Húgyvesőlob, bacterium coli által okozott	164	Labdacok sellak-salol burokkal	9	Monyrejtőzés	274
Húgyvesőlob, hártás	90	Lactophenin	496	Monytövi mirigy idült lobja	466, 481, 494
Húgyvesőlob, papillomatosis	532	Lactophenin mellékhatása	547	Moos	368
Húgyvesőmetzés, belső	577	Landy-féle hűtés	263	Murphy-féle gomb	288, 499
Húgyvesőplastica	188	Lapoczká veleszületett magas állása	587	Murphy-gyűrűvel végzett gastroduodeno- stomia	589
Húgyvesőszűkület medenczerepedés folytán	79	Lábizzadás gyógyítása	33, 415	Müncheni egyetemi szűfőklinika	346
Húgyvesőszűkület nőknél	487	Lágy fekély gyógyítása	536	Műszemek története	Sz. 25
Húgyvesőszűkületek aetiologiája	238	Lágy fekély gyógyítása nőknél	391	Mydriasis spastica, idegei test okozta	Sz. 59
Húgyvesőtűkór értéke	123	Látóideg sérülések	41, Sz. 8	Mydrin	189
Húgyveső-végbél-sipoly, veleszületett	44	Látótelep daganata	9	Myelitis ritkább esete	533
Húgyvesőben rák	439	Láz befolyása a fertőző betegségekre	189	Myelitis syphilitica praecox acuta	67
Húgyhólyag felszívó képessége 444, 456, 469, 483, 518, 530,	543	Láz praeventiv orvoslása	139	Myomectomia esete	239
Húgyhólyag-rák	614	Lelenczház, állami	K. 12	Myopia — l. rövidlátás.	
Húgyhólyagszűkület	578	Leukaemia esete	498	Myxoedema esete	508
Húgyhólyag-tuberculosis	20	Leukaemia myelo-lienalis	137	Myxoedema gyógyítása pajzsmirigygyel	68
Húgyhólyagban idegen test	379, 614	Leukaemia gyógyítása	56	Nagyvárad egészsége	413
Húgyhólyagkő electrolysise	579	Leukaemiánál szervi elváltozások	428	Nagyvárad babaképezde működése	343
Húgyhólyagrák műtett esete	511	Leukocytosis befolyása a fertőző beteg- ségekre	189	Napfürdő	162
Húgyhólyagtűkrözésnél tévedések	439	Leukoplakia gyógyítása	265	Napszúrás kezelése	345
Húgykő-műtét	237	Levegővizsgálatok kaszárnyában	K. 12	Narkosis gynaekologikus vizsgálatnál	92
Húgsav mennyileges meghatározása	198	Lépfene — külső — gyógyítása	68	Narkotikumok quantitativ behatása a szívre	292
Húgsav szerepe veselobnál	383	Lépfene-spórák virulentiája és resisten- tiája	K. 32	Nátha elleni szer.	559
Hyperhydrosis gyógyítása	568	Lépkirtás primaer lépsarcoma miatt	582	Nemzösszervek rendelkezései	41, 53
Hypnotikus suggestiv therapia 305, 318, 329, 341, 353,	364	Léprotatio miatt végzett műtét	312	Neuralgiák gyógyítása	56, 334, 474, 511
Hypnotizálás tárgyában belügyministeri rendelet	58	Lipiki víz élettani hatása	162, 234, 249	Neurasthenia elkülönítése a hysteriától és paralysistól	163
Hystero-epilepsia	149	Lippay Gáspár	82	Neurastheniánál emésztési rendetlenség orvoslása	415
Hystero-epilepsia operált esete	213	Liszt használata csecsemőkönél	415	Német sebészeti iskola, irányok és elvek 165, 179, 191, 203, 217, 229, 267,	279
Hysteriás sokfoltú keményedés	503	Lisztbe fulás	31	Nosophen	7
Ichthyosis serpentina et scutulata	213	Lorenz-féle osteoplast redresseur	Gy. 3	Nőbetegségek balneotherapiája	162
Icterus syphiliticus	8, 533	Loretin	443, 485, Gy. 4	Nők húgyveső-szűkülete	487
Icterikusok bőrviszketése elleni szer	511	Lőtt sebek kezelése	K. 12	Nők ideges nemi bántalmak	128
Idegbeteg-ambulorium kimutatása	296	Ludwig	216	Nők lágy fekélyének gyógyítása	391
Idegbetegségek kezelése	81	Lumbago gyógyítása	536	Nők orvosi kiképzésének kérdése	580
Ideges nemi bántalmak nőknél	128	Lumbal punctio	262	Nőknek egyetemre becsátása tárgyában ministeri rendelet	616
Idegszába gyógyítása	56, 334, 474, 511	Lupus kezelése	189	Női orvosi iskola Szent-Pétervárott	580
Idegen testek casuistikájához adatok 593,	605	Lymphangioma circumscriptum linguae	7	Női bajoknál asa foetida	499
Ikesontból kiinduló sarcoma	509	Magyarország közegészségügye 1894-ben	524	Női nemi szervek eozemájának gyógyítása	92
Ileus	189	Magyarországi fürdők látogatottsága	163	Nőorvosok — német — VI. congressusa 286, 298, 309, 321, 332, 344, 355,	366
Inak újjaképződése	116	Malaria gyógyítása 139, 189, 278, 439, K.	11	Nőorvosok — németek — Budapesten	291
Influenza után bradycardia	277	Malaria bennulások	487	Nyelvalatti lobfolyamat	309
Inreflexek mint corticalis jelenségek	101	Mandolárok	138	Nyelv-lymphangioma	7
Intertrigo gyógyítása	9	Mandolán papilloma	20	Nyelvrák műtett esete	78
Intézet a fertőző betegségek vizsgálatára	22	Manlicher fegyver okozta lőtt sebek	226	Obstipatio gyógyítása	92, 312
Intubatio	288	Marmorek-féle streptococcus elleni serum	115, 611	Oesophagus — l. bárzsing.	
Intubatio tartama a serumtherapia előtt és ma	454, 467	Massage és svédgymnastika fürdőkben	162	Olecranontörés egyesítése sodronyvarrat- tal	237
Ischias gyógyítása	227, 253	Mastalgia perniciosa	545, 566	Öndóhólyag lobja	311
Iszákosok számára asylumok	462	Mágnés-műtét, Hirschberg féle	Sz. 57	Öndóhólyagok idült lobja	466, 481, 494
Izületi csúz — l. csúz		Májchincococcus	79, 214	Öndóhólyaglob, kankós	610
Izületi gümőkór gyógyítása kén- és iszap- fürdőkkel	163	Májgumma	437	Öndózsínór daganata	189
Izületi megbetegedés psoriasis kapesán	227	Májlob, genyes	437, 417	Opiátok rendelése	227
Izzadás — túlságos — gyógyítása	568	Majsarcoma, elsődleges	226	Orbánöz gyógyítása	300
Jenner-gyermekkorház évkönyve	312	Majsértés esetek	189	Orrbajoknál microcidin	189
Jodkalium rendelése	44	Meckel-féle diverticulum	300	Orrtuberculoma	310
Jodoformin	415, 462, Gy. 16	Mellékherelob — l. epididymitis.		Orrvérzés csillapítása	579
Jodrubidium	215	Mellhártyaizzadomány gümős természete	391	Orvos posztioja a hadseregben	225
Kalium hypermanganicum mint néhány alkaloid ellenszere	Gy. 6	Mellhártyaizzadományok bakteriologiája	8, 139	Orvosdoktori szigorlati rend tárgyában értekezlet	166
Kankó — l. gonorrhoea.		Meningitis cerebrospinalis — l. agyge- rinczaglob.		Orvosegyesület — l. budapesti királyi orvosegyesület.	
Katheter, javított	116	Menstruatio és ovulatio	128	Orvosnők képzése	301, 313
Kátránykészítmény, új	201	Menstruatio a tüdőn át	299	Orvosi gyakorlat, diagnostikai és gyógy- kezelési tévedések	10, 22, 34, 45, 58
Kengyel fejlődési rendelkezései	113, 207	Metrorrhagia — l. méhvérzés.		Orvosi kiképzés Franciaországban 69, 82,	93
Keratitis parenchymatosa	214, 276	Méhbellob — blenorhoeás — gyógyítása	487	Orvosi könyvkiadó társulat évi közgyü- lése	107, 153, 167
Keresztváji béltömlő	84			Orvosi könyvkiadó társulat közgyülése- nek elnöki megnyitója	152
Keserű anyagok hatása a gyomorra	354				
Kolporrhoea, coitus által előidézett	137				
Korányi tanár klinikai megnyitó be- széde	451				
Köldökszűkület műtéve	226				
Könyökizület-resectio	114				
Körösi-féle pályadíjak	369				



	Oldal		Oldal		Oldal
Orvosi kör országos segélyegyletének pénztárába történt befizetések 141, 230, 581	581	Sarcoma ellen arsen ... ..	164	Szívhajók álmatlansága elleni orvosság	356
Orvosi pálya Franciaországban 324, 335, 368, 380	380	Sarcoma subfaciale ... ..	277	Szívbetegségek kezelése ... ..	568
Osteoklast-redresseur ... .. Gy.	3	Sárgaság — I. icterus.		Szívuroklob esete ... ..	610
Osteomalacia — I. csontlágulás.		Scapula — I. lapoczka.		Szívuroklob — genyes — műtéve	139
Osteoplastikus resectio ... ..	323	Sclerosis polyinsularis ... ..	263	Szívcompensatio korai felismerése	1, 15
Otitis — I. füllob.		Schleich-féle túlszírozott szappan ... ..	611	Szívcompensatio okai ... ..	28
Otologiai társaság — német — IV. ülése 440, 453, 477, 513, 525, 537	537	Schleich-féle serum-hintőpor ... ..	611	Szívmozgások új beosztása ... ..	199
Ovarium-cysta operált esete ... ..	401	Sebészcongressus, XXIV. berlini 216, 290, 302, 392, 404, 417	417	Szívrepedés, spontán ... ..	79
Ozaena gyógyítása ... ..	367	Sebészi congressus, IX. francia ... ..	548	Szülés után 16 hónapig a méhben visszamaradt csontok ... ..	252
Paget-féle emlőbántalom ... ..	114	Sebészeti iskola, német 165, 179, 191, 203, 217, 229, 267, 279	279	Szülés vezetése belső vizsgálat elkerülésével ... ..	53
Pajzsmirigy hatása a tetaniára ... ..	315, 327	Sebklinika (II.) betegforgalma 359, 372, 388, 397, 411, 424, 434, 445	445	Tabes dorsualisnál gégetűnetek ... ..	60
Pajzsmirigykezelés veszélyei ... ..	164	Semmelweis-émlékre gyűjtés ... ..	35, 336, 381	Taenia — I. galandféreg.	
Pajzsmirigy-kivonat ... ..	33	Semsey-alapítvány ... ..	336	Takács Endre ... ..	290
Pajzsmirigy terapeutikus használata Gy.	1	Serum-fecskendő, Stroschein-féle ... ..	437	Tamponok sterilizálása ... ..	547
Pankreas befolyása a zsírfelszívódásra ... ..	523	Serumtermelő-telep, állami ... .. K.	13	Tauszk nyilatkozata ... ..	442
Pankreas-cysta műtett esete ... ..	431	Serumtherapia lényege ... ..	174	Táplálás bőr alól. ... .. 527, 540, 555	555
Pankreas-rák kórisméje ... .. 193, 322	322	Sérülési esetek ... ..	436	Tápláló csőre olajemulsióval ... ..	116
Papilloma tonsillae ... ..	20	Sérv — lágyék- és hólyagsérv ... ..	177	Tejvizsgálatok ... .. K.	12
Paralysis spastica ellen trepanatio ... ..	164	Sérv, hasfali, bélsipolyos ... ..	611	Tengervízből nyert édesvíz ... .. K.	45
Paratyphlitis kezelése ... ..	299	Sérvkötő-pelotta, glicerinnel töltött ... ..	151	Terhesek hányásának orvoslása ... ..	44
Parotitis kezelése ... ..	323	Sérvműtési mód, új ... ..	128	Terhesség — méhen kívüli 304, 317, 338, 350, 362, 375, 384, 399, 409, 423, 432	432
Pasteur ... ..	475	Somatose ... .. Gy.	8	Terhesség alatt fellépett foltoz bóratrophia	588
Pasteur temetése ... ..	490	Spanyolországból ... .. 591, 602, 615	615	Terhességi esetek ... ..	149
Patellatörés járva kezelt esete ... ..	276	Sphygmomanometer — Basch-féle — javítása ... ..	33	Tetania gyógyítása pajzsmirigygyógy 315, 327	327
Párisi intézetek ... ..	549	Staphylococcus-serum ... ..	21	Tetanus serumtherapiája ... ..	462
Párisi kórházak ... .. 429, 440	440	Staphyloporrhaphia új módja ... ..	323	Térdkalácstörés járva kezelt esete ... ..	276
Pemphigus-beteg vizelete ... ..	25	Stefánia-gyermekkorház működéséről orvosi jelentés ... ..	284	Theriaka ... ..	118
Penis-luxatio ... .. 131, 145	145	Stereoscopikus kísérletek monoculáris látástöbblettel ... ..	41	Thioform ... ..	9
Periodontitis gyógyítása ... ..	300	Stereoskopos árnyékképek ... ..	66	Thure Brandt ... ..	488
Perityphlitis műtett esete ... ..	485	Streptococcus elleni serum ... .. 115, 611	611	Thyreodinum siccatum ... ..	323
Peroneus-inak laxatiója ... ..	403	Subcután táplálás ... .. 527, 540, 555	555	Thyroidin-tablettákkal visszaélés ... ..	487
Pertussis — I. számarhurut.		Sugártest melanosarcómája ... .. Sz.	48	Timsó a budapesti süteményben ... .. K.	31
Pestis ... .. K.	22	Suggestio gyermekbetegségeknél ... ..	151	Tiszti orvosi vizsgák eredménye ... ..	537
Pestisről egy XVII. századbeli gyógyszerész könyve ... .. 105, 117	117	Syphilis és icterus ... ..	8	Tolsyal ... .. Gy.	15
Petefészek tömlő operált esete ... ..	401	Syphilis therapiája ... .. 510, 521	521	Trachealis perichondritis, elsődleges ... ..	567
Phalloplastica ... .. 131, 145	145	Syphilis gyógyítása sublimat-befecskendezéssel ... ..	579	Tracheotomizált egyén elvézése ... ..	449
Pharyngitis — I. garatlob.		Syphilis prophylaxisa munkások között ... ..	132	Trachoma gyógykezelése elektromos-sage-al ... .. Sz.	24
Pharyngo-laryngealis prothesis ... ..	487	Syphilis okozta alszárfehély ... ..	486	Trachoma Magyarországon 176, 343, Sz. 27, Sz. 41	41
Phosphormérgezés ellen cuprum sulfuricum ... ..	282	Syphilis okozta többszörös esontörés ... ..	486	Trachomatosus szarúbántalom ritkább esete ... ..	589
Phosphormérgezés ellen kalium hypermanganicum ... .. 115, 269, 296	296	Syphilis okozta vérelváltozások 31, 571, 584, 594, 607	607	Trichinosis tanához adatok ... .. K.	11
Phosphor necrosis ... ..	345	Syphilis — tertiaer — súlyos esete ... ..	276	Trigeminus-csonkolás, koponyárbeli ... ..	379
Plasmasejtek ... .. 36, 49, 63	63	Syphilisnek Európába huzrolása ... .. K.	11	Tropaeocain ... .. Gy.	10
Pleuritis — I. mellhártyalob.		Syphilitikus agyalapi lob ... ..	532	Tubo-ovarialis cysta, hasűrbe áttört ... ..	263
Pneumonia I. tüdőlob.		Syphilitikus fekélyek gyógyítása tejsavval ... ..	53	Tussis convulsiva — I. számarhurut.	
Polyarthritus — I. csúz.		Syphilitikus icterus kóroktana ... ..	533	Tüdőlob és gümőkór egymáshoz viszonya	450
Polymastia ... ..	75	Számárhurut gyógyítása ... .. 9, 289, 300, 403	403	Tüdőlob gyógyítása pilocarpinnal ... ..	610
Pott-kór kezelése camphornaphtollal ... ..	201	Szájnyákhártya rákjának műtéve ... ..	334	Tüdősyphilis ... ..	264
Primula obconica okozta dermatitis ... ..	367	Szájpenész kóroktana, megelőzése és gyógykezelése ... .. 509, 520	520	Tüdővérzés aortaaneurysmánál ... ..	367
Prostata-túltengésnél castratio ... .. 164, 559	559	Szem alkalmazkodási benulásának kezelése Behring-serummal ... .. Sz.	15	Tüdőgümőkór gyakorisága a meleg éghajlat alatt ... .. K.	46
Prostata-tályog, kankós ... ..	610	Szemből eltávolított idegen testek Sz.	37	Tüdővész gyógyítása ... .. 177, 300	300
Pruritus vulvae gyógyítása ... ..	312	Szemből vasdarabok eltávolítása mágnessel ... ..	508	Tüdővészesek számára való intézetek veszélyesek-e a környékre nézve ... ..	614
Psammoma a gl. pituitariában ... ..	9	Szemecsrökben pillaszőr ... .. Sz.	59	Typhus lefolyása gyermekeknél ... ..	288
Pseudoleukaemia ... ..	277	Szemgödörben echinococcus ... .. Sz.	15	Typhus ritka lefolyású esete ... ..	378
Psoriasis gyógyítása ... .. 450, 462	462	Szemhéj- és arczrák miatt plastikusan műtett esetek ... .. Sz.	55	Typhus iránt a praedispositiót rothadási gázok növelik ... .. K.	11
Psoriasis kapcsán ízületi megbetegedés ... ..	227	Szemhéjképlés ... .. 176, Sz.	11	Typhus-szövődmények ... ..	426
Psoriasis nephritis kapcsán ... ..	8	Szemhéjképlés, Dieffenbach-féle ... ..	589	Typhus terjedésének feltételei ... .. K.	46
Ptoxis operált esetei ... ..	276	Szemhéjkifordulás kezelése Reverdin szerint ... ..	187	Typhusnál ízületi betegségek ... ..	33
Ptoxis-műtét, Hess-féle ... ..	589	Szemhéjszörtelep átültetése Scimeni szerint ... ..	67	Typhus-gyógyserum ... ..	356
Pylephlebitis suppurativa ... ..	437	Szemizomérzés ... ..	354	Typhus-bacillus élettartama ostitikus góczokban ... ..	9
Pylethrombosis venae portae ... ..	197	Szemlencse veszülettett ficzámja ... ..	53	Typhus-bacillusok esontvelőben ... ..	9
Quincke-féle lumbal punctio ... ..	262	Szemlencsetek, vérrel kitelő ... .. Sz.	60	Typhus-bacillus megkülönböztetése a b. coli-tól ... ..	356
Rachitis tarda ... ..	558	Szemorvos-egyesület, pársi Sz. 14, Sz. 25, Sz.	47	Ulcus durum ritka localisatiója ... ..	460
Rák ellen pyoktanin ... ..	238	Szemsérülések ... ..	534	Urachus persistens ... ..	588
Rák — inoperabilis — gyógyítása ... ..	590	Szemüreg-gumma, kétoldali ... .. Sz.	38	Ureter sondázása ... ..	265
Rák — kiterjedt — a czombon ... ..	238	Szemölcsök elleni szer ... ..	240	Ureterotomia kövek eltávolítására ... ..	253
Rákos elfajulás dermoid cystákban 479, 493, 506	506	Szesz — italul szolgáló — tisztasága K.	26	Ureterotomia és nephrotomia újszülöttnél ... ..	536
Rákserum ... .. 217, 255, Gy.	2	Székiszorulás gyógyítása ... .. 92, 312	312	Ureterszűkület okozta vesemedenczelob ... ..	523
Rekesz alatti tályog ... ..	491	Szénoxydmérgezés ... ..	354	Urotropin ... .. 415, Gy.	16
Rekesztűnet értelmezéséhez adat ... ..	491	Szénsavas glaubersós ásványvizek hatása a gyomor működésére ... ..	208	Urticaria gyógyítása ... .. 104, 323, 439, 523	523
Rüh gyógyítása ... ..	240	Színérzékeny elmélet, új ... ..	67	Utóképek kóros persistentiája ... ..	354
Retina vértelenségéből származó működési zavarok ... ..	354	Szív kopogtatása előrehajlott testtartásban ... ..	487	Újszülöttek és csecsemők halandósági viszonyai ... .. K.	1
Retinában idegen test ... ..	79	Szív viszonya az idegbántalmakhoz ... ..	161	Újszülöttek morbiditása és mortalitása a II. szülőklinikán ... .. 48, 62, 73, 88	88
Retinalis kötőszöveti képző mény ... ..	576	Szívre való hatása néhány narkotikumnak ... ..	292	Úti levelek Belgiumból és Hollandiából ... ..	129, 140
Réczey tanár klinikai megnyitó előadása ... ..	463	Szívujj, veszülettett ... ..	576	Üvegtest-sarcoma ... .. Sz. 32, Sz.	46
Rhinoscleroma ... ..	20			Vakbélrák műtett esete ... ..	486
Rosenbach tanár levele Tauszk ügyében ... ..	501			Varicella-szerű syphilis ... ..	448
Rovarscipés elleni szer ... ..	345				
Rövidlátás operatív kezelése 42, 252, 588, Sz.	23				
Salicin ... .. Gy.	7				
Saligenin ... .. Gy.	7				



Vas deferens repedése	323
Vasas tonicum, alkalikus	21
Vasomotorius idegrendszer élettana	67
Vastagbél hasított sebzése	320
Vállficaz, ismétlődő, új műtévesi módja	151
Váltóláz — l. malaria	
Vándorvesét színlelő colon-újképlet	536
Verneuil	313
Vesehám szerkezete	41, 67
Vesekiirtás	138, 264, 276
Vesekő-műtét	577
Veselob gyógyítása	215, 590
Veselob mirigy-láz	511
Veselobnál a húgysav szerepe	383
Vesemedenczelob, idült, gyógyítása	568
Vesemedenczelob, ureterszűkület okozta	523

Vese melletti tályog	43
Vesék physikai vizsgálata	379
Veszett farkasmarás-estek, tömegesek	91
Veszetség ellen oltott kutyák idegrendszere	67
Védhímlőoltó-intézet — országos központi — kimutatása	83
Védhímlőoltás tanához adatok	232, 247, 261, 271, 283
Végbél-fissurák gyógyítása	487
Végbélkankó	67
Végbélkiirtás	54
Végbélszűkület, veleszületett billentyűs	201
Vér alkalicitása gyermekeknél	558
Vér bacterium-ölő képessége	557
Vér bacterium-tartalma	311

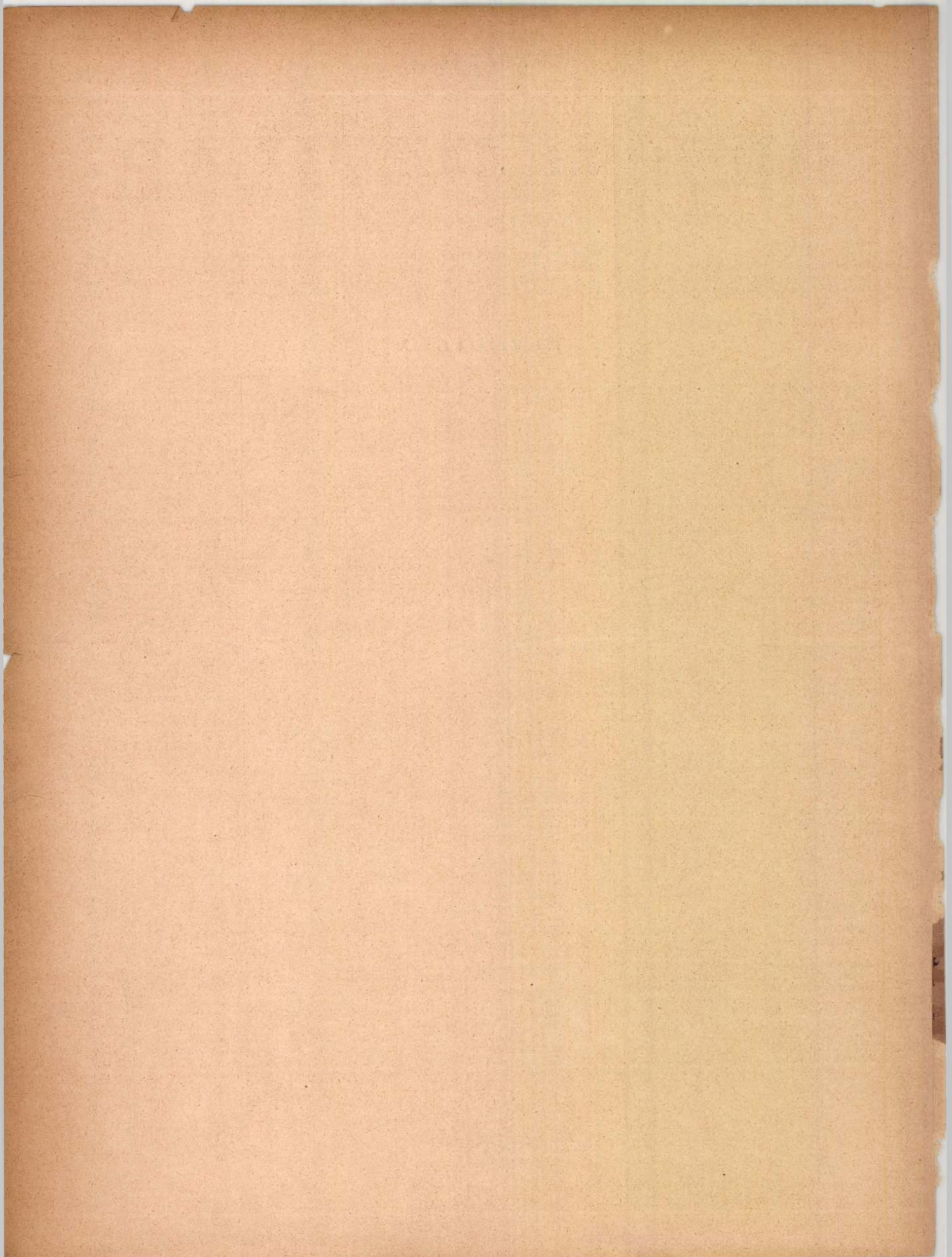
Vérelváltozások syphilisnél	571, 584, 594, 607
Vérszegénység — l. anaemia	
Vérvizelés gyógyítása	499
Vérvizsgálatok izommunkánál	276
Vérhas — l. dysenteria	
Víz szerepe mérgezésekben	67
Vízmű — budapesti — kiépítése	K. 21
Vízszolgáltatásokra vonatkozó vizsgálatok	K. 23
Vízsterilizáló, Grove-féle	611
Vízvezeték — budapesti — vegetatiója	253
Vizi bacterium, új	354
Vízszív gyógyítása	150, 253
Vízszív-műtét — gyökeres — új módosítása	516, 529
Volvulus operált esete	213

NÉVMUTATÓ.

Alapy Henrik 441, 456, 469, 483, 518, 530, 543	41	Imre József Sz. 39	Moskovitz Ignác 53, 309, 566	Schiller Károly 118, 354, 485, Gy. 4, Gy. 6
Alexander Béla 556		Imrédy Béla 337, 348, 361, 371, 386	Nagy Béla 67, 100	Schulek Vilmos Sz. 1, Sz. 17
Antal János 296, Gy. 7, Gy. 16	24	Irsai Arthúr 113, 534, 395, Gy. 1	Nagy Géza 320	Schützenberger Endre 44
Aschner Artur 90, 109, 134, 146	53, 275	Issekutz László Sz. 59	Nagy Gusztáv 101	Schvarcz Ernő Sz. 36
Ángyán Béla 149, 277, 497		Jendrassik Ernő 113, 169, 174, 178, 190, 202, 237, 491	Navratil Imre 20, 91, 213, 333	Schwartz Artúr 544
Bakó Sándor 43, 79	21	Jordán Ferencz 79, 214, 610	Neumann Szigfrid 160, 539, 563, 574, 585, 596, 608	Schwartz Ottó 226, 534
Barbás József 498	448	Justus Jakab 31, 354, 561, 569, 571, 584, 594, 607	Nékám Lajos Sándor 69, 82, 93, 257, 324, 335, 357, 368, 380, 429, 440, 549, 591, 602, 611, 615	Schwimmer Ernő 7, 8, 10, 22, 34, 45, 58, 114, 238, 262, 510
Barok József 401	188	Kalmár Armin 436	Némái József 200	Siklóssy Gyula 42, 276, 534, 611
Barok József 401	249	Keresztszeghy Gyula 67	Ormay József 65	ifj. Siklóssy Gyula 176, 214, 532, 588, 589, Sz. 11, Sz. 55
Baumgarten Egmont 60, 200	249	Kern Géza 53	Ostermayer Miklós 2, 17, 137, 176, 515, 541, 553	Sor Ferencz 113
Baumgarten Samu 131, 145, 274, 516, 529	208	Kétli Károly 160, 212, 590, 600, 612 K. 9	Ónodi Adolf 20, 292, 503	Steiner Károly 112
Báthori Béla 76	533	Klár Mór 225	Ótvös József 26, 38, 51, 510	Steiner Miksa 263
Bäcker József 149, 598	114	Klug Nándor 92, 354	Pap Samu 161	Stiller Bertalan 193
Beck Bódog 611	7	ifj. Klug Nándor 407, 420	Pándi Kálmán 101	Sümegi József 18, 77
Beck Soma 354	445	Konrad Jenő 176	Pertik Ottó 92, 264	Szabó Sándor 346
Belky János 56	378	Konrad Márk 343, 401, 460	Polacsek Ignác 532, 565	Szenes Zsigmond 368, 419, 440, 453, 459, 477, 513, 525, 537
Berend Miklós 532, 558, Gy. 13	49	Kontur Béla 225	Polgár Emil 72, 86	Szentirmai József 237
Berkovits Miklós 377, 414, 437, 460	558	Korányi Frigyes 451, 590, 600, 612	Polyák Lajos 310, 567	Székely Ágoston 557, Gy. 9
Berkovits Zsigmond 401	377	Korányi Sándor 1, 15, 149, 212, 356, 533	Preisach Izidor 315, 327, 354	Szigeti Henrik 31, 79
Biringer Ferencz 438	67	Koreck József 30	Preisich Kornél 558	Szilágyi Gyula 162
Blaskovics Fridolin Sz. 37	37	Körösi József 44	Preysz Kornél 334	Szili Adolf 41, 66, 354, 588, Sz. 8
Boleman István 163	343	Kövér Kálmán 330	Prochnow József 33	Szontagh Miklós 115
Bossányi Béla 161	46	Krepuska Géza 138, 311, 326	Purjosz Zsigmond 120, 126, 143	Szöcs Mózes 115, 269, 282
Bókai Árpád 92, 578, 590, 600, 612	46	Krompecher Ödön Gy. 2	Ranschburg Pál 305, 318, 329, 341, 353, 364	Tangl Ferencz 41, 67
Bókai János 79, 96, 108, 123, 284, 454, 464, 467, 559 K. 9	558	Kuthy Dezső 67	Reich Miklós 162	Taufer Emil 479, 493, 506
Böke Gyula 67, 200, 534	377	Kuzmik Pál 55, 84, 611	Reismann Adolf 558	Tauszk Ferencz 150, 161, 276, 442
Brandt József 32	67	Landauer Armin 41, 67	Réczey Imre 463	Temesváry Rezső 162, 322, 488, 588
Braun Lajos 90, 235, 272, 545	417	Lantos Emil 308	Révész Vilmos 437, 447, 448	Thüröczy Károly 219
Buday Kálmán 127	283	Lichtenberg Kornél 545, 566	Rigler Gusztáv K. 23	Tomka Samu 113, 175, 207
Bukovszky György 33	555	Liebermann Leo K. 26	Rottenbiller Ödön 354, Gy. 15	Torday Ferencz 245, 252, 259
Cséri János 4, 40	555	Lovrich József 41, 159	Rottman Elemér 532	Tóth István 13, 232, 304, 317, 338, 350, 362, 375, 384, 399, 409, 423, 432
Deák Zsigmond 460	132	Löv Sámuel 379	Róna Sámuel 20, 67, 80, 114, 213, 276, 486, 610	Trajtler István 250
Diebala Géza 155, 171, 185, 292, 544, 551, 573	102	Ludvik Endre 114, 276	Rózsa Félix 161	Tuszkai Ödön 286, 298, 309, 321, 332, 344, 355, 366
Dimér Gusztáv 252	588	Mabler Gyula 183, 195, 210, 223	Ruber József 496	Vas Bernát 162, 234, 249, 354
Doctor Sándor 548	611	Major Antal K. 29	Russay Gábor 162	Vámosy Zoltán Gy. 10
Dollinger Gyula 78, 213, 237, 251, 275, 544, 587	611	Mangold Henrik K. 7	Sarbó Artúr 66, 532	Weissz Ede 28, 163, 295
Donáth Gyula 163, 503, 576	32	Mann Mór 508	Sámson Márton 426, 437	Weisz Gyula 53, 508, Sz. 57
Donogány Zakariás 527, 540, 555	31	Marschalkó Tamás 36, 49, 63, 114, 215	Schaffer Károly 66, 240, 296, 344	Wenczel Tivadar 593, 605
Edelmann Menyhért 228, 266, 390, 448, 449	K. 31	Márer József 77	Schapringer Alajos 67	Wohl Izor 125
Elischer Gyula 92, 149, 188, 276, 277	114	Meisels Vilmos 198	Scheiber S. H. 149, 199	
Epstein Manó 225, 587, 588	114	Mezey Sándor 32	Scheitz Vilmos 44, 114	
Eröss Gyula K. 1	6	Mihalkovics Géza 557, 560	Schiff Ernő 401	
Farkas László 150, 577	568	Minich Károly 197		
Fejér Dávid 221	611	Mohr Mihály 79		
Feleki Hugó 41, 238, 466, 481, 494, 532	217	Moldoványi István 105, 117		
	279	Morelli Károly 20, 138, 509		









# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Korányi Frigyes dr. egy. ny. r. tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati kórodáról.

Új módszer az incompensatio korai felismerésére és a szív alkalmazkodási képességének vizsgálatára szív-betegeknél.

Korányi Sándor dr., egyetemi magántanártól.

A chronikus szívbántalmak orvosi kezelésének legfontosabb feladatát az incompensatio kifejlődésének megelőzése képezi. Ennek a célnak elérése annál tökéletesebben lesz lehető, minél érzékenyebb vizsgálati eljárások felett rendelkezünk annak az időpontnak felismerésére, a melyben a szív, működésének hanyatlása következtében, többé nem képes feladatának teljesen megfelelni és megkezdődik a teljes incompensatiót előkészítő és az azt előbb-utóbb létrehozó folyamatoknak láncolata. A szív által kifejtett erő a különböző életkörülmények között lényegesen változik. A kutatások egy hosszú sora áll ma már rendelkezésünkre, a melyekből kiviláglik, hogy a vérnyomás nagyobb ülő helyzetben, mint fekvéskor, még nagyobb állásnál, szabályos növekedést mutat az izommunka minden fokozódásánál és hogy a szívnek a vérnyomás nagyobbodásával fokozódó munkát kell végeznie mindezen és más a vérnyomást emelő körülmények között. Az is eléggé ismeretes, hogy van az izommunkának egy bizonyos határa, a melyen túl az egészséges szív sem képes normalis módon működni. Könnyen érthető, hogy a beteg szívnél, ha mindjárt annak működése a nyugalom alatt teljesen kielégítőnek is mutatkozik, mindezek a körülmények nagyobb mértékben érvényesítik hatásukat, mint az egészségesnél és így a szívbántalmak lefolyása alatt van egy időszak, a mely alatt a szív még nyugalmas életmód mellett megfelel feladatának, míg sok mozgással, vagy más a vérnyomást emelő körülménnyel járó életmód mellett az elégtelenség mutatkozik.

Ebben az időszakban a szívbántalom még nem érte el a teljes incompensatio stadiumát, de kétségtelen, hogy olyan életmód, a melynek követelményei a szív munkaképességét felülmulják, annak kifejlődését nagy mértékben siettethetik. Nem szorul hosszas bizonyítgatásra, hogy a legnagyobb gyakorlati fontossággal bír ennek az időszaknak felismerése és hogy minden olyan módszer, a mely arra képesít, hogy egy adott betegnél ezen időszakban az életmódot a szív munkaképességéhez exact adatok alapján alkalmazzuk és felismerjük azt, mikor válik az életmód szabályozása is elégtelenné és mikor következik be a szívszerek segítségül vételének indiciója, a szívbetegségek kezelésében új haladásra szolgáltatna alapot. Egy ilyen módszer kidolgozását még kívánatosabbá teszi a szívbetegségek mechanoterapiájának lendülete, a hol az indiciók és a contra-indiciók felállításánál, az eljárás intenzitásának szabályozásánál a szív munkaképességének ismerete a legnagyobb fontossággal bírna.

Eddigél két olyan vizsgálati eljárás lett ismertette, a melyek többé-kevésbé alkalmasoknak látszanak arra, hogy a szív munkaképességének, vagy jobban mondva, a szív alkal-

mazkodási képességének mérésére felhasználtsanak. Mind a kettő a szív működés változásainak ellenőrzésén alapszik bizonyos nagyságú izommunka végzése alatt vagy közvetlenül utána.

Kórodánkon Friedrich és Tauszk<sup>1</sup> foglalkoztak ilyen irányban. Ép és beteg szívű emberek pulzusát számolták és vérnyomását mérték a Basch-féle sphygmomanometerrel, míg és miután azok dynamometeren mért nyomást fejtettek ki. Legújabbán Christ<sup>2</sup> a Jaquet-féle sphygmograph segítségével tanulmányozta ép és beteg emberek pulzusának változásait, miután azokkal egy külön e célra szerkesztett ergostaton mérhető munkát végeztetett. Úgy az egyik, mint a másik vizsgálati eljárás igen feltűnő módon teszi láthatóvá, milyen lényeges különbség van az ép és a beteg szív alkalmazkodási képessége között akkor is, ha a szívbetegség még a compensatio szakában van és nem járna nehézséggel ezen eljárások alapján egy elég exact fokozatot megállapítani, a melyet segítségül véve, a szív alkalmazkodási képességét mérhetnénk és számokkal fejezhetnénk ki.

Az ilyen eljárásnak azonban nagy hiánya volna, hogy felvilágosításai csak nehezen megítélhető alapot szolgáltatnának a beteg életmódjának szabályozására és annak megítélésére, hogy egy adott beteg által követett életmód mennyire felel meg az ő egyéni viszonyainak. A szív alkalmazkodási képességének mértékét a végzett munka, vagy a kifejtett erő nagysága képezné, míg a mindennapi étellel járó izomműködések a physika mértékrendszerére nézve hozzáférhetetlenek lévén, az alkalmazkodási képesség ilyen mértékrendszerben kifejezett nagyságával nem hasonlíthatók össze.

A jelen közleményben részletezendő eljárásomnak épen az a célja, hogy ebben az irányban adjon exact felvilágosítást és igen kiterjedt vizsgálatok alapján, a melyek kivételben nagy rész jutott kórodánk gyakornokainak, köztük különösen Móricz és Fisch uraknak, arra a meggyőződésre jutottam, hogy a kitűzött célt sikerült is elérnem.

A módszerem megállapításánál vizsgálatokból indultam ki, a melyeket azon célból végeztem, hogy egyrészt a vér és a vizelet összetétele, másrészt a vizelet összetétele és a vérkeringés sebessége között találjak törvényszerű viszonyt. Ezen kutatások eredményeiről részben már más alkalommal számoltam be és most csak arra szorítkozom, a mi közlök a szív alkalmazkodási képességének megítélésével közvetlenül összefügg és gyakorlatilag értékesíthető.

Az ép vérplasma fagypontja  $-0.56^{\circ}$ . Miután az  $1\%$  konyhasó-oldat fagypontja  $-0.613^{\circ}$ , a vérplasma fagypontjára nézve egy  $\frac{0.56}{0.613} = 0.91\%$ -os konyhasó-oldatnak felel meg. Valamely oldat fagypontja  $0^{\circ}$  alatt annál mélyebben áll, minél nagyobb számú szilárd molekulát van benne oldva, vagyis minél több szilárd anyagot tartalmaz súly szerint és minél kisebbek az oldott anyag molekulái. Ezek szerint a vérplasma annyi szilárd molekulát tartalmaz oldott állapotban, mint egy  $0.91\%$ -os konyhasó-oldat. Az ép vérplasma konyhasó-tartalma azonban csak  $0.58\%$  és így a többi anyag, a mely annyi szilárd molekulát tartalmaz, mint egy  $0.91-0.58 = 0.53\%$  konyhasó-oldat, más, mint konyhasó. Ezeket a konyhasón kívüli anyagokat achloridoknak neveztem.

Az ép  $24$  órai vizelet fagypontja mintegy  $1.7^{\circ}$ , a mi egy  $\frac{1.7}{0.613} = 2.77\%$ -os konyhasó-oldat fagypontjával egyenlő. Az ilyen fagyponttal bíró vizelet körülbelül  $1.19\%$  konyhasót tartalmaz és így a vizeletben oldott anyagok konyhasó-egyenértékéből  $2.77-1.19 = 1.58\%$  esik a vizelet achloridjaira.<sup>3</sup>



Ezek szerint a vérplasmában a konyhasó viszonya az achloridokhoz olyan mint  $0.58:0.33 = 1.76$ , a vizeletben pedig olyan mint  $1.19:1.58 = 0.76$ , azaz a vizelet konyhasóban jelentékenyen szegényebb az achloridokhoz viszonyítva, mint a vér.

Abból, hogy a vizelet aránylag szegényebb konyhasóban, mint a vér, következik, hogy a vesén átáramló vér több chlormentes anyagot veszít, mint konyhasót. A veséből kikerülő ezen aránylag konyhasódús vér az általános vérkeringésbe jutva, az egész test vérenek összetételét tehát úgy módosítja, hogy annak az achloridok mennyiségéhez viszonyított konyhasótartalmát növeli, míg az achloridoknak relatív mennyiségét lecsökkenti.

Ezek után előre volt látható, hogyan kell a vér összetételének megváltoznia, ha a vese működése egészében alább száll. Ilyenkor a vese hiányos működésének leginkább amaz anyagok felszaporodását kell a vérben eredményeznie, a melyek a vese által legnagyobb mennyiségben szoktak kiürítettetni. Ezek pedig az achloridák lévén, azt kellett várni, hogy a vese elégtelensége a vér összetételének olyan megváltozásával jár, hogy abban az achloridák a konyhasóhoz képest felszaporodnak.

Hogy ez tényleg így van, arról állatkísérletek és a betegágyánál végzett vizsgálatokból győződtem meg. Möricz dr. úrral házinyulaknál vese-insufficienciát idéztünk elő. A kísérleti eljárás különböző volt. Az esetek egy részében kiirtottuk mind a két vesét. Máskor a vesék felületét pokolkővel edzettük, vagy a vesévérdényeket leszorítva, vagy phosphormérgezés segítségével értük el célunkat. Ezen kísérletek szorosabb viszonyban állván a nephritisek tanával, részletes közlésüket későbbre tartva fenn, csak a végeredmény felemlítésére szoritkozom. A beavatkozás után 24 órával megvizsgálva a carotisból vett vért, kitértünk, hogy a vér fagyponstüledése mindig abnormis nagy volt ( $0.59-0.73^{\circ}$   $0.56^{\circ}$  helyett), hogy tehát a vérben a szilárd anyagok a vízhez képest felszaporodtak. A vér konyhasótartalmának vizsgálata pedig azt mutatta, hogy az vagy normális marad, vagy annál kisebb, hogy tehát a szilárd anyagok felszaporodásában nem a konyhasó, hanem az achloridák szerepelnek.

Klinikai tapasztalataimból, a melyek hasonló eredményre vezettek, álljon itt egy rendkívül tanulságos eset, a melyben a vér vizsgálatát ép és elégtelen veseműködésnél egymásután volt alkalmam ismételni.

Haemoglobinuria egy esetében rohammentes időben a vér fagypontja  $0.56^{\circ}$ , konyhasótartalma  $0.58\%$ , tehát teljesen rendes volt. Egy haemoglobinuriás roham alatt, mikor a nephritis tünetei nagy mértékben kifejlődve voltak a vizeletben felismerhetők, a vér fagyponstüledése egész  $0.70^{\circ}$ -ra fokozódott, míg konyhasó-tartalma  $0.52\%$ -ra szállott alá. Tehát a vese-insufficiencia az achloridok rendkívül nagyfokú felszaporodásához vezetett.

A veseműködés intenzitása két tényezőtől függ: ezek egyike, hogy miképen reagálnak a vese kiválasztó elemei a vérben foglalt és a vizelet útján kiürítendő anyagok által okozott ingerre, míg a másik tényező, hogy a vesébe a vérkeringés útján mennyi kiválasztandó anyag jut. Ha a vér a kiválasztandó anyagokat a szokott mennyiségben kapja az anyageseréből, akkor ezek kiválasztása elégtelen lehet, ha a vese kiválasztó elemei betegek — ez történik a tulajdonképeni vesebetegségeknel — vagy ha a vesébe a kiválasztandó anyagok kisebb mennyiségben jutnak be, — ez történik a vese-érkeringés sebességének csökkenésénél. Tehát a vese működése elégtelenné válhatik a vese és a vérkeringési rendszer megbetegedéseinél. A következőkben kizárólag olyan esetekkel foglalkozunk, a melyekben a vese specifikus elemeinek épsége mellett annak rendellenes működése a vérkeringési rendszer rendellenes állapotától függ.

A meddig a vese egészséges és sem a tápfelvétel, sem az anyagesere nem térnek el lényegesen a rendestől, a vizelet összetétele szigorúan függ a vértől.

A vizelet és a vér összehasonlítása alapján sikerült emez összefüggésnek a kulcsát egy képletben megtalálnom.<sup>3</sup> A vizelet fagypontja és konyhasótartalma, a vér fagypontja és konyhasótartalma, négy egymással változó mennyiségnek bizonyultak, a melyek változásai oly

törvényszerű összefüggést mutatnak, hogy, ismervé közülük hármát, a negyedik kiszámítható. Ha  $A$  a vizelet fagypontja,  $\text{NaCl}$  a vizelet konyhasótartalma,  $\delta$  a vér fagypontja és  $\mu$  a vér konyhasótartalma,

$$\text{akkor } \mu = \frac{A \delta}{1.226 A - 0.376 \text{ NaCl}}$$

Ezen képlet abszolút érvényességéről állatkísérletekből győződtem meg, a melyeket Fisch dr. úrral végeztem és közöltem.<sup>4</sup>

Az egészséges ember vérenek fagypontja  $0.56^{\circ}$ , konyhasótartalma  $0.59\%$ . Számos egészséges ember 24 órai vizeletének megvizsgálásából arra az eredményre jutottam, hogy, a vér ezen állandó összetételének megfelelőleg, a vizelet fagypontjából és konyhasótartalmából számítva ki a fenti  $\mu$  képlet alapján a vér konyhasótartalmát, ha a vér fagypontját állandóan  $0.56^{\circ}$ -nak vesszük, a számítás eredménye, a melyet megkülönböztetésül a vérsavónak vegytani úton meghatározott konyhasótartalmától,  $\mu$ -tól,  $m$ -mel jelölök, csak  $0.56-0.60$  közt változik, középértékben  $0.58$ , a vér valóságos konyhasótartalmának pontosan megfelelő.\*

Ha ilyen módon kiszámítottuk a vizeletből a vér konyhasótartalmát, akkor a vér achloridjainak mennyisége is ismeretes. A vér fagypontja  $0.56^{\circ}$ , a mi egy  $0.91\%$ -os konyhasó-oldatnak felel meg. Ha konyhasótartalmát  $0.58\%$ -nak számítottuk volna ki, az achloridok mennyisége (konyhasó-egyenértékben)  $0.91-0.58 = 0.33\%$  volna.

A klinikai vizsgálat csak ritkán nyújt alkalmat arra, hogy a vér fagypontját direct meghatározás útján ismerjük meg. Azért azt állandóan,  $0.56^{\circ}$ -nak vesszük. Ez a felvétel azonban a vese működési zavarainál nem felel meg a valóságnak és így önként következik, hogy ilyen körülmények közt a vér kiszámított konyhasótartalma ( $m$ ) sem egyezik a valóságos konyhasótartalommal.  $m$  ilyenkor azt fejezi ki, hogy mennyi volna a vér konyhasótartalma akkor, ha fagypontja  $0.56^{\circ}$  volna és miután ilyenkor a vér fagypontja mélyebben áll  $0^{\circ}$  alatt,\*\* hogy mennyi volna az adott vér konyhasótartalma, ha azt annak meghatározása előtt vízzel hígítanánk addig, míg fagypontja  $0.56^{\circ}$ -ra változnék. Tehát a számításban foglalt hiba csak a szilárd alkatrészek viszonyát illeti a vízhez, míg az achloridok viszonya a konyhasóhoz ( $0.91-m$ ) és  $m$  egymáshoz viszonyában, a valóságnak megfelelő módon jut kifejezésre.

(Folytatása következik.)

## Adat az inveterált traumatikus csipőizületi ficzomok operatív kezeléséhez

kapcsolatban resectio által gyógyult inveterált luxatio femoris obturatoria egy esetével.

Ostermayer Miklós dr.-tól Budapesten.

Kétséget nem szenved, hogy az inveterált helyre nem tehető ficzomok ideális kezelése azok véres úton eszközölt repositiójában áll. Ez már a dolog természetében fekszik, a mennyiben csupán a repositio képes az izületben az előbbi állapotot mind boneztani, mind functionalis tekintetben helyreállítani. A modern aseptika oltalma alatt Nicoladoni, Schede, Helferich és Hoffa eljárásai módot nyújtanak nekünk arra nézve, hogy biztos és relativ könnyű úton a lehető legjobb eredményeket érjük el. A véres repositio összes methodusainak eredményteljes kivihetőségére nézve azonban majd tágabb majd szűkebb határt szab az izület minősége, a luxált izület-részek magatartása és a dislocált izület rész számára alakult izvápa, mi ismét a ficzam korától függ. Azon izületre nézve, melyről e közleményben van szó, az inveterált ficzomok véres repositiója igen szűk határok közé van szorítva az eddigi tapasztalatok szerint. A nehézségek, melyekbe a repositio a mozgathatóság elégtelensége miatt még magának a felső femurvégnek bőséges szabaddátétele után is ütközik, a nagymérvű alaki és szöveti elváltozások a caput és acetabulumon, a femurfejec necrosis, mely a czombesont kiterjedt lehán-tása után könnyen beállhat, s végül a complicált sebviszonyok, melyek részben az izületi alkatrészek kikészítésénél előálló nagymérvű lágyrészesrönsölésből, részben a dislocált femurfejec folytán keletkező s igen nehezen kezelhető holt türekből erednek és a functionalis sikerre nézve abszolút szükséges sima

\* A számítás menetét illusztrálja a következő példa. Egy esetben a vizelet fagypontja  $A = 1.44^{\circ}$ , konyhasótartalma  $\text{NaCl} = 1.02\%$ . Feltéve, hogy a vér fagypontja  $0.56^{\circ}$ :

$$m = \frac{0.56 \times 1.44}{1.226 \times 1.44 - 0.376 \times 1.02} = 0.58.$$

Nagyobb számú adat foglaltatik erre vonatkozólag 3 és 5 alatti cikkekben.

\*\* A vér fagypontja különböző vese-insufficienciáknál embernél pl.  $0.63^{\circ}$ ,  $0.65^{\circ}$ ,  $0.62^{\circ}$ ,  $0.70^{\circ}$ ,  $0.78^{\circ}$ ,  $0.64^{\circ}$  stb. volt.



seblefolyást alig remélni engednek, mindezek oly körülmények, melyek a véres repositiónak általánossá tételére az inveterált csipőizületi ficzámok kezelésénél legkevésbé sem ösztönöznek.

Annál inkább lép itt jogaiba a resectio, mely különben is majdnem kivétel nélkül alkalmazásba jött az összes eddig operatív úton kezelt inveterált csipőizületi ficzámoknál. Azon 16 eset közül, melyet *Kirn* 1889-ig az irodalomból gyűjtött, 14-nél resectio és csak 2-nél végeztetett véres repositio. Az első eset, melynél a véres repositio sikerült, *Veccellitől* származik; a második *Polailon* által operált eset heveny izületi elvedesedés (Gelenksverjauchung) következtében ment tönkre.

1889 óta a hozzáférhető irodalomból az operative kezelt inveterált csipőizületi ficzámoknak még négy esetét voltam képes összeszedni [*Nélaton*, *Bloch*, *Paci* és *Rudolf Volkmann* (Küster klinikájáról)], az általam operált eset az ötödik. Négy esetben resectio végeztetett. A *Volkmann* által közölt, *Küster* által műtett esetben a véres repositio teljes eredménnyel foganatosított.

Ezen számokból látható, hogy az operative kezelt esetek száma igen csekély (összesen 21) és hogy az esetek legnagyobb részében resectio végeztetett (összesen 18-szor resectio, háromszor repositio). A mondottak szerint a resectio souverain eljárásnak tekinthető tehát a kérdésben levő ficzámok operatív terapiájában s esupán az a kérdés merül fel, vajjon minő joggal. Azon okokat, melyek a sebészek legtöbbször a véres repositio elkerülésével a resectio végzésére indították, imént említettük s most esupán arról lehet szó, megállapítani, vajjon a resectio által elért functionalis eredmények feljogosítanak e arra, hogy emez oly általánosan gyakoroltassék, mert mint tudva van, nem oly ritkán fordulnak elő esetek, hol a betegek a ficzámódott végtagot elég jól használhatják és az utóbbinak állása annyira javul és a nearthrosis mozgékonyasága annyira halad, hogy a beteg bot nélkül is elég tőrhetően járhat. Ezen spontan relative gyógyult esetek, ha szabad magam így kifejeznem, okvetlenül szembe állítandók azon esetekkel, hol a resectio eredménye rossz volt vagy mi több, hol a beavatkozás által nemesak a kórállapot semminemű javulása, hanem ellenkezőleg annak rosszabbodása idéztetett elő.

A *Kirn* által gyűjtött 14 resectió eset áttekintésénél azt találjuk, hogy 4-szer halál, 10-szer jó és részben kitünő functionalis eredmény állott be. Hogy itt oly magas halálozási szám van jelezve, annak oka az, hogy az esetek egy része még az antisepsis behozatalát megelőzőleg lett operálva. A többi általam gyűjtött 4 esetben, az általam operáltat is ideszámítva, 3-szor kitünő, egyszer pedig rossz eredmény állott be.

Az összes 18 resectió eset tehát 13-szor jó, (72·2%) legnagyobb részben kitünő, egyszer rossz (5·5%) eredményt és 4 halálozást (22·2%) mutat. Ezen magas halálozási százalék jelenleg, hol aseptikus cautelák mellett operálunk, nem tekinthető mérvadónak. A resectiónak összeredménye ellenben az eddigi tapasztalatok szerint kiválóan kedvezőnek mondható, tehát annak általános alkalmazása inveterált csipőizületi ficzámok operatív kezelésénél tények által motivált és teljesen jogosult.

Daczára ezen a resectio által elérhető kedvező eredményeknek jelenleg odairányul a sebészek törekvése, a tökéletesebb methodussal, a véres repositióval gyakrabban gyógyulást elérni, mint az eddig történt. Mert nem vonható kétségbe, hogy bármely ficzámok egyedüli helyes és tökéletes gyógy módja a repositio, és „hogy a végtag működése jól sikerült repositio után a legjobb resectió eredményt is magasán túlszárnyalja“ (*Schede*). Ennélfogva minden új adatot, mely a technika haladását, tökéletesítését, a repositiónak véres úton való megkönnyítését előzolja, szívesen fogadjuk. Ily értelemben veendő tehát *R. Volkmann* dolgozata egyszersmind, mely egy *Küster* által a legjobb eredménnyel operált 7 hetes luxatio femoris iliaca esetéről szól, s melyben a szerző kiemeli, hogy a véres repositio gyakrabban fog sikerülni, ha *Küster* eljárása szerint a felső czombesont végét az egész trochanter minorig szabaddá, mozgathatóvá tesszük. Ő nem zárkozik el azon nézet elől, hogy azon szerzők közül, kik a resectio előtt a véres repositiót sikertelenül megkísérelték, legalább néhányan

valószínűleg észlelték volna, hogy ha a kísérletekkel nem hagytak volna fel oly korán, azaz ha az összes gátló és feszülő callosus tömegeket és kötegeket kiméletlenül átmetszették és — mi a fő — a kitöltött acetabulumot kellőleg kimélyítették volna. „Szerinte több szerzőnek leírásából kiviláglik, hogy már akkor álltak el a repositio megkísérlésétől, ha azt a fej felszabadítása után nem lehetett foganatosítani és ha a régi acetabulum nagymérvű elváltozásokat mutatott.“ Ha *Küster* is így járt volna el eseténél, ő sem lett volna nézete szerint képes a repositiót sikeresen eszközölni. *Küster* szerint nem elegendő a czombesontfejecset és nyakat felszabadítani, hanem megköveteltetik, hogy mind a fejecs és nyak, mind a trochanter major szabadon mozgathatóvá tétessék. Hogy ez megtörténjék, szükséges lesz gyakran, hogy erős kérgesedésnél a szomszédságban a femur felső végét egészen a trochanter minorig szabadon kiproparáljuk, az összes izominsertiókat a trochanter majortól lemessük, a gátló kérgesedéseket a szomszédságban kiirtsuk, azután pedig nemesak az acetabulumot a normalis mélységig kivájjuk, hanem a régi izületi tokból mindazt eltávolítsuk, mi a helyzetét gátolná, tehát mindenekelőtt a lig. Bertini tájkát. Semmi jelentőséggel sem bír azon körülmény, hogy az acetabulum porczbevonata hiányzik-e vagy nem a vájulatot kitöltő tömeg alatt, és hogy ott képződtek-e esontkinövések vagy nem. A porczbevonat újra képződik, mint azt nearthrosisoknál is láthatjuk és a kisebb esontkinövéseket eltávolíthatjuk. Megrövidült izmok (adductorok) átmetszetnek, mint az már eddig többször megtörtént. „Ha ily messzire megyünk, akkor *R. Volkmann* szerint egyes eseteket, melyek a resectiónak esnének áldozatul, talán mégis a repositio számára megmenthetünk.

Az asepsis uralma alatt, különösen pedig a nedves vérpörk alatti sebkezeléssel minden veszély nélkül vállalkozhatunk a felső czombesontvég ily kiterjedt felszabadítására, kikészítésére, hogy a repositiót lehetségessé tehesük. Sőt ez javallva is van, mint azt *Volkmann* esete és azon számos *Hoffa*, *Lorenz* és mások által fényes eredménnyel operált veleszületett csipőizületi ficzám-eset elégségesen bizonyítja.

Ugyanazon szerző azonban oda nyilatkozik, hogy ennek daczára mindig lesznek esetek — s ezek kétségkívül többségben lesznek — hol a repositio a legerélyesebb kísérletek daczára sem vezet sikerhez és a resectio elkerülhetetlen. Ugyanily esetről van a következő sorokban is szó, mely nemesak azért közlésre méltó, mivel inveterált luxatio obturatoria ritkán fordul elő — az eddig operált esetek majdnem kivétel nélkül hátsó ficzámok voltak —, hanem még azon okból is, mert több tekintetben érdekes vonásokat tüntet fel.

G. . . . . János 37 éves, bányász 1893. január 5-dikén vétetett fel a szent János-kórház sebész osztályára. Előadja, hogy 1891. június 25-dikén éjjel a tárnában levált kötőmegek alá temettetett. Egy 4 méter hosszú és 2 méter széles kódarab körülbelül 1 méter magasságból a beteg jobb alsó végtagjára lesiklott és azt a czomb közepén kettétörtte, azután baloldalára esüszott, hol a bal testfélén és a bal alsó végtagon fekvé maradt Midőn a sérültet kiszabadították, a bal alsó végtag a csipőizületben be volt hajlítva, jobbra és balra mozgatható, de kifeszíteni nem lehetett. A bányakórházban narcosisban visszahelyezési kísérletek tétettek ugyan, de eredménytelenül, mert a végtag megmaradt a sérülés által előidézett helyzetben. A törés a jobb lábón tetemes rövidüléssel gyógyult. A bal végtag meredt maradt, daczára annak, hogy hetek hosszat ragtapasz-extenzióval kezeltetett. 1891. október havában a beteg járási kísérleteket tett, azonban nagy fájdalmakat érzett a bal lágyéktáján és a balczomb mellső részében. Néha szúrásai is voltak a bal glutealis tájon. A járás igen fájdalmas volt és oly nehezebbé esett a betegnek, hogy teljesen munkaképtelen lett. Csak igen nehezen tudott botra támaszkodva helyből elmozdulni. 1892. év folyamán elhalt *Lumniczer* tanár klinikájára vétette fel magát Budapesten, hol ismét 2 hónapon keresztül extenzióval kezeltetett. A végtag azonban megmaradt régi állapotában, úgy hogy beteg a klinikát gyógyulatlanul elhagyta. 1893. január 5-dikén jelentkezett a beteg a szent János-kórház sebész osztályára, hol fel is vétetett.

A közepmagasságú beteg jól táplált, egészséges kinézésű, eléggé izmos, erőteljes. Állás közben jobb lábára nehezedik, míg bal alsó végtagja a csipőizületben mérsékelt fokban be van hajlítva, abducálva és kifelé rotálva. Elöl a lágyéktájban semmi resistentia sem érezhető. Fekvő helyzetben a bal alsó végtag a csipőizületben ugyanolyan fokban mint említettük be van hajlítva, abducálva és kifelé rotálva. A végtag hossza baloldalt 95 cm. jobboldalt 86 cm. A bal csipőizület ankylotikus, teljesen mozgathatlan. A bal végtag jelentékeny lesóványodást mutat. A bal trochanter táj ellapult. A trochanter mélyebben fekszik, az izomzat közt érezhető



és 3—4 cm.-nyire lefelé van tolvá. A bal glutacalis táj oldalt ellapult és haránt átmérőjében keskenyebb. Kórisme: *Luxatio femoris obturatoria, inveterata traumatica. Ankylosis completa.*

A ficzam régi volta (19 hó) és a teljes mozgathatlanság ugyan kevés reményt nyújtott az iránt, hogy a helyzetét véres úton sikerüljön, mégis feltettem magamban, hogy mindent elkövetek annak eszközölhetése iránt és elhatároztam, hogy a resectiót csakis akkor végzem, ha az előbbi épen nem volna végrehajtható.

A műtét 1893. január hó 21-dikén végeztetett általam mély, teljes chloroform-narkosisban. *Bidder*-féle hosszmetzés a trochanter mögött, mely az utóbbinak hátulsó szélével párhuzamosan valamivel a crista pelvis alatt kezdődik és a trochanter basisa alá nyulik. A m. glutaeus magnus áthatatja, a trochanter majorról pedig annak egész hosszában a periost a felső csontréteggel együttesen levésedik. Miután a collumhoz és a trochanterekhez tapadó lágy részek (kérgesen megvastagodott tokrészek, inak és izmok) közel a csontnál lemetstettek, az acetabulumnak felső fele látható lett; alsó felét a trochanter esúsa töltötte ki, mely utóbbi kérges kötszövettel rögzítve volt az acetabulumhoz. Ezen összenövéses átmetszése után, a collum femoris az egész peripheriája körül óvatosan és szorosan a csontnál vezetett metszések által felszabadították. A felszabadított rész hossza legalább megfelelt a nyak hosszának, mely különben frontalis síkban állott. A mélybe való praeparálás helyszíke miatt szerfelett nehéz volt, a részben vastag izomrétegekből, részben csontból álló szomszédság könnyen érthetővé teszi ezt. A czombesontfejekre a medencéhez való abszolút mozgathatlan rögzítése miatt szó sem lehetett arról, hogy a végtag mozgatása által a caput helyzetéről tudomást szerezhettünk volna. Csak nagy nehezen birtam mutatójamat a collum hosszában előretolni, hogy a fejecs magatartásáról tájékozást szerezzek. Körvonalait azonban nem birtam megtalálni; csontosan körülzárva, mozgathatlannal feküdt helyén. Nekem tehát a repositiótól el kellett állnom és a resectióhoz fognom, melyet vésővel és kalapáccsal a trochanter minor felső határán végeztem. Néhány erőteljes kalapácsütéssel a femur legnagyobb részében át volt metszve, mire betörtetett s miután nem sikerült csontfogóval a lemetstett és mozdulatlan csontrészt kiesavarnom, vésővel és kalapáccsal darabonként eltávolítottam. A trochanter részlet eltávolítása könnyen ment végbe, de a fejecsen és nyakon nehéz lett a munka a sebcsatorna mélysége és szűk volta miatt. Fáradtságos munka után végre a nyak el volt távolítva, a fejecs ki volt vájva, határai, szélei azonban nem voltak feltalálhatók. Hosszadalmas keresés után végre egy engedékenyebb helyre bukkantam a raspatoriummal, melyet erősen, de óvatosan benyomtam és vele nagy erővel a kivájt fejet vápájából kiemeltem; utóbbi csontos és vézű, sima hártával fűdve volt. Mélyedést képezett, mely a foramen obturatum csontos rájájától, keretétől volt képezve és ezen csontrészteken kinőtt osteophyt-képletek által oly mélységre tett szert, hogy az egész caputot a szomszédos nyaki részlettel együtt magába fogadta. A rögzítés e helyen fibrosus volt.

A valódi izvápának nyílása, melyben a trochantercsúcs el volt helyezkedve, amannak külső felső keretén előfordult tömeges osteophyt-burjánzás következtében szűkült volt. Az acetabulum dimenziói alig voltak a rendestől eltérők, a mennyiben a mélyedés valamivel sekélyebb volt és porzbevonattal nem rendelkezett. A caput csak annyiban mutatott elváltozást, hogy valamivel kisebb volt, alakját azonban megtartotta. Ő is elvesztette porzbevonatát és fibrosus, meg lehetős sima hártával be volt vonva. A czombesontnyak derékszög alatt állott a czombesont-diaphysiséhez, látszólag megrövidült és a rendesnél valamivel vastagabb volt.

Ezután a lemetstett femurvégét kalapács és véső segítségével legömbölyítettem, az acetabulum szélén kinőtt osteophyt-képleteket levéstem és a vápaféneknek kimélyítése után, az előbbi az így helyreállított acetabulumba beillesztettem; erre a mély sebcsatorna az acetabulumból kiindulva draineztetett és a végtagnak abductió helyzetbe való hozatala után, már a műtét előtt alkalmazott ragtapasz ansára a súlyextensio tétetett. Elsúlyesztett csont-csonthártya- és izomvarratok catguttal és bőrízomvarrat erős selyemmel. Jodoformgaze-fagyapotos párnakötés. Este a kötés kissé véresen át volt ütve; Bruns-wattával vétetik körül. Hőmérsék 38-39°.

Január 22. Beteg jól érzi magát; alig panaszokodik fájdalomról. Hőmérsék reggel 37-5°, este 37-8°.

Január 29. Mindeddig nem volt lázas hőemelkedés. Első kötés-változtatás. A drainsövek kettő kivételével, melyek rövidre vágattak, eltávolítottak. Az egyik centralis drainső eltávolításakor körülbelül evőkanálnyi mennyiségű sűrű geny ürül ki. A sebcsatorna kiöblítették, a kifolyó folyadék csupán vöröses színt mutatott, zavaros nem volt. A csövek eltávolításakor mérsékelt vérzés mutatkozik a mélyből. Az összes varratok eltávolítottak. A seb per primam gyógyult.

Február 5. Láztalan lefolyás. Semmi fájdalom. A maradt draineek eltávolítottak.

Február 7. Hőmérsék 38-1°. A hőemelkedést valószínűleg váladék-visszatartás okozta. Vékony drain vezetettik a sebbe. Savós-genyes váladék. Mindennapos kötés-változtatás.

Február 8. Hőmérsék 37-4°. Ezentúl rendes hőmérsék. A váladék kevesedik.

Február 12. Ismeretlen okból 38-5°-nyi hőmérsék. A beteg 2 evőkanál ricinusolajat kap, mire bő székletét követtezett.

Február 13. Ezentúl rendes hőmérsék.

Február 15. A drainső eltávolítottak. A sipolynyílások tetemesen megkisebbedtek. Jodoformpálcákat vezetünk a sipolycsatornába.

Február 20. A jodoformpálcáknak mindennapi bevezetése által a váladék tetemesen csökkent. A heg erősen behúzódik. A trochanter-tájón kidomborodás, újonnan képződött csonttömeg tapintható. A beteg felül az ágyban és fájdalom nélkül könnyű rotatiókat végez a műtett végtaggal a csípőizületben. A kötés-változtatásnál végzett passiv mozgások nem okoznak fájdalmat.

Február 21. 10% jodoformglycerin öntetik a sipolynyílásokba. A váladék igen csekély, vizenyős, savós. Az extendáló súly lassanként felényire reducáltatott (4 kgm.). Normalis hőmérsék.

Február 26. Activ és passiv mozgások rendszeresen gyakoroltatnak. A beteg fájdalom nélkül fel tud ülni az ágyban. Hajlítás, ab- és adductio, feszítés és rotatio mérsékelt fokban végezhető a csípőizületben. A feszítő súlyt 2½ kgm.-ra csökkentettük. Jodoformglycerin.

Február 28. A feszítő kötés eltávolítottak. Massage. Sipolyok begyógyulvák.

Márczius 11. Massage, az activ és passiv mozgások folytatása és villamozás, mely utóbbi feltűnően fokozta az atrophikus izomzat activ mozgathatóságát.

Márczius 14. Beteg az első járási kísérleteket teszi két mankó segítségével. Az új csípőizületben a legesekélyebb fájdalomasság sem constatálható. A belső condylus belső felülete igen érzékeny minden lobos tünet hiánya mellett. Massage, hideg fürdő.

Márczius 21. Az izomzat jelentékenyen erősödött. A beteg minden támasz nélkül képes állni. Az összes mozgások kilengési távolsága növekedett. A járás egy mankó és bot segítségével történik.

Márczius 22. A vaselinnel való massage következtében acnesomók és genyitiszöktől kiindulva lymphadenitis inguinalis támadt baloldalt, mely a beteget 3 napra az ágyhoz kötötte. Jégtömlő; a lobosodási tünetek visszaképződtek. Hőmérsék 38-0—38-5°.

Márczius 29. A normalisra süllyedt hőmérsék megint emelkedni kezd. Fájdalomasság sehol sem constatálható az új izület táján. Hőmérsék 38-0°.

Április 6. A hőmérsék eddig 38-0° körül ingadozott. Ezen a napon rázóhideg, hő: 39-4°.

Április 7. A trochanter-táj a heg területén szétterjedten duzzadt, két helyen körülírva kidudorodó, hullámzó, a bőr kivörösödött. Az alsó dudor bemetszetik, mire több evőkanálnyi savós geny ürül ki. Drainage.

Április 8. A hő normalisra süllyedt le.

Április 9. A hő ismét emelkedik 38-4°-ra.

Április 12. A heg felső felében ismét tályog képződött. Megnyitás. Drainezés. A hő a műtét előtt 39-2° volt, a műtét utáni délután 37-5°-ra süllyedt.

Április 17. A hőmérsék állandóan normalis.

Május 18. A beteg jól érzi magát. Két mankó vagy mankó és bot segítségével a lépcsőkön fel- és lejár az emeletről a kertbe. Az új csípőizület majdnem a rendes határok közt mozgatható. Két héttel ezelőtt az ismét kiújult lymphadenitis ing. sin. a beteget ismét több napon át az ágyhoz kötötte. A bal végtag mérsékelt fokú atrophiat mutat. A hegen csekély mennyiségű vizenyős geny kiválasztó sipoly. Itt-ott fájdalomról panaszokodik a beteg a mérsékelt duzzadt baloldali lágyék-mirigyekben. Az új izület táján semminemű fájdalom.

Junius elején a régi helyeken ismét két tályog tört át a hegen, melyek a beteget ismét az ágyhoz kötötték és lesóványították. A kutatás nem vezetett szuvas csontra.

Junius 26. A beteg ismét jár.

Julius 29. Beteg teljesen meggyógyulva két botra támaszkodva jár. Ab-adductio, be- és kifelé rotatio, extensio, flexio, általában az összes mozgások majdnem normalis határok közt végezhető az új izületben. A bal alsó végtag atrophikus, izomzata tetemesen megerősödött a következetes villamozás és massage következtében.

Julius 31. Gyógyultan elbocsátott.

(Folytatása következik.)

## Ujabb tapasztalatok a gyomorbetegségek mechanikai kezeléséről.

Oséri János dr.-tól, Budapesten.

Négy év előtt az „Orvosi Hetilap”-ban a gyomormassage egy új módját közöltem, a mely abban áll, hogy a gyomrot 2—3 órával a főétkezés (ebéd) után, tehát oly időben masszálom, midőn ez még legnagyobb részben ételekkel telt. Ezen idő óta a „tele gyomor” massage-át ezen szerv legkülönbözőbb működési zavaraiiban, a melyeknek részletezésébe alább fogok bocsátkozni, következetesen gyakoroltam, úgy hogy most több mint 100 idevágó megfigyelés áll rendelkezésemre. Igazoltam fogják tehát tartani, ha most eme kezelési módszer eredményeiről részletesen beszámolni bátorkodom.

Tudvalevő dolog, hogy az altesti massage nem tartozik az újkor vívmányai közé. Sőt inkább az altest kengetése, nyomogatása és gyúrása a népgyógyászatban régóta szokásos és gyakran alkalmazott therapeutikus beavatkozás. Mióta a massage-t szakértő kezek gyakorolják, az altesti massage a gyomor- és bélbántalmak kezelésében jelentékeny helyet foglal



el. Engedjék meg azonban, hogy e helyütt egy általánosan elterjedt tévedésre utaljak, a mely eddig ezen eljárást illetőleg beférkőzött és a mely abban az általános feltevésben áll, hogy az altest masszálásánál, a mint azt eddig gyakorolják, gyomor és bél *egyenlő mértékben* vesz részt. Ez boncztanilag téves, mivel a gyomor ezen művelet alkalmával, a mint azt mindjárt ki fogom mutatni, csak ritka esetekben masszálható. Felesleges dolog részletesen kifejteni, hogy egy szervnek, főképen pedig egy türeges szervnek, a mely masszálható, mindenekelőtt a kéz számára egy bizonyos fokig hozzáférhető kell, hogy legyen. Már most a szabály azt írja elő, hogy az altesti massage mindig reggel és este, tehát oly időben gyakoroltassék, midőn a gyomor többé-kevésbé *üres* és egy igazi masseur ugyancsak óvakodik ezt oly patientsnél végezni, a ki kevéssel előbb bőséges eledelt költött el. Ha már most az üres gyomor fekvését vizsgáljuk, azt fogjuk találni, a mennyiben dilatatio vagy helyzetváltozás nincs jelen, hogy a mellső gyomorfalnak csak keskeny csikja fekszik szabadon, míg a gyomor legnagyobb része a masszáló kéz számára teljesen hozzáférhetetlen. Hogy ilyen viszonyok mellett egy tényleges gyomormassage-ról szó sem lehet, azt mindenki be fogja látni.

Egészen másképp alakulnak azonban az altest tájbonztani viszonyai, mihelyt a gyomor ételekkel telt, a mint erről hullán tett kísérletek által meggyőződhetünk. Hullán az *üres* gyomor fundusát a baloldali hypochondrium mélységében, a bordák mögött visszahúzódnva találjuk, a mellső gyomorfalnak körülbelül 2 harántujnyi csikja — a bal bordaív és bal májleány között — szabadon fekszik előttünk, a gyomor többi részét ismét a máj fedi. Ha már most a *gyomorba sondán át vizet bocsátunk*, akkor láthatjuk, hogy a gyomor a *megetlödés alatt kettős helyzetváltozást* végez. Az egyik abban áll, hogy a fundus lassanként a bordaív mögött *alászáll*, a másik pedig úgy jön létre, hogy ugyanazon időben a *curvatura major*, mely eddig lefelé tekintett, mellfelé emelkedik és ily módon a *mellső hasfalat megfekszi*. Ha már most ezen állapotban nézzük meg a gyomrot, akkor azt találjuk, hogy ilyenkor a tapintó kéz számára legnagyobb peripheriájában hozzáférhető. Ebből következik, hogy egy valóságos gyomormassage csak a telt, nem pedig az üres szerven végzendő.

Eme theoretikus megfontolások mellett még egy más indokom is volt, hogy épen a tele gyomrot, a masseur-ök eme „noli me tangere“-jét a mechanikai kezelés tárgyául válaszszam. Ugyanis mindenki tudja, hogy gyomorbetegség általában mindig nagyobb étkezések (ebéd) után érzik magukat legrosszabbul. A nehézségek, melyek náluk az emésztési folyamat alatt beállanak, a teltség, a nyomás, a puffadság érzete, a legkülönbözőbb fájdalmak stb. tudvalevőleg legnagyobbbrészt következményei azon aránytalanságnak, mely a bevett ételek mennyisége vagy minősége és a gyomornak azon képessége közt fennáll, hogy azokat akár vegyileg feldolgozza, akár a normalis időtartam lefolyása alatt a belekbe továbbítsa. Ha tehát az a szándékunk, hogy mechanikai úton beavatkozzunk, akkor az orvosra nézve mindenestre háladatosabb feladat a nehézségeket *akkor* távolítani el, midőn azok jelen vannak, mintsem a massaget oly időben végezni, midőn a patients relative jobban érzi magát.

Áttérek most azon kérdésre, minő hatásokat vagyunk képesek az általunk gyakorolt gyomormasszálassal előidézni? A hatások ismerete egyúttal eme kezelési módszer indicatiót is pontosabban meg fogja állapítani.

1. Első sorban a bélmassage analogiája mutatja, hogy ezáltal a peristaltikát előmozdíthatjuk és hogy hosszabb időn át folytatott kezelés által a szerv izomzatát erősíthetjük. E szerint kétségtelen és a tapasztalat is bizonyítja, hogy ugyanazt az eredményt érjük el a gyomornál is, t. i. hogy a gyomorperistaltikát előmozdítjuk és a gyomor motorikus működését fokozzuk.

Ehhez képest ezen eljárás indikálva lesz mindazon esetekben, a melyekben valamely motorikus insufficiencia van jelen, azaz a midőn a gyomortartalomnak a bélbe való továbbítása meg van lassítva, legyen ez következménye akár az izomzat

gyengességének, akár valamely mechanikai akadálnak, tehát javalva van a gyomor-atonianak és dilatatióknak eseteiben.

2. A massage mechanikai ingerének azonban a gyomorműködésre vonatkozólag még egy további hatása is van. Ugyanis az állatkísérlet mutatja, hogy mechanikai izgatás által a nyákhártya elválasztó képességét fokozni lehet. A massage tényleg hosszabb-rövidebb tartamú melegérzést kelt a gyomorban, a mi arra enged következtetni, hogy a nyákhártyát ezáltal hyperaemikus állapotba hozzuk, mely állapot mindenestre erősebb secretióval jár.

A gyomormassage e szerint javalva lesz ott is, a hol a gyomortartalom vegyi vizsgálata a sósavválasztás csökkenését constatálja, egy lelet, mely úgy a nyákhártya megbetegedéseinek (catarrh. chron.), mint általában a legkülönbözőbb általános bántalmaknál (anaemia, chlorosis, neurasthenia) jelen szokott lenni.

3. A massage eszközli végre a *gyomorgázok eltávolítását* is. Tudjuk, hogy neurasthenikus egyéneknek gyakran már csupán az ételeknek a gyomorban való puszta jelenléte a legkülönbözőbb sensatiókat idézi elő és hogy túlságos gázképződés egyike a legkellemetlenebb tüneteknek valamennyi, de különösen az ideges gyomorbántalmaknál. Ezeknél a peristaltika előmozdítása, úgyszintén a gyomorban mesterségesen előidézett melegérzet bizonyára előnnyel fog jární. Fontosabb azonban az a *hirtelen* hatás, melyet a gyomorgázok mechanikai eltávolítása által idézünk elő, midőn ily módon a betegeket a puffadság kínzó érzésétől közvetlenül megszabadítjuk.

4. Hátra van még azon kérdés, vajjon kezelésünkkel képesek vagyunk-e a gyomortartalmat a bélbe átsajtolni és ily módon a gyomrot a bél rovására terhétől megszabadítani? Erre a fontos kérdésre nézve eddig klinikai tapasztalatok még nincsenek. Az állatkísérlet után következtetve a felelet tagadólá hangzik. Ha t. i. a házinyúl gyomrán teszünk masszálási kísérleteket, a pylorus rögtön göresösen összehúzódik és természetesen, hogy a contrahált pylorus a gyomortartalom átsajtolását meg fogja akadályozni. Az irodalomban találunk ugyan egy esetet, mely ezen kérdés megoldását látszólag megközelíti. Ugyanis Zabludovszky a „Berl. klin. Wochenschrift“-ben egy betegről tesz említést, a kinél nagyfokú pylorus-stenosis volt jelen. A stenosis következtében az ingesták a gyomorban megmaradtak. Zabludovszkynak sikerült a patientst az által fenntartani, hogy minden étkezés után a gyomortartalmat massage által a megszűkült pyloruson átsajtolta. Közelebbről megtekintve azonban ezen eset semmiféle felvilágosítást nem nyújt kezelésünkre, mert hiszen itt nem normalis, hanem egy újképlet által megszűkült, merev és működésképtelen pylorus volt jelen. Más tapasztalatok hiányában tehát csakis a magaméira utalva, állíthatom, hogy ezek határozottan annak lehetősége *mellett szólnak*; legalább volt alkalmam néhányszor hallás és érzés útján a gyomortartalomnak a pyloruson való áthaladását észlelhetni és ez megegyezik a patientsek azon állításával, hogy akkoriban ezen tájékon átáramlást éreztek. (Ily esetről alább lesz szó.) Ezek az észlelések azonban csak kivételesek voltak. Ezen jelenség magyarázatára szolgálhatna esetleg az az analog viszony, a mely más, mechanikai inger által előidézett önkéntelen izomösszehúzódásoknál is mutatkozik. Láthatjuk pl. hogy az altesti massage kezdeténél a hasizmok érintésre azonnal göresösen összehúzódnak; az inger megszokása után azonban az izomösszehúzódás lassanként elmúlik. Bizonyosra vehetjük, hogy a pylorus is a massage kezdeténél a szokatlan inger folytán összehúzódik; azt hiszem azonban, hogy lassanként hozzászokik és végül egyes esetekben a masszáló kéz nyomásának enged.

Az előbb említettek összefoglalása gyanánt mondhatjuk tehát, hogy a gyomormassage a gyomor peristaltikáját előmozdítja, a szerv izomzatát erősíti, a nyákhártya elválasztó képességét az emésztés ideje alatt fokozza, a gázmeggyülemleket eltávolítja, egyes esetekben a gyomrot tartalmának egy részétől megszabadítja, és végül enyhítőleg és fájdalomcsillapítólag hat.

Az ezen módszer szerint kezelt eseteim, számszerint 105, a következő csoportokra oszlanak: Atoniák és dilatatiók 34



esete, secretórikus insufficienciák 28 esete, ideges dyspepsiák 43 esete.

Ezeknek illusztrálására szolgáljanak a következő kórtörténetek:

*Atonia ventriculi.* Felvétetett 1893. október 6-dikán. L. A., 38 éves, előadja, hogy 2 év előtt súlyos typhuson ment keresztül, azóta bizonyos „gyomorgyöngöség”-ről panaszkodik. Míg t. i. azelőtt jól emésztett, most minden étkezés, főképen ebéd után annyira telnek és puffadnak éri magát, hogy kénytelen ruháit meglazítani. Délutánonként gyomortáji nyomást, felbőfögést, fejfájást és émelygést érez. Kedélyállapota nyomott. H<sub>1</sub> tele gyomorral heves mozgást végez, loecsesanást érez benne. Étvágya változó. Székrekedése nincs; vizeletmennyisége rendes. Status praesens: Test mérsékelten táplált. Mellkas szervei normálisak. A gyomor tapintása alkalmával (délután) feltűnik, hogy nagy mennyiségben gázokkal telt. A kopogtatásnál (felfűvés nélkül) a gyomor alsó határa a köldökvonallig ér. Erős loecsesanás. Egy órával a próbareggeli után nyert folyadék még 150 cm.-t tett ki; szabad sósavtartalom: 0.15% Reggel a bevezetett sonda a gyomrot teljesen üresen találja. 500 cm. víz felvétele után a gyomor a köldökvonallig süllyed le. Mindeme vizsgálatokból kiindulva *gyomor-atonia* diagnózisát állapítottam meg és könnyű diétát, folyadékfelvételt megszorítását és a tele gyomor masszálását rendeltem el. A gyomorgázok mechanikai eltávolítása mindjárt megkönnyebbülést okozott. A nyomás érzete és a fejfájás mindinkább elmúlt, a kedélyállapot javult. A 2 hét végén a jóllakottság érzete már nem tartott oly sokáig, mert betegnek vacsora idején ismét étvágya volt. A kúra végével, hevesebb mozgás alkalmával sem éri már a loecsesanást. 1/2 liter víz felvétele után a gyomor alsó határa a köldök felett marad. Súlygyarapodás 6 heti kezelés után 2 1/2 kiló.

Látjuk tehát, hogy ezen esetben a massage a gyomorperistaltikát előmozdította, az izomzatot erősítette és az előbbi ruganyosságot ismét helyreállította.

*Dilatatio ventriculi.* Felvétetett 1891. február 1-én. F. R. asszony, koresmáros neje, 33 éves, 4 gyermek anyja, már leány korában „gyenge gyomor”-ral bírt. 3—4 év óta étvágytalanságban szenved, szájíze pépes, émelygésről és fejfájásról panaszkodik, székélése renyhe, mindezekhez később még heves fejfájalmak, gyomorfejdalmak és hányás is járultak. Ez utóbbi eleinte ritkán, most gyakrabban lép fel és feltűnik a betegnek, hogy a hányadék mennyisége nagyobb a bevett ételek mennyiségénél. A hányadék üvegen állva, az ismert három réteget mutatja. 2 év óta állítólag 15 kilót veszített súlyban. St. pr.: Arezzsín halvány. Pannicululus gyengén kifejlődött. Mellkas szervei normálisak. Hasfalak petyhüdték, zsírszegények, a vénák rajtuk áttündöklenek.

Tapintásra a gyomortáji érzékeny, lejjebb az elődomborodó gyomor 3 harántujnyira a köldök alatt tapintható. A köldök alatt és jobbra a bimbóvonallig loecsesanás hallható. A pezsgővel felfűtt gyomor kopogtása mutatja, hogy a gyomor magassága meghosszabbodott, t. i. az 5. bordaköztől a köldök alatt 3 harántujnyira dohos a kopogtatási hang. A következő napon Ewald-féle próbareggeli után exprimált gyomortartalom 650 cm.-t tett ki. Szabad HCl-tartalom: 0.11%.

Ezen adatokból következtetve a gyomor-dilatatio diagnosisa kétségtelen volt. Ennek következtében a szükséges diétát, folyadékfelvételt megszorítását és gyomormossást rendeltem el. Mivel azonban a beteg ez utóbbiról mitsem akart tudni, elhatároztam, hogy a gyomormassagat fogom megkísérteni, a melyet a következő napon 2 1/2 órával ebédje után meg is kezdtem. Már az első műveletek után megkönnyebbült a beteg, a feszülés, a nyomás engedett, a massage által a gyomorban létrehozott melegérzés jótékonyan hatott. Tíz nap múlva a hányás teljesen megszűnt. További 8 nap múlva közvetlenül a massage után élénk étvágy jelentkezett, a táplálkozási viszonyok is mindinkább javultak. Az utolsó hetekben massage közben *korgó zörejt észlelhettem a pylorus tájékán.* Beteg állította, hogy e közben átáramlás érzett e tájékon. Miután 2 havi kezelés után (április hó elején) elboesáttottam, 4 1/2 kilóval gyarapodott, közérzete kitűnő volt, ellenben a kopogtatási viszonyok *lényegesen nem változtak.* A dilatatio csaknem ugyanazon határok közt maradt meg, mint a kezelés elején.

Látjuk tehát, hogy a gyomormassage jelen esetben élénken előmozdította a peristaltikát és erősítette a gyomorizmokat annyira, hogy a motorikus működés ismét igen kielégítő volt. A gyomorfalak kóros elváltozásán természetesen ez eljárás ép oly kevésbé változtatható, mint a mennyire a gyomormossást ezt eszközölni képes lett volna. A dilatatio tényleg lényegesen nem változott. Hogy azonban a gyomor elválasztó képessége is javult, már azon körülményből következik, hogy az eddigi kellemetlen tünetek mindinkább eltűntek. Biztos adatokat azonban ezen tényre vonatkozólag nem nyújthatok, mivel a beteg a gyomortartalom vegyi vizsgálata ellen tiltakozott. Végül kiemelem, hogy ezen betegnél az észszerű diétán és massage-on kívül minden szereléstől szándékosan tartózkodtam.

Ezen kedvező eredmény akkoriban arra indított engem, hogy azóta *középfokú dilatatioók esetében a gyomormossástól teljesen eltekintek és csupán a massagera szorítkozom,* a mely eljárás eddig mindig sikerre vezetett. Massage-zsal kombinált

gyomormossásokat csupán igen nagyfokú dilatatioók esetében alkalmazok.

*Általános anaemia. Subaciditás.* Felvétetett 1892. október 4-dikén. K. G. asszony, 26 éves, már leánykorában szélszorulásban és renyhe székelésben szenvedett; arezzsine mindig halvány volt és rendetlenül menstruált. Három év óta, utolsó szülése következtében, a melynél jelentékeny vérvesztést szenvedett, a dyspeptikus tünetek nagyobb mértékben mutatkoztak. Húsételt ép oly kevésbé tűr meg, mint téstát.

St. pr. Test mérsékelten táplált, arezzsín feltűnően halvány, nyákhártyák anaemikusak. Gyomortáji nyomásra érzékeny, a curvatura major kopogtatási határa normalis. A gyomortartalom vegyi vizsgálata nagyfokú aciditást mutatott. Szabad HCl-tartalom: 0.08% = subaciditás. Rendelés: vaskészítmények (Roncigno) és massage. 14 napi kezelés után a dyspeptikus tünetek javultak, a beteg húsételt jobban tűr. A további folyamat alatt lassanként javulnak a táplálkozási viszonyok is. A 8 heti kúra végével súlygyarapodás 2 1/2 kiló, szabad HCl tartalom: 0.15%.

Jó eredményt mutatott az ideges dyspepsiák csoportja.

*Dyspepsia nervosa.* Felvétetett 1892. szeptember 14-dikén. L. A. úr, 36 éves, nő kereskedő egészséges külseje dacára súlyos betegnek tartja magát. Alig van kellemetlen tünet, a melyről ne panaszkodnék. Étvágytalanság mohó étvágygyal váltakozik, étkezés után puffadtságot érez, felbőfög, szédül és hány, a hányadék azonban csekély mennyiségű. Székrekedés. Délutánonként bágyadt, álmos, munkaképtelen. Szívdobogás és aggodalomérzet gyakran jelentkezik nála. Nagy szabad térségeken keresztül egyedül nem mer menni, mert azt hiszi, hogy összerogy (Agarophobia), az utcán e szerint mindig kísérettel kell mennie. Mind-ezen jelenségek egy katastropha után léptek fel nála, mely anyagi tönkremenését vonta maga után. Szeszies italokat igen mérsékelten élvez, ellenben szenvedélyes játékos.

St. pr. Arezzsín egészséges, zsírpárnázat jól kifejlődött. Inreflexek fokozódottak. Mellkas szervei rendesek. Gyomortáji érzékeny. A tapintás alkalmával csekély mennyiségű folyadékot hány ki. A kopogtatás normalis viszonyokat mutat, ép úgy a gyomortartalom vegyi vizsgálata. Szabad HCl: 0.22%. Motorikus működés kifogástalan. Diagnózis: dyspepsia nervosa. Rendelés: nyugalom, könnyű diéta (tej), belsőleg bromkali és gyomormassage. Utóbbi eleinte csak felületesen és 2—3 percig gyakoroltatik, az első 2 napon azonban mégis hányással jár. A további lefolyás alatt beteg a massaget jól tűri, de ekkor egy különös jelenség mutatkozik. Az első műveletek után a beteg álmos lesz és mély (hypnotikus?) álomba merülne, ha ebből minduntalan fel nem riasztatnék. Nyolc nap múlva bromkali adagolását beszüntetjük, e helyett csillapító félfűrdők vétetnek. A hányás megszűnt. A 3-dik héten a szívdobogás és aggodalomérzet is ritkábban lép fel. Ezek csak nagyobb izgalmak (játékvesztés) után mutatkoznak. Beteg végre az utcán, szabad térségeken egyedül is biztosan jár, gyomra kifogástalanul működik, úgy hogy 8 heti kezelés után gyógyultan elboesáttatott.

*Dyspepsia nervosa.* Felvétetett 1893. január 8-dikán. F. A. úr, 42 éves író dyspeptikus nehézségekről panaszkodik, melyekhez hetenként néhányszor oly heves fejfájások csatlakoznak, hogy a külvilágtól teljesen elzárkozni kénytelen, mivel világosság és zaj rendkívül fájdalmasan hatnak rá. Azt hiszi, hogy e fejdalmak összefüggésben vannak rossz gyomrával. Az utóbbi időkben családi viszályok miatt különben is igen izgatott. Székrekedés.

St. pr. Arezzsín halvány, mérsékelten táplált. Gyomor határai rendesek. Gyomortartalom vegyi vizsgálata normalis. Jobb vese kitapintható. Diagnózis: Dyspepsia nervosa. Rendelés: gyomormassage.

Rövid idő alatt az étvágy javult, az emésztési nehézségek kezdtek mindinkább eltűnni. A 3-dik hét óta a fejfájás ritkábban és kevésbé hevesen lép fel. Az 5-dik héten ennek csak halvány tünetei mutatkoznak. Működési zavarok a gyomor részéről nincsenek. Beteg gyógyultan elboesáttatik.

Befejezésül szolgáljon még néhány megjegyzés az eljárás technikáját illetőleg. A gyomrot naponként 2—3 órával a főétkezés után 5—8 percen át masszálom, a gyógyeljárás kezdetén azonban csupán 3—4 percig és azután a szokásos bélmassagera térek át. Ellentétben az általános gyakorlattal a vízszintesen fekvő betegnek bal oldala mellé ülök; a hasizmok ellazítása végett beteg csipő- és térdizületeit behajlítja, balkezemmel körülfogom a jobb oldali hypochondriumot és jobb kezemmel simogató mozgást végzek a fundustól kiindulva a pylorus felé. E közben az ujjak kinyújtva vannak és az abducaált hüvelyktől hathatós módon támogattnak. Miközben már most a jobb kéz simítva balról jobbra mozog, a bal kéz ellennyomást fejt ki, úgy hogy a gyomor a két kezem közé jut. Dilatatioók és helyzetváltozások esetében természetesen a simítások iránya is meg fog változni és nem balról jobbra, hanem alulról balfelől, felfelé jobbra fognak irányulni, miközben a bal kéz hasonlóan ellennyomást gyakorol. Ezen simításokat azután *gyúrások* váltják fel. Másnemű fogásokat, mint a melyek semmiféle előnyvel nem járnak, a gyomormassage-nál nem alkalmazok. Szabályul szolgáljon, hogy az első napokban csupán rövid ideig és csak felületesen masszáljunk, míg a beteg az eljáráshoz hozzászokott. Ha ezt az óvatosságot



figyelmén kívül hagyjuk, kellemetlen érzések, émelygés, hányás szédülés léphetnek fel.

Massage után a beteg 5—10 perczig pihenjen és azután csak *lassan* emelkedjék fel, különben megtörténik, hogy mindjárt, a mint felkel vagy később is, szédülés fogja el és összerogy.

Említettem már, hogy a gyomorgázok közvetlenül a massage után, kisebb-nagyobb mennyiségben, ismételt felbőfögések közben eltávoznak. Valóban meglepő azonban az a hirtelen megkönnyebbülés, mely azonnal a gázok eltávolítása után beáll és elég gyakran megtörténik, hogy betegek, a kik puffadtság és nehéz légzés panaszával jönnek, néhány percz múlva megkönnyebbülve, mintegy újjászületve távoznak.

A kezelési módszer különös ügyességet nem igényel. Örvedetes megelégedésemre fog szolgálni, ha ezen közleményem által indítatva a kartárs urak a tele gyomor masszázását adandó alkalommal megkísérteni és alkalmazni fogják.

## Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

### Fordítás térdkönyök-helyzetben.<sup>1</sup>

A vidéki orvos harántfekvések alkalmával rendszeren már csak akkor hivatik, ha a magzatvíz már rég elfolyt, a méhszáj már elsimult; egy kar, a váll már rendszeren előesett, az előreesett kar megdagadt, szóval a vészfenyegető körülmények a tetőpontot elérték, mert legtöbbször a nevezett magzatrészeket vagy a vállat beékelve találjuk. A karon a falusi szülésznő már mesterkelt és ránczigált, habár ez büntetéstől való félelem miatt eltítkoltatik vagy eltagadtatik, és örülhetünk, ha még uterusruptura nincs előidézve.

A lábra fordítás, egyike a legáldásosabb s legeredményesebb műtéteknek, elhanyagolt esetekben a szüléset egyik legnehezebb műtétévé lesz, mivel ez az ily esetekben még csak belső műfogások segítségével eszközölhető. Az előreesett kar, a beékelte váll gyakran lehetetlenül tesz a kéznek mellette történendő behatolását; ehhez járulnak még a nagyban fokozódó szülőfájdalmak és az uterus összehúzódása.

Egy esetben éjjel hófuvatagban egy szegény szülönőhöz egy félreeső faluba hivatam. Itt harántfekvés esete forgott fenn, hol a kar már majdnem kitépve és a váll beékelve vala. A szomszéd-falu szülésznője, ki a szülő asszonyval babrált, kereket oldott, s így egy nyomorult viskóban csupán egy öreg asszony szamaritánuskodott mellettem.

Többszöri kísérleteim oldal- vagy háthelyzetben behatolni eredményteleneknek mutatkoztak. De észrevettem, az anya oldal-helyzetében, hátulról a hüvelybe behatolva, hogy itt a térviznyok valamivel előnyösebbek. Ezen körülmény reám nézve határozott. Mivel orvosi segéd nélkül embryotomiára vállalkozni nem mertem, megkísérletem a térdkönyök-helyzetben való bejuthatást. Mennyire esodálkoztam, hogy ez nekem mily könnyen sikerült! Megvallom, hogy ezen műtetre, melyre a körülmények a szó szoros értelmében kényszerítettek, csak nehéz szívvel határoztam el magamat és boldognak éreztem magamat, hogy az anyánál a műtétnek semminemű káros következménye nem volt.

Most pedig áttérek a műtét módjára: Mintán a hólyag kiürített és a szülönő a térdkönyök-helyzetet elfoglalta, a kéz, melyet a hüvelybe juttatni akarunk, a kezizületen túlig, a könyökig zsíradékkal vagy vaselinnal bekenetik, sikamlóssá tétetik. A kéznek az uterusba való behatolás előtt még, a másik szabadkéz által, azonkívül a szülésznő vagy segédorvos által az uterus fenéktől kívülről le- és hátrafelé ellennyomás gyakoroltassék, nehogy az uterus túlságos feltolás által a hüvelytől leszakittassék. Most a kéz, az előreesett karral nem törődve, az előttünk levő magzatrészen tapogatva a farig előrehatol, innen a czombig és a lábakig. A mélyebben fekvő, az előttünk levő válnak megfelelő láb meg lesz fogva és az alsó végtag a gyermek hasfelületének irányában a perinaeum felé lehuzatik; röviden: a láb lesiklása a hajolási oldalon történik.

<sup>1</sup> Előadott a német orvosok és természetvizsgálók 66. vándor-gyűlésén Bécsben.

Feleslegesnek tartom a lábra fordító szalagot alkalmazni, azonban túlvatos orvosok elővigyázatból megtehetik ezt is. A fordító szalag támaszul szolgáljon ez esetben, hogy a láb vissza ne csúszszék, azonban a kézzel illetve az ujjakkal ilyen húzás sokkal biztosabban eszközölhető.

Most már a szülönő a harántágyban ismét a háthelyzetet foglalja el és a magzat ezen helyzetben óvatos egymásutánban fordítottatik. A magzatformítás *lassan* történjék; a további műtét lege artis háthelyzetben fejeztetik be.

Tudomásom szerint a magyar és osztrák iskolákban fordítás soha sem eszközöltetik a térdkönyök-helyzetben, félelemből, hogy az uterus a hüvelytől nagyon el lesz távolítva és hogy az uterus a hüvelytől elszakad. Én magam is mindeddig csak oly esetekben fordultam térdkönyök-helyzetbe, hol a hát- vagy oldalhelyzetben való bejuthatás általában lehetetlen volt és már az embryotomia vagy decapitatio között kellett volna választani. Két baj közül a kisebbet választva, mindeddig sikerült a térdkönyök-helyzetbeni kísérlet.

Az itt idézett műtétet hat esetben alkalmaztam; az így szülő nők közül egyik meghalt ugyan pyaemiában, de jelen esetben az előreesett kar már a műtét előtt üszkös volt; a nő hőmérséklete 40 fokú volt s így egy már előbb megtörtént fertőzés biztossággal volt felvehető.

Feltűnő, sőt egészen meg van lepette az ember, hogy a fordításra mily kedvező térviznyok találhatók a térdkönyök-helyzetben. A magzat előre-üljed, az uterus narcosis és injectio nélkül elernyed, a hasizomzat feszülési működését beszünteti, s ha mindjárt nincs is ür a természetben, mindazonáltal ezen helyzetben a kéz nincs összeszorítva és könnyedséggel működik. Ha bárki közülük valaha a térdkönyök-helyzetben fordítást fog végezni, meggyőződhetik ezen műtévesi mód könnyűségéről. Nem bírom elégszer ismételni, hogy minden alkalommal egy segédorvos vagy szülésznő az uterusfenékre ellennyomást gyakoroljon. Ezen pontosan követett óvatosság mellett fényes eredményt érhet el az orvos és az embryotomia és decapitatio ritkábban, legtöbb esetben csakis szükkült medencénél lesz szükséges.

Kisértsék meg ezen eddig ok nélkül rossz hirben álló megvetett módszert, t. i. a térdkönyök-helyzetben való fordítást, ha nem sikerül a fordítás hanyatt vagy oldaliekvésben. Az általam elért eredmények biztatók, meglepően kedvezők voltak.

Reményem, hogy a térdkönyök-helyzetben való operálás elleni előítélet nemsokára el fog némulni és ezen műtét által számtalan anyának és gyermeknek életét menthetik meg.

Gergő Samu dr., körmenői járásorvos.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Közkórházi orvostársulat.

(XV. bemutató szakülés 1894. december 12-dikén.)

Elnök: Schwartzter Ottó; jegyző: Mohr Mihály.

#### Lymphangioma circumscripium linguae.

Schwimmer Ernő. Tapasztalásai szerint a nyelvántalmak, ha az epithelben fordulnak elő, rendszeren könnyű természetűek; ha azonban a mélyebb szöveteket foglalják el, akkor rendszeren komolyabb jellegűek. Vannak azonban átmeneti alakok is, ilyen az is, melyet bemutat.

A 12 éves fiú nyelvének  $\frac{2}{3}$  része egészen ép és rendes alakú; a nyelv mellső harmadán helyenként egyes apró, mákszemnyi egész gombostűfejnyi, sötétarna, az első vizsgálatra granuloma külemét mutató göböcskék láthatók. Ezen göböcskék Török Lajos szövettani vizsgálata alapján lymphangiomáknak bizonyultak; a nyirkedények kitégultak, kis üröket mutatnak, a papillák helyenként teljesen eltűntek, másutt protoplasmával vannak kitöltve. A bántalom képe ritka, bemutató az egész irodalomban hasonló esetet nem talált. A mi a bántalom eredetét illeti, valószínű, hogy az veleszületett és lassú növekedésben érte el mostani nagyságát. Subjectiv tünetek nincsenek, fájdalmat csak erős ételek és italok vétele után érez a beteg. A bajon csak sebészi úton lehetne segíteni; minthogy azonban a baj nehézségeket nem okoz, a sebészi beavatkozás felesleges.

Török Lajos. A mikroszkopi vizsgálatnál kiderült, hogy a gömbölyded, tömlőszerű képletek tág, folytonos endothellel bélelt nyirkürök által képeztek, melyek kacskaringóan lefutó nyirokedények tágabb részleteit képezik. A kérléses folyamatot évekkal ezelőtt egy a bőrön fellépett eset kapcsán tette vizsgálat tárgyává és lymphangioma capillare varicosum-nak nevezte. Azóta ezen körkép úgy a klinikai, mint a histologiai vizsgálatok alapján egységesnek bizonyult.



### Psoriasis universalis nephritis kapesán.

**Schwimmer Ernő.** A nagyfokú psoriasisban szenvedő beteg, a kit bemutató már 3 év óta észlel, érdekes példája azon összefüggésnek, mely a vesé és a bőr physiologikus functiója között fennáll. A betegnél ugyanis, valahányszor psoriasis elleni kezelésben (kátrányfürdő, fehér praecipitat-kenőcs, pyrogallol, chrysarobin) részesül, azonnal veselváltozások lépnek fel, fehérnyevizelés és húgyhengerek képében. 2—3 hét alatt a psoriasis kezelés megszüntetése után a vesék ismét rendbe jönnek.

### Icterus syphiliticus esete.

**Hochhalt Károly.** A 33 éves nőbetegnél 3 évvel a syphilitikus fertőzés után fekélyes syphilid sárgasággal jelentkezett; ez utóbbi még ma is, 3 év után, fennáll. A kórházba november 6-dikán került, a mikor is a fekélyes syphilideken és gummákon, valamint a sárgaságon kívül következők találtak: a májtompulat az 5. bordánál kezdődik és 3 harántujjal a köldök fölött végződik; a máj feszes tapintatú, felülete egyenletesen sima, sehol dudorzos, nyomásra fájdalmas. Léptompulat nem nagyobb. Székletét acholikus. Öt heti antiluetikus kezelés után a fekélyes syphilidek és gummák részben gyógyultak, részben visszafejlődésben vannak, a máj rendes nagyságú lett, nem fájdalmas, icterus kevésbé intenzív, vizelete a Gmelin-próbát nem adja, székletét sötétebb. Az icterus syphiliticus keletkezésének magyarázatául bemutató a Cornil-Lanceraux elméletét fogadja el, hogy t. i. úgy a praecox, mint bizonyos esetekben a késői icterus syphiliticus alaknál a máj kapúja körüli mirigyeknek megnagyobbodása, mint az általános lymphadenitis részjelensége van jelen. Ezen mirigyduzzanatok nyomást gyakorolva a nagyobb epevezetésekre, ezeknek szűkületét okozzák és így eperetentit hoznak létre. Jelen esetben a legnagyobb valószínűséggel kizárhatók a diffus hepatitis interstitialis, valamint a gummás májlob, mert ezekre nézve a klinikai tünetek hiányzanak.

**Justus Jakab** az icterus syphiliticus keletkezésének magyarázatára egy új elméletet ad elő. Nenekí, Stadelmann és mások kísérletei szerint a haematogen icterust ma már nem tekintjük olyanak, melynél a kór keletkezésének folyamata csak a vérben játszódik le. Úgy fogjuk fel manapság a dolgot, hogy ha valami kórok miatt, mely a vörös vérszöveteket megtámadja, a haemoglobin a véráramban tönkremegy: nem a keringő vérben változik az át epefestenyékké, hanem a májban választatik ki, ennek sejtjei készítenek belőle epét. Ez az epe azonban a physiologikus epétől mennyiségre és physikai tulajdonságaira nézve is különbözik: több a rendesnél és tapadósabb. Epen tapadós volta miatt könnyen megakad az epevezető csatornában és utakban és fennakadása folytán a meggyült folyadék nyomása nő mindaddig, míg feszülése a máj edényekben uralkodó vérnyomásnál nagyobb nem lesz, a mikor is azokba felszívódik, úgy a mint felszívódik az epekő mögött megrekedt epe is. Röviden szólva tehát a haematogennek tartott icterus tulajdonképpen májbeli származású. Ezen adatokra támaszkodva, a syphilitikus icterus keletkezését következőképpen gondolja. A syphilitikus egyén vérének haemoglobin tartalma csökken, a syphilis t. i. tönkreteszi a haemoglobin egy részét, a mely — legalább nagyobb részben — a máj által dolgoztatik fel. Egyes esetekben már most a syphilis következtében különösen sok haemoglobin megy tönkre, a máj tehát sok epét készít, mely sűrűbb és tapadósabb lévén, nehezebben távozik, könnyebben visszazívódhatik a vérbe és okozhat sárgaságot. A malariáról, melynek plasmodiuma a vörös vérszövetekben él és azokat el is pusztíthatja, szintén tudjuk, hogy néha icterust okoz.

**Müller Kálmán** a Hochhalt magyarázatát illetőleg úgy vélekedik, hogy ha a májnagyobbodás is oly régen áll fenn, mint az icterus, akkor más magyarázatot tudna adni; ha pedig epepangás okozta a májnagyobbodást: nem tudná megfordított rendjét a visszafejlődésnek magyarázni, hogy t. i. a máj kisebbedik, de az icterus még fennáll. Justus magyarázatát sem fogadja el és hajlandó a jelen esetben magában a májban megindult szöveti változásokban keresni az icterus okát.

**Schwimmer Ernő** 20 évi kórházi gyakorlata alatt csak 2 ízben látott syphilitikus icterust. Az egyik esetben súlyos syphilitikus tünetek meggyógyulása után 4 hónappal icterus, 10 nap mulva pedig a torokban nagy kiterjedésű plaque lépett fel. Megfelelő kezelésre a plaque visszafejlődött, az icterus pedig még 3 hétig megmaradt. A harmadik héten az icterus karlsbadi vízre javulásnak indult. Aggályai vannak az iránt, vajjon az icterus a syphilissel közvetlen összefüggésben áll-e. Lehetséges, hogy ha majd több adat áll rendelkezésünkre, az összefüggés ki lesz deríthető.

**Havas Adolf** Müller nézetét osztja. Felemlít egy esetet, melyet a kórbonczani intézetben vizsgált, s a melynél syphilis mellett hepatitis interstitialis diffusa volt jelen, olyan, a melynek jelenlétét a jelen esetben is képzeli. Az ilyen hepatitis antiluetikus kúrára teljesen felszívódhatik stringáló heg visszamaradása nélkül.

**Hochhalt Károly.** Az icterus syphiliticus létezését ma már nem lehet tagadni. Az, hogy néha találunk májsyphilomát bonczoláskor, a nélkül, hogy élben sárgaságot észleltünk volna, nem lehet érv, mert a sárgaság nem a gümma jelenlététől, hanem annak localisatiójától függ. Justus új elmélete minden esetre figyelmet érdemel, de a jelen esetre nem alkalmazható, mert a máj megnagyobbodása határozottan hepatogen eredetre vall. Interstitialis vagy hypertrophikus májlobot azért nem volt jogosítva felvenni, mert lépnagyobbodás nem volt jelen. A gyors visszafejlődés, de különösen az acholikus bélsár retentiós icterusra engedtek következtetni.

### Behring-féle serummal kezelt diphtheria-croup gyógyult esete.

**Gerlóczy Zsigmond.** A 15 hónapos gyermek betegségének 4-dik napján vétetett fel a szt. László-kórházba a következő állapottal: mindkét tonsillán szürkés-fehér lepedék, orrjáratokból sűrű, nyúlós, sárga váladék; a nyak mindkét oldalán mogyorónyi mirigyek, jelentékeny rekedtség, kissé sűrűlő légzés, hőmérsék 37.9°C, pulsus szapora. Serum aznap nem lévén készletben, belsőleg protojoduretum hydrargyri-t kapott és mésvízzel inhalált. Másnap a lepedék az uvulára is áterjedt, légzés erősebben sűrűlő, köhögés ugató jellegű. 1000 antitoxin-egység befeccskendezése délelőtt 10 órakor. Este 6 órakor a folyton fokozódó cyanosis miatt intubatio. A beteg egész nap láztalan volt. Harmadnap reggel extubálás; a torok képe változatlan, diffus bronchitis, kissé cyanosis. 1000 antitoxin-egység befeccskendezése; a hőmérsék 39.3 és 37.5°C között változott. Negyednap rohamosan fokozódó stenosis miatt újból intubatio; hőmérsék 37.3 és 38.5°C között ingadozott; délután 600 antitoxin-egység. Ötödnap reggel a lepedék a torokból eltűnt, orrdiphtheria változatlan, légzés kissé stenotikus, láz nincs. Hetednap a stenosis újból ijesztően fokozódik, láz nincs. 1500 antitoxin-egység. A következő napon a légzés eléggé szabad, azóta az állapot napról-napra javul.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

**Sir Andrew Clark, W. J. Hadley and Arnold Chaplin: Fibroid diseases of the lung.** London, Charles Griffin and Comp. 1894.

Sir Andrew Clark, a mult esztendőben elhunyt hírneves londoni orvos, már régebben szándékozott a tüdő úgynevezett fibroid betegségeiről, a melyekkel előszeretettel foklalkozott, egy munkát kiadni. Tervének kivitelét azonban rendkívüli elfoglaltsága sokáig akadályozta, míg végül alkalmas munkatársakra talált Hadley és Chaplin dr.-okban, mint a kik a nevezett betegségeket szintén beható tanulmány tárgyává tették. A sokaktól várva-várt munka néhány hét előtt jelent meg és teljes mértékben megfelel a hozzá fűzött várakozásnak. Aránylag röviden, de azért minden lényegesre — főleg gyakorlati tekintetben — kiterjeszkedve és rendkívül könnyen átnézhetően tárgyalja a tüdő fibroid betegségeit, egy oly csoportját a tüdőbajoknak, mely noha nagyon elterjedt és gyakorlatilag nagyon is fontos, a continensi belgyógyászati munkák és orvosi írók részéről nagyon is mostoha elbánásban részesült. Az első fejezet a betegség történetét és irodalmát tárgyalja. A további fejezetekben a kórboncztan és a betegség három alakjának: a tisztán fibroid, a tuberculo-fibroid és a fibro-tubercularis alaknak klinikai képe a prognossissal és therapiával együtt beszéltetnek meg. Különösen kiemelendő a diagnostikus rész, mely világosságával szinte meglepi az olvasót. Nagyon értékes részét képezi a könyvnek az 58 esetre vonatkozó táblázatos összeállítás kísérő magyarázatokkal együtt. Az utolsó fejezet egy érdekes eset klinikai leírását tartalmazza Sir Andrew Clark tollából. A rendkívül díszes kiállítású és több a szöveg közé nyomott, a betegség kórsvövetanára vonatkozó ábrával ellátott könyv amúgy is értékes voltát még növeli az a 8 mellékelt tábla, mely színes nyomásban tünteti fel a betegség különböző alakjainak kórboncztanát.

### II. Lapszemle.

#### Körtan.

**Pleuritikus exsudatumok bacterologiai vizsgálata.** Prudden seroso-fibrinosus exsudatum 21 eseténél csak két ízben talált bacteriumot, a pneumococcut; ezen két eset is pneumoniához szegődött volt. Empyema 24 eseténél vizsgálata alkalmával azonban többnyire talált bacteriumokat: primaer empyemánál a streptococcus pyogenest (8 esetben 7-szer); metapneumonikus empyemánál a micrococcus lanceolatus = pneumococcus (11 esetben 9-szer); négy éves empyemánál különböző bacteriumokat, többnyire pálczikákat, csak egyszer találta a staphylococcus pyogenes aureust s tuberculotikus empyemánál a tuberculosis bacillust. A mortalitas sokkal kedvezőlenebb a streptococcus empyemánál, mint a pneumococcus empyemánál; előbbi nyolcz esetben öt, utóbbi nyolczban pedig csak kettő halt meg; megemlítendő, hogy ezen két esetről is a szív heveny lobos tünete mint szövődmények voltak jelen. (Deutsche medicinische Wochenschrift Nr. 49.) B. E. dr.



**Typhus-bacillusok élettartama** ostitikus góczokban. *Buschke*, a greifswaldi sebészeti klinika segéde, egy esetet közöl, melyben 7 évvel a typhus abdominalis lefolyása után egy ostitikus góczban életképes typhus-bacillusokat volt képes kimutatni. A bacillusok virulentiája ugyan erősen csökkentnek mutatkozott, állatra átvitel útján azonban gyorsan fokozódott. Savképző tulajdonságát a bacillus nem vesztette el. Szerző azt hiszi, hogy az ostitikus góczból kiindult tályogot, melynek sűrű, sárgás-zöld, vértelen genyében a bacillusokat találta, ezen typhus-bacillusok idézték elő. E mellett szólnak más szerzők vizsgálatairól, valamint az állatkísérletek is, melyekben szerzőnek már több ízben sikerült typhus-bacillusokkal genyedést előidézni. (Fortschritte der Medicin, 1894. 14. és 15. sz.)

**Bacteriologiai vizsgálatok diphtheriánál az Egyesült-Államokban.** 5340 diphtheria-gyanús megbetegedés közül 67% bizonyult valódi diphtheriának. A hártás croup-esetek közül legalább 80%-ot a diphtheritis-bacillus okozott, rhinitis fibrinosa 15 esetének mindegyikében ki volt mutatható a nevezett mikroba. Angina scarlatinosa néhány esetében szintén ki volt mutatható a diphtheritis-bacillus. 752 eset közül a diphtheritis-bacillus 325-ben 3 nap alatt, 201-ben 5—7 nap alatt, 84-ben 12 nap alatt, 69-ben 15 nap alatt, 57-ben 3 hét alatt, 11-ben 4 hét alatt és 5-ben 5 hét alatt tűnt el. Egy esetben még 7 héttel az állhártyák eltűnése után találtak virulens bacillusok. Hiányos elkülönítés esetén (14 család 18 gyermekkel) a gyermekek 50%-ában találtak diphtheritis-bacillus; 40%-a ezen gyermekeknek később meg is betegedett; szorgos elkülönítés eseteiben alig 10%-a betegedett meg a gyermekeknek. 330 olyan egyén közül, kik diphtheriás betegekkel nem jöttek érintkezésbe, 8-nál találtak virulens diphtheritis-bacillusok, 2 ezek közül később meg is betegedett. 24 egyénnél olyan bacillusok találtak, melyek tökéletesen hasonlítottak a valódi diphtheritis-bacillusokhoz, csupán a virulencia hiányzott. Ezeket *Welch*, a ki ezen gyűjtő vizsgálat eredményét összeállította, nem tekinti pseudo-diphtheria-bacillusoknak, hanem hiányos virulentiájú valódi diphtheritis-bacillusoknak. (Amer. Journ. of the med. sciences, 1894. okt.)

### Belgyógyászat.

**Hagymázbetegek vörös csontbéljében** *Quinke* tenyésztés útján typhusbacillusokat mutatott ki. Csakúgy, mint a lépben, a bordák és a szegycsont csontbéljében is megtalálható a mikroba, csak hogy nem oly sűrűn, nem oly tömegesen. Ehhez társul *Stühlen*-nek egy érdekes lelete, a mely abban állott, hogy egy ileotyphushoz társult meningitis esetében az agyvelőhártyák genyes váladékában typhusbacillusokat derített ki. (Zur Pathologie des Abdominaltyphus, Berl. kl. Wschr. 1894. Nr. 15., Ref. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1894. Nr. 42.) *K-y dr.*

**Izolált látóteplei tumor** esetét ismerteti *Masing*. Egy 15 éves nőt betegen két hónap alatt fokozatosan gyengeség fejlődött reszketéssel a jobb felső és alsó végtagban, a mellett fejfájás, hányás, beszédzavarok és kettős látás állottak elő. Az orvosi vizsgálat eredménye: jobboldali hemiparesis a facialis, hypoglossus és a sensibilitas belevonásával, baloldali ptosis, jobboldali reflectorius pupillamerevség, ugyanitt az oculomotoriustól beidegzett összes bulbus-izmok könnyű paresise, a látótér és szemfenék ép, kettős látás. Diagnosis: tumor a bal pedunculus cerebriben. Röviddel utóbb convulsiók, coma, halál. Sectio: sarcoma a bal thalamusban, mely a négyes testekig terjedt, továbbá jelentékeny hydrocephalus internus és apró vérzések az aquaeductus Sylvii fenekén. Ez utóbbiakból származtak volna az oculomotoriustól illető tünetek. A sensibilitási zavarokat a belső tok és az agyvelő szárának a nyomatásából származtatja szerző, a motorikus izgalmi tüneteket thalamus-symptomáknak tartja. Feltűnő azonban, hogy a pulvinar thalami teljes elroncsolása mellett sem volt jelen defectus a látótérben. (Ein Fall von isolirtem Sehhügel-tumor. Petersb. med. Wschr. 1893. Nr. 42. Ref. Cblatt f. d. med. Wissenschaften, 1894. Nr. 42.)

**Az agyvelői tumorok** diagnostikáját tárgyalja egy dolgozatában *Taylor*. Megjegyzései közül kiemelendők: A spontan fejfájás nem értékesíthető annyira a lokalisatio megállapítása körül, mint a koponyatető érzékenysége nyomásra. Kis agyvelői tumorok

jelenlétében neuritis optica olykor vérzésekkel complicált, úgy hogy lehető volna az összetévesztés retinitis albuminuricával. Lassan növekvő daganatok esetén a fejfájás, hányás és neuritis hiányozhatik. A patellaris reflex kis agyvelői tumoroknál majd fokozott, majd nem váltható ki. (A post-graduat lecture on intracranial tumours. Lancet, 1894. — Ref. Cbl. f. d. med. Wissensch. 1894. Nr. 42.) *K. dr.*

**Virchow-féle psammoma a gland. pituitariában.** *Woolcombe* írt le nemrég egy e nemű esetet. Egy 11 éves normalisan fejlett leányka hirtelen fejfájásokban és látása gyengülésében betegedett meg. Három héttel utóbb már csaknem teljesen vak volt. A mellett pupilla-differentia, renyhe reflectorius reactio, accomodationalis merevség. Szemfenék ép. Egy héttel utóbb erős szellemi depressio és apathia. Járás közben könnyen fárad, súlyban erősen fogy, étvágytalan. Temperaturája subnormalis. Térdreflexek hiányzanak. Később az optikusok atropiája fejlődött ki teljes vaksággal és a jobb felső szemhéj könnyű ptosis. A leány gyorsan lesoványodott és 5 hónap múlva meghalt. A sectio tyúktojásnagyságú psammomát mutatott a sella turcicában, mely a csonthártával szorosan összefüggött. A chiasma teljesen el volt roncsova, a féltékék oldalvást eltolt állapotban. (Brit. med. Journ. 1894. június. Ref. Cbl. f. d. med. Wissensch. 1894. Nr. 42.) *Kuthy dr.*

### Gyermekgyógyászat.

**Pertussis** ellen az antispasmit igen melegen ajánlja *Frühwald*; hivatkozva az egy és fél éves kísérletezésre és az abból eredő kiténően sikeres eredményeire. Az antispasmin vagy narcein-natrium-natrium salicylicum gyengén hygroscopikus tiszta por, mely vízben színtelenül igen jól oldódik, a fájdalmakkal egybekötött göresős állapotoknál alkalmazásba vett hypnotikus és sedativus szerek tulajdonaival felruházva. Az antispasmin a köhögési rohamok számát, erélyét oly jelentékenyen alászállítja, mint a hogy az egész folyamatot meg is rövidíti. Jó eredménnyel alkalmazta még a spastikus köhögési rohamoknál is, a melyek garathuruthoz, exsudatum pleuriticumhoz, bronchialmirigy-hyperplasiához és tussis nocturnához szoktak társulni. Kellemetlen mellékhatást sohasem tapasztalt. A szert 5—10 százalékos oldatban aqua amygdalarum amararummal egybekötve a következő módon adagolja: az 5 százalékos oldatból kaptak a 1/2 éven aluli gyermekek 3—4-szer naponta 3—5 cseppet (= 0.01 pro dosi), 1/2 éves gyermekek 3—4-szer naponta 5—8 cseppet (= 0.015 pro dosi), 1 éves gyermekek 3—4-szer naponta 8—10 cseppet (= 0.02 pro dosi), 2 éves gyermekek 3—4-szer naponta 10—12 cseppet (= 0.02—0.025 pro dosi), 3 éves gyermekek 3—4-szer naponta 15—20 cseppet (= 0.04—0.05 pro dosi). Idősebb gyermekeknek a 10 százalékos oldatból 3-szor napjában 10—10 cseppet rendelt; ha pedig javulás egyhamar nem mutatkozott, úgy naponta 4-szer 10—15 cseppig ment fel, felnőtteknél pedig 20—25 cseppig. („Arch. f. Kinderheilk.“; XVIII. kötet, 1. és 2. füzet.) *B. E. dr.*

### Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **A thioformot** melegen ajánlja *Steuer* genyedő és fekélyes folyamatok kezelésére. Olyan esetekben is eredményt ért el e szerrel, melyekben a jodoform nem használt. Hatásosabbnak tartja, mint a dermatolt. A thioform hintőpor alakjában erősen szárító és váladékesökkentő hatású; előnye, hogy nem mérgező. Nedvező eczema ellen 10%-os thioform-kenőcs ajánlható. (Wiener medicin. Wochenschrift, 1894. 40. sz.)

2. **Labdacok**, melyek a gyomrot változatlanul hagyják el és csak a bélben oldódnak és szívódnak fel, sokszor igen jó szolgálatot tehetnek. *Waldstein* szerint ilyen labdacok könnyen készíthetők bármilyen gyógyszerből, ha azokat sellak és salol alkoholos oldatának keverékével vonjuk be. (New-York Med. Journ. 1894. 70. köt. 10. sz.)

3. **Intertrigo** ellen gyermekeknél jó eredménnyel használható a következő oldat, a melylyel beitatott watta a kóros helyekre alkalmazandó: Rp. Liquor. plumbi acetici 15.0; Acidi borici 1.0; Extr. hamamelidis 7.5; Lactis recentis ad 300.0. (Practitioner, 1894. nov.)



## TÁRCSA.

## Az év lejártán, az új év elején.

A jövő forrásai a múlt szikláiból fakadnak. E sziklákat kell felkeresnünk még egyszer emlékeztünkben a múlt év orvosi történetéből, hogy nyomon követhessük az események tovább folyását ez éven keresztül is, eredő helyükről tovább haladtukban, emelkedésükben, csökkenésükben vagy megszűnésükben.

Az 1894-dik év legkimagaslóbb egyetemes jelentőségű orvosi eseménye gyanánt kétségen kívül a kísérletező orvostani buvárlatok azon eredményét jegyezhetjük fel, mely a diphtheria gyógyításában egy új irányt támasztott, a melynek előreláthatólag nagy kihatása leend egyéb fertőző betegségek orvoslásában is. A serum-therapia, melynek értékesége foka felől ugyan még a végső szót ez idő szerint kimondani nem lehet, már eddigi eredményeiben is bizonyítani látszik azt, hogy a modern kísérletező kór- és gyógytan jó úton halad és azon kilátással keesgetet, hogy e nyomokon tovább jutva meg fogja találni az orvosi tudomány azokat a módokat, melyekkel az emberi nem közcsapásait, az egyes fertőző bajokat nemcsak megelőzni, hanem meggyógyítani is lehetséges leend.

Egyetemes orvosi tudományunk egyéb ágaiban, habár valami nagyobb korszakalkotó felfedezés nem is vonta magára a múlt év folyamán a közfigyelmet, mindenikben értékes és serény munkálkodás folyt, mint azt külföldi lapszemléink és a különböző congressusokról és orvosi összejövetelekről közölt értesítéseink tanúsítják.

Emlékezetes marad a múlt év, különösen hazai orvostudományunk történetére.

Ennek legkiemelkedőbb pontja gyanánt a Budapesten tartott VIII. nemzetközi hygieni és demographiai congressus tűnik elő. Ezúttal érintkezett legelőször legbehatóbban hazai keletkező orvosi kulturánk az egyetemes orvosi kulturával. Bizonyára emlékezetesek lesznek e congressusi napok előttünk mindenha. Nemcsak azért, mert a tudomány annyi külföldi jelesét tisztelhetjük körünkben, nemcsak azért, mert e congressus jó hírt, becsülést szerzett intézményeinknek, tudományosságunknak, fővárosunknak, országunknak világszerte, hanem azért is, mert e congressuson a mi kezdeményezésünkre tárgyalatott épen a fent említett diphtheria-kérdés és e tárgyalások folyamán öltött testet Roux előadásában — ki épen a mi kértünkre hozta el nevezetes tanulmányainak eredményét Pasteur nevében Metschnikoffal egyitt — az a therapeutikai esemény, mely jelenleg az egész klinikai és pathologiai világot foglalkoztatja.

A fiatalabb és idősebb orvosi generatio serény működése a múlt év folyamán is meghozta a maga gyümölcsét a hazai buvárlkodás és irodalom számára. Orvosi tudományunk legkülönbözőbb szakmaiból jelentek meg kisebb-nagyobb önálló dolgozatok, mind-megannyi épületkövei orvosi kulturánk keletkezésében levő jövendő nagy épületének.

Különösen nagy lendületet jegyezhetünk fel a tankönyv- és a monographiai irodalom terén. Itt a legelső hely illeti meg a sorozatban kétségen kívül a Belgyógyászat első nagy kézikönyvét, melyben hazánk legjobb orvosi erői rakták le hosszas buvárlkodásaik és tudományos tapasztalataik gazdag gyümölcseit. E nagyszabású munka megjelenésének kezdete bizonyára szintén egy másik kimagasló momentum a hazai orvosi tudomány történetének. A sorozatban sok más jeles munka következik, melyek közül elég legyen csak felemlíteniünk Purjesz tanár III-dik kiadásban megjelent „Belgyógyászatát“, Thanhoffer tanár nagy „Szövettanát“, Belky „Törvényszéki orvostanát“, melyekhez megillető rendben csatlakoznak Chyzer K.-nak „Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye“, babarezi Schwartz Ottó: Psychiatriai jegyzetei, Feleki Hugó: Az ivar- és húgyszervek blennorrhoeás megbetegedéseinek kór- és gyógytana, Novotny: A húgyszervek betegségeinek felismerése, Rigler Gusztáv dr.: Az egészségügyi vizsgálatnak módszerei, Vas Bernát és Gara Géza dr.: Útmutató a klinikai laboratoriumi munkálkodáshoz, Lőte—Jakabházy—Nyiredy—Issekutz: Gyógyszerisméje stb.; a monographiák közül Berényi F.: Járványügyünkről stb., Demkó K.: A magyar orvosi rend története, Feuer N.: Trachoma-útmutató, Hainiss: A védhímlő-oltásról, Ónodi: Adatok a gége beidegzésének boncz-, élet- és kórtanához, továbbá Preysz Kornél több rendbeli furdőirodalmi füzeté, Roboz: A dadogás

gyógyítása, Székely Ágoston: A tüdővész gyógytana, továbbá ugyanazon szerzőtől: A vérsavó-therapia stb.

Az idegen munkáknak a magyar irodalomba való átültetésében is erős lendület mutatkozott; így lefordították Cloetta-Filehne gyógyszer-tankönyvét, Filatow tnr. előadásait a gyermekkori bélhurutok kór- és gyógytanáról, Flückiger munkáját a fontosabb gyógyszerek vegyi kimutatásáról, Frits H. Nőgyógyászatát, Ruyter és Kirchoff Általános sebészetét, Krafft-Ebing Psychopathia sexualis ismert munkáját; melyek mindannyian a Magyar Orvosi Könyvkiadó-társulat segélye nélkül jelentek meg annak bizonyosságára, hogy a magyar orvosi könyvfogyasztás évről évre növekedőben van és ennek folytán akad elég magánkiadó is ilyen mű munkák közzétételére.

A tudományos működés a fő- és székvárosi, valamint a vidéki egyesületekben az elmúlt év folyamán is szokott élénkséggel folyt. Különösen kiemelhetjük e tekintetben ez alkalommal a fővárosi közkörházi társulatot, mely működését nagy elevenséggel indította meg és úgynevezett bemutató ülésai által gazdag tárházát nyitotta meg az orvosi casuistikus ismeretek szerzésének. Ilyen keretben folytatott kitartó működése e társulatot a leghasznosabb orvosi egyesületek közé fogja emelni, és tetemesen hozzá fog járulni a hazai orvosgyakorlati ismeretek fejlesztéséhez.

Az orvosi oktatás és kiképzés terén az elmúlt év folyamáról sem említhetünk fel valamelyes lendületesebb haladást. Az egyházpolitikai nagy kérdések háttérbe szorították az e téren felszínen lebegő napi kérdéseket is. Szigorlati rendszerünk revisiója még mindig elintézetlenül van mai napig is; életbe léptek ugyan a tisztai és törvényszéki orvosi vizsgálatok, de mert ez intézmények semmi összhangzásban sem állanak egyetemi fennálló oktatásrendszerünkkel, ez idő szerint meddő formalitásnál egyébnek alig mondhatók és jelen szerkezetükben igen kevéssel járulnak ahhoz, hogy az egészségügyi közigazgatás és igazságszolgáltatás számára az eddiginél képzettebb orvosseröket szolgáltatassanak, sőt attól lehet tartani, hogy az orvosi pályát költségesebb és hosszabbá téve, az ifjúságot az eddiginél nagyobb mértékben más pálya választásra terelik. Egyetemi építkezéseink sem Budapesten, sem Kolozsvárt nem haladtak előre semmivel sem. Úgy hogy e tekintetben, valamint az egyetemen kapcsolatosan felállítandó országos közkörházra vonatkozólag is csak a jövőre nézve formálhatunk magunknak nagyobb reményeket.

A közegészségügyi administratio terén az elmúlt év folyamán is haladás észlelhető; az egészségügyi felügyelők száma szaporodott, az egészségügyre vonatkozó rendeletek végrehajtásában nagyobb buzgalom és serénység mutatkozik; talán ennek róható fel, hogy az északkeleti megyékben uralkodó cholera-járvány lokalizálva maradt. E tekintetben is azonban tartós haladás csak akkor leend, ha az egészségügyi szolgálat államosítása mellett a nép culturalis és anyagi viszonyai megfelelőleg fognak javulni; mindaddig a központi administratio serénykedése csak probabilis sikereket producálhat és a serénykedés az aliquid fecisse videmur lejtőjén könnyen oly terekre téved, — a minek egyes jelenségei már eddig is mutatkoznak — melyek kívül állanak rendeltetése hatáskörén.

Vajjon mit hoz reánk a jelen év, ki tudná megmondani? Jelen pillanatban, az ország politikai közéletének shockja idején a pessimismus árnyéka borong a kedélyeken. Biznunk kell azonban a megindult haladás folytonosságának örök törvényében és hinnünk a jövőben, hogy önálló culturalis fejlődésünk fennen szárnyalását habár időlegesen lankaszthatja is, de megszegni nem fogja az események bekövetkező folyása.

## Orvosi gyakorlat; diagnostikai és gyógykezelési tévedések.

Schwimmer Ernő tanártól.<sup>1</sup>

Társulatunk nemrég történt magalakulása, melynek czélja oda irányult, hogy az intézeteinkben összecsoportosított gazdag kórananyagot hozzáférhetővé tegye a mindennapi gyakorlattal foglal-

<sup>1</sup> Előadatot a közkörházi orvostársulat I. évi közgyűlésén.



kozó tagtársaknak, feladatát abban találja teljesítve, ha mindnyájan kölcsönös eszmecserébe bocsátkozunk, hogy ily módon tudásunkat gyarapítsuk, tapasztalásunkat szaporítsuk és az érdeklődést felkeltsük úgy a mindennapi, valamint a ritkábban előforduló esetek iránt. Egyesületünk tehát leginkább arra van hivatva, hogy mi, mint az orvosi gyakorlat képviselői, egymást oktassuk és felbuzdítssuk. E helyen nyíltan szólhatunk a gyakorlat terén elért vívmányok, valamint reményünk meghiúsulásáról; itt nyíltan beszámolhatunk egyes tévedésekről is, melyek az orvosi gyakorlatban előfordulnak. Minél igazabb és őszintébb ebbeli törekvésünk, annál nagyobb lesz a tevékenységünket felserkentő buzgalom úgy az egyéni működésben, valamint az egész rendünk morális emelésében.

Midőn tehát társulatunk igen tisztelt igazgató-tanácsa engem felhívott az imént lefolyt első évet záró közgyűlésén egy alkalmi előadás megtartására, nem haboztam ezen megismerő felszólításnak egy oly thema választásával megfelelni, mely az orvosi gyakorlatra reflectál és működésünk azon terét is érinti, mely szakunk egyik sötét pontját képezi. Mily gyakran látjuk, hogy a legjobb iparkodásunk és törekvésünk dacára a kívánt és várt eredménytől távol maradunk, de nem kevésbé gyakran ismét azon vallomáshoz kell jutnunk, hogy saját hibáinkból eredő és az emberi gyarlóságból kifolyó vigyázatlanság folytán oly tévedést követünk el, melynek elkerülése néha könnyen is sikerülhetett volna, ha körütekintés és kellő gond vezérelt volna minket egyes esetek nyugodt megbeszélésénél.

Minden emberi ténykedés kisebb-nagyobb mértékben tévedéssel járhat; legnagyobb fokban azonban tévedésnek vannak ki téve az össztudományok azon ágai, melyeket tapasztalati tudományoknak nevezünk; minden ember saját nézete és felfogása szerint itéli meg a körülötte levő tárgyakat, de az itéletükből folyó végeredmények nem szoktak azonosak lenni. Az orvosi tudomány története legjobban illusztrálja ezen tétel igazságát, mert a legrégibb időktől kezdve a legutolsó időszakig látunk tudományunkban váltakozva új nézeteket felmerülni, melyek a régieket halomra döntötték, tapasztaljuk új kezelési módok dicsérését, a melyek állítólag a régiek sikertelenségét bizonyítják, és halljuk az új tanok hirdetését, melyek haladásunk végezteljait elértnek nyilatkoztatják ki. Mind a mi eddig létezett, egyes új apostolok által rossznak és tévesnek tekintetik; egy *Virchow* egész életének működését és reformáló szellemének fáradozását egy *Behring* eltévesztettnek és elhibáztattnak declarálja. Innen eredt, hogy tanunk gyakran nem orvosok által éles és kiméletlen bírálatnak volt alá vetve és egyes kiváló emberek az orvosi disciplinát éles gúny és megvetésnek tárgyul szemelték ki. Minél közelebb állott tudományunk iránya az egyszerű és természetes megítéléshez, annál nagyobb volt a beléje helyezett bizalom, minél homályosabb és mystikusabb úton haladt e tan, annál többet volt kitéve mindenféle, és bizonyos jogosultsággal mondhatni, meg is érdemelt támadásnak.

(Folytatása következik.)

## Heti szemle.

Budapest, 1895. január 4-dikén.

**A diphtheritis serumtherapiája.** *Bäumler* tanár (Münchener medic. Wochenschrift, 1894. 52. sz.) a freiburgi belklinikán 26 gyermeket kezelt serummal. A súlyos esetek közül 2 halálosan végződött. Két esetben rövidebb-hosszabb idővel a befecskendezések után újból képződtek álhártyák. Általában azt a benyomást nyerte, hogy a serum feltűnő kedvező befolyást gyakorol a helybeli folyamatra. Erythemát 4 esetben észlelt; 2 esetben egyidejűleg urticaria is jelentkezett; izületi fájdalom sohasem mutatkozott. A serum-befecskendezéssel egyidejűleg még kénpor-insufflatiókat is alkalmaztak.

*Kraske* tanár (München. medic. Wochenschrift, 1894. 52. sz.) a freiburgi sebklinikán 16 tracheotomizált beteget kezelt serummal; a halálozás 31.25% volt, míg ez év márczius havában a tracheotomizáltaknál a halálozás csak 25%-ot tett. Nagyon tartózkodva nyilatkozik a serumtherapia értékéről, a mennyiben több olyan esete pusztult el, melyekben a serum kezdetben igen kedvező befolyást gyakorolt, később azonban újból láz, nagyfokú bronchitis, lobularis pneumonia és albuminuria lépett fel. Azt

tapasztalta, hogy a már meglevő albuminuria a befecskendezések után fokozódott, egyes esetekben pedig csak a befecskendezések után jelentkezett.

*Schottelius* tanár szerint (München. medic. Wochenschrift, 1894. 52. sz.) a diphtheritis-bacillusok nem nagyon könnyen különböztethetők meg más mikrobáktól. Azt állították, hogy a diphtheritis-bacillusok Gram szerint nem festhetők; kiderült azonban, hogy fiatal bacillusok mégis csak megfestődnek Gram szerint. Azt is mondják, hogy a diphtheritis-bacillusok nem mozognak; szerző szerint azonban testhőmérsék mellett mozgás észlelhető. Azt is találta, hogy halálos diphtheria-esetekben a bacillusok az összes belső szervekben kimutathatók. 1—2 napos diphtheritis-tenyészetek nagyon könnyen téveszthetők össze másféle mikroba-tenyészetekkel; a mikroszkopi vizsgálatnak tehát sohasem szabad elmaradni.

*Treymann* (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894. 51. sz.) egy esetet közöl, melyben a középsúlyos, serum nagy adagaival kezelt megbetegedés 14-dik napján újból mutatkozott lepedék, a miért is újabb befecskedés végeztetett. Másnap magas láz és diffus kanyarószerű kütég kíséretében albuminuria és haematuria jelentkezett, a mely a következő napokban anuriáig fokozódott és az 5-dik napon hirtelen eltűnt.

*Rembold* (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894. 51. sz.) 6 diphtheritis-esetet kezelt eddig Behring-serummal; 2 esetben 10 nappal az első befecskedés után kanyarószerű kütég és izületi fájdalmak jelentkeztek.

A Hansemann előadásához fűződött folytatólagos eszmecserében *Benda* az Urban-kórház bonczolatai alapján arra a következtetésre jut, hogy a serum közvetlen befolyást a különböző szervekre nem gyakorol, utal továbbá a lehető okozati összefüggésre serum-befecskedés és miliaris tuberculosis között. *Körte* hivatkozik már közölt és azóta 36 esettel (25% halálozással) megbővült statistikájára és azon nézet ellen szól, mintha jelenleg könnyebb esetek jutnának a kórházba, mint ezelőtt. *Gottstein* Berlinre vonatkozó statisztikai adatok alapján kimutatni igyekszik, hogy az összhalálozás diphtheria következtében a serumtherapia alatt nem csökkent. *Ritter* tagadja a Behring-féle serum specifikus gyógyító hatását, utalva azon fontos szerepre, melyet súlyos diphtheria-esetekben a Löffler-féle bacillusok mellett található egyéb mikroorganizmusok játszanak. *Hahn* egy statistikát közöl, mely szerint a serummal kezelés 16%-kal jobb eredményt mutat fel; megjegyzendő, hogy az előreláthatólag kedvezőtlen lefolyású esetekben nem használta a vérsavót. *Aronson* hozzászólásából kiemelendő, hogy inficiált lovaknál hűdéseket észlelt, melyek úgy klinikailag, mint szövettanilag a postdiphtheritikus hűdéseknek feleltek meg. *Scheinmann* rhinitis fibriosánál tett észleletei alapján kételkedik a Löffler-féle bacillus aetiologikus jelentőségében és a serum specifikus hatásában.

*Fränkel* (Hygienische Rundschau, 1894. 24. sz.) vizsgálat alá vette a Roux által Párisban készített serumot és azt találta, hogy az megfelel Ehrlich számítása szerint 200-szoros normalserumnak, vagyis háromszor gyengébb, mint a Behring-féle leggyengébb (1. számú) serum.

*Baginsky* (Berl. klin. Wochenschrift, 1894. 52. sz.) szerint határozottan gyógyító hatást fejt ki a serum. E mellett szólanak több mint 300 esetre vonatkozó statisztikai adatai, úgyszintén az egyes eseteknek klinikai megfigyelése is; ez utóbbira véleménye szerint még nagyobb súlyt kell fektetni, mint a statistikára. A diphtheritis bacteriológiai diagnosisát illetőleg fontosnak tartja az álhártya leöblítését 2%-os bórsav-oldatban a tenyésztő-talajra vitel előtt. A terapiát illetőleg megjegyzi, hogy a serummal egyidejűleg a régibb általános (tonicumok: china, vas, bor stb.) és helybeli kezelést (1 pro mille sublimat 1—5% ichthyollal) is alkalmazta. Nagyobb (10—14 éven felüli) gyermekek súlyos diphtheriájánál eddigi tapasztalatai szerint még a legnagyobb serummennyiségek sem elegendők. Vannak esetek, melyekben a serum nem mutatkozik hatásosnak, még ha jókor alkalmazzuk is. Ilyenkor valószínűleg oly nagy mennyiségű vagy oly erős méreg jut a legrövidebb idő alatt a szervezetbe, hogy már igen korán lépnek fel irreparabilis szervi elváltozások. Hasonlítanak ezek az esetek azon malignus scarlatina-esetekhez, melyekben már néhány óra alatt bekövetkezik a halál, még mielőtt a kütég megjelent volna. Eltekintve a könnyű urticaria-esetektől, 2 esetben magas láz kíséretében erythema



és izületi lobok voltak észlelhetők; más 4 esetben pedig szintén magas láz mellett oly erythema mutatkozott, mely helyenként a csalódásig hasonló volt a kanyaró-küteghhez. A fehérvyvizelést illetően azt tapasztalta, hogy a fehérvy aránylag kevesebb volt a serummal kezelt betegeknél, különösen pedig a morphotikus alakelemek száma látszott csökkenteni. Arra vonatkozólag, hogy nem gyakorol-e a szívre káros befolyást a serum, nem mer határozottsággal nyilatkozni. Tényleg a kedvezőtlenül lefolyt esetekben a halál szívhüdes tünetei között következett be és az életben maradtaknál is gyakran észlelhetők súlyos tünetek a szív részéről, mint galoppirhythmus, tachycardia, arhythmia. A mi a lehető összefüggést a serum használata és a miliaris tuberculosis kifejlődése között illeti, megjegyzi, hogy diphtheriás gyermekek hulláiban aránylag gyakran található miliaris gümőkór. Nem serummal kezelt és halálosan végződött 411 diphtheria-esetben 18-szor találtatott miliaris tuberculosis (4.3%); serummal kezelt és halálosan végződött 25 esetben pedig 2-szer (8%).

Schmidt (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894. 52. sz.) egy szászországi községben uralkodott diphtheria-járvány alatt 14 beteget serummal kezelt, ezek közül meghalt 3; nem serummal kezelt 27 beteg közül pedig csak 1 halt meg. A serummal kezelt esetek általában súlyosabbak voltak, noha szerző arra törekedett, hogy lehetőleg egyenlő súlyos esetekben egyrészt a serumot, másrészt összehasonlítás kedvéért a régi kezelést használja. A befejezés utáni első 12 órában csaknem mindig növekedett a hőmérsék és a pulsus száma, úgyszintén a betegek nyugtalansága és csak a második 24 órában csökkent a hőmérsék és az érelkészség. A legerdekesebb közleményben az, hogy szerző a járvány alatt elért kitűnő eredményt (41 eset közül 4 halálos kimenetelű) annak tudja be, hogy kiterjedten (14 esetben) használta a Behring-féle serumot.

\*\*\*

Budapest székes főváros közegészségi állapota 1894. évi október hóban. A főváros közegészségi állapota a mult havivához viszonyítva, tekintve az általános halálozást, némi javulást tüntet fel, tekintve azonban a heveny ragályos megbetegedési esetek számát közel 400 szaporodás mutatkozik, mely szaporodás okát azonban csak a könnyebb fajtájú ragályos betegedési kórok képezik, mint a bárányhimlő és kanyaró. Himlőbeni emelkedés úgy halálozás mint a betegedést illetően nem észlelhető. Élve született e hóban 1714, meghalt katonák nélkül s az útról jött s itt elhalt 99 egyén levonásával 842, így a születési esetek 872-vel multák felül a halálozásokat. A heveny ragályos betegedések a következő arányban fordultak elő: hagymáz 51 eset, himlő 67 eset, vörheny 126 eset, kanyaró 239 eset, diphtheritis 122 eset, trachoma 97 eset, hökhurut 13 eset, orbáncz 80 eset, gyermekági láz 4 eset. Október hóban a főváros összes nyilvános és magán-kórházaiban gyógykezeltetett 5892 fekvő és 6087 járóbeteg; a kerületekben a ker. orvosok által 2325 részint fekvő, nagyobb rész járóbeteg, összesen 14,304, azaz 119-czel több mint a mult hóban. Orvosrendőri boncolás végeztetett 54, orvostörvényszéki 16 esetben. Öngyilkosság 14 esetben fordult elő. És pedig: lövés 5, akasztás 3, mérgezés 3, egyéb módon 3. A Dunából 4 hulla fogatott ki. A lelencz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: Szaporodás e hóban volt összesen 33, csökkenés 9. Beteg volt e hóban összesen 10, meggyógyult 4, gyógykezeltek 3, meghalt 3. A köztisztaság általában véve kielégítő volt a belkerületekben, míg a külsőbb részekre több gond fordítandó. Az állategészségügy nem volt kedvezőtlen. Okleveleiket e hóban bemutaták: Zsivkovicz Aladár, Harkai Schiller Károly, Lakatos Izidor, Schapringger Alajos, Kovács Salamon, Brünauer Ferencz, ifj. Siklóssy Gyula, Szántó Manó, Weysz Lajos, Saly Mátyás és Schulmeister Márton egyetemes orvostudorok, valamint 3 szülész nő.

**Vegyesek.**

Budapest, 1895. január 4-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. december 16-dikától december 22-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 393 gyermek, elhalt 259 személy, a születések tehát 134 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi köz-kórházakban ápolatott e hét elején 2232 beteg, szaporodás 690, csökkenés 685, maradt e hét végén ápolás alatt 2237. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1894. december 24-dikétől december 31-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 6, himlőben 3 (meghalt 2), bárányhimlőben 37, álhimlőben 1, vörhenyben 15 (meghalt 1), kanyaróban 105 (meghalt 2), roncsoló toroklobban 23 (meghalt 2), torokgyíkban 12 (meghalt 2), trachomában 11, vérhasban 1, orbánczban 9, gyermekági lázban 1.

— Hagyományok a budapesti orvostanártestület számára. Ez év folyamán az orvosi kar által kezelendő alapítványok száma hárommal szaporodott. Woga Antal Szombathelyen elhunyt gyógyszerész 5000 frtot hagyott a karnak oly czélból, hogy annak kamatait egy első- vagy másodéves, szegénysorsú, jeles gyógyszerészettanhallgató kapja.

Barna Ignác dr. elhunyt ismert híri fővárosi fogorvos 1000 frtot hagyományozott „mint hálatartozást az egyetemből nyert 100 frtos szorgalmi stipendiumért, melynek kamatai évenkénti hovaforrását a nagytiszteletű orvosi facultás tetszésére hagyja”. Özv. Hamvay Miklósné sz. Capdebo Antonia 4000 frt hagyományt tett atyja baraczházi Capdebo Gergely emlékére, melynek kamatai évenként az orvosi pályára képesített szorgalmas, jóviseletű és szegénysorsú magyar orvoshallgatók feigéelyezésére fordítandók.

— A köz-kórházi orvostársulat december 31-dikén tartotta első évi közgyűlést. Müller Kálmán tanár élénk tetszéssel fogadott elnöki megnyitóját után, melyben utalt a társulat hasznos működésére, a jól látogatott üléseken tartott tanulságos és vonzó előadásokra, valamint a hozzájuk fűződött élénk, de mindig tárgyilagos eszmeeserűkre: Gerlbözy Zsigmond terjesztette elő a titkári jelentést, melyből kitűnik, hogy a tartott 15 ülésen 28 tag 104 bemutató előadással szerepelt, melyek közül 25 belgyógyászati, 27 sebészeti, 10 szemészeti, 9 szülészeti és nőgyógyászati, 21 bőr- és bujakórtani, 3 orr-, garat- és gégegyógyászati, 1 fülgyógyászati, 7 kórbonczani eset és 1 kórházi bemutatás volt. A társulat 226 taggal alakult, ezek közül 1 kilépett, 1 pedig meghalt. A pénztáros jelentése után, mely szerint a pénztári maradvék 344 frt 77 krt tesz, következett az újonnan jelentkezett tagok (számszerint 88) megválasztása. Végül Schwimmer Ernő tanár tartott előadást „Orvosi gyakorlat; diagnostikai és gyógykezelési tévedések” cím alatt, melyet lapunk tárczarovatában közlünk.

— Cholera-hírek. Németországban december 10-dikétől 17-dikéig 2 megbetegedést és 1 halálesetet jelentettek be. Galiciában december 17-dikétől 22-dikéig 56 megbetegedés és 39 haláleset fordult elő.

— Horváth Károly dr. debreczeni köz-kórházi osztályorvost az igazságügyminister a debreczeni törvényszék területén felmerülő törvényes- zéki orvosi teendők rendes ellátásával bizta meg.

**„Szt. Lukács-fürdő” részvény-társaság  
Budapesten.**

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

**Heti kimutatás**

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-köz-kórházban 1894. december 27-től egész 1895. január 2-ig ápolat betegekről.

1894/5.	Felvett			Elbocsátott			Meghalt			Maradt			Az ápolat közül			
	beteg		összesen	gyógy.		összesen	beteg		összesen	beteg		összesen	a Rókusban			
	férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		beteg	szülötő	heveny fertőző	az állót-kt kórházban
Decz. 27	63	29	92	51	41	92	5	1	6	1200	843	2043	1016	31	76	920
" 28	46	32	78	45	37	82	—	2	2	1201	836	2037	1023	30	73	911
" 29	46	55	101	45	37	82	1	5	6	1201	849	2050	1022	30	66	932
" 30	44	32	76	62	42	104	4	4	8	1179	835	2014	1004	26	61	923
" 31	40	36	76	—	—	—	4	5	9	1215	866	2081	1052	30	63	936
Január 1	32	14	46	55	24	79	5	8	13	1187	848	2035	1032	30	56	917
" 2	54	46	100	49	60	109	6	4	10	1186	830	2016	1011	30	53	922

VÉDŐJEGY.

1 Univ. med. Dr. PÉCSI DANIEL nyilvános  
**TEHÉNIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE**  
TURKEVÉN (Jász-Nagykún-Szolnokmegye)

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

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

Csomagolásért 20 krajczár

**MASSAGE, TESTEGYENÉSZETI ÉS SVÉDGYMNASTIKAI INTÉZET.**

1 Dr. KELEN ISTVÁN, Thure-Brandt v. tanítványa.  
Dr. SCHIFF KÁLMÁN, Dr. Schindler-Barnay, csász. tanácsos v. assistense Marienbadban.

**Budapest, VII., Károly-körút 3. sz. (Huszár-ház).**



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Tauffer Vilmos dr. egy. r. tanár vezetésével álló II. szül. és nőgyógy. klinikáról.

**Kraniotomia, sectio caesarea, mesterséges koraszülés egy ugyanazon nőnél szűkmedence mellett.**

Tóth István dr., egyetemi tanársegéd.<sup>1</sup>

Köztudomású dolog, hogy hazánkban a szűk medence általában aránylag ritkán fordul elő.

A II. szül. és nőgyógy. klinika szülészeti gyakorlatában, a mi pedig most már a poliklinikum anyagával együtt évenként 1800 szülésre terjed, csak elvétve találkozunk szűk medencével, különösen ennek nagyobb fokaival.

Ama kevés számú szűk medence közül egynebányat láttunk már ismételt, különösen épen a poliklinikumban; azonban a szüléshez rendszeren már elkésztett, elhanyagolt állapotban hívtak, prophylactice pedig épenséggel semmit sem tehetünk.

Az alább közölt esetben a klinikán volt alkalmunk a nőt szülési alkalmával pontosan, részletesen megfigyelni. E megfigyelések érdekessége, másrészt az egyes szülések alkalmával követett különböző, de egymásból kifolyó eljárások leírása s indokolása miatt mutattam volt be a nőt az orvos-egyesületben, annál is inkább, mivel ez időben V-dik terhességének 7-dik havában volt.

A nő 19 éves korában 1889. október havában jelentkezett először klinikánkon, mint először terhes, szülétfájdalmakkal.

Magzatvize az intézetben kívül folyt el; a két ujjnyi méhszájon át hosszú, lüktető köldökzsinórt találtunk előlőve, melynek repositiója sikerült. A medence vizsgálatánál találjuk, hogy a spinák távolsága: 27 cm.; cristáké 28 cm.; conj. diagonalis 15 $\frac{1}{2}$  cm.; a medencetányérok szétállók, tátongók, medence haránt feszülése nagy, dőlése fokozott; symphysis magas, a közti porc tömeges, felső részletén különösen a medencébe beálló; a linea innominata elég könnyen körültapintható; a keresztcsont egész magasságában végig tapintható, különösen a 3-dik keresztcsigolya tája látszik mélyebben benyomulni s e pont s a symphysis alsó vége közti távolság: 10 cm.; a promontorium könnyen elérhető, conjugata diagonalis: 9.2 cm.; miután pedig a symphysis magas, a közti porc tömeges, bátran levonhatni a 9.2 cm.-ből 17 mm.-t, hogy nyerjük a conjugata verat, mely így 7.5 cm.-nek vehető fel maximalisan. Összegezve: a medence minden irányban szűkült, de különösen az egyenes átmérő irányában; tehát *általánosan szűk-lapos e medence.*

A magzat vizsgálatánál úgy találjuk, hogy az nem nagy, sőt nem is teljesen kiviselt magzat, erre mutat, illetőleg enged következtetni a tisztulásból nyert számítás is. Ezért dacára a felismert medenceszűkülletnek, egyelőre megfigyelő állást foglalunk el.

Erőteljes fájások között halad a szülés, a fej erősen reágyomul a medencebemenetre; legmélyebb pontja a kis

<sup>1</sup> Közli s bemutatta a m. k. orvosegyesület 1894. december 1-én tartott gyűlésén.

kutaes. Méhszáj 3 ujjnyira tágul (burok nincs, tovább nincs mi tágítsa). Majd a fejdaganat növekszik, a nélkül, hogy a fej lejjebb szállana, s összesen 22 órai vajudás után a cervixnek nagyfokú kinyulását, contractiós gyűrű kifejlődését észleljük. Jól tudom sokszor mily nehéz, mily gyakorlottságot kíván meg a cervix kinyulásának felismerése, másrészt, mennyi visszaélés történik e kifejezéssel, mennyi hamis indicatiónak válik alapjává; de a mi észleléstünk helyességét bizonyította ez esetben a méh kiürítése után megejtett vizsgálat, a mikor már többé tévedés nem foroghat fenn.

A fenyegető ruptura veszélye a szülés befejezését sürgeti. Élő magzat mellett a sectio caesarea s a kraniotomia között kell választanunk, ez időben még a symphisiotomia nem volt úgy napirenden, erre nem is gondoltunk.

Tekintettel a kora magzatnak úgyszólván problematikus életben maradására, másrészt kinyult cervix mellett, a mikor intézetben kívül rég elfolyt a magzatvíz, a sectio caesareának nem épen kedvező kilátására, a kraniotomiára határozzuk magunkat s a szülést az élő magzat perforatója útján fejezzük be.

A perforált magzat hossza 47 cm., súlya 2100 gm. (agy nélkül), tehát kora.

A gyermekágyban egyszer volt 38.3° C. temperatura, különben teljesen zavartalanul folyt le. Eltávozása előtt újlag vizsgáljuk a nőt, s megállapítjuk a jövőre nézve, újabb terhesség esetén, a tennivalókat.

Feltéve azt, hogy 7.5 cm. conj. verával bíró medencén áthaladhat egy ennél 1 cm.-rel nagyobb biparietal átmérővel bíró fej is, miután a fejlettség e fokán levő fej alakulásra igen is képes, így azon ideig tarthatjuk fenn a terhességet, míg a magzat elérő kifejlődésének ama fokát, a midőn fejének biparietal átmérője 8.5 cm., ez pedig az Ahlfeld-féle táblázat szerint a 34-dik hétben van. Ez azon időpont tehát, a mikor újabb terhesség esetén a mesterséges koraszülést meg kell indítanunk.

Figyelmeztetjük a nőt, hogy tisztulásának idejét mindig pontosan jegyezze fel, s újabb terhessége esetén idejekorán jelentkezzen.

Egy év múlva jön ismét a nő a klinikára terhessége végén szülétfájdalmak közepette. Utolsó tisztulását nem tudja; a magzat mozgásait 4 $\frac{1}{2}$  hó előtt érezte először. Úgy a külső, mint combinált vizsgálatnál a magzat érett voltát constatáljuk; méhszáj 1 ujjnyi.

A medence pontos vizsgálata, másrészt az előző szülés alkalmával nyert amaz észlelet, hogy e medencén még a pár héttel kora magzat feje sem képes áthaladni, kétségtelenné tesz, hogy most érett magzat mellett még fordítás útján sem hozhatjuk át élve a medencén a magzatot, s így a magzat életének megmentése egyedül a császármetszés útján lehetséges. (A symphisiotomia kilátásait ekkor sem mérlegeltük; azóta is a klinikán csak egy esetben végezte azt egy volt tanársegéd társam s pedig balsikerrel.)

Az anya minden áron élő magzatot akar, a férj beleegyezik a császármetszés műtétébe. Részint az éjjeli idő miatt, részint az erélyesebb contractiókat bevárando, néhány órán át reggelig várakozunk, a mikorra a méhszáj 3 ujjnyira tágult volt.



Álló burok mellett, jó fájások közepette, végezzük a sectio caesareát. A méh sebét selyemmel varrjuk össze; az első sor varrat a serosa s mucosa kihagyásával tisztán az izomréteget öleli fel; a második sor varrattal pedig a serosát egyesítjük, hasonlólag a Lambert-féle bélvarratokhoz.

A műtét tartama 44 perc.

A magzat élő, érett, leány, azonnal légzeni kezd:

hossza . . . . .	49 cm.
súlya . . . . .	2800 gm.
fejének kerülete . . . . .	33.5 cm.
bitemporal átmérő . . . . .	8.0 "
biparietal " . . . . .	9.0 "
egyenes " . . . . .	10.2 "
kis ferde " . . . . .	9.5 "
nagy ferde " . . . . .	11.2 "

Tehát a magzat, ha nem is erősen fejlett, de minden esetre érett magzat; s a fenti pontos méretek, azt hiszem, mindenkit meggyőznek arról, hogy e magzat élve nem születetett volna meg a fent leírt medenczén át.

A nő gyógyul. Néhány napon át volt lázas, a mit egy diónyi hasfali abscessus okozott volt, gyermekét maga táplálta első naptól kezdve.

A III-dik terhesség 2 év múlva II-dik havi abortussal végződött, mely alkalommal poliklinice nyújtottunk a nőnek segélyt.

A IV-dik terhessége a múlt (1893.) év nyarán folyt le klinikánkon a következőképen.

1893. május végén jelentkezik a nő. Utolsó menstruációjának idejét ismét nem tudja; a magzatmozgásokból s az objectiv jelekből következtetve, a nő jelenleg terhességének 32-dik hetében van.

Már az első szülés alkalmával meghatároztuk volt, hogy e nőnél a terhesség 34-dik hetében mesterséges koraszülést kell megindítanunk.

Ez értelemben 2 hetet várunk. Ennek eltelte után vizsgálatnál a jól kitapintható fejet oly kicsinynek, puhának találja Tauffer tanár úr, hogy jónak látja 1 héttel elhalasztani a koraszülés bevezetését. E hét alatt fürdőzés, sublimat-hüvelyirrigációk által iparkodtunk kellőleg deszficiálni a szülőutakat; majd a koraszülést megindítandó bougie vezetünk fel a méhürbe. Előbb hátul bal oldalon halad fel a bougie, azonban erős vérzés indulván meg (úgy látszik placentaris helyet talált), visszahúzzuk s az ellenkező oldalon vezetjük fel, vérzés megáll. Előfekvő rész a fej. Két óra múlva magzatviz szivárog s állandóan ürül; 7 óra múlva fájások kezdődnek, 12 óra múlva bőven 2 újjnyi a méhszáj, fej a bemenetre reányomva harántul, mélyen álló kis kutacsával; erőteljes fájások. Ez időponttól számított  $2\frac{1}{2}$  óra múlva tünőfélben levő méhszáj mellett a fej a medenczeüregben, a bal ferdében, kis kutacs elöl, mélyen. Majd  $\frac{3}{4}$  óra múlva II. koponyafekvés mechanizmusa szerint élő leánygyermek születik. Lepény 20 p. múlva távozik.

Sem a hasfalzatban, sem a szülésben semmi rendellenes nem volt, a varrott méh jól teljesítette feladatát. A bougie felvezetése után  $15\frac{1}{4}$  óra után lefolyt a szülés.

A gyermekágy teljesen láztalan, zavartalan.

A magzat hossza . . . . .	46.0 cm.
a magzat súlya . . . . .	2200 gm.
fejének kerülete . . . . .	29.0 cm.
bitemporal átmérő . . . . .	7.0 "
biparietal " . . . . .	8.0 "
egyenes " . . . . .	8.75 "
kis ferde " . . . . .	8.50 "
nagy ferde " . . . . .	10.50 "

Úgy a császármetszés útján, mint a koraszülés alkalmával született gyermeket felnevelte anyja, ma is élnek, előbbi a 4 évet betöltötte, utóbbi  $1\frac{1}{2}$  éves, s ez dacára, hogy koraszülött volt, relative erősebben fejlett, mint a császármetszés útján nyert érett gyermek.

A mint a fenti leírás mutatja, az I. szülés alkalmával a pár héttel kora gyermek sem volt képes áthaladni a medenczén, az élő kora magzatot perforáltuk. A II. szülés alkalmával a kiviselt magzat mellett sectio caesareát végeztünk volt. A III. terhesség abortussal végződött; míg a IV. terhesség alkalmával mesterségesen indítottuk meg a szülést oly időben, a mikor még a magzat áthaladása a medenczén lehető volt.

Eljárásunk, azt hiszem, mindannyiszor indokolt volt; hogy pedig eredményes is, a 2 élő gyermekével bemutatott egészséges anya documentálja.

Az orvosegyesületben volt szerencsém előadni, hogy a nő ismét terhes volt, s pedig az időben terhességének 28—29-dik hetében; jeleztem volt, hogy a nőnél ismét mesterséges koraszülést szándékoztunk megindítani s pedig a terhességnek 34—35-dik hetében, mely időpontot mérések, összehasonlítások útján határoztuk volt meg, a mely a IV-dik szülés alkalmával teljesen helyesnek, megfelelőnek bizonyult volt be: a szülés veszély nélkül spontán folyt le, a koraszülött magzatot sikerült felnevelni.

Berendeltük a nőt az említett időpontra. 1894. december 24-dikén azonban minden külső behatás nélkül szülőfájások kelnek, a nő a klinikára jó be. Felvételnél eltűnt méhszáj mellett az álló burkon át a lábakat tapintjuk. Vizsgálat közben megreped a burok, s tökéletes lábfekvésben megszületik egy élő leánymagzat, a fejnek áthaladását a felülről gyakorolt enyhe nyomással segítjük elő.

A magzat kora, számításunk szerint, 32 hetes, s ennek megfelelők a méretek is:

hossza . . . . .	41 cm.
súlya . . . . .	1930 gm.
fejkerület . . . . .	30 cm.
bitemporal átmérő . . . . .	6.75 "
biparietal " . . . . .	8.0 "
egyenes " . . . . .	9.25 "
kis ferde " . . . . .	9.0 "
nagy ferde " . . . . .	10.25 "

A gyermekágy láztalanul folyik le; a magzat kora volta dacára jól táplálkozik.

Érdekesnek találok egymás mellé állítani a 4 magzat méreteit:

	I.	II.	III.	IV.
A szülés mikéntje	cranio- tomia	sectio caesarea	mesterséges koraszülés	spontan koraszülés
a magzat hossza . . . . .	47 cm.	49 cm.	46 cm.	41 cm.
a magzat súlya . . . . .	2100 gm. (agy nélkül)	2800 gm.	2200 gm.	1930 gm.
a magzat fejkerülete . . . . .	—	33.5 cm.	29.0 cm.	30 cm.
a fej bitemporal átmérője . . . . .	—	8.0 "	7.0 "	6.75 "
a fej biparietal " . . . . .	—	9.0 "	8.0 "	8 "
a fej egyenes " . . . . .	—	10.2 "	8.75 "	9.25 "
a fej kis ferde " . . . . .	—	9.5 "	8.50 "	9.0 "
a fej nagy ferde " . . . . .	—	11.2 "	10.50 "	10.25 "

A mint e táblázat mutatja, az első gyermek kora volt ugyan, de mégis nagyobb, erősebben fejlett, mint a 2 koraszülés útján nyert magzat.

A sectio caesarea útján nyert magzat ha nem is erősen fejlett, de minden esetre kiviselt, érett volt, s méreteiben annyira túlszárnyalja a koraszülött magzatokat, hogy ez utólagos mérlegelése is a tényeknek arra enged következtetni, hogy a fent említett medenczén át e magzat élve meg nem születetett volna. Nemesak az egyes átmérők differenciája irányadó itt egyedül, hanem tekintetbe veendő az is, hogy egy érett magzatnak még aránylag kisebb feje is nehezebben alakul a medenczében, épen keménységénél fogva, mint egy koramagzat feje.

Épen e tényben lelem magyarázatát annak is, miért nem volt képes áthaladni az I-ső magzat feje az első szülés alkalmával, pedig e fej méreteiben nem sokban differálhatott a III-dik magzat fejétől, a mely a mesterségesen bevezetett koraszülés alkalmával, ha nem is nagyon könnyen, de baj nélkül áthaladott a medenczén.

A mint a táblázat mutatja, a IV., spontan koraszülés alkalmával született magzat feje, ámbár testhossza 5 cm.-rel,



súlya 270 gm.-mal kevesebb, s a terhességi számítás szerint is minden esetre korábbi magzat, mint a mesterséges koraszüléssel született III. magzat, mégis fejének mérete 2 átmérő irányában nagyobb s a többiben is alig kisebb, a fejkertület plane 1 cm.-rel nagyobb; s mégis az *utoljára* jövő fej minden nehézség nélkül, csaknem spontan haladt át a medenczén. Minden esetre a fej is puhább volt, alakulásra jobban képes. Egyszersmind a méreteken levő e különbségeket a koponyafekvésben született magzat fejének configurációja is magyarázza.

A mint fentebb is említettem, ritkán van alkalmunk egy ugyanazon nőnél így az egymásután következő születeket észlelni, azok lefolyását irányítani, vezetni; másrésről minden óvatosság, gondosság dacára nem mindig sikerül a koraszülés megindításának idejét úgy eltalálnunk, mint a hogy sikerült az e nő IV. terhessége alkalmával. A koraszülés megindítására általunk felállított időpont helyességét bizonyítja a spontan bekövetkezett utolsó szülés is, mely mintegy 2 héttel állott be előbb, mint a hogy mi a koraszülést megindítani akartuk volt; ennek megfelelőleg gyengébben fejlett is e magzat.

Újabban bekövetkező terhesség esetén ismét csak a koraszülést indítanánk meg s pedig a magzat fejlettségéhez képest a terhesség 34—35. hetében; ezen eljárás most már nem theorian alapszik, hanem a gyakorlat által kipróbált.

### Közlemény Korányi Frigyes dr. egy. ny. r. tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati kórodáról.

Új módszer az incompensatio korai felismerésére és a szív alkalmazkodási képességének vizsgálatára szív-betegeknél.

Korányi Sándor dr., egyetemi magántanártól.

(Vége.)

A vese vérkeringésének lassulásánál az elmondottak szerint a vérben az achloridok felszaporodnak a chloridokhoz képest és ennek megfelelőleg a vizelet összetételének is olyannak kell lennie, hogy belőle kiszámítva a vér konyhasótartalmát, *m-et*, az abnormis kicsinynek, 0.56%-nál kisebbnek mutatkozzék. Ha pl. a vizeletből kiszámított *m* 0.48 volna, ez annyit tenne, hogy míg egészséges embernél a vérben 91 szilárd molekulát közt legalább 56 molekulát konyhasó foglaltatik, az adott esetben 91 szilárd molekulát közül a konyhasóra csak 48 esett.

Ezek szerint a *compenzált* és az *incompenzált* szív-bajos vizeletei közt lényeges különbséget kell hogy képezzék *m*. *Compenzált* szív-bajnál a vér összetétele *normalis* marad és így *m* sem lehet kisebb 0.56-nál. *Incompenzált* szív-bajnál ellenkezőleg a vérben az achloridok felszaporodásával *m* csökken.

Hogy ez a törvény mily általános érvényű (addig, míg a vese ép), annak bizonyítására álljon itt egy pár példa:

A vizelet mennyisége	fagypontja	konyhasótartalma	<i>m</i>
1. Incompenzált insuff. bicuspidalis, nagy hydrops:			
280 cm <sup>3</sup>	3.11 <sup>0</sup>	0.45%	0.47
2. Incompenzált insuff. bicusp., mérsékelt hydrops:			
6.0 cm <sup>3</sup>	2.04 <sup>0</sup>	1.05%	0.52
3. Igen súlyos állapotban levő bicusp. insuff., nagy hydrops, kétoldali tüdő infarctus:			
600 cm <sup>3</sup>	0.72 <sup>0</sup>	0.075%	0.47
4. Aorta insuff. kezdődő incompensatio:			
720 cm <sup>3</sup>	1.88 <sup>0</sup>	1.10%	0.55
5. Bicusp. insuff., kezdődő incompensatio:			
500 cm <sup>3</sup>	1.51 <sup>0</sup>	0.78%	0.54
6. Bicusp. insuff., kisebb hydrops, kifejezett ascites:			
300 cm <sup>3</sup>	2.03 <sup>0</sup>	0.82%	0.52

(Megjegyzendő, hogy *m* vizsgálata csak addig adja emez eredményeket, míg a beteg diuretikus szereket nem szed.)

A míg a szívántalmak incompensatiójának idejében *m* állandóan 0.56 alatt van (míg az esetet nephritis vagy diureticum hatása nem komplikálja), a *compensatio* ideje alatt *m*

*normalis*. Heteken át észleltem ilyen betegeket, a kiknél *m* állandóan 0.56—0.60 közt ingadozott, úgy mint az egészséges embereknél.

Álljon itt erre vonatkozólag egy pár eset:

A vizelet mennyisége	fagypontja	konyhasótartalma	<i>m</i>
1. Compenzált aorta insuff.:			
1020 cm <sup>3</sup>	2.14 <sup>0</sup>	1.50%	0.58
2. Compenzált aorta insuff.:			
1650 cm <sup>3</sup>	1.29 <sup>0</sup>	0.89%	0.58
3. Compenzált bicuspidalis insuff.:			
1600 cm <sup>3</sup>	1.43 <sup>0</sup>	1.07%	0.59
4. Compenzált bicuspidalis insuff.:			
1260 cm <sup>3</sup>	1.50 <sup>0</sup>	0.99%	0.57
5. Compenzált insuff. stenosis aortae:			
800 cm <sup>3</sup>	1.75 <sup>0</sup>	1.16%	0.58

Ezek az esetek, a melyek mindegyikénél a vizeletvizsgálat legalább 5—6-szor történt változatlan eredménnyel, és a melyek számát még tovább is szaporíthatnám, bizonyítják, hogy szív-bajosoknál az incompensatio idejében *m* 0.56 alatt, a teljes compensatio idejében 0.56—0.60 közt van.

Ennek a különbségnek a vizelet összetételében, a szív-betegség stadiumai szerint, gyakorlati értékét biztosítja az a körülmény, hogy segítségével az incompensatio előbb válik felismerhetővé, mint más jelekből.

Hogy *m* kiszámításában az eddig ismert tüneteknél érzékenyebb módszer birtokába jutottunk a szív-működés elégtelenségének felismerésére, az kitűnik abból, hogy több oly szív-beteget észleltem, a kik a kórodára való jövetelük alkalmával a teljes compensatio képét mutatták, vizeletük azonban olyan volt, hogy *m* 0.54—0.55-nek mutatkozott. Egy pár napi nyugalmas kórodai tartózkodás többnyire elegendő volt, hogy *m* 0.56 fölé emelkedjék.

Ezen esetek magyarázata nyilván abban keresendő, hogy a kórodai tartózkodás előtt a betegek életmódjának szívük nem volt képes teljesen megfelelni és ennek jelét képezte az alacsony *m*. A kórodai tartózkodással járó nyugalmas élet mellett azonban a szív működési képessége elégséges volt, és a vér kifizetői rendellenes összetétele pár nap alatt ismét a rendesnek adott helyet.

Mint különösen tanulságos eseteket hozom fel a két következőt.

Egy napszamos kereste fel a kórodát, a kinek bal heréjében egy újképlet fejlődött. Átvizsgálása alkalmával kitűnt, hogy egyúttal *aorta insuff. bicuspidalis* volt, a nélkül, hogy annak valaha a beteg által észrevett tünete jelentkezett volna. A munkájából a kórodára jött beteg vizeletének vizsgálata az első huszonnégy óra leteltével a következő eredményt adta:

Mennyiség	fagypont	konyhasó	<i>m</i>
780 cm <sup>3</sup>	2.10 <sup>0</sup>	1.04%	0.54
már a második napon:			
1020 cm <sup>3</sup>	2.14 <sup>0</sup>	1.50%	0.58
a harmadikon:			
900 cm <sup>3</sup>	2.08 <sup>0</sup>	1.46%	0.58 stb.

Egy másik, teljesen egészségesnek látszó férfi azt panasztolta, hogy egy hevesebb felindulás (hosszú ideig tartó halál-félelem) óta kellemetlen szív-táji érzései vannak, a melyek tevékenységében korlátozzák. A vizelet mennyisége 1380 cm<sup>3</sup>, fagypontja 1.58<sup>0</sup>, konyhasótartalma 0.74%, és ezekből kiszámítva *m* = 0.53 volt, a mi azt mutatta, hogy dacára a teljesen *normalis* fizikai leletnek, a beteg érzései a szív-működés egy tényleges zavarának feleltek meg.

Az eddigiekben részletezett eljárás czélszerűsége nemcsak abban rejlik, hogy általa az incompensatio felismerésére érzékeny reactio birtokába jutottunk, hanem főleg abban, hogy egy még aránylag eléggé működésképes szív esetében felismerni engedi ama körülményeket, a melyek iránta már túlságos nagy igényeket keltenek.

Ez alkalommal a szív-működésre ható tényezők közül az izommunkára szorítkozom.



Hogy az izommunka fokozása bizonyos határon túl a compensált szívbántalomnál is a kezdődő incompensatio jeleit hozza létre, azt a betegeken tett mindennapi tapasztalaton és theoretikus okokon kívül már ama vizeletvizsgálataim alapján is várhattam, a melyeket *Klug* tanár úr felszólítására egy evezőversenyen résztvevő uraknál végeztem, és a melyek a *Klug* tanár úr által vezetett gyűjtő vizsgálatok közt fognak közzé tétetni. Három athleta vizelete azt mutatta, hogy a verseny napján  $m$  leszáll középértékben  $0.54$ -re, tehát odáig, a hol az szívbetegeknél az incompensatio kezdetén található.

Ha már az egészséges embernél is van egy bizonyos határ, a melyen túl az izommunka oly vérkeringési zavarokat hoz létre, részint a vérnyomás növekedése, részint a véredények egy részének összehúzódása folytán, hogy ezen zavarok kiegyenlítésére a szív alkalmazkodási képessége nem elég, annyival inkább érthető, hogy szívbántalomnál, a hol a szív rezerv erejének egy része már a nyugalom alatt is felhasználtatik a rendellenes vérkeringési akadály compensálására, az izommunka könnyen okoz veseelégtelenséget. Egyszerű volna egy oly exact módszert szerkeszteni, a melynek segítségével a szív alkalmazkodási képességét számokkal kifejezhető mértékkel mérnénk; erre nézve csak annak a kivitele volna szükséges, hogy a vizsgálandó egyénnel egy adott nagyságú munkát végeztetve, keresnénk ama munka-maximumot, a mely mellett még vizeletének összetétele a vese elégtelenségének jelét nem adná, a melynél  $m$  tehát nem volna  $0.56$  alatt.

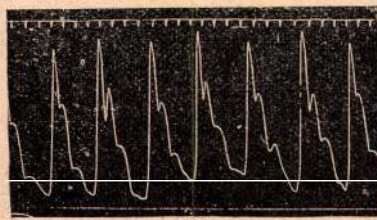
A következő példában a munkát ergostatton végeztettem. A munkát megelőzőleg a *compensált aorta-insufficienciában* szenvedő beteg vizelete a következő volt:

Mennyiség	fagyypont	konyhasó	$m$
920 cm <sup>3</sup>	1.86°	1.16%	0.58
820 cm <sup>3</sup>	1.82°	1.23%	0.57
840 cm <sup>3</sup>	1.92°	1.37%	0.58
850 cm <sup>3</sup>	1.86°	1.21%	0.56
1000 cm <sup>3</sup>	1.54°	1.05%	0.57
1040 cm <sup>3</sup>	1.70°	1.22%	0.60
800 cm <sup>3</sup>	1.92°	1.22%	0.58
960 cm <sup>3</sup>	1.71°	1.15%	0.57
1540 cm <sup>3</sup>	1.37°	0.93%	0.57

A 8 napi előzetes vizsgálat alatt tehát  $m = 0.56-0.60$ , úgy mint az egészséges embernél. A kilencedik napon a beteg a Gärtner-féle ergostatton dolgozik. A végzett munka 4 kgm. megterhelés mellett 60 fordulatból áll és mintegy félóra lefolyása alatt három szakaszban vitetik ki. A munkának a pulsusra gyakorolt hatása a következő két görbe alapján nem mondható nagyon jelentékenynek.



1. Munka előtt.



2. Közvetlenül munka után.

Az aznapi vizelet:

1650 cm<sup>3</sup>,  $A = 1.29^\circ$ , NaCl = 0.89%,  $m = 0.58$ , normalis.

A következő napon d. e. 80 fordulat, d. u. 30 fordulat végeztetett 8 kgm. megterheléssel.

Vizelet: 1500 cm<sup>3</sup>,  $A = 1.30^\circ$ , NaCl = 0.54%,  $m = 0.53$ .

A harmadik munkanapon 59 fordulat után 10 kgm. megterheléssel

a vizelet 1250 cm<sup>3</sup>,  $A = 1.53^\circ$ , NaCl = 0.83%,  $m = 0.55$ .

A második munkanapon végzett magában véve jelentéktelen munka tehát nagyobb változást okozott aorta-insufficienciás betegnek látszólag kielégítő szív működésében, mint egy óriási megerőltetéssel járó evezőverseny egészséges embernél.

A munkaidő után a beteget ismét teljes nyugalomban hagytam, mire a vizelet újra rendessé vált:

Mennyisége	$A$	NaCl	$m$
1450 cm <sup>3</sup>	1.40°	0.97%	0.56
1220	1.46	1.00	0.58
1300	1.66	1.25	0.59
1400	1.49	1.18	0.60
1240	1.60	1.28	0.60
1440	1.44	1.11	0.60
1760	1.20	0.80	0.57
1400	1.44	1.02	0.58

Hasonló módon végzett exact vizsgálatok, különösen ha azokra egy olyan czélszerű ergostatot alkalmaznánk, a milyen a *Jaquet*-féle taposó gép (I. *Christ* idézett cikkét), pontosan engedik kipuhatólni, mily nagyságú munkát végezhet a beteg, a nélkül, hogy 24 órai vizeletének összetétele — tehát, hogy véreinek összetétele rendellenessé váljék, és így a szív alkalmazkodási képességét az izommunkához, számokkal kifejezhető módon mérni. A szív alkalmazkodási képességének ilyen exact mérése haszonnal járhatna gyógyszerek vagy gyógyeljárások eredményének biztos, objectív megállapítására, a gyakorlatban azonban csak nehezen volna kivihető. Általánosabb gyakorlati értéket már csak azért sem lehetne ennek tulajdonítani, mert a meter kilogrammokban mért alkalmazkodási képesség a követendő életmód megszabására nem adja meg a kulcsot. Bizonyos esetekben azonban talán úgy módosítva volna célszerűen értékesíthető, hogy a munkát meghatározott gyorsaságú és számú lépések alakjában végeztetnénk, a mi pl. járással összekötött foglalkozásnál annak megengedhető mértékéről adna felvilágosítást.

Nagyobb fontossággal bir  $m$ -nek meghatározása, mialatt a beteg rendes életmódját folytatja. A szívbántalmak azon stadiumában, a melyben a betegnek megengedhető, hogy foglalkozása után járjon, időnként a vizelet vizsgálatát végezve, ha  $m$   $0.56$  alatt volna, ebből önként következnek, hogy a beteg életmódja szíve működési képességétől túlságos sokat követel. Az *indicatio a beteg szabadságának megszorítására tehát exact módon felállítható*. Ha másrészt azt találánk, hogy daczára a beteg lehetőleg nyugalmas életmódjának  $m$  állandóan  $0.56$  alatt volna, ez biztos jelét szolgáltatná annak, hogy a szív compensatioja kezd hiányossá válni és ezt felismerhetnők, mielőtt az incompensatió súlyos tünetei fellépnek. Az incompensatio ilyen korai felismerése annak elhárítását természetesen nagy mértékben könnyíti és exact módon engedi felismerni azt az időpontot, a melyben szívszerekhez kell nyúlnunk.

Az elmondottak annak a kijelentésére jogosítanak fel, hogy a szívbetegek vizeletében a chloridok és az achloridok relatív mennyiségének vizsgálata, egyrészt az általuk követett életmód pontos ellenőrzésére és szabályozására nyújt alapot, másrészt gyógyszerek megválasztásánál az *indicatiókat* a lehető legvilágosabb módon adja meg. A szívbetegeknél a vizeletnek időnként való megvizsgálása ép oly, ha nem nagyobb fontosságú felvilágosításokat szolgáltat, mint a vesebetegeké.

\*\*\*

Végül álljon itt a vizsgálati eljárás rövid ismételése.

A beteg vizeletét 24 órán át pontosan gyűjtjük. A gyűjtés oly időben végzendő, mikor a beteg állapotában valami lényegesebb abnormitás nincsen. Láz, az emésztés fontosabb zavarai, valamint a vese megbetegedései alatt nyert eredmények nem értékesíthetők. A szív valódi állapotának felismerését az is zavarja, ha a vizsgálatot valamely a szívre, vagy a vesére ható gyógyszer hatásának idejében végezzük. A gyűjtés ideje alatt a beteg rendszeren táplálkozik és foglalkozását, mindennapi életmódját folytatja.

Az összegyűjtött vizelet fagyypontját ( $A$ ) és konyhasótartalmát (NaCl%) meghatározzuk, ebből kiszámítjuk a vér konyhasótartalmát ( $m$ ) a következő képlet alapján:

$$m = \frac{\delta A}{1.226 A - 0.376 \text{ NaCl}} \text{ és}$$

miután a vér fagyypontját  $\delta = 0.56^\circ$ -nak vesszük:

$$m = \frac{0.91 A}{2 A - 0.613 \text{ NaCl}}$$



Ha m kisebb mint 0.56, akkor a szív feladatának tökéletlenül felel meg, tehát vagy feladatait szükséges leszállítani ezélszerű magatartással, vagy a szív működését szükséges emelni gyógyszerekkel. Ha ellenben  $m = 0.56 - 0.60$ , akkor a szívbántalom tökéletesen compenzált.

**Irodalom.** <sup>1</sup> Friedrich V. és Tauszk F. A szív viselkedése a heveny munkával szemben. Jubilaris dolgozatok az orvostan köréből Korányi Frigyes, negyedszázados tanári működésének megünneplésére. Szerk. Bókai Árpád 1891. — <sup>2</sup> Christ. Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf die Herzthätigkeit. Deutsches Arch. f. klin. Med. 53. köt. 1—2. füz. 1894. — <sup>3</sup> V. ö. Korányi S. Vizsgálatok a vizeletválasztó rendszer működésére vonatkozólag. Magy. orv. Arch. III. 3. füz. és III. 6/b füz. — <sup>4</sup> Beitr. z. Lehre der Harnabsonderung. Cbl. f. med. Wiss. 1894. Nr. 26. — A vizelet és a vér quantitativ összetétele közt fennálló viszony. Magy. orv. Arch. III. 6 b. — <sup>5</sup> Zur Theorie der Harnabsonderung. Cbl. f. Phys. 1894. nov. 3.

## Adat az inveterált traumatikus csipőizületi ficamok operatív kezeléséhez

kapcsolatban resectio által gyógyult inveterált luxatio femoris obturatoria egy esetével.

Ostermayer Miklós dr.-tól Budapesten.

(Vége.)

A kórrajzból kitűnik, hogy egy 19 hónapos inveterált, vissza nem helyezett, traumatikus luxatio obturatoriaival van dolgunk, mely miatt, mivel a repositio nem sikerült, resectiót végeztünk. A repositiót meggátolták azon változások, melyek az új összeköttetést előállító esontokon létrejöttek s melyek a ficam régi voltának következményeiként tekintendők. Az ankylosist értem, mely az által, hogy a foramen obturatum keretétől kiinduló osteophyt-kinövések a caputon túl a nyakra áttérjedve, eme csontrészeket szorosan körülzárták, teljes mozdulatlanságot, absolut rögzítést nyert. Hogy az ankylosis létrejöttét a luxált végtagnak a luxatio obturatorianál tipikusan előforduló mozdulatlansága a csipőizületben előmozdította, az nem tagadható. Daczára annak, hogy az ankylosis fibrosus volt, annak felszabadítása késsel még sem volt a kórrajzban elősorolt nehézségek miatt kivihető, miért is a visszahelyezés nem sikerült és resectiót kellett végezni.

Véleményem szerint a magasabb korú csipőizületi ficamok — mint a minő az én esetem is volt — a véres repositóra alkalmatlanok, miért is a priori resectióval kezelendők az eljárás egyszerűsége miatt. Csupán friss vagy 1—2 hónapos ficamok alkalmasak a véres repositóra. Minél idősebb a ficam, annál valószínűtlenebb a repositio. Feltéve azonban az esetet, hogy az utóbbi sikerülne, a functionális eredmény a jelentékeny elváltozások miatt, melyek az új összeköttetést képző esontokon létrejöttek, mégis nagyon kérdéses, a ficam régi korát tekintetbe véve. „Mert hogyha az acetabulumban és a caputon a porzbevonat hiányzik, akkor különösen idősebb egyéneknek alig várható csak tűrhető mozgathatóság helyreállítása is; inkább és előbb lehet attól félni, hogy ankylosishoz vezető arthritis deformans fejlődik a műtét következménye gyanánt“, miért is ily esetekben jobb eredményei miatt a mozgathatóságot illetőleg csupán a resectio van javalva.

Ehhez még meg kell jegyezni, hogy esetemben a luxatio obturatoria miatt elháríthatatlan akadályok gördültek a repositio elé. A czombesontfejecnek rendkívül mély fekvése (a foramen obturatum keretének medialis szélén feküdt), különös rögzítése a már említett esontokban, mely még a colluma is terjedt, a teljes mozdulatlanság, a lehetetlenség az acetabulum és fejec határát megtalálni, a fejec felszabadítását, tehát a visszahelyezést lehetetlenné tette. Elülső ízületmetszéssel (Hüter, Lücke) nemesak nem többet, hanem még annyit sem értem volna el, mint a lateralisal, és pedig egyrészt azért, mivel ezen elülső és a lateralis hátulsó metszésnek távolsági különbsége a symphysistól, melynek közelében a fejec feküdt, csak jelentéktelen és a fejechez való kényelmesebb hozzáférhetőséget illetőleg semminemű előnyt nem nyújtott volna, másrészt mert a fejecnek kedvezőtlen fekvése, teljes mozdulatlansága és a collumnak frontalis síkban való helyzete miatt

mind az acetabulum, mind a collum hátulsó felülete el nem érhetőek lettek volna, míg a lateralis metszés mind elől, mind hátul egyenlő mértékben engedett manipulálni. A fejnek vastag izomrétegek alatti, mély, elrejtett fekvése, a gyorsan beálló ankylosis és az eddigi metszési methodusok (Schnittmethoden) elégtelensége miatt a luxatio obturatoria már rövid idő múlva alkalmatlanná válik a véres repositóra, miért is csupán csak a resectio jöhet szóba. Ezen egy eset alapján ugyan nem lehet ezt illetőleg végleges véleményt mondani, de az említett körülmények valószínűvé teszik ezen feltevésemet.

Az irodalom<sup>1</sup> e tekintetben nem nyújt támpontokat, mert mindazon esetekben, melyek pontos leírásban rám nézve hozzáférhetőek voltak, és ez a nagyobb része az egyáltalában ismeretessé vált inveterált csipőizületi ficamoknak, hátulsó luxatióról van szó (luxatio ischiadica, iliaca), míg luxatio obturatoria nem voltam képes találni. Hogy pedig a hátsó ficamnál mind az acetabulum, mind a felső femurvég a felületesebb fekvésnél fogva könnyebben hozzáférhető, ennélfogva a praeparatio kényelmes módon lehetséges; és hogy itt a viszonyok a repositóra nézve egyáltalában kedvezőbbek, az nem tagadható, miért is eredménydús visszahelyezés előbb remélhető. Volkmann-nak teljes eredménnyel operált esete is luxatio iliaca volt.

Ha tekintetbe vesszük az általunk elért eredményt mind alaki, mind működési tekintetben, csak jót mondhatunk róla. Mint különös és a beteg járóképességére, úgyszintén a végtag integritására nézve mint rendkívül fontos körülményt ki kell mindenekelőtt emelnem, hogy a műtett végtag a resectio által nemesak hogy nem szenvedett rövidülést, hanem a másik végtaggal egyenlő hosszú lett, vagy ha csekély hosszkülönbségre is súlyt fektetünk, egy centimeterrel meghosszabbodott. Minden esetre paradox s felette érdekes lelet oly kiterjedt resectio után, mint a minőt ez esetben végeztem! Bármily különösnek is tűnjék fel ezen körülmény, magyarázata mégis igen egyszerű, ha visszatekintünk a kórrajzban előadott anamnesisre. Utóbbiból megtudjuk ugyanis, hogy a beteg ugyanazon alkalomkor ugyanazon balesetnél, melynél bal lábát kifeszítette, egyszerre mind jobb czombesontját eltörte, mely törés tetemes rövidüléssel gyógyult. Ilyeténképen előnyére vált ezen 9 cm.-nyi hosszkülönbség a ficamodott és később resectált végtagnak, a mennyiben daczára annak, hogy a caput-, collum- és trochanter-részlet a kis trochanterig eltávolított, ez által mégsem rövidült, hanem a hosszkülönbség kiegyenlítése jött létre. Tehát sem a műteti módnak, sem az utókezelésnek, hanem csupán a véletlennek tulajdoníthatjuk ezen kedvező körülményt.

Functionális tekintetben az eredmény kitűnő volt. Mert ankylosis helyett majdnem normalis határok közt szabadon mozgatható ízületet nyerni, ez a képzelhető legjobb esere. Az ankylosis járásra és állásra teljesen alkalmatlan állás mellett még tetemes fájdalmakat is okozott, valószínűleg a nervus obturatoriusra való nyomás által. A resectio rövidülés nélkül ezen végtagot normalissá alakította át, mert biztosan várható, hogy ezen csekély, a végtag közönséges használatára nézve különben tekintetbe nem vehető hiány a mozgások kilengési távolában (Excursionsweite) az izomzat erősödése után gyakorlat által kipótoltatik. Az összes mozgások könnyen, fájdalom nélkül, majdnem a rendes kilengési távolban active és passive végezhetőek voltak. A beteg ab- és addukálta, be- és kifelé rotálta, hajlította és feszítette a resectált végtagot csipőizületében, a legesekélyebb lötyögés nélkül. A beteg minden nehézség nélkül állt és járt operált végtagjával. Sántikálásról szó sem volt a műtett végtagnál. Ellenkezőleg a jobb egészséges lábát, az 1 cm.-nyi csekély rövidülés miatt az ember a resectálnak tartotta, mert a beteg azzal egyenlő talpmagasság mellett mindig valamivel mélyebben lépett. Ez azonban jelentéktelen volt. A beteg napjában kétszer-háromszor is fel és lement két emeletnek lépcsőin a kertbe sétálni, eleinte mankókkal, később csupán bottal. Ez eléggé fényes bizonyítéka a műtett végtag használhatóságának! Elboesátása óta nem tudtam meg semmit sajnálatomra a beteg további sorsáról, azért mert előbbi lakóhelyét elhagyta.

<sup>1</sup> Lásd a függelékot.



Az újraképződési folyamatokról és azok végeredményéről az új izületben természetesen csupán annyit mondhatunk, a mennyi külső megfigyelés által megállapítható volt, s ez okból nem mulaszthatom el e helyütt felemlíteni, hogy a trochanter major helyén ezt helyettesítő hatalmas csonttömeg újraképződött, melynek ily terjedelmes kifejlődésére nem csekély okot szolgáltatott azon körülmény, hogy a periost a vele szomszédos csontlemezzel épségben meghagyatott. A nearthrosisban való normalis mozgékonyosság kétségkívül tanúságot tesz arról, hogy a belső izületi apparatus kedvezően alakult a műtét után. Feltűnt nekem a rotációs mozgások tökéletessége, daczára annak, hogy a legtöbb forgató izom átmetszetett; a kifelé való rotáció még egy kis többletet is mutatott. Pedig ismeretes, hogy a csípőizületi resectio eseteiben, még azokban is, melyekben csupán a caput távolították el, a mozgások közül éppen a rotációk mennek veszendőbe. *Baer* (strassburgi klinika) szerint 23 esetben 22-szer hiányoztak, daczára annak, hogy a csontolás supratrochantera végeztetett. Ezen kedvező körülményt esetünkönl csak úgy magyarázhatjuk, hogy a forgató izmok inai a meghagyott csonthártya-csontburokhoz utólag odatapadtak, a melyből oly meglepő tökéletes módon indult meg a nagy trochanter újraképződése. Hogyha azonban a nagy trochanter, jobban mondva a felső czombcsontvég nem képződött volna újra, akkor a forgató izmok számára sem jöttek volna létre az alkalmas tapadási helyek s így rosszul járt volna a beteg a rotációs mozgásokat illetőleg. Azt hiszem, hogy nem tévedek, ha azt merem állítani, hogy esetünkben a forgó mozgások megmaradása in ultima analysi a *Vogt*-féle periost megtartási módnak köszönhető, mely a felső femurvégnek oly tökéletes módon való regenerációját eszközölte, miért is ezen eljárás mindazon esetekben, hol a csontnak a periosttól kiinduló regenerációját észlezzük, a legmelegebben ajánlható.

A gyógyfolyamatot kellemetlen módon megzavarták az ismételt fellépett complicatiók, úgymint a tályogképződés a hegben és a lymphadenitis inguinalis az operált végtagon, a mennyiben a beteget hosszabb időre az ágyhoz kötötték, őt a járási gyakorlatok végzésében gátolták s így a végleges gyógyulást késleltették; a kedvező végeredmény azonban szerencsére semmiként sem lett általuk megzavarva. Az ismételt fellépett tályogképződés kétségkívül az elstilyesztett izomcátgutvarratokból indult ki és extra-articular ment végbe, miért is a nearthrosis fejlődését semmi módon sem befolyásolta. Maga a beteg is bevallotta, hogy a csontban, az izületben nem érzett fájdalmat, e miatt a műtett végtag mozgatása a csípőizületben fájdalomtalanul és akadálytalanul is ment végbe, csupán a bőr alatt ült a fájdalom. Hogy a lymphadenitis inguinalis a vase-linnal való massage következtében támadt aene esomókból és genyitüszókből indult ki, azt már a kórtörténetben említettük, itt csak megjegyezzük, hogy az a mirigyek mérsékelt duzzanatával, de annál nagyobb fájdalommal járt, mely utóbbi a beteget meglehetősen elővette. A hőemelkedések nem voltak jelentékenyek.

Nem mulaszthatom el kiemelni, hogy a caput femoris és az acetabulum, daczára a fizcam régi korának, térfogatuk némi megkisebbedésén kívül alig mutatott alaki eltérést a rendestől. Az izvápa azért nem obliterált, mivel a trochanter major esúca fejecs gyanánt legnagyobb részét kitöltötte s így az obliterációt megakadályozta. A caput femoris pedig a teljesen mozdulatlan rögzítés, az ankylosis által védve volt egyoldalú, feltűntet egyenlőtlenül érő mozgásoktól, melyek éppen az egyenlőtlenül elosztott és különböző erősséggel ható mechanikus behatások (mint nyomás, dörzsölés) következtében támadt chronikus csontlobok alapján lecsiszolódásokra és osteophyt képződésre vezetnek s így történhetett az meg, hogy minden deformációtól ment maradt.

#### Irodalom.

*Kirn.* Ueber die operative Behandlung irreponibler traumatischer Luxationen des Hüftgelenkes. „Bruns' Beiträge zur operativ. Chirurgie“. IV. 537. old.

*Knapp.* Ueber die operative Behandlung irreponibler traumatischer Luxationen der Schulter. Ugyanott, 372. old.

*Schede.* Ueber die blutige Reposition veralteter Luxationen nebst Bemerkungen über die Arthrotomie des Hüftgelenkes und die operative

Behandlung der angeborenen Verrenkungen desselben. v. Langenbeck-féle „Archiv f. Chirurgie“ 43. kötet. 1892. 351. old.

*A. v. Vámosy.* Zur Arthrotomie veralteter Luxationen. Wiener klin. Wochenschrift, 1890. 50. sz. (Nicoladoni tanár klinikájáról Innsbruckban.)

*Helferich.* Ueber die blutige Reposition d. Luxationen. Deutsche med. Wochenschrift, 1893. 32. sz. 761. old.

*Nélaton.* Des causes de l'irréductibilité des luxations anciennes de la hanche. Arch. gén. de médecine 1889. Mars. Ref. a Centralblatt f. Chirurgie 1890. évfolyamában.

*Bloch.* Irreponibel Luxatio coxae behandelt med Operation. Hospitals Tidende 1889. 3 Række. VII. 35. dán nyelven, ref. a Centralblatt f. Chirurgie 1890. évfolyamában.

*Paci Ag.* Di un singolare caso di lussazione femorale del Monteggia curato felicemente colla resezione del femore. Pisa, 1890. Febr. 10. Ref. a Centralblatt f. Chirurgie 1890. évfolyamában.

*Rudolf Volkmann.* Ueber die blutige Reposition veralteter traumatischer Hüft-Luxationen. (Aus der Küster-schen Klinik in Marburg.) Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 37. köt. 1893. 373. old.

*Bachr.* Ueber Endresultate der Hüftgelenksresectionen. (Aus der Lücke'schen Klinik in Strassburg.) Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 30. köt. 1890.

*Sack A.* Ueber Neubildungsvorgänge im Hüftgelenk nach geheilter Resection. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 32. köt. 1891.

#### Függelék.

Megelégedésemre szolgál, midőn utólagosan a „Centralblatt für Chirurgie“ 13-dik évfolyamában (1886. 176. l.) egy referatumot találtam, melyben *Reichel* (Berlin) *Poulet*-nak „Luxation ovulaire ancienne. Production d'une nouvelle cavité cotyloïde dans la fosse ovale; ankylose“ (Bull. et mém. de la soc. de chirurgie de Paris, T. IX. p. 90.) cím alatt megjelent közleményét ismerteti; a mennyiben az itt leírt, az irodalomban egyedül álló inveterált luxatio obturatoria esete teljesen azonos bonczani viszonyokat tüntet fel az én esetemmel, s ekként főleg az ezen bonczani viszonyokból kiindult, az inveterált luxatio obturatoria operatív kezelésére vonatkozó feltevésemet hathatósan támogatja. A referatum szövege szó szerint következőképen hangzik: „*Poulet* egy inveterált luxatio obturatoria igen érdekes praeparatumát“ írja le, melyet a Val de Grace-i Múzeumban talált: „A czombcsontfejec a medenczével derékszög alatt van összekötve, nincs az izvápában, hanem a foramen obturatumban fekszik. Mindenütt egy újonnan képzett, meglehetősen sima egyenletes csontokkal (Knochen-schale) van körülveve, mely egész kiterjedésében azon csontokkal függ össze, melyek a foramen obturatumban képzik; csak fent van egy hasadék az idegek és edények számára. A tok új izületvápát képez, mely elől a linea intertrochanterica anterior niveaujában végződik, hátul pedig a collum hátsó részével egyesül, melyet körülzár a nélkül, hogy vele szilárdan egyesülne. Erős csontrétegek kötik össze ezen tokot egyrészt az os pectineum, másrészt a spina ant. inferiorral; ugyanezek a lig. Bertinittől indulnak ki. A régi, az eredeti izületi vápa — egy kis területtől eltekintve — nincs újonnan képződött csonttömegektől kitöltve, hanem eredeti alakját megtartotta. A femuron és az új vápán átmenő vízszintes metszet mutatja, hogy a caput csekély deformációt mutat és a csonttöktől 1/2—1 mm.-nyi széles hasadék által van elválasztva. A csontok structurája szivacsos csontszövetet mutat, két — belső és külső — compact határlemezzel. Az ankylosis ugyan nem teljes, de a csontok oly szorosan zárja körül a femur nyakát, hogy mozgások lehetetlenek.“ Ha ezen leletet az esetemben találttal összehasonlítjuk, a következtetések önmagától folynak, miért is további magyarázatokba bocsátkozni fölösleges.

#### Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

#### Megjegyzések Cséri János dr. „Újabb tapasztalatok a gyomorbetegségek mechanikai kezeléséről“ című cikkére.

A telt gyomor massage-át Cséri dr. legújabbban több helyütt szellőztette, részéről annak tarthatatlanságára nézve megtettem ez előtt 4 évvel egy másik hazai szaklapban észrevételeimet, megtettem a „Pest. med. chir. Presse“ mult számában is, hol Cséri dr. ezen cikke pár héttel ez előtt látott napvilágot.

A telt gyomor massage-ának jogosultsága és Cséri dr. cikke úgy tüntet fel a régibb eljárást, mintha az, hogy a gyomrot mi legalább 5—6 órával egy bőséges ebéd után massirozzuk, sőt azt



legnagyobb részt és legszívesebben ebéd előtt teszszük, midőn alig vagy csekély mértékben telt, úgy tűnik fel, mondom, mintha mi betegeinket éveken át rosszul kezelték volna. És csodák csodája, nekem és más szaktársaimnak nem 105, hanem én magam 7—800 eset felett rendelkezem, hol a gyógyeredmények majdnem kivétel nélkül nemesak kedvezők, de igen kitünők voltak, a miről nemesak számos beteg, hanem különösen az azokat kezelésem alá bocsátó orvosok tanuskodhatnak.

Az esetek nagy száma, melyek a régi eljárás szerint kezelve gyógyultak, annak helyességéről tanuskodik, a mellett szól azonban minden más is. Cséri dr.-nak aggodalma, hogy a nem telt gyomor kevéssé hozzáférhető és annak csak egy keskeny csikja fekszik szabadon, nem felel meg a valóságnak, mert a gyomor kitöltvén a bal hypochondriumot, 3—4 ujjnyival a köldök felett hajlik a jobb hypochondriumba és így még az esetben is, midőn nincs atonia vagy dilatatio jelen, elég nagy területen hozzáférhető arra nézve, hogy combinált massage fogások, gyurás, rezegtetés, simítás a gyomor felett a bal bordaív alatt, a legkülönbébb variatiookban, ezek mind összehúzódnak fognak a gyomorban kelteni, tehát fokozott izomműködés jó létre, a nyákhártyák vérdúsak lesznek, ez által élénkül a gyomornedv-elválasztás, azaz javul minden, a mit a fokozott gyomorműködés előidézni képes. Ezen gyomorösszehúzás és nyákhártyavérbőség semmi esetre sem fog a gyomor azon — felteszem — még oly csekély részletére sem szorítkozni, mint azt Cséri dr. a nem telt gyomorról felteszi, hanem a dolog természeténél fogva kiterjed a gyomorösszehúzás az egész gyomorra, és a jó hatás általános leend. Így magyarázható a jó eredmény azon számtalan esetben, a melyet mi elértünk akkor, midőn az üres vagy csekély mértékben telt gyomrot massziroztuk, hozzájárul ehhez, hogy a nem telt gyomor izomzata jobban és erőteljesebben húzódnak össze, mint az ételek által feszített gyomorfallat, a beveendő tápanyagot elegendő mennyiségű gyomornedv várja és azok a massage által nagyobb tevékenységre serkentett gyomor által sokkal könnyebben is fognak elimináltatni. A massage hatása általános és legkevésbé van feltételezve attól, hogy mekkora darab gyomrot érintek, a hasban előidézett gyors vérkeringési állapot javít főleg minden izom és idegbeli erőállapotot és szüntet meg mindennemű pangást, úgy a nagy mint a verőzérrendszerben, ehhez járul a masszage nagyban támogató gyógygymnastika, melyet Cséri dr. teljesen mellőz.

Én egyenesen Cséry dr. 2 kézfogását okozom, mert bevallja maga, hogy csak 2 kézfogást használ a gyomormassage-nál, hogy arra a gondolatra jutott, mintha a nem telt gyomor kevéssé alkalmas objectum volna a massagera; vegyen csak 10—15-féle kézfogást alkalmazásba, melyek részint ülve, részint állva, arcczal vagy háttal fordulva a beteg feje felé, alkalmazzon kiterjedten gyógygymnastikát, gépekkel vagy a nélkül és meg fog győződni, hogy milyen kitünő eredményeket lehet elérni. Azonkívül a legtöbb esetben atoniás vagy dilatált gyomor kerül kezelés alá, hol a normalis határok lényegesen nagyobbak, a dyspepsia nervosa kezelésénél a gyomorhatárok mellékesek, itt a gyógyeljárás általános zsongító és suggestív irányú leend. A chronikus gyomorhurut és secretorikus insufficienciák kezelésénél állnak a fentebb elmondottak. Dr. Cséri óv, hogy a telt gyomor masszageát erőteljesen végezzük, ő eleinte csak enyhe simításokat végez 3—4 percen át, mert máskülönben betegek *elszédülnek, hánynak, sőt ájulásba* esnek, épen ezen kellemetlenségek szólnak leghathatósabbban ellene, mert kitűnik, hogy nem szabad az emésztés mechanizmusa által úgyis az ingerület tetőfokára jutott gyomorvéredényeket és idegeket tovább izgatni, mert a betegnek felesleges kellemetlenségeket okozunk. Én hosszas gyakorlatom alatt számtalan ezer és ezer alkalommal végeztem hasmassaget, mindjárt az első masszage erőteljesen, hogy a hatás minél gyorsabban bekövetkezzék, legalább 8—10 percen, sőt 15 percen át, de soha egyetlen egy esetben sem tapasztaltam a fent leírt kellemetlenségeket. Dr. Cséri beismeri, hogy a pyloruson keresztül nem igen lehet a gyomor bennékét keresztül hajtani massage által, bár czikke végén hajlandó ilyesfélét elhinni, hogy t. i. a beteg pylorusa a massage alatt engedékenyebb lesz és rajta ingesta keresztül hajtható. Tudvalevő dolog, hogy a pylorus időnként nyitódik és záródik külső ingerektől függetlenül, feleslegesnek tartom, hogy a gyomor által a bélemésztesre még kellőleg nem praeparált ingesták jussa-

nak a belekbe; de nem is hiszem, hogy arra képesek lennénk. A beteg állapotán úgy könnyítünk, hogy egyszerre kevesebbet etetünk vele, de többször napjában. A mi a gyomorgázok gyors eltávolodását illeti, ez épenséggel nem nagy vívmány, arra irányítani törekvésünket, hogy a beteg a massage alatt egy párt böfentsen, szükségtelen, azonkívül arra szoktatni egy beteget, ki különben is gyakori felbőfögésről panaszkodik, egyáltalán nem kívánatos; helyesen jegyzi meg Reich Miklós dr. úr, hogy a beteget ezen eljárás formalisan ructusra hajlamosítja és a cardiát ellazítva, könnyen gyomorbennéket böfög fel, sőt gyakori hányás jöhet létre. A massage oly jótékonyan befolyásolja a gyomrot, hogy azon betegek, kik felfúvódásról, kínzó teltségi érzetről panaszkodnak, mint a gyomoratonia legkellemetlenebb tüneteiről, ezen kellemetlenségek már 4—5 massage után rendesen megszűnnek. Ebben természetesen nagy szerepe van annak is, hogy a beteg orvosától helyes diétára lett oktatra, nem fog egyszerre sokat enni, hanem inkább gyakrabban, meg fogja válogatni az ételek minőségét, kerülni fogja a sok folyadékot, azaz a beteg maga fog rationalis életmódjával a gyomrán igen sokat könnyíteni.

Hogy milyen új ember Cséri dr. a gyomor mechanikai kezelésének terén, mutatja a következő megjegyzése, melyet mint újabb tapasztalatot ad elő: „Középfokú dilatatiók eseteiben a gyomormosástól eltekintek és csupán a massagera szorítkozom.” Az én szerény tapasztalataim csak 10 évre szólnak vissza és azóta folyton ezen irányban igen jó eredményeket értem el, sőt merem állítani, hogy súlyosabb dilatatiók is igen kedvező gyógyeredményt tüntetnek elő szakszerű massage és gymnasztikai kezelés alatt, idősebb kartársaim, kik masszageal foglalkoznak, valószínűleg még régebb idő óta gyakorolják jó eredményvel középfokú dilatatióknál a masszage; hivatkozni bátorodom Müller Kálmán tanár úrra, ki gyakorlatában szintén évek hosszú sora óta alkalmaztatja a masszage, még súlyosabb dilatatióknál is, mielőtt a betegre épenséggel nem kellemes gyomormosáshoz fogatna, és ezt csak akkor veszi alkalmazásba, ha a massage cserben hagyta. Ezzel tehát Cséri dr. nem sok újat mondott.

Ezen megjegyzéseim keretében nem bocsátkozhatom a gyomormassage leírásába, de nem hagyhatom megjegyzés nélkül Cséri dr. azon eljárását, hogy ellentétben minden más eljárással, ő a masszage-nál a beteg bal oldalára ül. A dr. Reich Miklós-féle iskolában, honnan én is kikerültem, a beteg jobb oldalán ültünk, és így gyakorlom a masszage ma is, így végzi Reich dr. is, épen a nagyszámú és igen sok ügyességet kívánó kézmozdulatok azok, melyek a nem telt gyomor masszageát is nagyon jól lehetővé teszik, ezeknek tulajdonítom a jó gyógyeredményt, mint már említettem, de hát Cséri dr. csak 2 kézfogást használ és értekezése végén még megjegyzi, hogy az egész eljárás nem sok ügyességet igényel. Ezt a kevés ügyességet igénylő 2 kézfogású masszage igazán nem vagyok képes megérteni. Láttam kartársakat masszirozni, kik szemben a beteggel annak alsó végtagjai között foglaltak helyet és úgy végeztek gyomor- és bélmassaget, megvitattuk a jobb oldalon való ülés, vagy ezen utóbbi ülés módjait, de különös előnyöket egyik vagy másik részre nem tudunk felfedezni; részéről a dr. Reich-féle eljárásnak vagyok híve és azt tartom, hogy így erőteljesebben lehet a manipulatókat végezni, a gyomrot, mely nagyobb terjedelmében a bal hypochondriumban fekszik, jobban lehet a jobb oldalról ülve masszálni. A bal oldalra való ülés azon gyanut kelti bennem, hogy Cséri dr. semmi áron sem akarja a masszage úgy végezni, mint a hogy azt más szaktársak évek óta kitünő eredménnyel gyakorolják, de úgy vélem, hogy sem ez, sem pedig a telt gyomor masszagea nem fog tért hódítani. A beteg természeti ösztöne is azt súgja, hogy a telt gyomor tényleg noli me tangere legyen. Nem hagyhatom említés nélkül, hogy úgy budapesti, mint bécsi orvostanárak és szakorvosok, kik specialiter a gyomor- és bélbántalmak gyógykezelésével foglalkoznak, határozottan a telt gyomor masszagea ellen nyilatkoztak. Ha ehhez hozzájárul a régi eljárás híveinek nem 105, hanem több ezer esetben elért kitünő gyógyeredménye, mely eljárás sohasem okoz kellemetlenséget, a beteg nem szédül és nem ájul el, azt hiszem, elég érv, hogy a telt gyomor masszageát elveszünk, és maradunk a mellett, hogy a gyomrot vagy évés előtt, vagy csekély mennyiségű étel elfogyasztása után 1—2 órával masszirozzuk.

Sümegei József dr.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

## Közkórházi orvostársulat.

(XV. bemutató ülés 1894. december 15-dikén.)

(Folytatás.)

## Hólyagtuberculosis miliaris gümökkel.

**Róna Sámuel.** A 26 éves nő szabó augusztus hó 21-dikén véte-tett fel először enyhe urethrocystitis catarrhalissal. A hólyghólyag e mellett kissé érzékeny, kiscokú húgycső-strictura volt jelen és a bal mellékheré farki részében borsónyi megkeményedés találtatott. A körelőzményi adatok szerint 8 év előtt volt először húgyesőlobja, mely 6 hóig tartott és melyhez kétoldali mellékherelob társult; utána strictura tünetei jelentkeztek. Második, még jelenleg is fennálló húgyesőlobja mult év augusztus havában jelentkezett, melyhez később jobboldali, majd baloldali mellékherelob csatlakozott. 1893. októberben a vizelet véres volt. 1894. évi május-junius hónapokban lázai is voltak, junius-juliusban pedig gyakori (1/4 órai) vizelesinger kínozza, mely augusztus óta esőkkent, úgy hogy bejövételkor nappal 2 óránként vizelet, éjjel pedig 2-3-szor. Vizelet alatt és után hólyagtáji fájdalmak vannak; a székelésnél a végbélben és a gáton érez görcsös, összehúzó fájdalmakat, melyek néha ülésnél, járásnál és fekvésnél is jelentkeznek. A beteg atyja mellbajban, anyja gyermekágyban halt el; egy testvére él és egészséges. Ő maga néha köhög és köp; vért nem köpött. A húgyeső-váladékban gyakori vizsgálat daczára gonococcusok nem találtak; a vizeletben fölös fehérje nem volt. Az urethrocystitis chronica elleni gyógyeljárás eredményre nem vezetett, a fájdalmak időnként a jobb vesetájon is jelentkeztek, néha a vizelet végén vérzés mutatkozott, egy ízben 24 óráig tartó hőemelkedés is. Október 11-dikén beteg saját kérésére elbocsátatott, de november 20-dikán újra felvettette magát. A húgyesőből váladék ekkor nem volt kinyomható, a vizelet mindkét részlete homályos a nyentől, éjjel 3-4-szer, nappal 2-3 óránként van vizelesingere. A bal mellékherében a megkeményedés már nem észlelhető; a prostata ép. A november 27-dikén hólyagtükörrel végzett vizsgálat eredménye következő volt: Az összes quadransokban a hólyag nyákhártyája narancs-sárga; a jobb I. quadransban 4-5, a 2-ban 10-15 gombostűfej egész kölesnyi, sárgás, sárgás-vörös vagy szürkés-fehér kiemelkedő esoméska, melyek körül sűrű, finom szigetes erezettség s közöttük egy 4 mm. hosszú, vonalszerű, sárgásan belepelt hámfosztott terület, körülveve finom, sűrű, pókhálószerű erezzel. Az orificium vesiculae felső fele éles, félholdképű, sötét redő helyett felbolyhozott, barna-vörös rajzot mutat, alsó fele pedig hasonló színű, de számos köles egész kendermagnyi, gömbölyű, sárgás-vörös esoméskákkal behintett, sőt utóbbiak innen a trigonumra is elhúzódnak. Ezen képleteket bemutató gümöknek tartja, daczára hogy kifejezett fekélyeket nem látott és a vizeletben bacillust nem talált. Megerősíti a kórismet a jobb esúshurut is, a melyet elsődlegesnek tart, míg a hólyaggümökör csak másodlagos. Miliaris gümöket a hólyagban élon eddig ritkán észleltek és bemutatónak is ez az első esete.

## Rhino-pharyngo-scleroma esete.

**Morelli Károly.** A rhinoscleroma tana történetének és jelen állásának beható ismertetése és a baj ritka voltára utalás után egy 31 éves hajadont mutat be, kinek atyja gyomor-, anyja méhrákban halt el. Jelen bajára vonatkozólag felemlíti, hogy gyakran volt orrvérzése, náthája azonban ritkán. Hét évvel ezelőtt bal orrnyílásának széle, az orrszárny megvastagodott, orvosa lapis-szal kezelte, később ollóval kimetszette. Rövid idő múlva a daganat újból nőtt, majd jobb orrnyílásánál is jelentkezett, de különös kellemetlenséget vagy fájdalmat nem okozott. Bemutatónál ez év októberben jelentkezett, a mikor a szájban és gégeben, a hátsó lágyszájpadíven mindkét oldalt az orron levőhöz hasonló kiemelkedő, dudoros, kemény tapintatú elváltozást talált. Ezen elváltozások fájdalmat vagy nyelési nehézséget nem okoztak. A rhino-pharyngo-scleroma diagnosist megerősítette a szövettani és bacteriologiai vizsgálat, mert kimutatta a Mikulicz-féle hámsejt-infiltrációt és a jellegzőnek tartott rhinoscleroma-bacillusokat, melyeket tiszta tenyészetben is bemutató. A műtét beavatkozástól nagy eredmény nem várható, de úgy véli, kötelességet teljesít, midőn a daganat eltávolításáról gondoskodik, mert az amúgy is lassú folyamat így még lassúbb lesz és talán sikerül az áttéti góczok gyors fejlődését megakadályozni.

*Justus Jakab* megjegyzi, hogy nálunk a rhinoscleroma nem olyan nagyon ritka; Schwimmer tanár osztályán évente előfordul 1-2 eset.

*Morelli Károly* szerint a scleroma ugyan nem egészen ritka, mert 90 eset van már közölve; olyan esetek azonban, hol a gégeben, orrban és garatban fordul elő, nem tartoznak a gyakoriak közé.

## Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(VI. rendes ülés 1894. október 25-dikén.)

Elnök: Navratil Imre; titkár: Polyák Lajos.

1. Ónodi. A jobb mandolán ülő papillomát mutat be, melyet a napokban távolított el.

2. Navratil Imre. „Gégeszükület három esetét“ mutatja be. *Első eset:* A 30 éves férfibeteg 1893. február havában állítólag meghűlés következtében heveny gégehurutot szerzett, a mely négy nap alatt nagyfokú légzési és nyelési nehézségeket okozott. Főleg az előbbi oly fokra hágott, hogy a beállott fuldoklás miatt Siklósy dr. rajta légeső-

metszést volt kénytelen végrehajtani. Bemutató súlyt fektet ez alkalommal arra, hogy a betegnél aránylag véve rövid négy hét alatt fejlődött vissza a gégebántalom s távolított el a canule. Ezt annak tudja be, hogy S. dr. igen helyesen nem gége-, hanem légesőmetszést végzett; a canule tehát a szenvedő rész alatt foglalt helyett, s így nem akadályozta a gégebántalom teljes visszafejlődését, mely a jelen esetben a legnagyobb valószínűség szerint *heveny nyálkahártya- és kötőszöveti lob* volt. Egészen másként alakult volna a baj, ha a canule a gégebe tétetik s ott mint idegen test a bántalom fennmaradására, sőt esetleges tovább terjedésére szolgál okul, mint azt sok esetben volt alkalma észlelni, a midőn a lob a gyűrűkanna-izületre áterjedve, annak egy, sőt kétoldalilag is merevségét okozza, minek következtében a canule el nem lehetett távolítani, s még az utólagosan végrehajtott légesőmetszés sem képes mindig visszafejlődni a gyűrűkanna-izületek merevségét. Jelen betegnél egyébként a canule eltávolítása után fistula maradt hátra, a melyet a bemutató plasticizált. A gégeben a hangszalagok mellett egyesüléseinek megfelelőleg jobboldalt egy babnyi *sarjadzás* látszik, a melyet könnyen lehetne szemölesdagnak tartani. E sarjadzás a légeső sebéből indult ki s bemutató úgy véli, hogy az, miután a fistula záródása óta jóval kisebbedett, műtét (égetés) nélkül is magától vissza fog fejlődni. Hangja a fistula zárásának daczára még tompa, könnyen kifrad s magasabb hangképzése lehetetlen, mit a sarjadzáson kívül, főleg a betegnél constatálható *paizsporcz-szélválásnak*, mely valószínűleg mesterséges úton jött létre, tudható be. Ez oknál fogva oldallebeny képzéssel a paizsporcz-szélék felfrissítését és egyesítését fogja végezni bemutató (Azóta megtörtént, a beteg hangja rendes.)

*Második eset.* 24 éves molnárlegény 1893. december 2-dikán *öngyilkossági szándékból* bemetszette a gégejét. A reá követő napon nehézlégzés miatt ovosa a sebnilyást lefelé a lig. thyreo-cricoid. irányában tágitva, abba canulet helyezett s a haránt tatóngó sebet bevarrta. A seb 4 hétre begyógyult, de a beteg 3 hó múlva sem volt képes a szájon keresztül légni. Folyó év márczius 5-dikén bemutató osztályára jött, itt légesőmetszés hajtattott rajta végbe, s a felső gégegyílás plasticizált. Azóta a gége idült lobos állapotba visszafejlődött, fennáll azonban a *gégeszél által okozott heges merevedése a gyűrűkanna-izületnek* mindkét oldalt, melyet bemutató saját tágitó készülékével szándékozik meggyógyítani. Ennek megtörténte után újra be fogja mutatni az egyesületben a beteget. Felemlíti, hogy egy hasonló esetet két héttel ezelőtt canule nélkül, teljesen gyógyulva boesátott el az osztályáról.

*Harmadik eset.* 24 éves napszámos huzamosabb idő óta érezett torkában, gégejében szárazságot, folytonos köhögési ingere volt, a nélkül, hogy valamit kiköphetett volna. A baj fokozódott, úgy hogy folyó évi május 17-dikén a n-tapolcsányi kórházban beállott légszomj miatt tracheotomiát végeztek rajta. A légzés a szájon nem akarván létrejönni, a canule eltávolítása, illetőleg a rendes úton való légzés létesítése czéljából bemutató osztályára vétette fel magát a beteg. Itt *subchorditis bilateralis hypertrophica* kórisméztetett, melyet bemutató, más ok hijján, fertőzésből vél eredetnek. Czéltalannak bizonyulván minden más helybeli kezelés, bemutató a betegen gégefelhasítást s azzal egyidejűleg a majdnem sclerotikus újképződés kiégetését (galvanocauterrel) végezte, miután azt késsel vagy ollóval kimetszeni nem lehetett. A betegnél a hypertrophikus képződés főleg jobboldalt annyira összefolyt a hangszalaggal, hogy részben ezt is meg kellett égetni. E miatt a jobb hangszalag egy kis részlete czafat alakjában lefityeg a hangrészbe, a mely azonban normalis nagyságú. A beteg betűmeszelt canule nélkül éjjel-nappal igen jól lélegzik, a canule a czafat lemeszése után el fog távolítani s a beteg a kórházból tökéletesen gyógyultan elbocsátani.

*Zwillinger Hugó:* A harmadik esetben a látható eredmény igen kielégítő, tekintetbe véve azt, hogy ezen igen kemény tumort még ollóval sem lehetett kimetszeni, annál kevésbé tehát egy tágitó eszközzel eltüntetni, úgy hogy nem maradt más hátra, mint a laryngofissura. A diagnosist illetőleg szülő laryngoscleromát hajlandó felvenni, mert az egész lefolyás nem mutat arra, hogy perichondritis lehetett volna, a melynél szintén fordulhatnak elő hasonló elváltozások, a tuberculosist és syphillist pedig itt ki lehetett zárni. Érdekes, hogy az infiltratio a valódi hangszalag alsó felületéből indult ki, a mi miatt a hangszalagokat sem lehetett a műtétnél kimélni; mert vannak esetek, a hol nincs meg ezen összefüggés és hangoztatáskor záródik a glottis, eltakarva az alatta levő dudorokat. A látható czafatot el kell még távolítani, hogy a légzés szabadabbá válhassék.

*Navratil* a kórisme érdekében sajnálja, hogy ez esetben görcsövi vizsgálatot nem végezhetett, de ezt eleinte azért nem tehette, mert a dudorok kimetszése nem sikerült, a laryngofissuránál pedig a gége még léven nyitva, be kellett fejeznie a műtétet, a mit pedig miután a dudorok keménysége miatt metsző eszközzel nem végezhetett, kénytelen volt a dudorok galvanocautikus elpusztítása útján végezni. Igaz ugyan, hogy ezzel esőkkent az eset diagnostikus értéke, de itt a tudományos kérdésnek háttérbe kellett szorulni a humanismus előtt, mely szót a műtét befejezésére sürgette.

*Polyák:* Azt hiszi, hogy a még jelenleg meglévő czafatok mikroskopi vizsgálata így utólag is tudna felvilágosítást nyújtani az eset természetéről, különösen az irányban, hogy scleromatosisak voltak-e a dudorok, vagy nem?

*Baumgarten* kéri az előadót, hogy a beteget az esetleges második műtét után még egyszer mutassa be.

*Morelli:* Nekem szintén voltak hasonló eseteim, a hol ezenkívül orr- és garathurut által termelt váladék felhalmozódott és lerakódott a légesőben, úgy hogy egy esetenél Ónodi tracheotomiát végzett, a canule



eltávolított és 2-dik tracheotomia is vált szükségessé. Ezen betegnél oly nagyfokú volt az orrszűkület, hogy a 3-as viaszhúgyeső-szálaacs-  
csal alig lehetett rajta keresztül hatolni; a hangszalagok vastagok voltak,  
a légcsőben nyúlós tapadós nyák halmozódott fel. Szólv ez esetben a  
*Schrötter*-féle tágitókat alkalmazta; a légcsőben a váladék oly massák-  
ban volt lerakódva, hogy a canulet nem lehetett eltávolítani; a beteg  
javultan távozott, később tuberculosis fejlődött ki nála és meghalt. Egy  
más esetben egy leánynál tisztán lehetett látni, hogy az orrt, garatot  
és gégét egészen a légcsőig vastag, enyvszerű, kőkemény nyák vonta  
be; a beteg már agoniában volt és így szólv tracheotomiát már a rossz  
helyi viszonyok miatt sem végzett nála. A felsorolt valamint a be-  
mutatott esetekből látható, hogy a rhinitis és pharyngitis sicca nem oly  
közömbös folyamat, mint azt némelyek gondolják. Kérni előadót, hogy  
mily eszközökkel sikerült az orrt és garatot oly állapotba hozni, mint  
az most a betegnél észlelhető?

*Navratil*: Az állapot már a műtét előtt javult sóoldat-beöntésekre  
és sós gőzök belélegeztetésére, melyek a tapadós nehéz váladékot, mely  
az orrból és garatból befelé terjedt a gégebe, eltakarították. Ezt alkalmazta  
mindig és alkalmazza most is és azt tapasztalja, hogy a só-  
inhalatiók a lehető legkedvezőbb eredményeket szülik és enyhítik a  
beteg állapotát. Helyileg cocain-glycerin-eseteléseket végeztek. A cocain  
előbb érzéstelenít, majd erősebb nyákválasztást okoz, szólv általában  
rhinitis és pharyngitis sicca atrophicánál a glycerinben oldott cocaintól  
mindig jó eredményt látott. A kérdéses esetben főleg a műtét óta javult  
a pharyngitis sicca. A *Morrelli* eseteihez hasonlókat ő is látott: rhino-  
scleroma az orrban és scleroma a gégeben. A gégét felmetszván,  
eltávolította a scleromát, a beteg jól légett és a kórházból távo-  
zott, de meghagyták neki, hogy nehézlégzés esetén jelentkezzen. Egy  
más alkalommal subchorditis hypertrophicánál légcsőmetszést végzett, de  
a gégét nem hasította fel; a tracheotomia daczára a nehézlégzés roha-  
mosan fokozódott, jeléül annak, hogy a légcsőben akadály van, a *König*-  
féle hosszú canule alkalmazása nem sikerült, sőt még angol cathetert  
sem lehetett bevezetni; a beteg 1½ hó múlva megfuladt. A bonczolat  
kiderítette, hogy a bifurcatio közelében volt scleroma; boldogult  
Scheuthauer tanár az esetet részletesebben is akarta megvizsgálni, azon-  
ban sajnos, időközben meghalt.

*Herzfel* kérni a bemutatótól, hogy a 3-dik esetről most az égetés  
után minő nézete van a lokális prognosist illetőleg?

*Navratil*. Hasonló esetem 3 volt az utóbbi év alatt és így a lefolyt  
idő még rövid arra, hogy definitive nyilatkozhassam, mert kiújulás még  
jelentkezhetik. A most bemutatott beteg canule nélkül is jól légtik és  
a canule csak azért nem lett még nála eltávolítva, mert bemutató a még  
bent levő cszafatot akarja eltávolítani. A másik két egyén canule nélkül  
létt eleresztve és eddig még nem jelentkezett nehézlégzéssel.

*Neumann*. Chorditis vocalis inf. hypertrophica 2 esetre emlékszik  
vissza, melyeket *Navratil* osztályán látott; a hangszalagok alatt mindkét  
esetben vastag hurkák voltak láthatók, de hogy a folyamat kórbonez-  
tanilag milyen természetű volt, azt nem tudja, mert ezen egyének  
tracheotomia után javultan mentek ki a kórházból. Egy 12 éves gyer-  
meknél a glottis alatti rész szintén szűkülve volt és pedig töleszerű-  
leg, kötőszövet hyperplasia folytán, úgy hogy szintén tracheotomiára  
került a sor. Szólv Bécsben jártakor felemlítette ezen eseteket a vándor-  
gyűlésen is, hol szintén hallott hasonló esetekről, melyek tracheotomia  
után spontán javultak. Jó volna tehát tanulmány tárgyává tenni, hogy  
a chorditis voc. inf. hypertrophica cím alatt összefoglalt és klinice  
annyira hasonló tumoroknak mi képezi a kórbonezteni substratumát? A  
*Störk*-féle betegség és a gégezoaena klinikailag szintén ide tartozik.

A *Navratil* által említett esethez hasonló, melynél a stenotikus  
akadály leterjedt egészen a bifurcatióig, szólv is észlelt öt év előtt és  
pedig primaer rhino- és laryngo-scleroma folytán keletkezett.

*Ónodi* kérni előadót, hogy a második esetről az utólagos tágitást  
milyen műszerrel fogja végezni?

*Navratil* előbb ruganyos szálcákat fog alkalmazni és ha ezt a  
beteg jól tűri, akkor átmege a saját tágitójára; máskor *Schrötter*-tágitót  
is használ.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

**Hainiss Géza: A védhímlőoltás (vaccinatio) kézikönyve.** Orvosok  
és orvostanhallgatók számára. Budapest, 1895. Dobrowsky és  
Franke kiadása.

Az előttünk fekvő, 130 lapra terjedő, csakugyan hézagpótló  
munka a védhímlőoltásra vonatkozó ismereteinket minden rész-  
letében, hazai viszonyaink különös tekintetbevételével tárgyalja.  
A hímlőjárványok történetének és az inoculatióknak vagy variola-  
tióknak, mint a hímlő elleni oltás régibb módjának ismertetése után  
szerző áttér a védhímlőoltás felfedezésére és térfoglalására, majd  
pedig behatóan szól a védhímlőoltás nyújtotta mentességről. A  
következő három fejezet a védhímlő tünet-tanát, a védhímlőoltás  
esetleges szövödményeit és veszélyeit és a védhímlőoltás körüli  
eljárást ismerteti. Végül az újraoltásról (revaccinatio) és a nyirk-  
termelésről mondja el a szükséges tudnivalókat. Nagyon fontos

része a munkának a függelék, mely a védhímlő-oltásról szólv  
törvényezikket és az abból kifolyólag kibocsátott rendeleteket,  
úgyisint az oltási és újraoltási jegyzőkönyvnek, továbbá a  
különbféle oltási bizonyítványok mintáit tartalmazza és ez által  
nagyban hozzájárul a könyv gyakorlati értékének emeléséhez. A  
munka minden lapja tanúságot tesz arról, hogy szerzője tárgyát  
alaposan, minden részleteiben és gyakorlatilag is ismeri, és hogy  
ismereteit világos és könnyed írásmódja segítségével az olvasóra  
könyvedén tudja átruházni — oly tulajdonság, mely aránylag csak  
kevés orvos-íróról mondható. A 12 ábrával ellátott, szép kiállítású  
munkát, melyet szerző Bókai János tanárnak ajánlott, melegen  
ajánlhatjuk olvasóink figyelmébe.

## II. Lapszemle.

### Kórtan.

**A nap befolyása a gümőkórra.** *De Renzi* és *Pane* több  
állatkísérletet végeztek abban az irányban, hogy van-e befolyása  
a napnak a gümőkóros fertőzésre. A kísérletek egyik sorozatában  
gümös köpetet vízzel hígítva 6 órán keresztül a napfénynek tettek  
ki és azután befecksendezték tengeri malaezokba. Az állatok 44,  
illetve 39 nap alatt mentek tönkre, míg a control-állatoknál a  
halál már 30, illetve 33 nap alatt következett be. A kísérletek  
egy másik sorozatában gümös köpettel fertőzött tengeri malaezokat  
részben a napfény behatásának tettek ki, részben pedig sötét  
szekrényekben tartottak. Az előbbieket átlag 51 nap alatt, az utó-  
biak pedig már 27 nap alatt pusztultak el. A harmadik kísérleti  
sorozat a meleg nyári hónapokban végeztetett; az ilyenkor üveg-  
szekrényben a meleg napsugaraknak kitett, gümőkórral fertőzött  
állatok aránylag korán mentek tönkre. *De Renzi* szerint betegek-  
nél a közvetlen napfény jótékony hatása a téli hónapokban leg-  
szembetűnőbb és annál bizonytalanabb, mennél inkább közbejártzik  
a nap melege. (Riv. clin. e terap. 1894. 6. sz.)

**Staphylococcus-vérsavóval** végzett kísérletes vizsgálatokat  
*Viguerat*. Állatokat a staphylococcus pyogenes aureus ellen immunná  
tett és ezeknek vérsavójával azután gyógyító kísérleteket végzett,  
melyek némi eredményre vezettek. Az állatok immunizálására leg-  
célszerűbb a Behring-féle kombinált módszert használni, t. i. elő-  
ször alapimmunitást elérni a valami módon gyengített mikroókkal,  
azután pedig a virulens mikroóka fokozódó adagainak befecksen-  
dezésével növelni az immunitást. Staphylococcus-serum nyerésére  
legalkalmasabb állat szerző szerint a kecske. Kísérletei alapján  
szerző azt állítja, hogy az immunizálásnál a phagocytosis nem  
játszik szerepet; a gyógyító serum oly módon hat, hogy a mikro-  
óka anyagcseretermékeit tönkre teszi. Olyan emberek vérsavója,  
a kiknél staphylococcus pyogenes aureus által okozott genyedő  
folyamatokat jódrichlorid-oldat (1:1000) helybeli befeckendezésé-  
vel kezelt, szintén mutatott immunizáló és gyógyító képességet. (Zeit-  
schrift für Hygiene und Infectionskrankheiten, XVIII. kötet, 3. füzet.)

**Pyogen cococcusokkal** végzett nagyobb számú vizsgálatot  
*Petruschky*. Az eredményeket a következőkben foglalja össze:  
1. Vannak tiszta streptococcus-infectiók, a melyeknél közvetlen  
kapcsolatban a primaer genyedő folyamattal valódi erysipelas fejlő-  
dik; e mellett az erysipelas streptococcusai ép oly virulenseknek  
mutatkoznak, mint a genyedő folyamat streptococcusai. 2. Viszont  
vannak olyan subcután genyes folyamatok is, melyek a primaer  
erysipelással kapcsolatban fejlődnek és ugyanazon streptococcusok  
által okoztatnak. 3. Házinyúl fülén erysipelas nagyon különböző  
eredetű (tályog, puerperalis láz, pleuritis) streptococcusok által  
idézhető elő, feltéve, hogy kellőképen virulensek. 4. A strepto-  
coccus előidézte összes kóros folyamatoknak hajlamuk van erősen  
remittáló hőmérsék-görbéket szolgáltatni. (Zeitschrift für Hygiene  
und Infectionskrankheiten, XVIII. kötet, 3. füzet.)

### Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Alkalikus vasas tonicum.** Rp. Ammonii carbon. 0·20;  
Ferri tartar. 0·30; Syr. zingiberis 2·0; Infusi cascariillae ad 30·0.  
M. D. S. Ezen adag háromszor veendő be naponként az étkezések  
után. (Practitioner, 1894. nov.)

2. **Diabetes** egy esetben jó eredményt látott *de la Roche*  
a phosphor használata után, melyből reggel és este adott 1 milli-  
grammot. (Trib. méd. 1894. 867. 1.)



## TÁR C Z A.

## Orvosi gyakorlat; diagnostikai és gyógykezelési tévedések.

Schwimmer Ernő tanártól.

(Folytatás)

Hogy az ókori orvosi tudomány sokkal magasabb fokon állott, mint a középkori, nem nehéz bizonyítani. Midőn *Celsus*, Kr. u. I. században élő kiváló római orvos megírta munkáját: „De re medicina“, akkor előszavában görög elődjéről megemlékezvén, a következőket mondja: az orvosi tudomány azon időben 3 részre volt osztva, az egyik az *életmód*, a második a *gyógyszerek* és a harmadik az orvos keze által iparkodott gyógyítani; primam *diatetiken*, secundam *pharmaceutiken*, tertiam *cheirurgiken* Graeci nominaverunt. Azt hiszem, tisztelt uraim, hogy még egy XIX. századbeli orvos, ha gyógytanunk főbb irányait jelezni akarná, alig oszthatná be azokat jobban, mint azt e kiváló római orvos tette. Milyen tisztelet és nagyrabecsülésnek örvendett akkor az ars medica!

A görögök *Hypokrates* és tanának utódjait, mint az emberiség jóltevőit tekintették, és ha valaki ama régi időben súlyos betegség következtében meghalt, akkor nem volt szabad az orvost azért megbüntetni, mint az az ókorban egyes barbárnépeknél és később még a középkorban is megtörtént. *Plato* a törvényekről szóló irataiban azt ezen szavakkal különösen kiemeli: „A törvény előtt minden orvos felmentetik, ha az általa kezelt beteg nem az ő hibája miatt halt meg.“ A jó és bizonyos hírnévnek örvendő orvos mindenütt nagy kitüntetésben részesült, sőt még emberfeletti tiszteletben is, mint azt *Menekrates*-ről tudjuk, kit a „Zeus“ melléknevével tisztelték meg. Az orvosi tudomány Rómában nem örvendett kevesebb nagyrabecsülésben mint Hellasban, és ismeretes, milyen nagy volt a római orvosok befolyása és milyen fényes az anyagi helyzetük. A középkorban a tudományok hanyatlása, valamint az általános műveltség süllyedése keményen érintette az orvosok sorsát is. Egy középkori chronikában felemlítetik, hogy az orvosnak csak a beteg rokonai jelenlétében volt megengedve érvágást végezni. Ha egy nemes embernek gyógykezelése nem sikerült, akkor az orvosnak 100 solidit kellett fizetni, ha betege kimúlt, akkor az orvost az illető családnak kiszolgáltatták, ha azonban egy szolga kezelés közben meghalt, akkor az orvos köteles volt egy másikat a helyébe állítani.

Azt hiszem, tisztelt uraim, közülünk senki sem fogja visszakívanni ezen régi jó idöket. Az orvosok iránti ellenszenv ezen idöszakban növekvöben volt és a XIII. században élő *Honorius* pápa többféle conciliumok alkalmával a papoknak megtiltotta az orvosi gyakorlattal való foglalkozást.

Az orvosi tudás iránti megvetés talán soha előbb meg utóbb nem volt annyira érezhető, mint a középkor azon végső idöszakában, mely már az újkorba belenyúlik, midőn az általános művelődés lassanként kezdett emelkedni és az orvosi tudomány nem birt vele kellő lépést tartani. A gyógyszerek sokasága, azoknak egymással való összekeverése, párosulva a doctoroknak üres phrasistól kísért kezelésmódjaival és a tudatlanságukat eltakaró külsőségekkel leginkább lealacsonyították tekintélyüket. *Baco* már elítéli a gyógyszerekkel való visszaélést ezen szavakkal: „Multitudo remediorum est filia ignorantiae“ és *Sydenham*, ezen kiváló orvos, ki a természetes és észszerű észlelést a betegágnál többre becsülte, mint a gyógyszerek sokaságát, maga mondja: „Egy bohócnek megjelenése egy kis városban többet ér, mint husz gyógyszerrel megrakott szárnak megérkezése.“ Sem *Bocaccio* gúnyolódása az orvosok felett, mikor a florenczi dögvésznel tehetlenségüket látta, sem *Petrarca* gyűlölete, ki mint aggastyán büszkeséggel említi, hogy egész életében távol birta tartani öket saját házától, sem *Scarron*nak satyrikus nyilatkozata, ki az orvosokat gyilkosoknak nevezte (les doctes assassins que nous appellons médecins), nem birtak az orvosi rendnek és tekintélynek annyit ártani, mint *Molière*, ki több szindarabjában, de leginkább a „Malade imaginaire“ cz. színművében oly élesen gúnyolja ki az e czélra kiesztelt „maccaróni“ diáksággal az akkori doctorok tudatlanságát. „Clysterium donare postea seignare ensuite purgare“

ez volt minden betegségnek egyedüli módszere és az akkori gyakorlat bölcsesége. A ki ezen hármast kezelést alkalmazni tudta, csak az birt lege artis gyógyítani.

(Folytatása következik.)

## Heti szemle.

Budapest, 1895. január 10-dikén.

△ **Intézet a fertőző betegségek tudományos és gyakorlati vizsgálatára.** Az orvostanártestület december havi üléséből Fodor József, Högyes Endre, Korányi Frigyes, Kétli Károly, Pertik Ottó tanárok indítványára a közoktatásügyi ministerhez a szóban forgó tárgyban egyértelműleg azt a kérést terjesztette fel, hogy tekintettel arra, miszerint a fertőző betegségekre vonatkozó buvárkodások és kísérletezések napról napra és rohamosan emelkednek úgy közegészségügyi mint kórtani és gyógytani szempontból jelentőségükben és terjedelmükben, hogy ilyenmü tudományos buvárkodásokra, valamint gyakorlati műveletekre manapság már teljesen elégtelenek a jelenleg fennálló intézeteink, úgy egyenkint mint összeségükben együtt működésükben is és számottevő haladás csakis nagyszabású, kellően szervezett és felszerelt intézetekben érhető el, minők pl. Párisban a Pasteur-intézet avagy Berlinben a fertőző betegségek buvárlatára szolgáló intézet; hogy a különféle gyógyító és immunizáló anyagoknak hazánkban előállítására szükség van s a magas kormány ki is jelentette elhatározását, hogy diphtheria-ellenes serum-termelő intézetet létesít, hogy ezzel szemben ép úgy szükség van, miként ama anyagok előállítása úgy tudományos mint gyakorlati szempontból folytonos szakértő felügyelet alatt álljon, a mennyiben sikerül az előállítás, az folyton tökéletesíttessék; hogy a fertőző betegségekre vonatkozó tudományos buvárkodások és gyakorlati próbák, úgyszintén a serum előállítása s ennek kellő controlja stb. sokoldalú tudományos képességet, több különféle irányban járatos szakértőt kívánnak meg, ily szakemberek pedig különösen egyetemünk s facultásunk kebelében találhatók együtt és jövőben is itt képződnek; hogy ama vizsgálódásokra, az oltó és gyógyító anyagoknak kitanulmányozására és szakszerű kontroljára beteganyag is szükséges, még pedig kellő klinikai felügyelet alatt álló, a mit egyetemünkön szintén birunk; hogy égetően szükséges, miszerint az egyetemünkön képzett orvosi nemzedék módot és alkalmat találjon a fertőző betegségek tudományos és gyakorlati megismerésére, buvárlatára, az azok ellen szolgáló oltások és egyéb műveletek elsajátítására: állítson fel a közoktatásügyi minister az egyetem, illetőleg az orvosi facultás kötelékében egy *széles alapon álló, a fertőző betegségek tudományos és gyakorlati vizsgálatára szolgáló, kellő szervezettel s felszereléssel bíró intézetet, még pedig vagy önállóan vagy a belügyministeriummal egyetértőleg*, a melynek feladata legyen a fertőző betegségekre vonatkozó tudományos és gyakorlati buvárkodásokat és kísérleteket végezni, a gyógyító és védő anyagokat termelni s ez irányban tudásunkat elméletileg és gyakorlatilag fejleszteni, a gyógyító serumokat és egyéb rokon anyagokat ellenőrizni, a hasonló irányban munkálkodó más egyetemi intézeteket, klinikákat támogatni s végre az egyetemünkön képzett orvosokat az előadottakba tudományosan és gyakorlatilag bevezetni.

\*\*\*

A **diphtheritis serumtherapiája.** *Seiz* (Therap. Monatshefte, 1894. december) magángyakorlatában 27 esetet kezelt serummal és pedig aránylag kicsiny mennyiségekkel, a mennyiben az Aronson-féle oldatból 1—1½ kcm.-t, az I. számú Behring-serumból pedig 4—8 kcm.-t fecskendezett be. Az esetek közül 15 könnyű, 8 középsúlyos és 4 súlyos volt. A folyamat csak két esetben terjedt a gégre. A 27 beteg közül csak 1 halt meg, a ki a 3. nap után került kezelés alá larynx-stenosis tünetivel, mely miatt tracheotomia is végeztetett. Ezen jó eredmény valószínűleg annak tudandó be, hogy a betegek korán (22 eset az 1. napon, 4 eset a 2. napon) kerültek kezelés alá. A serum befecskendezése után a helybeli folyamat némi rosszabbodást mutatott; a kedvező befolyás 24—36 óra mulva mutatkozott, főleg a lázat és általános állapotot illetőleg. Kellemetlen complicatio sohasem észleltetett. A



serum-kezelés mellett a nyakra jeges borogatások alkalmaztattak, esetleg toroköblögetések végeztek. Egy esetben 10 nappal az 1. befecskendezés után láz kíséretében újból képződtek állhártyák. A serum prophylacticus értékét illetőleg szerzőnek még nincsenek kellő számú tapasztalatai, a következő észlelete azonban figyelmet érdemel: egy 4 gyermekkel bíró családban az egyik gyermek megbetegedett diphtheriában, mire a többi 3 prophylacticus befecskendést kapott; ezek közül egy megbetegedett és pedig nagyon enyhe diphtheriában.

*Rumpf* (Therap. Monatshefte, 1894. december) a hamburgi orvosegyletben november 13-dikán tartott előadást kísérleteinek eddigi eredményeiről. 22 eset közül 2 végződött halálosan, vagyis 9%. A befecskendezés után 3 esetben láz jelentkezett, 8 esetben pedig csökkent a hőmérsék; 2 esetben a helyi folyamat tovább terjedt, általában azonban gyorsabban váltak le az állhártyák. Helybelileg jég és toroköblögetések kalium chloridummal vagy bórsav-oldattal alkalmaztattak. Az első pillanatra nagyon kedvezőnek látszó eredmény megítélésénél tekintetbe veendő, hogy az utóbbi hónapokban a halálozás serum nélkül is csak 12% volt (91 eset).

Az osztrák belügyministeriumhoz beérkezett jelentések szerint *Triestben* eddig 252 diphtheria-esetet kezeltek Behring-féle serummal; a halálozás 17,8% volt, az előbbeni évek 43,4—55,6%-ával szemben. *Czernowitzban* az Aronson-féle serumot használták 69 esetben, 16,1% halálozással; a nem serummal kezelt esetekben 50,7—63,3 volt a halálozási százalék.

*Moizard és Perregaux* (Le bulletin médical, 1894. 97. sz.) a „Hôpital Trousseau“-ban október és november hónapokban 231 esetet kezeltek serummal. A halálozás 14,71%-ot tett, sőt ha levonunk 9 esetet, melyekben már eleve teljesen reménytelen volt az állapot, csak 11,26%-ot. Tiszta angina diphtheritica 44 esete közül 2 végződött halálosan (4,54%); staphylococcusokkal és streptococcusokkal szövődött angina diphtheritica 42 esete közül 6 pusztult el (14,28%). Tiszta croup 94 esete közül 17 végződött halálosan (18,47%); staphylococcusokkal és streptococcusokkal szövődött croup 51 esete közül pedig 9 pusztult el (17,64%). Tracheotomia 37 betegnél végeztetett; ezek közül 7 még kezelés alatt áll; a halálozás a tracheotomizált esetekben 40%-ra rúgott. Fehérnye a vizeletben a 231 eset közül összesen 82-ben találtatott, és csak 20 esetben tartott az albuminuria 4 napnál tovább. Szerzők a serum használata mellett a lokális kezelést sem hanyagolták el, a mennyiben a torkot és orrüregét naponként 2—4-szer kifecskendezték forralt vízzel, bórsavoldattal vagy natriumchlorid-oldattal és esetleéseket is végeztek (naponként 2-szer) salicyl-glycerinnel. A mi a kellemetlen mellékhatásokat illeti, egyes esetekben néhány óráig tartó hőemelkedések (39°-ig) mutatkoztak a befecskendezés után. Urticaria 14 esetben, erythema scarlatini-forme 9 esetben, polymorph erythema szintén 9 esetben és purpura 1 esetben észleltetett. A kútegek sok esetben láz és súlyos általános tünetek közepette jelentkeztek; 5 esetben súlyos arthropathiák voltak egyidejűleg jelen. Praeventiv oltásokat is nagy számmal végeztek szerzők, 5 kem.-t fecskendezve a bőr alá; a gyermekek közül egy sem betegedett meg diphtheriában.

*Klipstein* (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894. 52. sz.) egy 20 hónapos gyermeknél prophylaxis céljából 3 $\frac{1}{2}$  kem.-t fecskendezett a bőr alá 1. számú Behring-serumból, mire néhány óra múlva láz, másnap ízületi fájdalmak, harmadnap pedig urticaria-szerű kiütés jelentkezett. Ezen tünetek 4 napon át állottak fenn.

### Figyelmeztetés!

A m. orvosi könyvkiadó t. tagjait újból figyelmeztetjük, hogy b. *Belky János* tanár: „Törvénytörési orvostan“ című munkája megjelent és az 1895-dik évi tagültemény első részét képezi. Ennélfogva a társulat alapító tagjainak és azon tagoknak, kik az 1895. évi tagdíjat eddigelé már beküldték, az említett munka részben már elküldetett, részben most van szétküldés alatt.

A társulat azon tagjainak, kik a könyveket utánvételt mellett szokták kézhez venni, *Belky* munkája csak a f. évi márczius hó végén megjelenő *Belgyógyászati kézikönyv II-dik kötetével* együtt fog megküldetni.

Végre figyelmeztetjük a kartárs urakat, hogy az aláírás a társulat VI. folyamába az 1894. évtől fogva még most lehetséges; a mennyiben az 1894. évi kiadványok egy részlete (mintegy 40—50 példány) még rendelkezésre áll.

Budapest, 1895. január hó 10-dikén.

*Koller Gyula* dr., első titkár.

### Vegyesek.

Budapest, 1895. január 11-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. december 23-dikától december 29-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 459 gyermek, elhalt 247 személy, a születések tehát 212 esettel mutak felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2237 beteg, szaporodás 609, csökkenés 660, maradt e hét végén ápolás alatt 2186. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1895. január 1-étől január 7-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 2, himlőben 1 (meghalt 1), bárányhimlőben 21, állhimlőben 1, vörhenyben 11 (meghalt 3), kanyaróban 45 (meghalt 4), ronesoló toroklobban 15 (meghalt 8), torokgyíkban 6 (meghalt 1), trachomában 5, hökhurutban 2, orbáncban 1.

△ Személyi hírek. *Karajáth Márius* dr.-t Barsm. főispánja a lévai járás tisztii orvosává nevezte ki.

— Kinevezés. Az igazságügyminister *Farkas László* dr.-t az igazságügyi orvosi tanács tagjává nevezte ki.

△ Iskolaorvosok és egészségtan-tanárok lettek az 1894/95. tanévben a budapesti kir. m. tud. egyetemen: *Chudovszky Mór* dr., *Fuchs Sándor* dr., *Gadány Lipót* dr., *Gruby Rezső* dr., *Kiray Árisztid* dr., *László Frigyes* dr., *Perómi Dezső* dr., *Reisman Arnold* dr., *Rosenberg Izidor* dr., *Rottenbiller Ödön* dr., *Stein Ármán* dr., *Stipanics Elek* dr., *Szemerey Bertalan* dr., *Szöke István* dr., *Uthy István* dr., *Vajda Károly* dr., *Wettengl Károly* dr., *Pavlovits Lyubomir* dr., *Hinrichs Sándor* dr., *Siklóssy Gyula* dr.

○ Országos közegészségi tanács új rendkívüli tagjai. A belügyminister *Bolemann István* dr., kir. tan., viányei fürdőorvos, *Hertzka Károly* dr. budapesti gyakorló orvost és *Thegze Inre* dr. gödöllői korona-uradalmi orvost a következő hat évre az országos közegészségi tanács rendkívüli tagjaivá nevezte ki.

— A vérsavótherapia czéljaira Franciaországban december 31-dikéig 611,000 frank gyűlt össze, a mibe nincs beleszámítva az a 200,000 frank, a melyet az utóbbi időben a francia kamara megszavazott. Párisban jelenleg 136 ló áll kezelés alatt. Egy lóból egyszerre körülbelül 6 liter vért vesznek, a mi 3 liter serumot ad, ezután 5 napon keresztül a vérbe fecskendeznek diphtheria-toxint és 15 napi szünet után ismét bocsátanak vért. Egy lóból eddig összesen 420 liter vért vettek.

— Cholera-hírek. *Galicziában* december 23-dikától 30-dikáig 56 megbetegedés és 31 haláleset fordult elő; április 7-dikétől a fent jelzett időpontig 750 községben összesen 14,975 megbetegedés és 8238 halálozás történt. *Németországban* a december 17-dikétől 24-dikéig terjedő héten nem fordult elő megbetegedés.

— A császárfürdőben 1894. január 1-től december 31-dikéig 1425 személy lakott és 420,730 személy fürdött.

— Pályázati hirdetés. A budapesti kir. orvosegylet kezelése alatt álló *Schuster-Bugát* alapítványi tőke évi kamatja (100 frt), mely magyarországi orvos, sebész vagy gyógyszerész árvája számára ösztöndíjjal szolgál, az idén új pályázat útján kiosztandó, felszólítjuk tehát mindazokat, kik az ösztöndíjra igényt tartanak, hogy kellően felszerelt folyamodványaikat az egyesület titkárához f. évi február 8-dikáig benyujtsák. Folyamodónak ki kell mutatnia: 1. hogy magyarországi születésű; 2. hogy atyja ugyanitt működött mint orvos, sebész vagy gyógyszerész; 3. 8—12 év közötti életkorát; 4. hogy a magyar nyelvet tökéletesen bírja; 5. vagyontalanságát; 6. iskolai bizonyítványait. Megjegyzendő 1. hogy a vallás nem vétetik figyelembe; 2. hogy a teljes árva a félárval szemben előnyben részesül; 3. az ösztöndíjat csupán tudományos pályának induló nyerheti el; 4. az ösztöndíj 8 egymás után következő évre adományozható. Budapest, 1895. január 7-dikén. *Kélti elnök, Bäcker* titkár.

— Az Egészségügyi Értesítő 24. és 25-dik száma a következő fontosabb rendeleteket közli. 1. *Körrendelet* (104,341. sz. 1894. XII. 13.) a közegészségi viszonyokról felterjesztendő jelentések tárgyában, melyhez mellékelve van a részletes utasítás és a közegészségügyi évi jelentés szerkesztés módja. Az utasítás az eddigéig pontosabb statisztikai adatok gyűjtését ezélezza; 2. *Rendelet* (91,954. sz. 1894. XII. 8.) a ragályos kórok bejelentése tárgyában; 3. R. a jégbeszerzés tárgyában, melyben figyelmezteti a hatóságokat, hogy a jégbeszerzésről idejekorán gondoskodjanak (106,092. sz. 1894. XII. 17.); 4. R. az állati nyirokkal való oltások tárgyában (51,423. sz. 1894. XI. 30.), melyben felhívja a m. a hatóságokat, hogy az állati nyirok beszerzésére a szükséges összegeket a költségvetésbe felvegye. A m. e. rendelettel azt akarja elérni, hogy a karról karrá oltás lassanként kiküszöböltesse; 5. R. az erősítő essentiák kitiltása tárgyában (101,491. VI/a 1894. XII. 2.) E rendelettel a belügym. a keresk. és pénzügyi miniszterrel egyetértőleg eltiltja az ú. n. erősítő essentiák behozatalát, iparszerű előállítását, forgalomba hozatalát, vegyítését, mint a melyek erősen izgató, különösen csipős fűszerekből és növényi anyagokból, ú. n. borsból, paprikából, csillóból és efélékből készült vagy narcotium anyagokat vagy anyalkoholt, kozma-olajokat tartalmaznak és arra szolgálnak, hogy égetett szeszes italokkal vegyítve, ezeknek izgató vagy kábító hatását fokozzák. 6. *Körrendelet a diphtheria elfojtása tárgyában* (94,955. sz. 1894. XII. 21.) 12 pontban foglalja össze



a diphtheria ellen való védekezésre vonatkozó összes teendőket. 7. Szabályrendelet a kézi gyógytákról. (98,802. sz. 1894.) 8. R. a hypnotizálás gyakorlása tárgyában (103,816. sz. 1894. XII. 19.) Ezek közül az általánosabb érdekeket közölni fogjuk.

**„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság  
Budapest.**

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

**Heti kimutatás**

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-közkórházban 1895. január 3-tól egész 1895. január 9-ig ápolat betegekről.

1895.	Felvett			Elbocsátott			Moghalt			Maradt			Az ápoltak közül			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülési	heveny fertőző	az illő-űri kórházban
Január 3	59	50	109	51	34	85	6	—	6	1188	846	2034	1010	30	52	942
" 4	39	52	91	27	14	41	5	—	5	1195	884	2079	1040	31	50	959
" 5	56	52	108	52	35	87	7	—	7	1192	901	2093	1057	31	48	957
" 6	42	28	70	52	53	105	4	3	7	1178	873	2051	1049	30	45	927
" 7	63	51	114	52	39	91	5	1	6	1184	884	2068	1043	30	46	949
" 8	74	56	130	40	29	69	3	2	5	1215	899	2114	1074	31	44	965
" 9	59	39	98	38	30	68	3	2	5	1233	906	2139	1096	30	47	966

**DR. DOLLINGER GYULA**

TESTEGYENÉSZETI  
ÉS  
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST  
VII., KEREPESI-ÚT 52.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsói- és bacteriologiai **ORVOSI LABORATORIUMBAN** mindennemű ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsói és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak

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

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

**Behring-féle diphtheria-serum**

mind három erősségben, kapható folyton friss minőségben a

**„Városi gyógyszerertárban“ Budapest, Városház-tér.**

Fogfecskezők tiszta nickelből 4 ft.

Med. univ. Dr. **BÁCSKAY BÉLA**  
nyilvános tehénhímlőtermelő intézete

ARADON

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

Egy phiole 50 egyénre (1 gr.)	3.-	100 egyénre való 8-10 phiolába
Két " 100 " (2 gr.)	6.-	osztva
Egy " 3 " "	50	Saját tulajdonságú szabályozható scarif-
" " 15 " "	2.-	cator (igen kedvelt oltó-eszköz) 1.25

**Kedélybetegek és morphinkórosok**

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

**Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben**

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

SOK A ROSSZ UTÁNZAT!

A jelenkor legjobb vaskészítménye, az

**ORIGINALIS SYRUP. FERRIALBUMINATI**  
**WIEDERHOFFER-DIÓSY.**

Ez igen kellemes ízű, az étvágyát határozottan fokozza, s a fogaknak nem árt. Napi adagja 2-3 kávéskanál. — A rendeléskor mindig használ-tassék az **ORIGINALIS** jelző. Minden üveg dobozban csomagolva ezen jeggyel van ellátva. Ajánlom a Syrup. ferri a bum. **ARSENICALIS** Diósy-t, mely 1 1/2% Fowler-oldatot tartalmaz s kitűnő n alkalmazható. Az arsen-mentes Syruptól Nr. II-vel van megkülönböztetve. Kapható:

**DIÓSY LAJOS, gyógyszerésznél,**  
Budapest, Damjanich-utca 2. és a legtöbb gyógyszerertárban.

SOK A ROSSZ UTÁNZAT!

Természetes szén-savú savanyúvíz a mohai

**ÁGNES**

forrás. Legjobb asztali és üdítőital. Kitűnő szolgálatot tesz az emésztési zavaroknál.

Járvány idején préservatív gyógyszernek bizonyult.

Sztéküldése **Édeskuty L.** udvari szállító Által Budapest.

Kapható mindenütt.

Sápkór, Anaemia,  
Kimerülés,  
Lábadozás

**Cognet Vaszkurkái**

Vas-Protoxalate és Kristályos Quassine.

A leghatásosabb vaskészítmény

**A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS**  
Budapesten: TÖRÖK JÓZSEF, gyógyszerertárban, Király utca, 12.

**TÜDŐ-GÜMÓKÓR**  
ÉS A LÉGZÉSI  
szervek betegségei  
általában

**COGNET-TOKOCSKÁK**

Ioaform-Kreosotos absouit Eucalyptol.  
Felülmúlhatlan Antiszeptikus szer teljesen jól tűrve.

PARIS  
**A. COGNET, 43, Rue de Saintonge**  
Budapesten: TÖRÖK JÓZSEF, gyógyszerertárban, Király utca, 12.



# 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 Korányi Frigyes e. tanár I. belklinikájáról.

Egy pemphigus-beteg vizeletéről.

Fodor Géza dr., tanársegédttől.

Pemphigus-betegek vizeletének, vérének, továbbá a pemphigus-hólyagok tartalmának chemiai vizsgálatával már régen foglalkoznak; e vizsgálatok indító okát az a feltevés képezte, hogy pemphigus-betegek vérében oly anyagok halmozódnak fel s képezik később a hólyagok tartalmát, melyeknek normalis viszonyok között a vese képezi kiválasztási helyét.

Az eddigi vizsgálatok eredményei igen különbözők; még legeggyöntetűbbek a vért illetőleg; ez irányban a legtöbb szerző megegyezik abban, hogy pemphigus-betegek vére a normalistól nem különbözik. A pemphigus-hólyagok tartalmát illetőleg már igen eltérők a vizsgálatok eredményei; még a folyadék vegyhatása sem egyenlő a különböző szerzőknél; hasonlóképen áll a dolog az oldott és a morphotikus alakelemekkel is.

A vizelet vizsgálata szintén igen különböző eredményeket nyújtott; még legmegegyezőbbek az eredmények a húgyant illetőleg, mely többnyire kevesbedettnék találtatott és az irányban, hogy az oltott alkotórészek mennyisége csökkent.

Ily vizsgálatokat végzett Raysky, a ki azonban a legtöbb buvártól eltérőleg magas fajsúlyú vizeletet talált sok húgyanynyal és hűgsavval; Heller esetében a vizelet fajsúlya körülbelül normalis, a phosphatok mennyisége rendes, a sulphatok megsaporodtak, a chloridok és a húgyany csökkentek. Hasonló eredményekre jutott Gee.

Az említettekén kívül számosan végeztek még vizeletvizsgálatokat pemphigus-betegeknél — így Bamberger, Hillier — s ugyancsak a szilárd alkotórészek megkevesbedését constatálták.

Mint hogy nem régen klinikánkon egy pemphigus universalisban szenvedő nőbeteg fektűdt, fel akartam használni az alkalmat, hogy vizsgáljam, milyen a vizelet összeállása oly betegnél, a kinél a bőrműködés, mivel a bántalom az egész testre kiterjedt, a physiologikus functiók tekintetében valószínűleg igen alászállott.

E vizsgálatokat sajnálatomra csak hat napon keresztül végezhettem, de az eredmény annyira elűt a normalis vizelet összetételétől, hogy nem tartom érdektelennek annak közlését.

A vizelet pontosan gyűjtetett és 24 óránként az általános tulajdonságokon kívül a szilárd alkotó részek közül quantitative a következőket határoztam meg: a chloridokat, a phosphatokat, a sulphatokat és a nitrogent.

Meg kell jegyeznem, hogy a hat nap alatt a beteg semminemű gyógyszert nem használt, és a táplálék — a mennyire az kivihető volt — napról napra egyenlő maradt.

Adataimat a következő táblázatba foglalhatom össze:

Nap	Vizelet mennyisége	Fajsúly	Chloridok		Phosphatok		Sulphatok				Nitrogen		
			‰	gm.	‰	gm.	A		B		A/B	‰	gm.
							‰	gm.	‰	gm.			
1	2600	1005	0.24	6.24	0.041	1.07	0.090	2.34	0.012	0.312	7.8	0.34	8.84
2	2000	1005	0.20	4.00	0.020	0.4	0.134	2.68	0.018	0.36	7.4	0.26	5.2
3	1680	1006	0.18	3.02	0.044	0.739	0.10	1.68	0.030	0.50	3.3	0.27	4.54
4	1180	1009	0.22	2.596	0.054	0.64	0.051	0.602	0.028	0.33	1.8	0.41	4.84
5	1500	1006	0.18	2.70	0.064	0.96	0.062	0.903	0.020	0.30	3.1	0.40	6.00
6	1190	1009	0.14	1.67	0.063	0.75	—	—	—	—	—	0.33	3.93

A mint a táblázatból látható, a vizelet állandóan savi kémhatású volt; a 24 órás mennyiség és a fajsúly igen különböző absolut értékre, de megközelítőleg fordított viszonyban van; a vizeletmennyiség 1180 kem. és 2600 kem. között, a fajsúly 1005 és 1009 között ingadozik; feltűnő, hogy a fajsúly igen alacsony. A vizsgált szilárd anyagok össz mennyisége s azoknak együttes százalékos napi kiválasztása a következő táblázatba foglalható össze:

Nap	Vizelet-quantum	Összes szilárd alkotó részek	‰ kiválasztás
1	2600	18.602	0.71
2	2000	12.64	0.603
3	1680	10.779	0.63
4	1180	8.008	0.67
5	1500	10.863	0.72
6	1190	6.35	0.53 (Sulphatok nélkül.)

A táblázatból kitűnik, hogy a vizsgált alkotó részek százalékos kiválasztása, továbbá az össz mennyiség és a vizeletmennyiség megközelítőleg arányosak.

Tekintsük már most egyenként a meghatározott szilárd alkotó részeket s hasonlítsuk össze az ép vizeletével.

Hogy a differenciák jobban szembetűnjenek, a hat nap alatti kiválasztást összegeztem és könnyebb áttekinthetőség kedvéért egy másik rovatban az egészséges ember által hasonló idő alatt kiűrtett quantumok vannak összeállítva:

	Pemphigus-beteg	Egészséges ember
Vizelet	10.150	9000
Fajsúly	1007	1020
Nitrogen	33.35	94.00
Chloridok	20.226	100.00
Phosphatok	4.559	20.00
Sulphatok	10.007	12.50

E számadatakból látható, hogy a kiválasztás nem minden tekintetben s nem egyenletesen csökkent, sőt a vizelet vizeletnek a mennyisége meg is szaporodott.

Legjelentékenyebben csökkent a chloridok kiválasztása, melyek alig teszik a normalisnak egy ötödét, azután következnek a phosphatok, a nitrogen és a sulphatok; a fajsúly alacsony voltát a szilárd anyagok megfogyásában kell keresnünk.

A phosphorsav-kiválasztás nemesak absolute, hanem a nitrogenhez viszonyítva is jelentékenyen csökkent.

A praeformált és az aetherkénsavak közötti viszony egyes napokon megközelítőleg normalis, de több esetben jelentékenyen kisebb a rendesnél; a viszony ezen megváltozását a praeformált kénsav csökkenése okozza.



Összefoglalva az eredményeket, constatálhatjuk, hogy a beteg által kiürített vizelet jelentékenyen különbözik a normalis vizelettől és pedig először abban, hogy egy sokkal hígabb oldatot képez, de másodsorban abban is, hogy az egyes szilárd anyagok nemcsak absolute vannak megkevesbedve, hanem azoknak egymáshoz való viszonya is megváltozott.

Ki kell még emelnem azt is, hogy a vizeletet mindennap megvizsgáltam az irányban is, nem tartalmaz-e pathologikus alakelemeket, de az eredmény mindenkor negatív volt.

Ha azt a kérdést vetjük fel, mi az oka a vizelet ilyen jelentékeny megváltozásának, azt kell első sorban eldöntenünk, van-e oly betegség, melynél a vizeletkiürítés a jelen esethez hasonló; azt kell mondanunk, hogy nincs! A számbavehető betegségek mindössze a diabetes insipidus és a chronikus interstitialis vesemegbetegedések, de mindezek nagy valószínűséggel kizárhatók. A diabetes insipidusnál sok tekintetben hasonlóak a tünetek, de csak a százalékos kiválasztást illetőleg; a kiválasztott szilárd anyagok napi összmenyisége megközelítőleg normalis.

A chronikus interstitialis vesebántalmaknál, eltekintve attól, hogy rendszeren kimutatható a fehérje a vizeletben, oly elváltozások szoktak észlelteni egyéb szervekben (szív!), melyek ennél a betegnél hiányoztak. Természetes, hogy ezen egy esetből általános következtetést vonni nem szabad; de tekintetbe véve, hogy mások is észleltek, ha nem is teljesen megfelelő, de a leírthoz hasonló vizeletváltozásokat pemphigusnál, fel kell vetnünk a kérdést, vajjon a pemphigus valóban a bőrnek egyszerű megbetegedése-e, vagy nem tartozik-e talán az anyagcsere betegségei közé; ez esetben a bőrön észlelhető elváltozások épen úgy, mint a vizeletnek megváltozása csak az általános betegségnek egy tünetét képezné.

### Az 1892/93. évi székes fővárosi cholera oka.

Ötvös József dr., v. szék. Rókus-kórházi rendelő orvostól.<sup>1</sup>

Az 1892/93. évben székes fővárosunkban uralgott cholera okáról, az ezen ok körül végzett kutatásaim eredményéről óhajtok ezennel beszámolni.

Kötelességemnek tartom első sorban nagys. *Gebhardt Lajos* tisztii főorvos úrnak megköszönni azon jóindulatát, a melylyel ezen feladat végrehajtásával engem megbizni szives volt.

A cholera okának kikutatására a nyomozási rendszert alkalmaztam, azt a rendszert, a melynek alapjai nagys. *Fodor József* tanár úrnak nagyszabású műveiben vannak lerakva. Ugyanis a helyszínen, a hol a cholera-beteg lakott vagy elfoglalta volt, a helyi s egyéni hygienicus viszonyok nyomozását végeztem, hozzá teszem, hogy ezen hygienicus megfigyeléseket nemcsak a choleras egyénre, hanem annak családtagjaira, úgy a házbeliekre is kiterjesztettem.

Így tehát, hogy milyen volt a talaj; milyen volt a talajvíz állásának megérthetése nézve a Dunavíz állása; milyen volt a levegő hőmérséklete és nedvességtartalma s a csapadékképződés; milyen volt az ideiglenes vagy állandó tartózkodási hely s pedig a ház-, lakás-, udvar- és utcatisztaság, építkezés, kövezés, esatornázás és egyéb hygienicus követelmények szempontjából; a beteg pineze, földszinti, udvari, utcái lakhelyiségben lakott-e? a lakhelyiség tiszta, zsúfolt s hány ablakos volt-e; hányan laktak a lakhelyiségben, úgyszintén a choleras házban; a ház lakói milyen foglalkozásúak voltak; a házban miféle ivóvíz volt; volt-e kút a házban s ha igen, nyitott vagy fedett volt-e; esatorna, árnyékszék volt-e közelében; mely ezéllra lett a kút-víz felhasználva; miféle ivóvizet használt a beteg lakása vagy foglalkozása helyén; milyent ittak a család- s házbeliék; milyen volt a cholera-betegedés és halálozás kor, nem, vallás, állapot s foglalkozás szerint; milyen volt a choleras betegnek megelőző egészségi állapota; rendszeren élt-e, nem volt-e iszákos; milyen volt az ugyanazon foglalkozásnak s táplálkozásnak, úgy különösen az ugyanolyan ivóvíznek másokra való behatása; milyenek voltak az ezen eltérő viszonyokból, mint

<sup>1</sup> Előadatott a magy. kir. orvosegyesület 1894. november 10-dikén tartott rendes ülésén.

másféle ivóvíz használatából származó következmények; a beteg más cholerással vagy cholerával fertőzött tárggyal érintkezett-e?

Az ilyen kutatások alkalmával igen sokszor kitént, hogy a hivatalosan bejelentett lakások nem feleltek meg a valóságnak, úgy hogy csak az ismerősök s az esetleg távol lakó rokonok felkeresése s kihallgatása után sikerült a tényleges lakást, úgy a beteg foglalkozását is megállapítani. Igen sokszor előfordult, hogy lakásul azon ház vétetett fel, a mely előtt, vagy a melynek kapujában az illető súlyos betegen találtatott, holott lakása egészen más ellentétes irányú kerületben volt, sőt gyakran a valódi lakást nem is lehetett kipuhatolni. A betegre vonatkozó fontos felvilágosításokat pedig rendszeren nemcsak a beteg családtagjai vagy lakótársainak, hanem az ugyanazon ház lakóinak kihallgatása alapján volt lehetséges beszerezni.

Ezen methodus segítségével az 1892/93. évi cholera alkalmával 11,000, az 1893. évi cholera alkalmával pedig 8000 adatot gyűjthettem. Ezen nyomozási adatokon kívül a bacteriologiai s vegyi vizsgálati eredmények is nagy szerepet játszottak a cholera okának megállapítása körül.

A bacteriologiai vizsgálatokat, vonatkozással a vízre s ürülékre, *Pertik Ottó* tanár úr, a székes fővárosi bacteriologiai intézet vezetője, a vegyieket, különösen a vízvizsgálatokat, *Balló Mátyas* tanár úr, székes fővárosi vegyész végezte.

Bacteriologiai vizsgálat az 1892/93. évben 426 ürülék- és 538 vízpróbánál;

1893. évben 322 ürülék- és 425 vízpróbánál történt.

Vegyi vízvizsgálat 1892/93. évben 875 esetben, ezek közül 115 kútvíz volt;

1893. évben 2052 esetben foganatosított, ezek közül 1259 kútvíz volt.

#### I.

a) Az 1892. év szeptember 26-dikától 1893. február 8-dikáig székes fővárosunkban 935 cholera-eset fordult elő, 1893. július 22-dikétől december 5-dikéig 183, s ha az ezen időben fellépett cholera-esetek topographiáját nézzük, láthatjuk, hogy a VII. kerületnek következő részein, ú. m. az István-úton, Stefánia-, Csömöri-, Arena-úton (a Verseny- és Danjanich-utca közti részen), Verseny-, Bem-, Százház-, Murányi-, Cserhát-, Nefelejts-, Alpár-, Óvoda-, Dembinszky-utcában, a m. k. államasút külső kerepesi-úti nyugdíjházában, a rendőrségi lak-tanyában, tolonczházban azon időig, a mikor ugyanis a vezetéki víz minősége megváltoztatott, számos cholera-eset fordult elő. Ezen területen ugyanis október 4-dikéig szüretlen víz-vezetéki víz használtatott, október 4-dikétől kezdve mester-séges szűrt víz lett bevezetve s így október 4-dikéig, illetőleg 12-dikéig (hőzszámítva ugyanis az incubat. időszakot is) 62 eset, október 13-dikától október 31-dikéig 12, novemberben 2 eset fordult elő.

b) A szüretlen vízvezetéki csapok leszerelése 1892. november 3-dikáig fejeztetett be; azon területen, a hol szüretlen víz volt, így a felső rakparton, külső vácsi-úton, löportár-dülön, angyalföldön, Hungaria-, Hermina-, csömöri-úton, külső soroksári-utcában és soroksári-úton, tisztviselő telepen, dunaparti teherpályaudvarban november hóban 41, decemberben 4, januárban 2 cholera-eset, míg ellenben szeptember 26-dikától november 3-dikáig 309 cholera-eset lépett fel.

c) Feltűnő, hogy 1893-ban a vácsi-út, löportár-dülő, angyalföld, soroksári-út, tisztviselő-telep területén cholera alig vagy csak egy-két esetben lépett fel, holott 1892-ben ezen helyeken volt a legtöbb tömeges megbetegedés.

Figyelembe veendő, hogy ezen helyek és pedig vácsi-út, löportár-dülő, angyalföld 1893. augusztus óta káposztás-megyeri természetes szűrt vízzel vannak ellátva, holott azelőtt ott szüretlen víz volt.

d) Külső soroksári-úton a szüretlen vizet adó csapok leszerelve maradtak 1893-ban, cholera ott nem fordult elő.

e) A tisztviselő-telep a szüretlen víz helyett 1893. május közepé óta a közeli népligetben ázott kútból kapja ivóvizét, azelőtt pedig szüretlen vezetékveze volt, cholera azóta nem fordult elő.



f) A tavalyi Ferencz József lovassági laktanyában előfordult cholera-betegedésnek is a szüretlen vízzel való összefüggése nyilvánult. A Ferencz József laktanyában ugyanis 14 közhuszár kapta meg a cholérát. A huszárezred 1893. szeptember 14-dikén indult el Galicziából cholera-mentes helyről szeptember 29-dikén a 3-dik, 30-dikán az 1-ső és 2-dik, október 1-én a 4-dik és 5-dik és 2-dikán a 6-dik század vonult be a laktanyába. Útközben Galicziában, úgy mint Magyarországon cholera fertőzött helyeket nem érintettek s közülök a 14 napi lovaglás alatt senki sem betegedett meg cholérában. A laktanyát november közepéig el sem hagyhatták. A szüretlen vízhez akként fértek, hogy minden századépületben mosakodó szoba lévén berendezve, ott a vizet nemcsak mosakodásra, hanem ivásra is használták, bár a víznek ivásra való használatától el lettek tiltva.

A vízvezeték teljes elzáratása 1893. október 10-dikén délelőtt történt.

A századépületek, mint ezt a helyszínrajz is mutatja, egymástól meglehetősen távol estek s a huszároknak egymásközti érintkezése a bevonulás első napjaiban a legesekélyebbre volt szorítva, az első cholera-betegség fellépése után pedig teljesen lehetetlenné volt téve.

Az ujonczok, szám szerint 360-an, 1893. október 3., 4. és 5-dikén szintén cholera-mentes helyről vonultak be.

Az ujonczok közül 3, a régebbi szolgálatúak közül pedig 11 s ezek közül két szakács kapta meg a cholérát.

Az első beteg régebbi szolgálatú közhuszár volt (a 3. századból, mely ugyanis szeptember 29-dikén érkezett meg), kinél már október 5-dikén mutatkoztak a cholera-betegség tünetei.

Az a 3 ujoncz pedig, a kik október 5-dikén vonultak be, mint Gál (Körös-Danisházáról), Simon (Körös-Ladányból) és Darócy (Berettyó-Ujfaluból), csak később, október 9., 12. és 13-dikán betegedtek meg.

A tiszték s házas altisztek közül, úgy ezek családja s eselédjeik közül egy sem betegedett meg cholérában, mivel-hogy csakis kútvizet használtak.

A cholérának az egyes századoknál való fellépésére nézve kitűnt, hogy ott, hol a mosakodó szoba vízvezetéki csapjai rosszak voltak, mint a 4-dik századépületben s így leginkább kút vízzel éltek, a cholera csekély számban lépett fel, sőt a hasmenéses esetek is ritkák voltak, míg ellenkezőleg ott, hol a szüretlen vízből többet s többen ittak s ihattak, a cholera nagyobb számban mutatkozott, a hasmenéses megbetegedések száma pedig szintén igen nagy volt.

Ugyanazon szobában a 3. és 6. századnál két-két eset fordult elő, de itt sem olyanok között, a kik közvetlen egymás mellett, hanem egymástól jól távol feküdtek.

A szakácsok általában mind hasmenésben szenvedtek s közülök kettő cholérába is esett.

A konyhákban a főzés miatt ugyanis a szüretlen vizet adó vízvezetéki csapok nem voltak leszerelve s így ahhoz könnyen hozzá is férhettek.

Ennélfogva a cholera behuzrolása teljesen ki volt zárva.

g) A gyömrői-úti téglagyári telepen új égető-kemenczék építkezéséhez szükséges vizet egy agyag-gödörből 300 meter hosszú vascsövön át vezettek a vakolatládákhoz; már most azon munkások közül — szám szerint 65 közül — a kik mészoltás és vakolat készítésével s elvitelével voltak elfoglalva, 7-en kapták meg a cholérát, míg a többi munkások s kőművesek, a kik az I. és II. sz. épületben laktak s az épületek állványain dolgoztak, senki sem betegedett meg cholérában. Kitűnt, hogy azon 65 munkás a vakolat készítéséhez használt vízből ivott, míg a többi munkások és kőművesek az irodaépület előtt levő kútból kapták ivóvizüket.

Általában néhány kút vize lett ivásra felhasználva. Ezen kutak jól fedve voltak s pöczegödörtől távol estek.

A choleras lakások azonnal a cholera fellépése után kiüresítették, a mi november 13-dikán történt, mégis a kiszállásoltak közül november 18-dikáig még 4 cholérában betegedett meg.

Nevezetes, hogy dacára annak, hogy a munka ném szünetelt s csakis arra ügyeltek, hogy ama vezetett vízből a munkások november 14-dikétől kezdve ne igyanak, további cholera-betegedés nem fordult elő.

Az agyag-gödörnek vize csak akként szenvedhetett fertőzést, hogy az ennek közelében lakó munkások árnyékszék hiányában kényszerítve voltak ürülékükkel a lejtős agyag-gödör partját beszennyezni s minden kétségen kivül van, hogy ott choleras ürülék is volt, a mely azután a november 6., 7. és 8-dikán fellépett nagyobb (29'6, 11'6 és 9'6 mm.-nyi) esőzések folytán a gödör fenekén levő vízbe mosattatott.

Ha eme gödör körüli talaj szennyes volta okozta volna egyáltalán a cholérát, úgy érthetetlen, miért nem kapták meg a cholérát a gödör közvetlen közelében földknyhókban lakó munkások s azok családjai. Ezek azonban vizüket az iroda-épület előtt levő kútból hozták. Az ispánlakban előfordult cholera-betegek egyike, napszámosnő, útját a lakásából rendszeren az irodaépület előtt és sohasem az A, B és C házak közelében foglalkozása helyéig téve. A laktársak közül pedig, bár sokan laktak ott, a choleras egyén gyermekén kivül, a kivel ugyanis egy ágyban hált, egy sem betegedett meg cholérában. Megjegyzendő, hogy a lakás zsúfolt és tisztátalan volt s a laktársak közül egy sem volt a vakolat készítésénél elfoglalva. Eme ház kútját használták nemcsak ezen szoba, de a ház többi lakói is.

h) A III. ker. bécsi-úti téglagyárban 1893. évi augusztus 26-dikától szeptember 3-dikáig előfordult 7 cholera-betegedésnél sikerült kimutatni, hogy a cholérát oly kút víz okozta, a melyben cholera-bacteriumok voltak.

A gyári telepnek mintegy 10—11 nyitott munkáskútja, helyesebben teljesen nyitott agyaggödöre volt, melyek vize téglagyártásra szolgált; ivásra négy nyitott kút közül egy szivattyús és egy rosszul kikövezett gémes kút használtatott. A két más kút géphajtáshoz szolgált. A gémes kút a mezei úton, közel a munkások lakházához volt elhelyezve s a munkások családtagjaikkal, szám szerint 120-an ittak belőle. A szivattyús kútból pedig 220 ember, köztük legtöbb kőműves ivott. A kőművesek közül senki sem kapta meg a cholérát, míg a mezei úton levő kút vizét használó munkások közül heten betegedtek meg cholérában s hasmenésben feltűnően sokan szenvedtek.

A leszögezett gémes kút 1893. szeptember 12-dikén nyitattott meg, a helyszínen négy lemez öntetett s 40 km. víz peptonoldattá lett átalakítva.

A lemezeken az ázsiai cholérát tipikusan mutató coloniák fejlődtek és pedig minden lemezen 20—40.

Ezen coloniák szúrásban a legjellemzőbb fejlődésnek indultak, pepton-oldatban tenyésztve, vegytiszta kénsavval szép nitroso-indolreacitót (Brieger-féle cholera-pirt) adtak s jellemző commabacillusokból állottak. Kilencz napra reá, azaz szeptember 21-dikén ugyanazon kútból, mely az első vizsgálat megejtése után ismét leszögeztetett s újból bizottság jelenlétében nyitattott meg, másodizben a helyszínen lemezek öntettek és ezeken újból jellemző cholera-coloniák fejlődtek. A kút megfertőzése úgy történhetett, hogy augusztus elején sokan Felső-Magyarország cholera-lepte vidékéről részint munkahiány, részint félelem miatt elmenekülvén, munkát keresve, ezen gyárba is vetődtek, hogy itt alkalmazást nyerjenek s így megélhessenek. S az így idejutott munkások közül pedig egyik-másik, kinek csak könnyű jelentéktelen cholérája volt s ki e miatt magát nem is gyógykezellette, ürülékével beszennyezhetta a talajt.

Hogy az ily könnyű cholérával menekülő munkások s napszámosok székes fővárosunkat felkeresték, elég bizonyíték az, hogy 1893. augusztus 7-dikétől 16-dikáig vidékről 5 choleras beteg érkezett ide s került kórházi gyógykezelés alá, sőt ezek közül egy egyenesen Mármaros-Szigetről augusztus 8-dikán érkezett fővárosunkba, 13 napi gyógykezelés után gyógyultan boesáttatott el. Nem lehetetlen, hogy talán épen ez a beteg fordult meg ama gyári telepen, a mennyiben ugyanis ott honfitársai (olaszok) voltak elfoglalva.



De esetleg más helybeli munkás, napszámos is fertőzhette a talajt, mivelhogy a székes főváros területén augusztus 26-dikáig az említett útról jött cholera-esetek kivül még 7 helybeli cholera-betegedés is fordult elő.

A munkások közvetlen közelében árnyékszék nem volt s így a munkások s mások a talajt a kúttól néhány méternyire ürülékükkel beszennyezheték. A talaj felszine lejtőséggel bírt, a felső réteg egy meter vastag, igen laza termőföldből, humusból állott, mely alatt 2 meter vastag vízátatlan kék agyagréteg volt.

Könnyen érthető, hogy az 1893. augusztus 11-dikén észlelt 7 és 14-dikén észlelt 4.2 milliméteres eső a talaj felszínén levő ürüléket a laza humuson át a rosszul kikövezett kútba moshatta.

Az érintkezés útján való terjedés lehetőségét ki lehetett zárni, a mennyiben choleras ürülékkel fertőzött ág-, ruha- vagy fehérneművel vagy bármi más tárggyal való érintkezés egyáltalán meg nem történt, s ha megtörtént volna, úgy a cholera-betegedések ama lakszobában nem szétszórtan, hanem inkább körülirtan, tömegesen léptek volna fel.

i) Ha továbbá némi összehasonlítást teszünk az egyes kerületekkel az 1886., 1892. és 1893. évi cholera nézve, kiténik, hogy 10,000 emberre esett

	1886.	1892/93.	1893.
I. kerületben	8.3	3.6	0.8
II. "	6.0	4.3	0.7
III. "	3.7	5.2	*0.3
IV. "	10.9	1.0	2.1
V. "	17.9	24.5	2.5
VI. "	43.2	19.2	2.4
VII. "	39.7	19.9	2.7
VIII. "	37.4	16.8	3.2
IX. "	33.7	25.1	3.1
X. "	39.3	28.3	7.9

Cholera-mégbetegedés.

\* A III. kerületben 7 eset, mint melyeknek fertőzése ama kút vizével hozható összefüggésbe, a mely vízben chol. bact. találtott, levonandó.

Hangsúlyoznom kell, hogy az I., II. és III. kerület vízvezetéke más mint a balparté, s hogy a vízvezeték évről évre fokozatosan lett a házakba bevezetve.

k) Fel kell említenem, hogy míg 1893. októberben 78 cholera-eset volt, addig novemberben — leszámítva az útról való hat esetet — 34, decemberben 5 cholera-betegedés fordult elő, ekkor ugyanis (október 25-dikétől december 10-dikéig) a mesterséges szűrők nem működtek.

(Folytatása következik.)

## A szivincompensatio okairól szájadék- s billentyűbántalmaknál.

Közli Weisz Ede dr., télen gyakorló orvos Meranban.

Azon kérdéssel óhajtunk itt foglalkozni, hogy a compensatio miért megy át előbb-utóbb az incompensatio lappangási stadiumába, s mily okok folytán fejlődnek ismét ebből az incompensatio legsúlyosabb alakjai?

Az elméleti megfontolás, melylyel az incompensatio összes tüneteit ép billentyűk s szájadékok mellett a szivizomzat degenerációjára lehet kizárólag visszavezetnünk, azon gondolatot hozza előtérbe, hogy szájadék- s billentyűbántalmaknál az incompensatio okát szintén a szivizomzat elfajulása képezi. Hiszen még ép billentyűk s szájadékok mellett is képes az elfajult szivizom az incompensatio összes tüneteit egymaga kiváltani.

Azonban 46. billentyű- és szájadék-bántalomban elhalt egyén bonczjegyzőkönyveiben, melyeket tanulmány tárgyává tettem, 4—5 eset kivételével vizenyő, induratio brunea pulmonum, cyanotica renum stb. mindenütt akadt, a szivdegenerációnak sokszor minden jele nélkül.

Az esetek mintegy felezésében a szivizomzat jelzőként „barnavörös s tömött” vagy „elég tömött” szerepel. Csak az esetek másik felében volt a szivizomzat halvány vagy sárgásbarna, fakóbarna, petyűdt, szakadékonyabb, vagy törékenyebb.

Egyes szerzők hajlandók az incompensationalis tünetek magyarázata végett a szivizomzat valamely ismeretlen degenerációjához folyamodni.

Niemeyer szerint az izomfibrillák nem minden elváltozása, mely által a sziv munkaképessége leszáll, mutatható ki makroszkopice. N. nézetét Seitz is magáévá teszi.

Hasonlóképen nyilatkozik Bollinger (Ueber idiopath. Herzhypertrophie u. Dilatation. Virch.-Hirsch Jahresberichte 1886), ki szerint Münchenben a szivhypertrophia a sok sűrű élvezetétől „geradezu epidemisch”. Ép szájadékok s billentyűk mellett az izomrostok mikroskop alatt semmit, vagy oly csekély degeneratio adiposát mutattak, hogy sem a tünetek, sem a halál nem voltak a deg. adiposára visszavezethetők. B. szerint a szivinsufficiencia keletkezése ez esetekben homályos és boncz-tani leletek hiányában functionalisnak tartandó.

Fraentzel (Vorlesungen über d. Krankheiten d. Herzens) a sziv zsíros degenerációján kívül a „zsír-szív”-nek tulajdonított kórképek magyarázatára a szivizomzatnak különös, még eddig közelebről nem ismert változását veszi fel.

Eichhorst a szivdilatacióról szólva, szintén megengedi, hogy az esetek bizonyos részében sem a göresői, sem a vegyi elemzés változást ki nem mutathat.

Ezen körülmények birhatták rá Mills-t (Virchow-Hirsch Jahresb. 1887) a compensatio s incompensatiónak „neurotrophikus” magyarázatára. M. bizonyos „éltető idegerőt” vesz fel, mely az agyból az idegek útján az egyes szervekhez jutva, a szervezetnek rendelkezésére áll. Minél több fogy ebből másutt s más módon el (testi munka, kedélyizgalmak, nembeli kihágások stb.), annál kevesebb jut a szivre, a minek következménye a szivmunka elégtelensége.

Az elméletnek gyenge oldalát nagyon is elvont volta képezi.

Nézzük, hogyan lehetne az incompensatio tanát realisabb alapra fektetnünk.

Foglalkozzunk mindenekelőtt a sziv beidegzésével, mert nem szenved kétséget, hogy ennek kóros volta vérkeringési zavaroknak vagy ezek hirtelen rosszabbodásának szintén lehet forrása.

Igy Semola (Ueber paralytische Herzataxie bulbären Ursprungs. Prag. med. Wochenschr. 1887) eseteket hoz fel, a hol organikus szivbajoknál szokott összes következmények furogtak fenn, a nélkül, hogy a myocardium intra vitam vagy post mortem elváltozotttnak bizonyult volna. S. szerint ezen tünetek a szivganglionok s bulbaris szivcentrumok elváltozása által voltak feltételezve.

A mi a szivgóczok pathológiáját illeti, Ott (Prag. Zschr. für Heilk. Schmidt's Jb. 1889) azt a következőkben foglalja össze: A szivgóczoknak általában kétféle, progressiv s regressiv elváltozásával találkozott. Pangásos szivhypertrophia eseteiben a progressiv változás a kötőszövet túltengésében mutatkozott; a vérminőség súlyos változásainál ellenben (uraemia, pyaemia) regressiv metamorphosis volt jelen az idegsejtek zavaros duzzadása alakjában. Obesitas universalisnál a két rendbeli elváltozás egymás mellett állott fenn. Ott végkövetkeztetése az, hogy a szivműködés klinikai képe semmi támpontot sem nyújt az iránt, hogy a szivgóczok elváltozók-e vagy sem, úgy hogy a szivlökések számából s rythmusából a ganglionok állapotára, és ebből visszakövetkeztetést a szivlökések minőségére vonunk nem lehet.

Tehát arról le kell mondanunk, hogy az incompensatio magyarázatánál a sziv idegelemeinek magatartását határozott alakban felhasználjuk.

Ámde a szivbeli idegek kóránától már azért sem várhatjuk, hogy az incompensatio bekövetkezése s elmulása iránt elegendő felvilágosítást nyújtson, mert a sziv idegelemeinek élettani működésével sem vagyunk tisztában.

Stanniusnak a béka szivén végzett kísérletei lényeges haladást jelentettek, de azért elég talányt hoztak maguk be a physiológiába.

Ma már a vagus s accessorius egyrészt lassító, másrészt gyorsító hatása a szivre sem tekinthető többé élettani axiómának.



Romberg és His az utolsó bécsi belgyógyászati congressuson (Centralbl. f. klin. Med. 1890) fejlődéstani tanulmányaik alapján azon meggyőződésüknek adtak kifejezést, hogy az első s második hóban a szívbe bevándorló idegsejtek a sympathikus ganglionokból fűződnek le. És minthogy a sympathikus góczok a hátsó gyökökhöz, tehát egyszersmind az érző rendszerhez tartoznak, a szívbeli ideggóczok sem lehetnek a szív működés egyenes motorai, legfeljebb reflexnek közvetítői. R. és H. e helyett magának a szívizomzatnak teljes automatáját hangoztatják, támaszkodván azon tapasztalatra is, hogy az ébrényi szív sokkal előbb végez rythmikus összehúzóásokat, mintsem idegekkel s idegsejtekkel bírna.

Kár, hogy az ébrényi szív működés kibontakozása akkor is rejtély marad előttünk, ha e szerzők tételét elfogadjuk. Hertwig szerint ugyanis a vérkeringés már a költés második napján válik láthatóvá; a szívösszehúzóások száma percenként 130—150. „Im Myocard sind noch keine Muskelfibrillen nachgewiesen, und rein protoplasmatische, noch nicht differenzierte Zellen sind im Stande in regelmässigem Rythmus wiederkehrende, kräftige Contractionen auszuführen.“

Basch a vagus s accessorius motorikus jellegét már évek előtt tagadta. Szerinte ezen idegek a szívlökések rendjét csak az által módosítják, hogy a szív érzékenységét befolyásolják.

Fantino a vagust (Virchow-Hirsch Jb. 1888) kísérletei alapján trophikus idegnek mondja. Míg a nyaki sympathikus góczok kiirtása után a szívizomzat változást nem mutatott, F. a vagus nyaki részének egyoldali átmetszése után a szívizomzat különös elváltozásaival találkozott. Ezek makroszkopice különböző nagyságú szenyes fehér, sárgás foltok alakjában tüntek fel, melyeknek görcsö alatt a kötőszövet sejt infiltrációja vagy hosszabb idő múlva heges elváltozása, és az izomrostok harántesikolatának eltűnése, majd atrophiaja felelt meg. Zsiros degenerációt ezen kísérleteknél, ellentétben Eichhorsttal, nem észlelt. F. ezen elváltozásokat a törzsbeli izmoknak atrophia progressívájával állítja párhuzamba.

Hogy a szív idegelemeire vonatkozó ismereteink mennyire hagynak eszerben ott, a hol azok segélyével a szív működés bizonyos rendellenességeit magyaráznunk kellene, mutatja pl. a Basedow-kór, mely, mint az ideges természetű szív bajok általában, a kórtannak még mindig érdekes talányát képezi, mint azt Fraentzel mondja. (Ueber idiopath. Herzvergröss. in Folge von Erkrankung des Herznervensyst.)

Különben az idegelemek degenerációja segélyével ép úgy mint az izomdegeneratio segítségével legfőljebb az incompensatio bekövetkezését tudnók megérteni, de megfejtés nélkül maradnának azon esetek, melyeknél az incompensatio leg-súlyosabb tünetei néha hosszú időre eltűnnek.

Meg kell tehát most már abban állapotnunk, hogy az incompensationak maradandó okokon kívül (szöveti elváltozások a szív izomzatában s idegelemeiben) változó, illetőleg muló előzményei, azaz alkalmi okai lehetnek.

Ilyennek a testi megerőltetést tekinthetjük.

Eichhorst Thomson-nak egy esetét idézi, melyben egy 28 éves férfi nehéz teher emelése után a szívtájon fájdalmakat kapott, csakhamar szívgyengeség jeleit mutatva, 14 nap alatt tönkrement. Bonczolásnál a szív nagy fokban tágult, kiválóan petyűdt és elzsírosodott vala.

Leyden (Ueber die Herzhypertrophie in Folge von Ueberanstrengung) a megerőltetést gyakori s fontos aetiologikus momentumnak tartja. A tágult szív L. eseteiben görcsö alatt vagy zsiros degenerációnak kisebb fokát, vagy semmi változást sem mutatott, úgy hogy ő a dilatációt ezen esetekben a megerőltetés következményeként — „Ueberdehnung des Hohl-muskels“ — fogja fel.

Seitz (Zur Lehre von der Ueberanstrengung des Herzens. Deutsch. Arch. f. klin. Medic. Virchow-Hirsch Jahrb. 1873) szerint a szív túlerőltetése tartós nehéz testi munka vagy egyszeri szerfeletti megerőltetés által súlyos vérkeringési zavarokra, incompensatióbeli tünetekre s halálra vezethet. A szív ilyenkor, összes elemeinek épsége mellett, egész gyermekfejnyi lehet.

Az 1870-diki hadjárat után Fraentzel (Ueber die Entstehung von Hypertrophie und Dilatation der Herzventrikel durch Kriegsstrapazen. Virchow-Hirsch Jb. 1873) több idiopathikus szívhypertrophiat talált katonáknál, ritkán csak dilatációt hypertrophia nélkül.

Hasonló észleletek ez időre vonatkozólag francia részről (Sée) is történtek. A francziák (Sée, Lonquet) az ily túlságosan megerőltetett szívre a „coeur surmené“ kifejezését használják és hangsúlyozzák, hogy ennek következményei az egyszerű palpitatiótól a legsúlyosabb tünetekig terjedhetnek.

Sussetzky végre (Petersburg. med. Wschr. 1883, Ueber selbstständige Hypertrophie und Dilatation des Herzens) kísérleti bizonyítékát adta, hogy fokozott munka szívhypertrophia s dilatációhoz vezet. A kísérlet maeszkák kergetésében állott. Eredményeit két pontban foglalja össze: 1. Előbb a bal gyomrocs hypertrophiaja fejlődik. 2. Később a nagy tágulás miatt falai elvékonyodottak, és a jobb gyomrocs hypertrophiaja csatlakozott hozzá.

Ha a testi megerőltetés, mint látjuk, ép szív mellett is súlyos vérkeringési zavarokat vonhat maga után, mennyivel inkább kell hogy ez kóros szívnél történjék. Ha példának okáért felteszszük, hogy bizonyos esetben a szív baj által feltételezett hypertrophia épen csak a billentyűbántalom nagyságához mért, de azonfelül alkalmilag rárótt munkatöbbletnek nem tud megfelelni, a pangásnak testi megerőltetés esetében a szív szakaszain túl kell terjednie, és a betegség az incompensatio stadiumába lép. Ha az egyén azután szerencsésebb viszonyok közé kerül, a szív a nehéz munkát ismét kiheverheti és a compensatio újra helyre áll.

Szívbetegre a létért való küzdelemnek pszichikai része is nyilván nagy befolyással van. S bár ott, a hol a szellemi megerőltetésnek a szervezetre való káros hatásáról szó van, részletes magyarázat szükségtelennek látszik, meg lehet kísértenünk, hogy a pszichikai izgalmaknak szívbetegknél észlelt káros hatását bizonyos élettani alapra helyezzük.

Stefani (Virchow-Hirsch, Jahrb. 1882) kísérletileg bebizonyította, hogy a szívnek rugalmassága a vagus befolyása alatt áll. Ha St. a szív térfogati ingadozásait pericardialis nyomással megszüntette, a szív térfogata azonnal növekedett, mihelyt a vagust izgatta, úgy hogy a vagus izgatása szerinte nem egyszerű szívűdést okoz, hanem a szív túlságos tágulását vonja maga után. Minél nagyobb külső nyomás alatt állott a szív, a vagusnak annál nagyobb fokú izgatása vált szükségessé, hogy a szív ismét kitágulhasson. Ha most már pszichikai izgalmak keretében a vagus is bizonyos izgalmi állapotba jut, a szívűröknek ezen kísérletek értelmében tágulniok kell; a tágulás pedig az első lépés az incompensatio felé.

Ime látjuk, hogy a szívbetegre nézve testi megerőltetés, lelki küzdelem egyforma veszélyt képez.

Még két körülménynek kell a beteg szív háztartásában fontos szerepet tulajdonítanunk: az egyik a szív működés phasisainak időbeli tartama, a másik a billentyűbajnak vagy szájadék-bántalomnak matematikai nagysága.

Bamberger azon berendezések közé, melyek a compensatiót lehetővé teszik, dilatáción, hypertrophian s egyes szervek (máj stb.) vérdússágán kívül még a systole és diastole változó tartamát („Regulation der Herzbewegung“) sorozza. Az üteres szájadék szűkülete pl. a compensatio szempontjából hosszabb systolet kíván, a visszeres szájadék szűkülete hosszabb diastolet; már az insufficiencia aortae a hosszú diastolénak kárát vallaná.

Bamberger tételét megfordítanunk is lehet. Mert ha a systole s diastole különböző tartamának a compensatióban juthat szerepe, kedvezőtlen irányban bizonyára az incompensatio előidézéséhez is járulhat.

Stenosis ost. art. sin.-nél pl. nem kell egyéb, mint hogy a systole megrövidüljön, és a bal gyomrocs képtelen lesz feladatának megfelelni. Sten. ost. ven. sin.-nél ismét nem kell egyéb, mint rövid, gyors diastole, és a bal pitvar a vérnek csak kisebb részét fogja a gyomrocsba hajthatni. Insufficiencia aortae-nál a hosszú diastole válik végzetessé, mert ezalatt a vérnek annál nagyobb része fog a bal gyomrocsba visszaesni.



Nyilvánvaló, hogy a szív működés phasisainak tartam-beli változása a compensatióban nagyfokú zavarokat okozhat, oly körülmény, mely ellenőrzésünk, sőt figyelmünk alul többnyire kibujik, melynek figyelembe vételével azonban az incompensatio beálltát s annak újbóli eltűnését nem egy esetben tudnók magyarázni.

Hátra van még, hogy a billentyű- és szájadékbántalomnak matematikai nagyságával foglalkozunk. Ez is oly tényező, melyet nem eléggé méltatnak.

Az incompensatio mindig annak jele, hogy a mérleg a szívnek ereje s végzendő munkája között megbomlott; a következmények ugyanazok, akár az erő csökken, akár a munka nő. Rendesen azonban, midőn incompenzált állunk szemben, csak az egyik eshetőségre szoktunk gondolni, t. i. arra, hogy a szív hajtó ereje a szívizom degenerációjára folytán valószínűleg csökkent, és nem gondolunk azon másik lehetőségére is, miszerint az összes zavarok onnét eredhetnek, hogy a szájadék- vagy billentyűbántalom nagyságában kedvezőtlen változás állott be.

Tudjuk, hogy a szövettani elváltozások a szájadékok s billentyűk körül, bár többnyire idült természetűek, korántsem megállapodottak. A hevenyen fellépett sejtes infiltrációt kötőszöveti, heges elváltozás követi; ez idővel ismét a regressiv metamorphosis (elzsírosodás, elmeszesedés stb.) minden alakján mehet keresztül. Az atheromatosis sem változatlan folyamatos. Ehhez járul, hogy az épségét veszítette endothel alvadékképződésnek lehet kiindulási pontja, a mire az örvényhullámok s lassuló vérkeringés elég alkalmat szolgáltatnak. Szóval, a szövettani feltételek a billentyű- vagy szájadékbántalom matematikai nagyságának változására teljes mértékben megvannak.

Tegyük most fel, hogy valamely szájadék- vagy billentyűbántalom egy bizonyos foknál megállt vala, és a szívnek sikerült ezen idő alatt megfelelő compensatiót létesítenie, és tegyük fel, hogy egyik napon a hiba bármi ok folytán rosszabbra fordul, mi a dolog következménye? Kétségkívül az, hogy a szív új feladatának nem fog megfelelni, míg vagy bizonyos idő múlva utólagos hypertrophiával a hibát ismét kiegyenlítheti, azaz compenzálja, vagy az incompensatióból többé ki nem szabadul s a megerőltetésnek áldozatul esik.

A mennyiben minden változás a billentyűk s szájadékok körül a szívizomzat sorsától egészen függetlenül lefolyhat, érteni fogjuk azon eseteket is, a hol a billentyűbántalom vagy stenosis súlyos incompensatióbeli tünetek következtében halálra vezet a nélkül, hogy a szívizomzatban degeneratiót sikerülne találnunk.

Az incompensatio okait tehát a következő pontokban foglalhatjuk össze. Incompensatióra vezethetnek:

1. szövettani elváltozások a szív izomzatában vagy idegelemeiben;
2. alkalmi okok (terhesség), ezélszerűtlen életmód (testi megerőltetés, kedélyizgalom stb.);
3. a szív működés phasisai tartalmának kedvezőtlen irányban való változása;
4. incompensatiót okozhat ép szívizomzat és rendes életmód mellett, magának a billentyű- vagy szájadékbántalomnak növekvése.

## Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

### Észrevétel a „Fordítás térdkönyök-helyzetben“ című cikkhez.

Gergő Samu dr. az „Orvosi Hetilap“ ez évi első számában igen ajánlja a fordításhoz a térdkönyöklő helyzetet. Hiszem, hogy ezen helyzet bizonyos esetekben igen meg tudná könnyíteni a fordítást, de általános szabálylává tenni a térdkönyök-helyzetet, azt hiszem, káros túlhajtás volna.

Kissé furcsa színe van ugyan annak, ha falusi orvosok pár eset alapján akarnak hozzászólni oly kérdéshez, mely felett százakra menő műtétekre támaszkodó tekintélyek sem tudnak közmegegyezésre jutni. Mégis megkísérlem én is e dologhoz hozzászólni.

Gyakorlatomban első fordításomnál oly álnok módon hagyott eserben jól rendezett egyetemi tudományom, hogy csak hallatlan erőfeszítések árán tudtam előteremteni az össze-vissza kaszabolt gyermeket.

Ezek után nem lesz meglepő, hogy mikor később újra hívtam szüléshez harántfekvés előrehirdetett jeleivel, meglehetősen kicsinek éreztem magam s szerettem volna lenni akárhol és akármi, csak itt és szülésmester nem.

De mily édes vigaszul szolgált sebzett önbizalmamnak, mikor pár perc alatt mondhatnám eleganciával sikerült befejezmem a fordítást és extractiót.

Mondanom is felesleges tán, hogy e második eset is elhanyagolt harántfekvés volt; mást úgy se igen láttam falun.

Utána jártam, hogy miért az egyik esetben fiasco, a másikban diésőség? Elmondandom, hogy mit találtam oknak.

A Schroeder-féle „Geburtshilfe“ (1886) egy jegyzetben (338. lap) elsorolja, hogy mily különféle szabályokat ad a fordításhoz egyik is, másik is. Oda concludál, hogy a kéz választása nem lényeges. A nő fektethető haránt ágyra vagy oldalt. Bizonyos esetekben előnyös a térdkönyök-helyzet. De mely esetek azok, azt nem mondja. Az oldaltfektetésre nézve pártolja Kristeller azon tanácsát, hogy a mütő legyen a nő előtt, ha a magzat háta elől van, és mögötte, ha a magzat háta hátul van. Így mindig a kéz volaris oldala a magzat hasa felé van fordítva, a kéz pontosan tapinthat és a lábat jól megfogja.

Azt hiszem, Kristeller ezen az oldaltfektetésre adott szabálya általánosítandó valamennyi harántfekvésre, a nőnek fektetése pedig akkép történjék, a mint azt azon Kristeller-féle szabály maga után vonja. Ha a magzat háta elől érezhető, a nő harántágyra fektetendő. Bármely kéz vezetetik be, az egyenesen halad a magzat felé fordított tenyéri oldallal a fundusba a lábakhoz. A behatolás egyenes irányban történvén, nem oly nagy erő kifejtés szükséges, a mi lényeges momentum akkor, mikor a kéz az elhanyagolt harántfekvésnél rendesen erősen contrahált uterus által zibbasztatik.

Tegyük fel, hogy a magzat ilyen fekvése mellett a nő oldalt lett fektetve.

A mütő ilyenkor kezének háti oldalával halad el a magzat előtt, a miatt nem tapinthat, erőt sem fejthet ki. A kéz akarva, nem akarva a symphysis felőli irányba tereltetik, a mely irányban csak az egész magzat megkerülésével juthat el a lábakig.

Ha azonban a magzat háta hátul van, akkor a nő oldalt fektetendő, a mütő mögéje áll, az ágy bal oldalán bal kezét, a jobbon jobb kezét vezet be. Ezen kéz egyenesen halad tenyéri oldalával a gyermek felé fordulva és egyenes úton éri el a lábakat.

A magzat ilyen fekvése mellett alkalmazva a harántágyat, az alkar és felkar csaknem derékszöveget kell hogy képezzenek a könyökben. Szinte lehetetlen csak némi uterus contracturánál is ilyen kartartással a symphysis fölé jutni.

Ha a hát nem elől vagy hátul, hanem valamelyik oldalon van, valamelyes fektetése által a nőnek mindig lehetséges lesz egyik vagy másik kezünkkel úgy behatolnunk, hogy a magzat felé fordított tenyérrel egyenes úton eljussunk a lábakhoz.

Nagyon hiszem, hogy mikor a magzat háta elől van, a Gergő dr. ajánlotta térdkönyök-helyzet lényegesen megkönnyebíti az egyenes behatolást.

Koreck József dr., orvos N.-Osanádon.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Budapesti kir. orvosegyesület.

(I. rendes ülés, 1895. január 12-dikén.)

Elnök: Kélti Károly; jegyző: Imrédy Béla.

Elnök az újév első ülésén üdvözlö az egyesület tagjait általában, különösen pedig az új tagokat azon kívánsággal, hogy a most kezdődő évben is sikeres működést fejtsen ki az egyesület.

#### A) Bemutatók.

##### Buboknak ambulans gyógykezelése.

Havas Adolf. A buboknak ambulans gyógykezelését csak kivételesen, kényszerből alkalmazzák, bemutató poliklinikai osztályán 1888



óta szintén kényszerből gyakorolja a bubok ambulans kezelését, mert e betegek a sebészi kórosztályoknak nem szívesen látott vendégei. A *Lassar* által 1882-ben ajánlott módszert követte bemutató, t. i. a bubot megnyitotta és a tályogúrt kitisztítása után jodoformgaze-val kitömte, ekként átlag 3 hét alatt gyógyulást ért el a nélkül, hogy a betegek rendszeres foglalkozásukban akadályoztatnak volna. Legutóbb azonban a *Lang* bécsi osztályán kezdeményezett és *Nobel* által publikált újabb gyógyeljárást próbálta meg bemutató 4 betegnél és oly frappans jó eredményt ért el, hogy érdemesnek tartotta erről az orvosegyesületnek beszámolni.

Az eljárás abban áll, hogy a geuy egy körülbelül 1 cm-nyi nyíláson át kibocsátatik és azután a tályogüregebe 1–2 kem. 1%-os argen-tum nitricum-oldat fecskendeztetik; másodnaponként kötészváltoztatás eszközöltetik, a sebszéleket bemutató 1‰ sublimat-oldattal lemossa és újra arg. nitr.-oldatot fecskendez be. Az első kötészváltoztatás után már a geuy tetemesen csökkent és 3–4. napra tiszta nyirk szivárog ki a sebből, ugyanakkor a bőr kékes elszíneződése is eltűnik, a bőrelvény és az alatta levő kötészövet összeforrnak, a betegek fájdalmat nem éreznek és a gyógyulás 7–8 nap alatt bekövetkezik.

*Aschner Jakob*. Róna osztályán szintén megpróbálták ezt az eljárást 6–7 bubo-esetben, de épen nem értek el vele ily fényes eredményeket, úgy hogy csakhamar abba hagyták. Tizennégy nap előtt egy esetben sem láttak gyógyulást, sőt egy esetben 3–4 hét múlva a mélyből ismét genygyülem támadt. *Róna* osztályán a bubo-esetekben most úgy járnak el, hogy a geny kibocsátják, a tályogüreget kikaparják és kitisztítják és a sebet letapasztják; a kötészváltoztatást két naponként eszközlik és 3–4 kötészváltoztatás után gyógyulás szokott bekövetkezni.

*Havas Adolf*. Az argen-tum nitricum hatása a leírt alkalmazási módnál valószínűleg antiseptikus. Az *Aschner* által említett esetben, melyben újra genyedés állott elő, a befecskendezett argen-tum nitricum bizonyára nem érintkezett a tályogúrral egész felületével. Bemutató az eljárástól magánykorlatában is ily jó eredményeket látott, úgy hogy bubo-eseteknek e kezelésmódot melegen ajánlhatja.

#### Öngyilkos által önkézzel végzett gégekiirtás esete.

*Szigeti Henrik*. A múlt év november havában egy 42 éves nőnél az orvosrendőri boncolásnál a nyakon a következő sérülést találta. A nyak mellő részén harántirányban 11 centiméternyi széles, 10 centiméternyi hosszú, közel rendszeres ötszög alakú, éles szélű, lekerített csúcsú metszett seb táng, mely felülről lefelé a szakcsonttól a torkolatig terjed és kétoldalt a fejbicezentő izmokról határolva van. Az alsó széle jobb fele hegyes szög alatt még három, egymással párhuzamos, felületes, metszett sebben folytatódik. A seb alapja homorú, vályualakú, két felső zugában kilátszanak az állalati mirigyek és ezek között a szakcsont teste. E mögött látható az átmetszett gégefede. Az egész gége és a gyűrűporoz valamint a pajzsmirigy egy darabja, a garat mellő fala és a bázisig mellő falának felső része hiányzik. A bázisig hátsó fala csúcsával lefelé fordított háromszöglet képez, rajta a kimetszett gége magasságában három vonalalakú, felületes bemetszés van a nyákhártyán. Az átmetszett légeső, a pajzsmirigy és az egyenes nyakizmok az alsó bőrszélel mögé a torkolatba visszahúzódtak. A fejbicezentők felületes rostjai át vannak metszve. Az átmetszett külső torkolati visszerek és gégeiterek visszahúzódtak. A közös nagy fejűterek és belső torkolati visszerek, valamint a bolygó idegek nincsenek sérve. A kimetszett gége többszörös bemetszést mutat, rajta bőrdarab nem csúng; a nyak bőréből tehát nem hiányzik semmi.

Hogy miként irtotta ki a nő önkézzel gégejét, erre nézve is találtam támpontot a külső vizsgálatnál. Különben is véres bal keze középső ujjának III. perze háti oldalának külső szélén a köröm alsó külső zuga mellett 8 mm. hosszú, 1/2 mm.-nyire tángoló felületes metszett seb volt. Vélemény, hogy a nő az élesre fent asztalkést jobb kezében marokra fogta, nyakát hátra szegezve egy vagy több metszéssel balról jobbra kissé rézsút-harántul, a szakcsont és pajzsporz közötti magasságban majdnem a gerincoszlopig átmetszette. Azután bal kezével ösztönszerűleg a tángoló sebzhez kapva, középső ujját beleakasztva a gégebe, ezt előre és lefelé húzta és a késsel az ujj felett elhaladva, egy vagy több metszéssel kikanyarította a géget.

Az eset elmekörtáni szempontból is érdekes. Ha szabad az öngyilkossági módból az öngyilkos elméleti állapotára következtetni, úgy azt hiszem, joggal felvehető, hogy ilyesmire — mint a jelen esetben — csak elmebeteg képes. A nő néhány hét óta búskomor volt. Lehet, hogy melancholiában szenvedett, vagy hogy vesana volt és hirtelen támadt hallucinatio vagy félelem hatása alatt követte el az öngyilkosságot.

*Salgó Jakob*. Az öngyilkosság végrehajtásának módjából nemcsak arra lehet biztosan következtetni, hogy az illető egyén elmebeteg volt, hanem még a kórismét is lehet belőle sejteni. Nagy elmebeteg anyaggal rendelkező intézetekben a legmondosabb felügyelet dacára mindig fordulnak elő öncsonkítások és öngyilkosságok. Hogy a felügyelet mennyire nem zárhatja ki ezen eseteket, bizonyítja pl. egy eset, melyet a hetvenes években Bécsben látott; ott egy beteg, miatt az ápoló ágya mellett állt, minden fájdalomnyilvánítás nélkül saját ujjával mindkét szemét kivájtja. A vesaniában szenvedők inkább öncsonkításokra hajlandók kóros sensatiók folytán vagy élénk hallucinatio befolyása alatt; különösen gyakran fordulnak elő a penis amputatiók és castratiók hypochondrikus téveszmék mellett. Ellenben inkább követnek el öngyilkosságot a melancholiában szenvedők, kiket a nagyfokú anxietás hajt erre, sőt gyakran egész családjuk kiirtására. A legkülönösebb öngyilkossági esetek egyike két év előtt történt egy francia elmegyógyintézetben, hol egy beteg szarított kenyérhéjat élesített ki és azzal szíven szúrta magát.

#### Lisztbe fulás esete.

*Szigeti Henrik*. Egy budapesti gőzmalomban több méternyi magasságig liszttel telt tárnába való esés következtében lisztbe fult munkás tüdőit mutatja be. A garat, bázisig, gége, légeső s nagy hörgők, sőt azok másodlagos és harmadlagos elágazódásai is lisztpeppel vannak kitöltve; a száj- és orrüreg is telve volt liszttel, sőt a gyomorban is talált lisztpeppet, de már a nyombélben nem. Ezen esetről nyilvánvaló, hogy az ember belégzés közben, különösen fuladáskor nyel és hogy finom pornemű anyag erőteljes belégzés által nagyon mélyre haladhat, úgy annyira, hogy ha az ilyen szerencsétlen egyént élve mentik is ki, tartani lehet attól, hogy ú. n. nyelési tüdőlobot kap és abba hal bele később.

#### B) Napirend.

A syphilis okozta vérelváltozásokról, tekintettel a kór felismerésére és gyógyítására.

*Justus Jakob*. (Ezen előadást egész terjedelmében fogjuk közölni.)

*Bókai Árpád*. Lehetetlenségnek tartja, hogy a vér haemoglobin-vesztése néhány óra alatt helyreállítható; azt hiszi, hogy a kísérleti eljárásba valami hiba csúszott be.

*Donogány Zachariás*. Az előadó a haemoglobin-pusztulás bizonyítéká gyanánt felhozta azt, hogy a vizeletben urobilin mutat ki. Minthogy azonban urobilin rendszeren a normalis vizeletben is található, az urobilin megjelenése a vizeletben nem tekinthető a haemoglobin-pusztulás jelének, hanem csak az urobilin megszaprodása a vizeletben bizonyítaná ezt.

*Marschalkó Tamás*. Az előadó észleletei igen érdekesek, de nem látja bizonyítotttnak, hogy az általa észlelt vérelváltozások tényleg a syphilissel függnek össze. A vérvizsgálatok rendszerint kétes értékek, mert relatív és nem abszolút eredményeket adnak. A vérben foglalt alak-elemek mennyisége mindig függ a vérnek víztartalmától, ez pedig jelentékeny physiologiai változásoknak van alávetve. Speciell a higany-készítményekről tudjuk, hogy gyógyszeres alkalmazásuk után a vér haemoglobin-tartalma kezdetben csökken, azután növekedik, mert a vér előbb meghigul, azután besűrűsödik. A vérnek e viselkedését a higany-szerek befolyása alatt már 1881-ben észlelte *Biegansky*. *Jendrassik* tanár is foglalkozott e kérdéssel. Az ily vizsgálatokba, milyeneket az előadó végzett, észlelési és az eszközök gyalorlóságából eredő hibák okvetlenül belecsúsznak. E hibákat csak az gyengítheti, ha az észleletek igen nagy számú esetre vonatkoznak és legalább ugyanannyi a vizsgált control-eset, t. i. nem syphilitikus és egészséges egyének hasonló vizsgálása. Hogy *Justus* dr. szerint a latens syphilisnél a vér nem viselkedik hasonló módon, szintén gyanus, mert a syphilis latens szakában az átöröklés, sőt fertőzés tudvalevőleg lehetséges és így felvehető, hogy a vírus e szakban is kering a vérben; e mellett szól még az is, hogy a higany a syphilis eme szakában is hatásos, a mit a higany hatása az átöröklésre bizonyít.

*Jendrassik Ernő*. Örövend azon, hogy a multkori felszólalások arra indították az előadót, hogy behatóbban foglalkozzék a kérdéssel. Kérdés, hogy mennyire megbízhatók az előadó érvei. *Justus* dr. a vér bomlására jellegzetes tüneteket akkor észlelte, ha a sublimatot directe a vérbe fecskendezte; lehet azonban, hogy ezen elváltozások nem következnek be, ha a higany lassabban szívódik fel a véráramba. Kérdés, hogy a sublimatnak egészséges ember vérébe való direct befecskendezése nem idézi-e elő ugyanazon tüneteket. Felszólalása czélja, hogy az előadó figyelmét ez irányban való kísérletek tetelére felhívja.

*Bókai Árpád*. Kérdi, hogy előadó tekintettel volt-e a vér víztartalmára, továbbá, hogy nem hiszi-e, hogy ha egészséges ember venájába fecskendezne sublimatot, nem észlelné-e ugyanazon tüneteket, t. i. a poikilocytosishoz hasonló képet. Azt hiszi továbbá, hogy ha egészséges, de hasonló rossz tápláltságú egyéneknél ugyanoly mértékben adagolná a higanyt, ugyanazt a reactiót találná, mert ez szülő nézete szerint a vérnek a higanytól előidézett felhigulásából, majd a diuresis fokozódásából eredő besűrűsödéséből ered. Az, hogy a higany a piros vérszöveteket elbontja, régi dolog, kérdés legfeljebb az, hogy syphilitikus egyének piros vérszeteit a higany könnyebben bontja-e el.

*Justus Jakob*. Ha *Noorden* anaemia perniciosánál 24 óra alatt a vérnek oly rendkívüli elváltozását észlelte, mennyire inkább képzelhető el, hogy syphilisnél a haemoglobinnak tönkrement 10%-a, mint azt szülő észlelte, néhány óra alatt regenerálódik. Minthogy a vizsgált egyének vizeletében urobilint az injectiók előtt nem talált, az urobilinnek az injectiók után a vizeletben való megjelenése a haemoglobin szétesése mellett szól. Az, hogy a haemoglobin-tartalom csökkenése a higany behatására gyógyult syphilitikusoknál nem áll be, a mellett bizonyít, hogy a vér e viselkedése tényleg a syphilissel függ össze. Eö egyéneknél a haemoglobin ezen csökkenését nem észlelte, bár 200 syphilitikus egyéneken kívül körülbelül 40 egészséges egyéneken control-vizsgálatot végeztet. Abból, hogy a syphilis latens szakában a vírus az ovulumban és spermában talán megvan, nem következik, hogy a véráramban is megvan a vírus. A vér víztartalmára tekintettel volt, vér-fajsúlyméréseket eszközölt, de a fajsúlygörbék a haemoglobin-görbékkel épen keresztbeztettek, ezért a vérfelhigulási elméletet nem fogadhatja el. A venába fecskendezett sublimat csak helyben támadhatja meg directe a vért, de ha már a véráramban felhigult, ez nem képzelhető. Ép egyénnél a sejtek ily tönkremenését sublimat-injectióra nem észlelte. A vérszetekek előadó által észlelt elváltozása nem felel meg a poikilocytosisnak, mert a sejtek nem kapnak nyulványokat, nem kisebbednek, hanem ellenkezőleg nagyobbodnak, az éles contourokat



elvesztik, halványodnak. A luetikus egyének vére akkor is másként viselkedik mint az egészségeseké, ha göreső alatt kevéjük sublimattal; míg egészséges egyének vérében 24 óra múlva alig találni ily halvány sejteket, addig syphilitikusoknál már 1 óra múlva alig találunk ép vértekeket.

Mindezek után egyelőre fentartja kifejtett nézeteit.

## Erdélyi Muzeum-egylet.

(Orvos-természettudományi szakosztály ülése 1894. október 27-dikén.)

1. **Brandt József** tanár több beteget mutat be, kiknél sikeres gyomor-bélműtéseket végzett.

a) *Idegen test a gyomorban, laparotomia.* 61 éves férfibetegnél a bázsingban fennakadt barackmag gyanúja miatt végzett vizsgálat közben a bázsingkampó beletört, mely rugójának hegyes szögleteinél fogva esetleges veszélyt vonhatván maga után, laparotomiát tett javaltá. A 2½ óra múlva végrehajtott műtét alkalmával a gyomorban semmi idegen tárgy nem volt tapintható, miért is a hasúr a gyomor megnyitása nélkül záratik. Beteg a műtétet jól állotta ki, seb helyi és általános reactio nélkül per primam gyógyult; kampó a székkel 5 napra távozott. Kísérleti kutyánál ugyanazon kampó 2½ óra múlva még a gyomorban volt. Arra nézve, hogy különböző idegen testek miképp viselkednek a gyomor-bélhuzamban, Brandt tnr. kísérleteket szándékozik végezni.

b) *Carcinoma pylori, gastroenterostomia.* 30 éves nőnél a hasfallal szorosan összefüggő pylorus-rák, mely ezenkívül műtéténél még a gyomor hátsó falára is igen kiterjedtnek bizonyult. E miatt a resectio kivihetetlen lévén, gastroenterostomia végeztetik. Gyógyulás reactio nélkül. A műtét előtti tünetek (hányás stb.) megszűntek, a beteg jól táplálkozik. Brandt tanár sok más esetben is tapasztalta, hogy gonosz daganatok ily „conservatív“ eljárás után aránylag lassan nőnek s a beteg tovább él, mint a kiirtás után rendszeren fellépő recidivákkal élhetett volna.

c) *Kizárt sértőmlő, belső bélzáródás, laparotomia, anus praeternaturalis, halál.* 50 éves férfinál kizárt lágyéksérv miatt herniotomia, mely alkalommal a tömlőben csak folyadék találtak. A kizáródás tünetei tovább is fennállván, 2 napra laparotomia; egy előhúzott összevisszanőtt bélconglomerat megnyitattik. A tünetek súlyosbodása mellett másnap halál. Boncolásnál a vékonybél 2 m. hosszban 360°-nyi volvulust képez, összenöve többszörösen. Valószínű, hogy e tömegnek a műtéténél előhúzott része régebben a tömlőben feküdt, s a taxis által visszatolva a hasúrhoz, ott rendellenes viszonyokat s volvulust idézett elő.

d) *Kizárt lágyéksér, herniotomia, teljes bélresectio, gyógyulás.* 29 éves férfinál az incarcerationio 7-dik napján 30 cm. hosszú gangraenosus vékonybél vágatát ki. Gyógyulás reactio nélkül.

e) *Incarceratio interna, laparotomia, anus praeternaturalis; laparotomia, resectio intestini partialis, gyógyulás.* 48 éves férfinál belső elzáródás esetében eves peritonitis, gangraenosus, szakadékony belek s collapsus miatt resectio mellőztetvén, anus praeternaturalis készítették. Három hó múlva a megerősödött beteg újabb laparotomia tárgya lesz, mely alkalommal három összenőtt bélcacs egymástól elválasztatik, s az egyik levő nyílás a szélek resectiója után záratik. Gyógyulás reactio nélkül teljes.

f) *Kizárt lágyéksér, partialis gangraena a bél falon, annak fedése, gyógyulás.* 26 éves férfinál a korona nagyságú gangraenosus rész oly módon fedetik, hogy a környék peritoneuma felette összehúzzatik s összevarratik; ez által a bél megnyitása elkerültetett. Gyógyulás per primam.

Brandt tnr. úgy kizárt gangraenosus sérvnél, mint belső elzáródásnál a resectiót tartja javaltnak, s anus praeternaturalis készítését csak oly esetben tartja javaltnak, midőn a beteg erőbeli állapota hosszabb műtétet nem enged meg.

*Szabó Dénes* tanár reflectál azon gyomorműtésekre, melyek idegen testek eltávolítása miatt végeztenek.

*Genersich Antal* tanár a Brandt tanár által felemlített egyik esetet boncolta s úgy magyarázza, hogy a tengelye körül esavarodott convolutum, melynek kisebb kacsai szívósan egymáshoz forrtak s összesen 214 cm. hosszú csipőből áll, oly módon jött létre, hogy a régóta fennálló jobb oldali lágyéksérvben fekvő bélcacsok idők folytán egymással egy tömeggé nőttek össze, s midőn a sérv esetleg vagy művi behatásra a hasúrhoz süppedt, ott is egy egészet képezett, a (20 cm.) hosszúra elnyúlt fodron lógva, a peristaltikus bélmozgások hatása alatt tengelye körül esavarodott, mire a keringési zavar folytán a bélesomag mind erősebben felpuffadva, mindinkább súlyosabb elzáródást okozott, míg az üresen maradt sérvtömlő összehúzódott és csak kevés savót tartalmazó zaeszkóvá fonyadt. Ezen tömlő irtatott ki az első műtéténél; az utólag megejtett laparotomiánál pedig a convolutum egyik alsó kacsá rögzítettett a hassebbe és nyitattott meg, de az elzáródás tünetei tovább is fennakadtak, minthogy a convolutum centralis végéből kilépő bél előbb a kis medenczeürbe, azután a csomag mögött felfelé és jobbra futott és továbbra is nagyfokú nyomást szenvedett. Hogy a bélconvolutum nem egyéb egy régi bélsérvnél, azt bizonyítja egyfelől a hashártya tekintélyes szívós megvastagodása, különösen a fodor hosszú és palacsintaszerű volta, valamint egy csepleszdarab csomós megvastagodása, másfelől idült hashártyalob (gümös, rákos) és bélfekélyedések (gümös) teljes hiánya.

*Szabó Dénes* tanárnak a bélhuzam átjárhatóságára vonatkozó megjegyzéseit illetőleg Genersich hivatkozik hosszabb idő óta folytatott bélbeöntési kísérleteire, melyek mentén meggyőződött arról, hogy az emésztő csatorna szűkebb helyein is jóval tágabb mint képzelik. Így pl.

az ép pylorus, mely holt testben akárhányszor oly szűknek tetszik, hogy a kis ujj hegye alig fér belé, szelid feszegetésnél könnyen kitágul annyira, hogy a hüvelykujj jól átvezethető rajta; a Bauhin-billentyű által körül foglalt hasadék kerülete 10 cm. körül ingadozik, rendszeren két ujj köröm-, vagy akár második perczét is befogadja, így tehát esetleg igen nagy tárgyak, nemcsak egy ezüst forintos, hanem egy régi máriás tallér is keresztül haladhat rajta.

2. **Gámán Béla** dr. két beteget mutat be. a) Egy férfit, kinek jobb valódi hangszalagáról egy daganatot távolított el. A daganat egy kis borsónyi nagyságú fibroma volt, mely a hangszalag mellő harmadán szabad szélén ült. A műtétet fogóval végezte. Bemutatáskor — műtét után 5 nappal — a jobb hangszalag még kissé belévelt; a beteg hangja tiszta. b) Egy 62 éves nőt, ki csak suttogva tud beszélni, s stenotikusán lézlik. A gégetükri kép szerint e tünetek oka egy nagy, egyenetlen göbös felületű daganat, mely a mellő commissurán és a jobb hangszalag mellő végén mintegy kocsányon ül, s mely csaknem az egész hangrést kitölti; a képlet szabad hátsó fele könnyen mozgatható, belézéskor a hangrés alsólyed, kilézéskor a hangszalagok közé ékeződik. A baj állítólag 16 év óta áll fenn.

3. **Mezey Sándor** dr. tanársegéd mindkét oldali pangásos papilla esetét mutatja be. O. B., 18 éves leány pár hét óta látásának rohamos gyengülését veszi észre. Körülbelül 2 hóval jelentkezése előtt hosszabb ideig tartó igen heves fejfájásai voltak hányinger, hányás, sőt 2–3 ízben rövid ideig tartó eszméletlenség által kísérve. Az előtt mindig egészséges volt. Luetikus bántalom nyomai nem észlelhetők. Oc. utr. V: 2 m-re olvas ujjakat. Látter úgy fehér, mint a többi színekre is rendes kiterjedésű. Látak fényre jól mozognak. Töröközegek tiszták. Szemtükörrel mindkét szemén tipikus pangásos papilla látható. Papilla felszíne + 6.5 D-val jól látható, míg a retina területe javító üveg nélkül (a duzzanat körülbelül 2 mm.). Idegkorong szürkés vörös apró capillaris vérzésekkel, venák tágak, kanyargós lefutásúak. Diagnosis: Tumor cerebri, melynek közelebbi természete és helye nem határozható meg. Prognosis rossz.

4. **Hevesi Imre** dr. „Fennjárva kezelt alszártörés két esete“ cím alatt bemutatja Dollinger főszkötésének alkalmazását, mely lehetővé teszi, hogy az alszártörést szenvedett betegek azonnal a törés után ambulanter kezeltesenek. Bemutató csak annyiban tér el, hogy a Dollinger által talpult ajánlott gipszlemez helyett többnyire vékony deszkából vagy vastag papírtáblából vágott talpat alkalmaz, mely laposága és egyenességénél fogva a járást biztosabbá teszi; az erősítőül többnyire használt hátsó, gipszpólýából összehajlott vastag szalag alsó végét 3–4 ujjnyi hosszban a talp hátsó végére hajtja át, hol az sarak gyanánt szolgál. Czélszerű ezen sarkat, azaz a talp hátsó végét a láb sarka mögé 2 ujjnyira hozni, mi a sérült végtagon állásnál az egyensúly megtartása miatt kívánatos. A kötés akkor is használható, ha az megszilárdulása után kétoldalt felvágatván, levehetővé tételük, mi a törvégek helyzetének ellenőrzése, komplikált töréseknél sebkezelés, azonkívül általában a modernebb kezelésnek megfelelőleg fogantatosítandó manipulációk, nevezetesen a végék apró mozgatása massage szempontjából igen előnyös. Bemutató különösen Brandt tanár tanítására támaszkodva, ki már az újabb irányzat térfoglalása előtt azon meggyőződésre jutott tapasztalatai nyomán, hogy a törések az absolut nyugalmat biztosító fixáló kötések korai, pl. 8 nap után történő eltávolítása esetén megfelelő egyéb kezelés mellett jobban és biztosabban gyógyulnak, mint teljes nyugalomban, hangsúlyozza, hogy a kezelés ezen főcéljának elérésére irányult törekvésekben is hathatós támaszt nyújt az ily módon készült kötés, mely azonkívül a járást lehetővé tevén, az általános állapotot is kedvezően befolyásolja. Ez eljárás Brandt tanár klinikáján egy év óta alszártörés különböző fajainál a próbát teljes megalábrásra kiállotta.

A bemutatott esetek mindegyike komplikált, nyílt törés.

Nagy Mihály, 20 éves, 5 hét előtt szenvedett törést szekérről leesés és elgázoltatás következtében. A bal sipesont középen harántirányban volt eltörve, a szárcapoc közeli törésére nagyfokú rendellenes mozgathatóság mutatott. A törés magasságában a belső oldalon egy 2 cm. h. haránt zúzott seb, melyen át kutatóval a törvégek elérhetők voltak, 2 ujjnyira lejjebb hasonló seb volt jelen; a sebek szélein a bőr tenyérnyire alávájult volt, a felső bőven vérzett. A vidékről hozott beteg a baleset után 24 órával látatott el. A sebek sublimattal jól kimosattak, a vérzés jodoformgaze tamponade-dal esillapítottott; jodoformkötés. Utána Dollinger-féle főszkötés, mely a sebeknek megfelelőleg kilékeltetett. A beteg még nagykiterjedésű bőrhörzsolásokat és zúródásokat szenvedett a háton, zúzott sebe volt arcán, haemathorax volt nála jelen a jobb 9. borda törésével kapcsolatban, a 3 első nap 39° C. körüli láza volt. A 4. napon azonban állapota annyira javult, hogy segítséggel, néhány nap múlva már segély nélkül felkelhetett; azóta egész nap fenjár. A sebek a léken át kezeltevé, már begyógyultak aseptikus pörk alatt.

Hasonlólag kezelte Borzás József, 18 éves, ki 4 hét előtt szénás szekérről leesés folytán szenvedett jobb alszártörést. Ezen eset azért is érdekes, mert ferde törés volt, igen hegyes felső törvéggel és nagy tendenciával eltolódásra, mely azonban a kötés által mindeddig megakadályoztatott.

Egy hét előtt az első megtárgult kötések ujjakkal cseréltettek fel, a midőn N. M.-nál a törvégek a callus által már jól összetartattak, de a legcsekélyebb mozdulatnál fájdalmat érzett; B. I.-nál a törvégek még mozgékonyak voltak, de el nem tolódtak. Az újabb kötéssel ismét mindketten bot nélküli tudnak járnai mindeu fájdalom nélkül.



## IRODALOM-SZEMLE.

## I. Könyvismertetés.

**Bukovszky György:** Budapest székes főváros központi fertőtlenítő intézetének évkönyve az 1892—1893. évről. Budapest, Pesti könyvnyomda-részvénytársaság, 1894.

E terjedelmes évkönyvnek aránylag csak kicsiny részét foglalják el azon adatok, melyek az ideiglenes fertőtlenítő intézet alapításától 1893. végeig terjedő 15 hónapos működésére és a végzett fertőtlenítések eredményeire vonatkoznak. A munka nagyobb része az intézet felállítása előtti fertőtlenítési eljárást, az intézet felállításának történetét és jelenlegi állapotát ismerteti behatóan, végül pedig az intézet fentartásának indokolását tartalmazza és szól a működését gátló akadályokról, valamint a hiányok orvoslásáról és a fentartási költségek apasztása céljából teendő intézkedésekről. Kívánjuk, hogy a szorgalmasan összeállított évkönyv útján ezen közegészségi szempontból oly fontos intézmény menél több barátot szerezzen.

**A magyar orvosok és természetvizsgálók XXVII. vándorgyűlésének történeti vázlata és munkálatai.** A központi választmány megbízásából szerkesztették *Lakits Ferencz* és *Prochnow József*. Budapest, 1894.

A terjedelmes kötet az előzők beosztását követve, mindenekelőtt a hivatalos részt: az ügyiratokat és jegyzőkönyveket közli, azután pedig a megnyitó és záróüléseket, valamint a szakosztályokban és a tudományos estélyeken tartott előadásokat és beszédeket, jobbra egész terjedelmükben, tartalmazza. Ezek közül az orvosi érdekűek rendkívül túlsúlyban vannak és nem csupán nagy számuk, hanem belértékük miatt is érdekessé és értékesé teszik a könyvet az orvos számára. Az izléses kiállítású kötethez boldogult Szabó József tanár jól sikerült fénynyomatú arcképe van mellékelve.

## II. Lapszemle.

## Belgyógyászat.

**Izületi betegségekről typhusnál** írnak *Robin* és *Leredde*. Szerzők több kórképet különböztetnek meg, melyekben a heveny izületi esz és a typhus tünetei együttesen fordultak elő. Ilyenek 1. A betegség izületi fájdalommal és megduzzadással kezdődik, egy idő múlva pedig a typhus abdominalis ismeretes biztos jelei mutatkoznak. Ezen alakot szerzők arthrotiphusnak nevezik. 2. A typhus későbbi szakában genyes izületi lobok jelentkeznek, melyeket részint typhus-bacillusok, részint másodlagosan bejutott mikrobák okoznak. 3. Pseudorheumatismus typhosus állapottal, vagyis septikus megbetegedés lokalizálódva az ízületekben és súlyos általános kórkép. 4. Igazi polyarthritus rheumatica typhosus állapottal. Szerzők a typhus-bacillusokkal és az acut izületi esz vírusával való egyidejű fertőzés előfordulását tagadják. (Arch. génér. de med. 1894. szept.)

**Végtag-gangraena heveny izületi esz lefolyásában.** *Kunellis* egy esetet ír le, melyben az összes végtag-izületeket egymás után megtámadott heveny, magas lázzal járt esz megbetegedés 26. napján a 22 éves rendkívül vérszegény és hysterikus nőnél a jobb lábszáron száraz fűzők fejlődött, mely a beállott demareatio után a czomb amputálásához vezetett. Említendő, hogy a többször ismételt vizeletvizsgálat dacára czukor sohasem találtatott és a szív vizsgálatakor a legkisebb zörej sem észleltetett. Az arteria poplitea emboliáját tehát ki lehet zárni és felvehető, hogy endarteritis okozta a gangraenát, mely endarteritis a rheumatikus infectio folytán keletkezett és elősegített a beteg constitutiója, a tartós magas láz és talán a hosszas antipyrin-használat által. (Progrès médical, 1894. 30. sz.)

**A pajzsmirigy extractumával** gyors gyógyulást ért el *Auld* (Glasgow) *psoriasis* egy súlyos esetében; *Auld* szinte specifikusnak merné mondani e hatást. *Basedow-kór* egy esetében pedig az extractum alkalmazása alatt az összes tünetek rosszabbodtak, s *Auld* azt véli, hogy ez is azt bizonyítja, miszerint a *Basedow-kór*nál a pajzsmirigy hypersecretiójával van dolgunk. *Menzies* 6,

aránylag még friss, de súlyos, rupiaszerű bőrkiütésektől kísért *syphilis*-esetet közöl, melyeknél az antitetikus kúra eredménytelen volt, de pajzsmirigy extractumának 0.3—0.6 napi adagai mellett gyors javulás mutatkozott. Egy öröklött luesben szenvedőnek szétcsontgummája is hamar eltűnt az extractum adagolása által. (Brit. Med. Journ.) A—y dr.

**Csavar-compressoriumot** ajánlott a *Basch*-féle sphygmanometer alkalmazásának megkönnyítésére *Högerstüdt*. E tárgyban most *Basch* maga nyilatkozik meg és kijelenti, hogy 14 évvel ezelőtt, mikor első sphygmomanometerét construalta, ő is elkerülhetetlennek vélte a pelotta nyomását csavar-compressorium segítségével vinni át a verőérre. Egy évig alkalmazta is e berendezést, de utóbb eltért tőle és most 13 évi tapasztalatára támaszkodva, mondhatja, hogy a csavar-compressorium nemcsak felesleges, de elvetendő is, mivel a vérnyomás mérésébe idegenszerű tényezőt vegyít és az eljárást a pulsustapítás egyszerű műveletétől még jobban eltávolítja. (Wien. med. Blätter, 1894. decz. 13., 755. old.) K—y.

## Orr-, torok- és gégebajok.

**Az orrüregben befészkelődött diphtheria-bacillus életképességéről** közöl *Abel* értékes megfigyeléseket. Ismeretes volt eddig is, hogy a diphtheria-bacillus a betegség múltával még egy darabig feltalálható a nyálkahártyákon. Ez időpontot eddig maximum 2—5 hétnek gondolták. *Abel* vizsgálatai szerint azonban a bacillusok — ha kedvező körülmények mellett jól conserválódnak — még a 10. héten is feltalálhatók és életképesek. Főleg jól conserválódnak a diphtheritis bacillusok akkor, ha a bántalom az orrüreg mellékképleteire is áttérjed. E megfigyelése főleg az által nyer fontosságot, mert az egyszerű rhinitis fibrinosa igen sokszor lesz összetévesztve azon másik hasonló alakkal, mely diphtherias alapon fejlődik ki. A. egy 12 éves betegénél észlelte ezt, hol a torok-diphtheritis mellett diphth. alapon rhinitis fibrinosa fejlődött ki, mely esetben a gyógyulás után 65 nap múlva is kimutatható volt a diphtheritis bacillus. A rhinitis fibrinosa lefolyása annyira enyhe, hogy a beteg csak egy nagyobb náthának tartja s legtöbbször igénybe sem veszi az orvosi segítyt; ha azonban e bántalom torok-diphtheritishoz társul, úgy a diphtheritis bacillusok az orrüreg nyálkahártyás tasakjaiban hónapokon át conserválódnak. Gyakorlati szempontból ez rendkívül fontos. Mert nem elegendő már az, ha az ilyen torok-diphtheriából gyógyult beteget, a környezetét és a holmiját felgyógyulása után kellőleg desinfectáltatjuk s azután 1—2 hét elteltével nyugodtan engedjük társaságba, iskolába stb., mert az illető még mindig magában hordja a diphtheria virulens bacillusait. A. szerint kívánatos lenne, bár ez igen nehezen viheto keresztül, hogy a diphtheria-reconvalescensek csak akkor tekintessenek meggyógyultaknak, ha már a tenyésztési és mikroskopi vizsgálatok *negativ* eredményűek. (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 35.) Váli.

## Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Gonorrhoea** több makacs, minden szereléssel daczó esetében *Pellissier* jó eredménnyel használta a citromsavat, melynek 1%-os oldatából naponként hatszor fecskendeztetett be. A gyógyulás már 5—8 nap alatt következett be. (Le bulletin médical, 1894. 102. sz.)

2. **Epilepsia gyógyítására** *Bechterew* a bromsokat adonis vernalis-sal kapcsolatban ajánlja: Rp. Infusi adonid. vernal. e 2.0—3.75 ad 180.0; Natrii bromati 7.5—11.25; Codeini 0.12—0.18. S. Evökánalanként. Ezen orvosságból naponként 4—8 evökánalni vétetik be. E szerelést a betegek hónapokon keresztül is jól tűrik. (Neurol. Centralbl. 1894. 23. sz.)

3. **Delirium tremens** 8 esetéről tesz említést *Burson*, a melyekben nagy mennyiségű meleg víz itatása után teljes gyógyulás következett be. Ezen eredményt a víz erélyes diuretikus és diaphoretikus hatásának tulajdonítja. (Les nouv. rémédés, 1894. 22. sz.)

4. **Lábizzadás** ellen *Legoux* a következő szert ajánlja, melylyel a lábak naponként reggel kefe segítségével bedörzsölendők: Rp. Liquor. ferri sesquichlor. 30.0; Glycerini 10.0; Ol. bergamot. 20.0. (Therap. Blätter, 1894. 7. sz.)



## TÁR C Z A.

## Orvosi gyakorlat; diagnostikai és gyógykezelési tévedések.

Schwimmer Ernő tanártól.

(Folytatás.)

A gúny és megvetés, melylyel Molière és mások ezen orvosi eljárásokat kísérték, mostanában előttünk is igazoltnak látszik, de t. uraim, nekünk mint epigonoknak könnyű elítélni a 200 év előtt történt otromba eljárásokat; milyen légkörben nevelkedtünk mi fel, és milyen mély örvény választ el minket az elmúlt idők sötét tudatlanságától! Bámulattal tekinthetünk inkább egyes egyének helyes logikájára és fenkölt ítélőképességére, kik századuk tudását és tudományát túlszárnyalták lángeszű felfogással és ostorozni mertek egy egész rendet, mely minden hibájának daczára akkoriban a legmagasabb rendű köröknél igen nagy tiszteletben állott és büszkeségét egyetemi intézeteiben találta. Az orvosi tudományt és gyakorlatot azonban ezen, valamint az előbbi századokban csak olyan mértékkel szabad mérnünk és olyan szempontból megítélnünk, mint a többi tudományokat, melyeket akkoriban műveltek; az egyénben rendszeren csak visszatükröződik azon korszak, a melyben él, ő teremője és képviselője azon tudomány haladásának, a melyet művel és melyet fejleszt; a visszamaradás az ő hibája, a haladás az ő dicsősége.

Az emberiség szellemi és anyagi fejlődése az orvosi tudomány fejlődését is maga után vonta és mikor a felvilágosodás és általános civilisatio magasabb fokot ért el, akkor az orvosi tevékenység és szellemi képesség helyesebb formákat is kezdett ölteni. A több mint ezer éven át terjedő és menő spekulációk és hypothesiseken nyugvó orvosi gyakorlat a *természettudományok* felindulásával kezdett új és eddig ismeretlen utakon haladni. *Sydenham*, *Boerhaave*, *Van Swieten* és más kiváló szellemek fáradozásai nem vitték annyira előre az orvosi tant, mint *Lavoisier* és *Liebig* vegytani, *Bichat*, *Andral*, *Rokitansky* és *Virchow* kórboneztani, *Laënnec* és *Skoda* physikalikus vizsgálati módszerei. Ezen férfiak természettudományi irányban fejlesztették és művelték az orvosi tant, úgy hogy ez utóbbit mai napság mint a természettudományok igen nevezetes ágát kell tekintenünk. Az orvosi tudomány nagyméretű fejlődését, a mely szemünk előtt folytonosan növekszik, kizárólagosan a természettudományoknak köszönhetjük, ők képezik az orvosi buvárlat biztos talapatát, ők tanítottak minket az élet törvényeit helyesen fejtegetni, ők adják a kutatásnak a biztos irányt. Az orvosi gyakorlat nem maradhatott vissza, ha az orvosi tudomány iránya nagyobb lendületet vett és habár tudomány és gyakorlat nem szokott egy forrásból eredni, azért az orvosi praxis mégsem zárkozhatott el a tudomány vívmányai elől.

Az orvos ez értelemben mint egy bizonyos szaktudomány-nak képviselője kettős feladatot végez: *tudományost és gyakorlatit*; mert ilyen nagy feladat teljesítésére vállalkozik, azért pályája magasztos, működése céltudatos és tevékenysége nemes.

A gyakorlat feladata az emberi testen nyilvánuló és a rendszer állapottól eltérő tünetmenyeket szorgos megfigyelés tárgyává tenni, körültekintéssel mindent megkísérteni, mivel embertársának bajában enyhülést nyújthat és a folyvást körülvevő veszélyektől megóvhatja. De az orvos tudása gyakran szűkebb korlátok közt mozog, mint ezt feladata megoldásának megkísérlésekor maga képzele, mert nem ritkán azon kínos helyzetbe jut, hogy legjobb tudása és akarata daczára nem találja meg a helyes utat, megakad további működésében és eltéveszti az irányt, melyen biztosan felismerheti a bajnak valódi lényegét és a kóros állapotnak székhelyét. Ha az, a mit végeztünk, czélhoz nem vezet, akkor működésünk gyakran kárba vesztett munka: *Stulta est gloria*, mondja Cicero, *nisi utile est quod faciamus*. Ninesen komoly és hivatásának magaslatán álló orvos, ki tudásának és akaratának ezen hatását működése folyamán nem érezte volna; azért legyen minden orvos vezérelve mindig és mindenkor a *szerénység*; ez képezze jellemének főerényét! Ha meggondoljuk milyen nagy felelősség hárul reánk hivatásunk teljesítésében, mely pályánk kezdetén még súlyosabban nyomja vállunkat, mint ha abban már megöszültünk, akkor érthetjük egy német orvos *Krüger Hansennek* szavát: „Es

ist ein Unglück, dass mit Ertheilung des Doctorhutes den Aerzten eine souveräne Macht über Leben und Tod in die Hände gegeben wird.“ Midőn az emberi társadalom rendünket ilyen kiváló előjoggal ellátja, azt azon feltevésben teszi, hogy tudásunkat legjobb lelkiismerettel embertársaink javára fogjuk felhasználni. Az orvos azon biztos tudattal lép a betegágyhoz, hogy tud és akar segíteni, a beteg épen úgy mint környezete őt ugyanazon bizalommal fogadja. Minél közelebb áll az orvos a laikus felfogásához, azaz minél kevesebb gyakorlattal és tapasztalattal bír, annál nagyobb néha önámítása és annál merészebb még a fellépése; minél tovább működik a gyakorlat terén, annál elővigyázóbb a bántalom megítélésében és annál óvatosabb nyilatkozataiban. A fiatal orvos önbizalma még a kórodákon tapasztalt eredményeken nyugszik, átviszi az ott látott biztos eljárást a saját gyakorlatába és így maga is bizik felfogásában, bizik a gyógyszerek hatásában, de sajnosan felébred benne nemsokára azon tudat, hogy most önállóan kell gondolkozni és cselekedni, nem örökös működése felett tanítójának gyakorlott szeme. Ha könnyű esettel van dolga, akkor minden rendben megy, ha azonban a beteg állapota komolyabb kezd lenni, a betegség lefolyása nem várt fordulatot vesz, a kórtünetmenyek súlyosbodnak és a gyógyeljárásba helyezett hit cserben hagyja, akkor az orvos könnyen elveszti nyugalmát, önbizalma kezd ingadozni, és szívésen veszi, mi ellen előbb védekezett, ha súlyos felelősségében más ügyfelekkel osztozhatik. A beteg és környezetének bizalma lépést tart az orvos magatartásával, fel- és alászáll, mint a hőmérő higanyoszlopa; a kezelő orvos most már nem látszik neki elég járatosnak, szeretné más szakemberek nézetét hallani, de azért egyre hangoztatja, hogy még mindig teljes bizalommal viseltetik orvosa iránt. Ha azután egy második és egy harmadik sem tud segíteni, akkor a bizalmatlanság már az egész tudomány felé fordul, most azt kezdik kiesínyni és becsmérteni.

(Folytatása következik.)

## Heti szemle.

Budapest, 1895. január 17-dikén.

A diphtheritis serumtherapiája. A „Progrès médical“ 1894. évi 51. számában statistikát közöl, mely az esetek nagy száma miatt figyelmet érdemel. A „Hôpital des Enfants-Malades“-ben 1894. február havától kezdve 780 diphtheria-esetet kezeltek serummal; a halálozás százaléka 21 volt. A „Hôpital Trousseau“-ban szeptember 18-dikán kezdték meg a serumkezelést; 247 eset közül 39 végződött halálosan, vagyis 15.02%. Összesen tehát 1027 serummal kezelt gyermek közül 19.76% halt el. Ezen számok értéke még növekszik, ha összehasonlítjuk azokat a következő táblázatban foglalt számokkal, a melyek az előző 7 év diphtheria-halálozását tüntetik fel ugyanezen kórházakban:

	1887.	1888.	1889.	1890.	1891.	1892.	1893.
Esetek száma	1577	1783	1928	2107	1903	2070	1877
Halálozás %-a	60.81	64.66	61.41	57.33	53.65	50.14	51.30

A serummal kezelt esetek számát és halálozási százalékát az egyes hónapok szerint a következő táblázat tünteti fel:

	Február	Márczius	Április	Május	Junius	Julius	Augusztus	Szeptember	Október	November
Esetek száma	77	99	86	77	60	65	50	93	228	192
Halálozás %-a	24.67	27.20	32.55	23.37	21.66	20.00	18.00	11.82	13.15	18.22

Ezzel szemben a serum előtti 7 év eseteinek száma és halálozási aránya az egyes hónapok szerint a következő adatokból tűnik elő:

	Január	Február	Márczius	Április	Május	Junius	Julius	Augusztus	Szeptember	Október	November	Deczember
Esetek száma	1262	1247	1374	1312	1226	1038	957	989	782	851	1026	1141
Halálozás %-a	57.21	59.10	60.91	58.00	56.93	55.29	54.23	52.58	54.98	58.87	50.97	59.61



*Gröbel*, segédorvos Schede osztályán a hamburgi új közkórházban, két esetet közöl (Deutsche medic. Wochenschrift, 1895. 2. sz.), melyekben a serumkezelés után néhány hét múlva diphtheria recidiva jelentkezett. Az egyik eset egy 2 éves gyermekre vonatkozik, a melyben súlyos torok- és gégediphtheria miatt 1500 antitoxint fecskendeztek be és tracheotomiát végeztek; a gyermeknél 40 nap múlva az antitoxin befecskendése után újból jelentkezett torok- és gégediphtheria. Úgy a recidiva, mint az első izbeni megbetegedés diphtheriás természetét pontos bakteriologiai vizsgálat igazolta. A másik esetben a 7 éves gyermeknél a torokdiphtheria 4. napján 1000 egység fecskendeztetett be; 28 nap múlva recidiva mutatkozott. Ebben az esetben bakteriologiai vizsgálat nem végeztetett.

*Hagenbach*, baseli tanár (Ref. München. medic. Wochenschrift, 1895. 2. sz.) általában igen kedvező eredményeket ért el a serummal. Egy esetben azonban a befecskendezés utáni 3. napon petechiák jelentkeztek az egész testen, majd a 7. napon profus hányás és 3 nap múlva collapsus közepette halál. Bonczoláskor a tonsillák részben genyesen infiltrálva találtattak, ezenkívül lép-nagyobbodás, parenchymatosus nephritis, haemorrhagikus gastroenteritis és a szívizomzat nagyfokú zsíros elfajulása volt jelen. Szerző azt hiszi, hogy ezen elváltozások okozati összefüggésben állanak a serum használatával.

*Coppes* (Ref. Wiener mediz. Wochenschrift, 1895. 2. sz.) conjunctivalis diphtheria egy nagyon makacs, minden szereléssel daczoló esetében megkísérelte a Behring-féle serum alkalmazását. Négy nap alatt gyógyulás következett be. A betegség diphtheriás természetét a bakteriologiai vizsgálat igazolta.

*Habel* (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1895. 1. sz.) egy esetet közöl, melyben a 11 éves fiúgyermeknél 11 nappal a serum befecskendezése után urticariaszerű kütég jelentkezett, mely különféle testrészekben fellépett oedema, nagyfokú prostratio és rheumatoid fájdalmak kíséretében 2 napon át fokozódott, más 2 nap után pedig eltűnt. A hőmérsék csak akkor emelkedett, a mikor a kütég már visszaféjlődésnek indult.

\*\*\*

**VII. kimutatás a Semmelweis-Emlék gyűjtésének eredményéről 1894. augusztus-decemberig.** Lindner S. dr. (Budapest) IV. gyűjtése: Creil S., Bachrach, Ráth dr. = 3; Prof. Madurovics (Krakó) = 116.80; Bosnyák dr. (Nagy-Berezna): Bosnyák dr. 5, Austner, Lőrinczy á 1, Nehrebeczky, Petri = 1, Hauptmann — 30 = 8.30; Fehérmegye alispánja útján: — 50; Káhn Gusztáv igazgató és Bruck I. dr. által az „Érszébet“ sósfürdőben augusztus 11-dikén rendezett hangverseny jövedelme: 76; Fauser Árpád dr. (Budapest) = 20; Tiroch dr. (Budapest) = 18; Berger F. dr. (H.-M.-Vásárhely), Hintz H. dr. (Bártfa) á 5 = 10; Pollák Ignáczné (Szentes) = 4\*; Maizner I. dr. (Kolozsvár) = 5; Schwarz Frigyes dr. (Pécs): Schwarz dr. 5, Kauffer, Pick, Panuz, Goldberger, Bokor dr.-ok á 2, Blau 1 = 16; Bársony I. dr. (Budapest) 10, Gillner (Abony) 5, Réé I. (Polgárdi) 2, Gyenes, Szacsavay, Kálori, Orey, Kun, Kaczkovics dr., Dáni dr., Gyalus á 1 = 25; Prof. Slinger és tanítványai, Groningen (Holland) = 23.50; Dirner Gusztáv dr. útján: Horváth I. dr. (Berlin) 12.18, Kovácsné 1, Hirner Éva — 50; Diescher F. dr. 5, Schächter Miksa dr. 10; Budapesti Hírlap gyűjtése 183.80 = 212.48; Büchler L. dr. (Budapest) 9; Koszka J. dr. (Budapest) 5; A VIII. nemzetközi congressus hölgybizottsága: 76.26; Papp Róza főápolónő Budapest 8; Hoehhalt Károly dr. Budapest 10; Prof. Rosthorn Prága: 20; Dirner Gusztáv dr. útján (kimutatva a Bába-Kalauzban): 49.50; Horváth Mária: 5; Horváth Sándorné (Solt): 9; Lindner S. dr. (Budapest) VI. gyűjtése: Amar, Kohn, Berger, Ernst á 1, Grünwald, X. Y., Hoffmann, Klein á 50 kr. = 6; Márkus Mór dr. (M.-Sziget): 1; Dirner Gusztáv dr. útján (kimutatva a Bába-Kalauzban): 6.50; *összesen 743.84 kr. Az I—VI. kimutatás összege: 12,586 frt 43 kr. Főösszeg 13,330 frt 27 kr.* Elischer Gyula dr., a Semmelweis-Emlék végrehajtó bizottság pénztárosa. IV. ker., Petőfi-tér 1.

### Vegyesek.

Budapest, 1895. január 18-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. decz. 30-dikától 1895. január 5-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 374 gyermek, elhalt 261 személy, a születések tehát 113 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2186 beteg, szaporodás 685, esőkkenés 636, maradt e hét végén ápolás alatt 2235. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1895. január 7-étől január 14-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymában 6 (meghalt 1), himlőben 1, bárányhimlőben 48, állhimlőben 1, vörhenyben 16 (meghalt 1), kanyaróban 83 (meghalt 2), ronszoló toroklobban 16 (meghalt 3), torokgyíkban 4 (meghalt 1), trachomában 13, hökhurutban 6, orbánczban 9, gyermekágyi lázban 2.

— Szigethy Károly dr.-t az igazságügyminister a nagykanizsai törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendők rendes ellátásával bizta meg.

— Az igazságügyi orvosi tanács tagjai közül a törvény rendelkezésénél fogva a mult év végével kilépett *Bakó Sándor* magántanárt, *Moravcsik Emil* rendkívüli tanárt és *Plósz Pál* ny. rendes tanárt az igazságügyminister a tanács tagjaivá további három év tartamára kinevezte.

— Nyílt kérés Magyarország orvosaihoz. A magyar kereskedelmiügyi minster úr megbízott, hogy a magyar eredetű régi természet-tudományi, orvosi eszközöket, a magyar találmányokat és felfedezéseket a millenniumi kiállítás idejére kutassam fel s a kiállításon lehetőleg mutassam is be. A magyar eredetű eszközök, találmányok ilyen alkalommal való bemutatásának nagy fontosságát ki tagadhatja? Ezeket látva az idegen. kénytelen lesz elismerni, a mit eddig nem ismert el, hogy azok feltalálásának dicsősége a magyar ember nevéhez fűződik, azok tényleg a magyar genius munkájának productumai. Azok a csoportok, melyeket kutató munkámnak fel kell ölelnie, a következők: 1. Az aranyesimálás eszközei. 2. Régi orvosi, gyógyszerészeti és csillagászati műszerek. 3. Régi physikai és chemiai taneszközök. 4. Eszközök, melyeket régi magyar tudósok használtak. 5. Magyar találmányok és felfedezések, a találmány, illetőleg felfedezés bemutatásával esetleg szemléltetésével. 6. Eszközök, melyeket történelmi nevezetességű férfiak használtak, melyekkel magyar tudósok nagy eredményű kutatásaik közben dolgoztak. Kiállításom teljessége érdekében nem nélkülözhetem azon testület segítségét, mely hazánkban hosszú időn keresztül a természettudományoknak csaknem kizárólagos munkása volt. A magyar orvosi kart értem. Mély tisztelettel kérem Magyarországi orvosait, ha régi eszközök birtokában volnának, azokat nekem a kiállításon való felhasználás czéljából átengedni kegyeskedjenek. Mindenekelőtt pedig az eszközöket velem levél útján megismertetni sziveskedjenek. Az egyes eszközök — melyek a kiállítás bezárása után pontosan visszaszolgáltatnak — a kiállításon tulajdonosaik nevét fogják viselni. Mély tisztelettel dr. *Hankó Vilmos* tanár, a magy. tud. akademia lev. tagja. Budapest, 1895. január 15. (Budai áll. főreáliskola).

○ **Preysz Kornél** dr. a „Füredőirodalmi Könyvtár“ szerkesztője (I. Budapest, VIII. ker., illői-út 2) felkéri mindazon magyar orvosokat, a kik akár most, akár a nyári évad alatt valamely külföldi fürdőben vagy gyógyító helyen úznak gyakorlatot, hogy pontos czímüket a „Füredőirodalmi Könyvtárban“ leendő közzététel végett neki beküldeni sziveskedjenek. A közzététel a hazai fürdőző közönség érdekében történik s így teljesen díjtalan.

— A „Magyar dermatologusok és urologusok egyesülete“ f. év január hó 3-dikán tartotta alakuló közgyűlését. Elnök lett Schwimmer Ernő egyetemi tanár, alelnök Bakó Sándor magántanár. I. titkár Róna Sámuel magántanár, II-od titkár Török Lajos dr., jegyző és pénztáros Basch Imre dr. Az alakuló közgyűlés esekély módosítással elfogadta a bemutatott alapszabálytervezetet és szentesítésének kieszközölésével megbizta az elnökséget. Az új egyesület a bőr-, buja- és hölgy-ivarszervi bántalmakról szóló tudománysszakok művelését tűzte ki czéljául s főleg arra törekszik, hogy a tartandó előadások, betegbemutatók stb. szakszerű megbeszélés tárgyát képezzék.

— A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárába 1894. november 15-dikétől december végéig következő összegek folytak be: Prochnow József (Budapest) adománya 25 frt. Bihari Gyula (M.-Lápos) gyűjtése 11 frt 30 kr.; 8 frtot fizetett: Szontágh M. Abbazia; 5 frtot fizetett: Comsia J. Szombatság; egyenként 4 frtot fizettek: Frommer E. N.-Szombat, Handl J. Erdőhegy, Heim E. Stomfa, Kolczonay E. Besztercebánya, Lahner E. M.-Óvár, Rosenblum M. Krassó, Schönberger S. Eger, Tammer A. Felbaár, Velics A. Budapest; egyenként 2 frtot fizettek: Balásfy G. A.-Maróth, Barabás A. N.-Borosnyó, Besenczky A. M.-Lápos, Bihari Gy. M.-Lápos, Braun F. Buly, Fischer F. Brassó, Fried J. Nezsider, Hermann M. Mohács, Hüke K. Dorogh, Jelentsik N. Privigye, Kotucs J. Győr-Szemere, László K. Somorja, Lichtmann H. Ujpest, Löwy J. Mohács, Menner A. Miskolcz, Milch M. V.-Beszterce, Nyáry I. Zeliz, Pless S. Erd. Rameshofer S. B.-Sz.-Lőrincz, Raitits L. Besztercebánya, Rappoport J. N.-Szombat, Reinitz J. Paesa, Reiss A. Siklós, Rózsai M. Kotor, Rüll I. Mohács, Sáska L. Dömsöd, Schlesinger J. Győr, Schwitzer H. Szered, Selényi A. D.-Adony, Simenszky R. Bánd, Skultéty T. N.-Szöllös, Somogyi Zs. Kisvárd, Starke A. N.-Károly, Stéger K. F.-Szele, Szalay J. H.-Nánás, Székely K. Beregszász, Szentgyörgyi F. Orsova, Szigethy N. Somogy-Szill, Szilvássy I. Borszék, Szini I. Gy.-Sárhegy, Szolowig A. Pozsony, Szommer A. B.-Kajár, Szulik K. Kurtakeszi, Tóth J. Selmeczbánya, Trosztler M. Rajka, Tüske F. Kolozsvár, Váci L. N.-Károly, Vajda K. Böhönye, Váli S. T.-Süly, Véber J. Karavukova, Vecsey Gy. Gödöllő, Vizi H. Körmend, Weisz A. Piszke, Wertner M. Muzsla, Zátanyi I. Kolluth és Zsigárdy A. Pozsony. — *Liebmann Mór* dr. egyet. m.-tanár, pénztáros. (Andrássy-út 13. sz.)

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

Budapesten.

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

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősor 5. sz.** — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kívánatra prospectus.



**Heti kimutatás**

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-kórházban 1895. január 10-től egész 1895. január 16-ig ápolat betegekről.

1895.	Felvett			Elbocsátott			Meghalt			Maradt			Az ápolat körül			
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülőnő	heveny fertőző	az álló-út kórházban
Jan. 10	71	45	116	44	45	89	4	4	8	1256	902	2158	1091	30	45	992
" 11	47	41	88	46	27	73	2	—	2	1255	916	2171	1090	31	45	1005
" 12	64	61	125	47	57	104	6	4	10	1266	916	2182	1097	34	46	1005
" 13	37	26	63	37	27	64	6	2	8	1260	913	2173	1103	34	44	992
" 14	74	60	134	58	41	99	6	1	7	1270	931	2201	1111	34	46	1010
" 15	65	67	132	48	48	96	5	2	7	1282	948	2230	1116	34	45	1035
" 16	43	44	87	37	12	49	6	—	6	1282	980	2262	1125	34	45	1058

**HIRDETÉSEK.**

**DR. DOLLINGER GYULA**

TESTEGYENÉSZETI  
ÉS  
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST  
VII., KEREPESI-ÚT 52.

Vegyi, górcsovészeti és bacteriologiai

**ORVOSI LABORATORIUM**

Budapest, V. ker., Váci-körút 60. sz.

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

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

**DR. GRÜNWARD SANATORIUMA**

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

(A király-utcai villamos vasút mentén.)

Ujjonnan épült, minden komforttal és gyógyszerközzel ellátott magángyógyintézet. Felvételnek bármily gyógyszerkambába vágó beteg nők. — Gyógykezelés kivánság szerint bármely specialista által. Van külön szülészeti pavillon is. Állandó orvosi felügyelet. Kitiünő ellátás. Telefon. Kívánatra prospectus.

**Tamar Indien Grillon**

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranyérbántalmak, vértódulás, fejfájás, étvágyhiány, epe-, gyomor- és bélbajok. Nélkülözhetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyösen alkalmazható előrehaladt korúknál és gyermekeknek. — Semminemű drasztikus alkotórészeket, mint Aloés, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csak a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendszeres szorulásban szenvednek.

A **Tamar Indien Grillon** Franciaország első tekintélyei által javallatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

MAGYARORSZÁGI FŐRAKTÁR:

**TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszerháza, Budapest, király-utca 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsói- és bacteriologiai

**ORVOSI LABORATORIUMBAN**

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

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

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

VÉDŐJEGY.



Univ. med. **Dr. PÉCSI DANI**  
nyilvános

**TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE**

**TURKEVÉN** (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

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

50 egyénre (kb. 1 gramm) --- 3.—  
100 " (kb. 2 gramm) --- 6.—  
1 phloa 2-3 egyénre --- 1.50  
10 vagy több ilyen phloa á --- 15.—  
1 phloa 15 egyénre --- 2.50

Csomagolásért 20 krajczár

Természetes szénsavdús svanyvíz a mohai

**ÁGNES**

forrás. Legjobb asztali és üdítőital. Kitiünő szolgálatot tesz az emésztési zavaroknak.

Járvány idején préservatív gyógyszernek bizonyult.

Szét-küldése **Édeskuty L.** udvari szállító által Budapest.

Kapható mindenütt.

Sápkór, Anaemia,  
Kimerülés,  
Lábadozás

**Cognet Vaszkurkái**

Vas-Protoxalate és Kristályos Quassine.

A leghatásosabb vaskészítmény

**A. COGNET**, 43, Rue de Saintonge, PARIS

Budapest: **TÖRÖK JÓZSEF**, gyógyszerháza, Király utca, 12.

**TÜDŐ-GÜMÖKÖR**  
ÉS A LÉGZÉSI  
szervek betegségei  
általában

**COGNET-TOKOCSKÁK**

Ioaform-Kreosotos absolut Eucalyptol.  
Felülmúlhatlan Antiseptikus szer teljesen jól tűrve.

PARIS

**A. COGNET**, 43, Rue de Saintonge  
Budapest: **TÖRÖK JÓZSEF**, gyógyszerháza, Király utca, 12.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az úgynevezett „Plasmasejtekről“, adatok a lobos beszűrődés sejtjeinek eredetéhez.<sup>1</sup>

(Egy színnyomatú tábla melléklettel.)

Marschalkó Tamás dr.-tól.

Neisser tanár kórodáján az utóbbi 3 év telén folytatott munkálkodásom egyik gyümölcse a fentebb említett nagyobb dolgozat, a melynek egy részét rövid kivonatban Högyes tanár úr kegyessége folytán ezen lap hasábjain is szerencsés vagyok közölni, a mit annál fontosabbnak tartok, mert bár munkám első sorban a bőrgyógyászt érdekli, és annak kiindulási pontját épen Unnának az ú. n. plasmasejtekről megjelent közleménye, a melyről mindjárt bővebben lesz szó, képezte, de miután a lobos beszűrődés sejtjei eredetének kérdése, ha speciálisan bőrbetegségekről van is szó, még akkor sem különíthető el ama

<sup>1</sup> Ezen munka egész terjedelmében Neisser tanár boroszlói egyetemi bőrkórodájáról az „Archiv für Dermatologie und Syphilis“ 1895. január-februári füzetében jelent meg.

Neisser tanár munkámhoz egy pár bevezető megjegyzést volt szives írni, a melyben megemlíti, hogy épen midőn munkám nála lévő s neki még 1894. elején áttekintés végett átadott kéziratát az „Archiv“ szerkesztőségének be akarta küldeni, jelent meg Unnának nagy könyve: „Lehrbuch der pathologischen Anatomie der Hautkrankheiten“, a mi vizsgálataim mielőbbi közlését még időszerűbbé tette. „Mert — így folytatja Neisser — az Unna által oly nagy stílusban megalkotott épület egyik főszlopát épen az úgynevezett plasmasejtek, illetőleg az ő nézetei a plasmasejtekről képezik, és csak alig lehet az 1200 oldalas könyv valamely lapját felütni, a melyen nem lenne a plasmasejtekről mint olyanokról szó, a melyek a szövettani szerkezet egy lényeges alkotó elemét képezik.“

„De nem fekszik-e már magában ezen tényben egy oly momentum, a mely igen alkalmas ezen újonnan felfedezett sejt faj jelentőségét már eleve is leszállítani? Egy sejt faj, a mely a szövethéjzészénél mindenütt előtérben van, semmi esetre sem bírhat egy megbetegedésre vagy egy betegségcsoportra nézve specifikus jelentőséggel.“

„Pedig — mint Unna mondja — itt épen arról volt szó, hogy azon fogalomzavart, a mely a „gömbsejtek“ és „ébrényi sejtek“ mint általános fogalmak használata által létrejött, megszüntessük, és Unna ezt az ő specifikus protoplasma-festési módszerei által véli elérni, a melyeknek legfontosabb vívmánya a „plasmasejtek“ felfedezése volt.“

„Ha azonban mindazt, a mit eddig „lobos beszűrődésnek“ nevezünk, az új nomenclatura szerint „plasmom“-nak nevezjük, hol van akkor az oly nagy — Unna által annyira hangsúlyozott — haladás?“

„Különben is nem áll, hogy Unna „plasmasejt-festése“ specifikus jelentőséggel bír, mert bár ezzel (mint számos más már rég ismert módszerrel is) a sejtprotoplasma ugyan jobban festődik mint a rendszeren használt magfestéseknél, de a legkülönbözőbb sejteké, és azért nem bizonyító egy sejtnevel jelenlétére nézve.“

„Az pedig, a mit Unna állít, hogy a „plasmasejtek“ a fix kötőszöveti sejtek származékai, tisztán csak egy hypothesis, melyet ő felállít, a nélkül, hogy csak meg is kísértene annak bebizonyítását, és fentart más buvárok ellenvetései dacára is, és ezen hypothesis szerepe az új munkában mint egy új bőrkórtan leglényegesebb alapja.“

„Marschalkó munkájában az Unna-féle nézettel egy másikat állított szembe: a „plasmasejtek“ lymphocytá természetét, mely sejteket ő az összes methylenkék-reactiót adó sejtek chaosában sem engedett alámerülni. Mennyiben sikerült ez neki, az olvasó maga fogja megítélni. Semmikép sem lehet azonban tőle elvitatni azt, hogy a lehető legnagyobb objectivitással igyekezett a függő vitás kérdést megoldani, és bizonynyal mindenki helyesebbnek fogja találni, ha hypothesisok és nem határozott problémák egy tudományos Archiv-munkát, nem pedig egy tankönyv keretében lesznek tárgyalva.“

általános nagy kérdéstől, a mi a legfontosabb kórtani problémák egyikét képezi, hogy honnan származnak egyáltalában a lobos beszűrődés sejtjei, és miután én is így fogván fel a dolgot, ezen kérdés tanulmányozására főképp a nézetem szerint egyedüli helyes módot, az állatkísérletet választottam: a munkának általános érdeke is van, és így fontosnak tartom, hogy munkámba hazai tudósaink és az orvosi világ közül azok is betekintést nyerhessenek, a kik a bőrgyógyászati szakirodalommal nem foglalkoznak, annál is inkább, mert úgy vélem, hogy vizsgálataim által ama nagy kérdést, habár csak igen csekélyvel is, előbbre vinnem sikerült, és hogy munkám ez által a kérdés egyes részletei körül mutatkozó fogalomzavar tisztázásához, a kölesönös megérthetőségek megkönnyítéséhez, ha csak némiképp is, hozzájárul.

Vizsgálataim eredményeit közzétenni különösen bőrgyógyászati szempontból annál is időszerűbb volt, mert Unna első közleményét a plasmasejtekről csakhamar számos más követte, egészen legújabbban megjelent óriási terjedelmű munkájáig: „Die Histopathologie der Hautkrankheiten“, a melyben ő a bőrbetegségek boncztanát egészen új alapokra fekteti, a mely alapot legnagyobb részben épen az általa „felfedezett“ és leírt ú. n. plasmasejtek, és az ő nézetei a plasmasejtekről képezik, úgy hogy kevés helyen lehet az 1200 oldalas könyvet felütni, a hol nem a plasmasejtek szerepelnek, mint a szövettani szerkezet legfontosabb alkatrészei.

Bár már maga ezen körülmény — mint Neisser tanár előszavában, a melyet munkámhoz írni szives volt, igen találóan jegyzi meg, — ezen sejteknek specifikus jelentősége ellen szól, mert egy sejt faj, a mely a szövethéjzészénél mindenütt előtérben van, és oly nagy szerepet játszik, nem képezhet specifikumot egyetlen megbetegedésre, vagy egy betegségcsoportra nézve.

Különösen szükséges volt rámutatni arra, hogy az a mit Unna állít és a mi az egész kérdés legfontosabb oldalát képezi, hogy t. i. ezen ú. n. plasmasejtek a fix kötőszöveti sejtek származékai, nemcsak tisztán egy hypothesis, a melyet bebizonyítani Unna még csak meg sem kísértett, és a mely hypothesisist más buvárok ellenvetései dacára is, a nélkül, hogy megpróbálná azokat megezőfolni, változatlanul fentart, hanem hogy ezen hypothesis azonfelül még téves is, mert vizsgálataim folytán bebizonyítottam, kell tartanom azt, hogy ezen plasmasejtek nem a kötőszöveti sejtek, hanem a fehér vérsejtek származékai.

És ezen téves hypothesis képezi Unnának vastag könyvében egy új, modern bőrhistopathologia leglényegesebb alapkövét!

\*\*\*

Munkámnak tulajdonképeni kiindulási pontját Neisser tanár felszólítása képezte, melyet hozzám 1891. őszén, midőn először valék Boroszlóban, intézett, hogy végezzek vizsgálatokat a syphilitikus újképleték szövettani szerkezetére nézve, különös tekintettel arra, vajjon az ezen újképleték felépítésénél résztvevő sejtek a régi Virchow féle elméletnek megfelelőleg a fix kötőszöveti sejtek származékai-e, vagy pedig leukocyták? Csakhamar kisült azonban, hogy ezen kérdést nem lehet azon fentebb említett általános kérdéstől különválasztani, hogy egyáltalában



miféle sejtelemelek vesznek részt és milyen mértékben a lobos sejtszövet-beszűrődéseknél és újképződményeknél?

És pedig különösen azon sejtelemekek kelle foglalkoznunk, a melyek főképen azon lobos folyamatoknál fordulnak elő, melyek nem vezetnek elgyenyedéshez, hanem *progressiv irányú fejlődésükben a kötőszöveti hiányok regenerációját* végzik, vagy pedig a *kötőszövetben idült folyamatokhoz, újképlet- és beszűrődésképzéshez* vezetnek, akár az ú. n. infectiosus granulomáknál, akár pedig más újképletek, így pl. epitheliomák stb. körül lévő sejtbeszűrődésekről van szó, akár pedig más többé-kevésbé specifikus folyamatoknál fellépő kóros sejtbeszűrődésekről (eczema, gonorrhoea, favus stb.).

Az ezen sejtek eredetére vonatkozó nézetek az évek folyamán jelentékeny változásoknak voltak alávetve. A míg a sejtek *vándorlási képességét*, különösen pedig a leukocytákét nem ismerték, felvették, hogy a lobos szövetekben fellépő új sejtek csak a *helyszínén lévő fix szövetsejtek származékai* lehetnek; ezen nézetet képviselte *Virchow* a cellularpathológiában. Midőn azután *Recklinghausen* 1863-ban kimutatta, hogy bizonyos sejtek helyváltoztatásokra képesek, és különösen *Cohnheim* 1867-ben történt korszakalkotó felfedezése után, hogy a lobnál a fehér vérsejtek kivándorolnak, nem lehetett többé kétség, hogy a lobos sejtek legnagyobb száma, legalább azon kis apró sejtek, a melyek a lobos behatás után igen rövid időre (már az első órákban) megjelennek a lobos területen, csak a véráramból kivándorolt leukocyták lehetnek. A helyett azonban, hogy *mind a két* lehetőséget tekintetbe vették volna, hogy t. i. a leukocyták mellett a fix sejtek származékai is jelen vannak a lobos sejtbeszűrődésben, ezen utóbbiakat majdnem teljesen figyelmen kívül hagyták, a mi némiképp megmagyarázható, mert a fix sejtek vándorképessége még nem volt ismeretes; ennél fogva felvették azt is, hogy a leukocyták tovább fejlődni és új szövetet produkálni képesek; ezen — egymagvú — leukocytákat nevezte *Ziegler* a 70-es évek közepén fibroblastoknak. Nemsokára rájöttek azonban, hogy a fehér vérsejteken kívül a fiatal kötőszöveti sejtsejtszármazékok is képesek vándorolni, hogy a *haematogen* vándorsejtek mellett *histiogen* vándorsejtek is léteznek. Az ezután következő aerában a legnevesebb búvárok, így *Ziegler*, *Baumgarten*, *Marchand*, *Grawitz* stb. laboratoriumából kikerült munkák<sup>1</sup> nagyjában azon felfogást juttatták érvényre, hogy a *lobszövetképzésnél csak a fix sejtek származékai vesznek activ részt, a leukocyták pedig csak egy mellékes, passiv, mulékony szerepet játszanak*. Ezen nézetet képviselték *Ziegler* és társai a X. orvosi congressuson.

Míg azonban ezen búvárok egy része már ekkor hangsúlyozta, hogy *annak a lehetősége*, hogy a leukocyták egy része — az egymagvú leukocyták — a lobszövet képzésénél *activ szerepet is játszhatnak*, legalább is *nem zárható ki biztosan*, addig a legújabb időben többen azon nézetüknek adtak kifejezést, hogy a *leukocyták progressiv irányban is tovább fejlődni képesek, sőt kötőszöveti sejtekké is átalakulhatnak*. Német részről különösen fontos e tekintetben *Arnold* munkája (1893), míg a legtöbb erre vonatkozó munka francia eredetű, a hol ez irányt főképen *Metschnikoff* képviseli, és úgy látszik, hogy a legújabb vizsgálatok és közlemények igazat adnak *Neisser*-nek, a ki mindig hangsúlyozta, hogy *ép oly lehető, hogy azon egymagvú fiatal vándorsejtek, a melyek a lobos beszűrődés fő alkatrészét képezik, haematogen, mint hogy histiogen sejtek*.

Ezen egész vitás kérdést vélte *Unna* az ő plasmasejtmunkájában megoldani (*über Plasmazellen, insbesondere bei Lupus*, Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Bd. XII. Nr. 7), a melyben ő egy festési módszer segítségével (festés régi methylenkékkel, szintelenítés kreosollal) lupus-metszetekben felfedezett sejteket ír le, a melyek gömbölyded alakkal, sötétén festődő protoplasmával és hólyagesás maggal bírnak, a mely sejtek szerinte a *Waldeyer*-féle plasmasejtekkel azonosak, és ugyanazok, a melyeket eddig tévesen *epithelioid* sejteknek nevezünk;

<sup>1</sup> Az irodalmi adatokba itt bővebben nem boesátkozhatom, erre nézve, valamint az egyes munkák idézésére nézve utalok eredeti munkámra.

a *fix kötőszöveti sejtekből keletkeznek*, és további fejlődésükben egy sajátos elfajulást — homogen duzzadás — mutatnak, és kis és nagy óriás sejteket képeznek, vagy pedig előbb oszlás által direct leányplasmasejteket produkálnak; a végeredmény tehát minden esetben az említett elfajulás, csak hogy a sejtek az utóbbi esetben előbb még egy élénk proliferációt mutatnak. Ezen sejtek képezik a gümó kiindulási pontját és a fiatal lupusgöbösék majdnem kizárólagos alkatrészét, de más szövetekben is előfordulnak.

*Unna* után *Jadassohn* közölte vizsgálatait, a ki *Unna* vizsgálatainak csak a plasmasejtek alaki és festési tulajdonságaira vonatkozó részét erősíti meg nagyjában, bár már ő is megemlíti, hogy az *Unna*-féle festés nem specifikus, azonban *valamennyi lényeges pontra nézve eltér Unnatól* és kimutatja, 1. hogy az *Unna*-féle plasmasejtek nem lehetnek azonosak az epithelioid sejtekkel, mert sokszor lupus-metszetekben együtt látni az epithelioid sejteket és az ú. n. plasmasejteket minden átmenet nélkül és leukocyták által elválasztva egymástól, más-kor meg gümös szövetekben, a melyek főképp epithelioid sejtekből állanak, a plasmasejtek teljesen hiányoznak; 2. hogy *Unna* sejtjei nem lehetnek azonosak a *Waldeyer*-féle plasmasejtekkel, mert az elsők nem bírnak szemesezettséggel és mert azon ép szövetekben, a melyekben az utóbbiak gyakran fordulnak elő, az elsőket hiába kereste, és 3. miután *Unna* semmiféle bizonyítékot sem hozott fel arra nézve, hogy ezen sejtek a fix sejtektől erednek, ezen kérdést *függőben* tartja és rámutat, hogy az csak a kísérleti buvárlat útján dönthető el. *Jadassohn* ezen plasmasejteket igen nagy számmal találta a legkülönbözőbb kórterményekben, úgy hogy azon következtetésre jut, *miszerint azok majdnem valamennyi lóbfolyamatoknál előfordulnak*, kivéve az egészen heveny enyhedési processzusokat.

Igy állott a dolog, a midőn én vizsgálataimat megkezdtem. Időközben *Unnatól* több erre vonatkozó munka jelent meg, a melyek oda mennek ki, hogy a plasmasejtek igen nagy számban előjövve, a legtöbb kóros képződmény, különösen az ú. n. infectiosus granulomák fő alkatrészét képezik, valamint az egyszerű lobos sarjszövetekét is, és miután ő magától értetődőnek tartja, hogy azok a fix sejtek származékai, ezért az ő festési módszere segítségével egészen biztosan meg lehet a fix sejteket és azok származékait a leukocytáktól különböztetni; tehát egy egyszerű festési módszer döntene el azt, a mit eddig oly sok kitiünő búvár hiába próbált megfejteni!

En vizsgálataimat szintén különösen azon nagy kérdésre terjesztettem ki, hogy kötszövetsejtek vagy leukocyták-e azon nagyszámú sejtelemelek, a melyek eredete a lobnál még kétes, és természetes, hogy e mellett különös gondot kellett az ú. n. plasmasejtekre fordítani, *annál inkább, mert én is mint Jadassohn csakhamar teljesen elvetni kényszerültem Unna-nak a plasmasejtekre vonatkozó összes állítását*.

Az első fő kérdés az volt, hogy *csakugyan lehet-e egy sejtcsoportot, a mely az Unna által első munkájában leírt alaki és festési tulajdonságokkal bír, a többi sejtelemelek nagy számától elkülöníteni, és mint külön sejtfajt külön névvel jelölni meg?* Ezen kérdésre határozottan *igen* kell válaszolnom.

Ha olyan szövetek metszeteit, a melyekben úgynevezett gömbsejtű beszűrődés fordul elő, az *Unna* által leírt módon festjük, ezen sejtek már az első pillanatra feltűnnek úgy sajátos alakjuk és nagyságuk, valamint protoplasmájuk sötétebb megfestése és sajátos elosztódása által, és megkülönböztethetők az őket körülvevő kisebb gömbsejtektől.

A mi azonban az *Unna*-féle festési módszert illeti, határozottan kijelentem, hogy az nem képez ezen sejtekre nézve olyan specifikus tinctiót, mint azt *Unna* leírja, a mennyiben a szintelenítéshez más anyagokat is lehet használni; a módszer specifikuma csak abban áll, hogy ezen sejteknek erős affinitása van a *methylenkék* iránt és azzal protoplasmájuk igen szépen festődik, úgy hogy methylenkék reactióról lehetne szólni, és kétségtelenül az *Unna* érdeme, hogy erre rámutatott; azonban én is megerősíthetem *Jadassohn* leletét, hogy először is más festanyagokat is lehet használni, de meg hogy gyengén meg-savanyított vízzel vagy alkohollal vigyázva szintelenített készítmények ép oly szép képeket adnak; úgyszintén nem áll az,



hogyan csak alkoholban keményített metszetek alkalmasak ezen sejtek tanulmányozására, mert bár ez határozottan a legjobb, de azt tapasztaltam, hogy azok sublimat-fixirozás után is igen szépen festődnek.

*Unna* methylenkékben  $\frac{1}{4}$  óráig — egy éjjelen keresztül fest, azután vízzel való leöblítés után  $\frac{1}{4}$  perczig kreosol, vagy a mit újabban még jobban ajánl, glycerin-aether-keverékben szintelenít, azután ismét vízzel való leöblítés, alkohol, bergamottolaj és balzsam következik.

Én *Löffler*-féle vagy *borax* methylenkékben festek  $\frac{1}{4}$ —2 óráig, azután gyengén megsavanyított vízzel szinteleníték pár másodperczig, erre kétszer rövid ideig alkohol, xylol és balzsam jó, vagy lehet a szintelenítést egyszerűen megsavanyított víz nélkül is végezni tisztán alkohollal.

Hogy az ily módon festett készítmények egyáltalában nem állnak *Unna* festési módszere megett, a mi a plasmasejtek electióját illeti, nem kisebb tekintélyre hivatkozhatom mint *Weigert* tanárra, a kinek Boroszlóban alkalmas volt mind a két módon festett sormetszeteket demonstrálni, és a ki szintén nem tudott különbséget találni a kétféle módon festett készítmények között.

A mi ezen sejtek *alaki viszonyait* illeti, a hol szabadon fekszenek, rendszeren gömbölyű vagy ovális alakúak, bár néha itt is előfordulnak szabálytalanabb, inkább a polygonalhoz közelítő, de mégis gömbölyded alakok; rendszeren *egy gömbölyű maggal* birnak, de a nagyobbak néha kettővel sőt hárommal is; a mag rendszeren *eccentrikusan a sejt egyik polusában fekszik* és sajátos *jellegzetes chromatin-tartalommal* bir, 5—8 a kerületen szabályszerűen ülő chromatin-röggel; a *protoplasma sajátos élénk sötétebb árnyalattal festődik*, jellegzetes azonban, hogy *nem egyenletesen van elosztva, hanem a szélek felé húzódik, a miért is ott sokkal sötétebben van megfestve, míg a sejt közepén egy világos udvar marad vissza*; ezenkívül a protoplasma sokszor úgy néz ki, mintha darabokra lenne szaggatva, el lenne rongyolódva, *praeformált szemcséket azonban egyáltalában nem tartalmaz*. Ha a szintelenítést sokáig folytatjuk, akkor a sejtanyagok chromatinja, a mely előbb sötétén volt festve, előbb szintelenedik el mint a sejtprotoplasma, a mely halványabban még akkor is festve marad, ha a mag már egészen szintelen, és ilyenkor lehet látni, hogy a legtöbb *egy*, ritkábban *két magtestecset* tartalmaz, a mely mindig megfestve marad.

Ezen egészen jellegző *alaki tulajdonságokra én igen nagy súlyt fektetek, nagyobb súlyt mint a festési reactióra, mert azokból még a festési reactio nélkül is mindig biztosan meg lehet a diagnosist csinálni: plasmasejt*, és ez annál fontosabb, mert *Unna* későbbi munkáiban a *kezdetben felállított fogalomtól, plasmasejt, mindinkább eltér* és végre csak a festési reactiót véve tekintetbe, a *legkülönbözőbb* sejteket, a melyek protoplasmája az említett festési módszer mellett megfestve marad, plasmasejteknek nevez, és azokkal összezavarja; mi ellenben a methylenkék festést igen használhatónak tartjuk ezen sejtek feltüntetésére, de csak az előbb említett alaki tulajdonságokkal egyetemben érvényesítjük azt; nekem egészen régi és más festanyagokkal festett készítményekben is mindig sikerült tisztán az alaki tulajdonságokból a plasmasejteket felismerni.

Hogy az *Unna*-féle plasmasejtek a *Waldeyer*-féle plasmasejtekkel egyáltalában nem azonosak, azt ép úgy mint *Jadassohn* én is megerősíthetem, és pedig mert az előbbieket protoplasmájára nem bir praeformált szemcsézettséggel, továbbá mert azok, bár mint erre később rátérek, én kimutattam, hogy szintén előfordulnak bizonyos ép szervekben, de azon normalis szervekben, a melyekben a *Waldeyer*-féle plasmasejtek nagy számmal fordulnak elő, így pl. a patkány heréjében, teljesen hiányoznak, végre pedig a *Waldeyer*-féle sejtek kötőszöveti sejtek, míg az előbbiekről csak állítja azt *Unna*, a nélkül, hogy megkísérlette volna bebizonyítani, én ellenben munkám későbbi folyamán meg fogom kísérteni be is bizonyítani, hogy azok leukocyták.

E szerint az *elnevezés: plasmasejt* ezen sejtekre szintén rossz és csak zavart okoz, én inkább ajánlanám a protoplasma sajátos összetételénél fogva a „*mörzsasejt*“ (*Krümclzelle*) elnevezést.

Hogy ezen sejtek egyáltalán *nem* azonosak az *epithelioid* sejtekkel, mint *Unna* azt állítja, azt ép úgy mint *Jadassohn*, én is szintén megerősíthetem.

*A legfontosabb kérdés végre, hogy honnan származnak ezen plasmasejtek?*

Miután, mint említve volt, ezen sejtek a lobos és úgynevezett gömbsejtű beszűrődés nagy, gyakran egyedüli alkatrészét képezik, természetes, hogy ezen kérdés eldöntése nemcsak a minket érdeklő bőrbetegségekre nézve lenne fontos, de általános kórtani szempontból is.

*Unna* bizonyítékai ezen sejtek kötőszöveti természetére nézve, sajnos, csak arra szorítkoznak, hogy ő mindenféle átmenetet látott a kötőszöveti sejtek és ezek között; későbbi munkáiban azután ezt egyszerűen, mintegy magától értetődő dolgot tekint, a nélkül, hogy csak meg is kísértene más újabb bizonyítékokat hozni fel e mellett.

Már *Jadassohn* megemlíti, hogy nem sikerül a plasmasejteknek mitotikus szaporodást kimutatni, sőt *Unna* maga is csak azt állítja, hogy „mitosisok a plasmasejtekben igen ritkán fordulnak elő“, miközben bevallja, hogy ezen leletei nem kifogástalanok, mert a mitosisban lévő sejteknél a protoplasma átjárható lesz és a jellegzetes festési reactio megszűnik; ő tehát amitotikus szaporodásról beszél, és ennek dacára ragaszkodik ahhoz, hogy a plasmasejtek a fix sejtekből keletkeznek.

*Én ezt már eleve kétségbe vontam, mert a) tudjuk, hogy mitosisok leukocytáknál is előfordulnak és így még azok biztos kimutatása a plasmasejteknek sem képezne bizonyítékot azok kötőszöveti sejt természetéről, de ezen kimutatás a mitosisban lévő sejt megváltozott alaki és festődési viszonyai mellett különben sem sikerülhet; b) ép oly kevésbé voltam én is mint *Jadassohn* képes megerősíteni az *Unna* által talált átmeneteket a kötőszövetsejtekhez; és c) végre már a priori aggályaim voltak az egész *Unna*-féle felvétel ellen, mert ha *Unna* eszmemenetét követve, ezen plasmasejtek a kötőszöveti sejtek fejlődési sorozatának egy stadiumát képeznék, hogy lehessen akkor elképzelni, hogy ezen fejlődésükben pathologikus úton megzavart sejtek oszlanak és leánysejteket produkálnak, a melyek ismét ugyanazon fejlődési állapotot mutatják? Különben is sajátos lenne, hogy egy specifikus sejt, mint a kötőszövet sejt, a *legkülönbözőbb* lobos folyamatoknál, akármi-féle okból keletkezzék is az, mindig *ugyanazon pathologikus*, a fejlődés normalis végét el nem érő alakokkal reagáljon.*

(Folytatása következik.)

## Az 1892/93. évi székes fővárosi cholera oka.

Ötvös József dr., v. sz. Rókus-kórházi rendelő orvostól.

(Folytatás.)

### II.

Említettem, hogy azon lakók közt, a kik másféle vizet ittak, mint a choleras egyének, cholera alig vagy igen csekély számban fordult elő. Ily eltéréseket láttunk a Ferencz József laktanyában, a gyömrői-úti és óbudai téglagyárban, de tapasztalhattam, hogy azok, a kik a Verseny-utczában főleg kút- vagy leülepitett szüretlen vízzel, Bem-utczában kútvízzel, Nefelejts-utczában kút- vagy közküti természetes szüretlen vízzel, Csömöri-, Arena-úton, Cserhát-, Alpár-utczában kútvízzel éltek, cholera nem estek, míg azok a kik cholera kaptak, csakis szüretlen vizet ittak.

*Feltűnő* volt, hogy a Csömöri-, Arena-úton, Cserhát-, Alpár- és Nefelejts-utczában leginkább az új házakban, az emeleti lakásokban volt a legtöbb s a földszintiekben a legkevesebb cholerabetegedés; hogy az emeleti lakók restek voltak kútvízért menni; míg a földszint lakói leginkább kútvízzel éltek.

Továbbá tapasztaltam, hogy a külső vácsi-úton levő Linezergyárban azok, a kik, mint a munkások egy része, úgy a hivatalnokok csakis kút- s nem szüretlen vízzel éltek; vagy a Bäck és Lustig gyárban azon munkások, a kik csakis kút- s nem szüretlen vizet ittak, cholera mentesek voltak s így



másutt is, hol kút-, közkúti természetes szűrt vagy egyáltalán forralt vizet ittak, cholera-betegség nem fordult elő.

Pedig a kútvizek nagy része egészségtelennek találtatott, a mennyiben azokban sok szerves anyag, salétromsav, sőt ammoniák is találtatott.

Szintén az 1893. évben előfordult cholera-megbetegedés alkalmával is tapasztaltam, hogy a choleras beteggel egy helyen, egy házban vagy gyárban lakó és foglalkozó munkások, hivatalnokok közül azok, a kik kút- vagy közkúti természetes szűrt vízzel éltek, cholérát nem kaptak.

### III.

Az 1892/93. évi cholera alkalmával hajósok közül 26, dunaparti munkások közül, a kik ugyanis mint napszámosok tutajon, fa-, kőszén-, kavics-, téglá-, ezement-, gabona-, szalma-, teher-hajókon voltak elfoglalva, 52 betegedett meg cholérában. Az 1893. évi cholera alkalmával pedig a hajósok közül 4, a dunaparti munkások közül pedig 19 kapták meg a cholérát s kitudódott, hogy a hajósok a hajót több hétig el nem hagyták, sehol útközben a partra ki nem szálltak s úgy ezek, mint a többi napszámosok is, csakis Dunavízzel éltek.

### IV.

Tapasztaltam továbbá, hogy a cholerasok közül

az 1892/93. évi cholera alkalmával	az 1893. évi cholera alkalmával
pinczében .....	9.7% .....
földszinten .....	66.7% .....
I. emeleten .....	17.2% .....
II. " .....	4.5% .....
III. " .....	1.9% .....
zsúfolt s nem tiszta lakásban .....	2.3% .....
nem tiszta házban .....	40.8% .....

(megjegyzendő, hogy ez 549 eset után lett kiszámítva.)

az 1892/93. évi cholera alkalmával	Az 1893. évben a pincze-lakók közül 2.3% kapták meg a cholérát, de ezenkívül az 1893. évben:
a pincze-lakók közül ...	4.4% a mély földszinti lakók közül 3.0%
(megjegyzendő, hogy ez 262 eset után lett kiszámítva.)	a földszinti " " 0.7%
	a 1/2 földszinti " " 0.9%
	az I. emeleti " " 0.4%
	a II. " " 0.2%
	a III. " " 0.5%

betegedett meg cholérában.

Az 1892/93. évben a házban pöczegödör volt 6.9%-ban, 1893. évben 21.8%.

Foglalkozás szerint:

az 1892/93. évben cholerasok közül	az 1893. éviéik közül
napszámos .....	40% .....
	41.5%-ban fordult elő.

Ezután legtöbben voltak a foglalkozás nélküliek, kocsisok, eselédék stb.

Az intelligens emberek közül az 1892/93. évben 5%, 1893-ban 8% betegedett meg cholérában.

Az 1892/93. évben:

iszákos volt .....	34.3%
megelőzőleg gyengélkedett .....	25.1%
hideg, száraz étellel élt .....	41%

(ezek 262 eset után lettek kiszámítva.)

A cholerasok közül:

az 1892/93. évi cholera alkalmával	az 1893. évi cholera alkalmával
30 éven felüli házban ...	27% .....
(ez 262 eset után lett kiszámítva.)	41.5% és egy ablakos helyiségben 42.5% lakott.

Ugyanazon lakhelyiségben az 1893. évi cholera alkalmával 12-szer fordult elő cholera-megbetegedés.

Az 1893. évi cholera alkalmával az esetek felénél egy-egy lakhelyiségben átlag hat felnőtt tartózkodott.

### V.

Hogyha az egyes kerületeket a zsúfolt lakások s az 1893. évi cholera-betegedések szerint összehasonlítjuk, azt látjuk, hogy az:

I. kerületben	2.3% zsúfolt lakás,	0.8
II. " "	2.7 " "	0.7
III. " "	2.9 " "	0.3
IV. " "	0.3 " "	2.1
V. " "	2.5 " "	2.5
VI. " "	2.7 " "	2.4
VII. " "	1.5 " "	2.7
VIII. " "	3.3 " "	3.2
IX. " "	7.0 " "	3.1
X. " "	3.1 " "	7.9

pro 10,000-re cholera-beteg fordult elő.

Tehát a IV., V., VI. és VII. kerületben kisebb volt a zsúfoltság mint az I., II., III. kerületekben s a cholera-betegedés mégis nagyobb volt! Az 1893. évi cholera alkalmával a székes főváros területén az udvarok csak feltűnő esekély százalékban voltak hygienikus szempontból kifogásolva, az utcák 3.5%-ban tisztátlanoknak találtattak.

### VI.

Az 1892/93., úgy az 1893. évi cholera alkalmával tapasztaltam, hogy a nem fertőzött házak kútvi-ze sokkal több szenny-nyes anyagot tartalmazott, mint a fertőzött házaké s úgy a kútvízből mint talajvízből magára a talajra is következtetve, kitűnik, miszerint ott, a hol a kútvízben szerves anyag, ammoniák és salétromsav elég vagy túlnagy mennyiségben találtatott, a talaj is igen sok — még rothadó állapotban levő — szerves anyagtól volt áthatva, egy szóval, hogy a talaj igen szennyes volt. Daczára ennek ott cholera-eset alig vagy éppen nem constatáltatott. Míg ellenkezőleg a cholérától fertőzött helyek kevésbé szennyesnek találtattak.

Igy cholera-mentes házak kútvi-ze-ben szerves anyagérték:	cholera-fertőzött házak kútvi-ze-ben szerves anyagérték:
I. kerületben 2.73 mgm.	—
II. " "	—
III. " "	3.34 " 2.40 mgm.
IV. " "	3.50 " 2.30 "
V. " "	3.36 " 2.20 "
VI. " "	6.46 " 3.42 "
VII. " "	6.17 " 3.7 "
VIII. " "	9.84 " 10.77 "
IX. " "	4.94 " 4.2 "
X. " "	8.85 " —
összesen 5.47 mgm.	4.14 mgm. volt.

átlagban.

### VII.

Az 1892/93., úgy az 1893. évi cholera alkalmával a fel- lépett cholérát a dunavíz s így közvetve a talajvíz állásával s ebből származólag a talaj nedvességével, továbbá a levegő hőmérséklete s nedvességével, a légköri csapadék mennyiségével oki összefüggésbe hozni nem lehetett; mert általában az mondható, hogy a helyett, hogy a talajvíz apadásával s a levegő hőmér- séklete s nedvessége esökkenésével a cholera-esetek feltűnően szaporodtak volna, ellenkezőleg kevesebbetek; csakis a cholera- esetek gyakoribb fellépését nagyobb légköri csapadék után igen gyakran észlelhettem.

a csapadék mennyisége milliméterekben

Igy szeptember 9-dikén	1.7	szept. 17-dikén	3 cholera-eset
		" 19	" 4 "
		" 21	" 5 "
		" 22	" 3 "
		" 23	" 4 "
	20-dikán	" 24	" 5 "
		" 25	" 3 "
		" 26	" 4 "
		" 27	" 3 "
		" 28	" 4 "
		" 29	" 1 "
október 2-dikán	21.0	okt. 8	" 4 "
		" 9	" 2 "
		" 10	" 4 "
		" 11	" 3 "
		" 12	" 9 "
		" 13	" 3 "



		a csapadék mennyisége milliméterekben		
október	14-dikén	1.91	okt.	18-dikán 7 cholera-eset
"	15-dikén	2.61		
november	6-dikán	29.61	nov.	13 " 5 "
"	7-dikén	11.91	"	14 " 4 "
			"	15 " 2 "
			"	16 " 5 "
"	19-dikén	16.8	"	25 " 5 "

## VIII.

Az 1892/93. évi cholera alkalmával 549 eset után 70 cholera házban, az 1893. évi cholera alkalmával pedig 58 házban kutat találtam. A 70 kút közül egy esetben a közeli árnyékszék tartalma a kútba folyt, ez volt a Teleky-tér 15. sz. házban (7 cholera-eset volt ott); rosszul fedett volt 11 kút; az 58 kút közül árnyékszék mellett volt 12 és rosszul fedett volt 11 kút. Ezen rosszul fedett kutak közül pedig csak két esetben itták a vizet s azon helyeken 8 cholera-eset fordult elő; 18 esetben ivásul nem, csakis edényöblögetésre, fabutor, ruhamosásra, loítatás, disznófüresztés, géphajtás s mosakodásra használtatott fel, 7 esetben csakis ivásul, a többi 33 esetben pedig mind a két célra szolgált.

## IX.

Az érintkezés útján létrejehető fertőzés lehetőségét valamennyi esetről szigorúan vizsgáltam s kutatásom tárgyává tettem, de csakis az összes esetek 2%-ánál voltam képes az érintkezés okozta cholera-fertőzést találni. Bár voltak esetek, midőn érintkezés útján fertőzés várható volt s még sem következett be.

## X.

Mindezek alapján a víznek s pedig főleg a duna- s a szüretlen vezetéki víznek a cholera-val való összefüggését nem lehet tagadnunk.

A víznek a cholera-ra való befolyása mellett tanuskodnak mindazon feltűnő példák, a mikor a cholera-t a vízzel összefüggésbe lehetett hozni; így *Hampstead, Vauxhall, Lambeth, a hallei Francke-féle intézet, Calcutta, Hamburg, Altona, a Halle melletti nietlebeni* tébolyda, a hol mindenütt a cholera-nak fertőzött vízzel való összefüggését lehetett tapasztalni.

Számos cholera-mentes helyen ismét kiténő hegyi forrás-vízvezeték játsza a főszerepet, így a lengyel-sziléziai Lissa, Lauban, Plöss, Neumarkt, Grünberg, Glogau, Moschin, kiténő forrásvízűkről híresek.

Hogy mindama fenti eseteknél a vízzel való összefüggés csak úgy értelmezhető, hogy ezen vizekbe cholera-ürülék, tehát a specifikus csira juthatott, azt ama számos eset bizonyítja, a mikor ugyanis a commabaecillust a vízben minden kétséget kizárólag sikerült megtalálni.

Igy legelőször Koch 1883-ban Calcutta közelében levő egyik tankben, *Guarch* Monteideo víztartójában, *Pasquale* Massuah egyik kútjában, *Fränkel* a duisburgi kikötő vizében, *Lubarsch* Ludwigslustban egy elbai hajó fenékvizében, *Wallichs* Altona mellett az Elba vizében s egy kútban, *Koch* a nietlebeni vezetéki vízben s Trotha mellett a Saale vizében, *Pertik* tanár úr a III. ker. bécsi-úti téglagyár egyik kútvizében találta meg a cholera-csirát.

## XI.

A duna- s a szüretlen vezetéki vizünknek cholera-ürülékkel, tehát cholera-csirákkal való fertőzöttsége pedig igen könnyen lehetséges. A Duna folyam ugyanis részint a székes főváros felett levő községektől, részint a székes fővárosban a partok mellett foglalatostól, részint a beömlő csatornák tartalmától, részint a hajók népességétől lesz folyton fertőzve. A duna-, illetőleg a szüretlen vezetéki vizek szennyeződésére nézve még különösen ama körülmény bír kiváló fontossággal, hogy t. i. a szívócsőig a Dunának azon szaka folyik, a mely nemcsak a Margithid feletti jobb parti csatornák tartalmától s a parti munkásoktól lesz fertőzve, hanem még azon fertőzés lehetőségének is van kitéve, mely a székes főváros II. és III. ker. pöczegödrei s csatornái tartalmának lerakódóhelye részéről — különösen nagyobb eső alkalmával — származik. Ez a hely ugyanis az ó-budai hajógyári sziget

felső esúcsával a jobb parton s a Dunától alig 8—10 meternyi távolságban létezik.

Továbbá felemlítendő, hogy a Duna közelségében a parton számos munkás, napszámos volt elfoglalva, a kik közt sok olyan volt, a ki cholera-vidékről került ide, hogy munkát találjon s esetleg mint könnyű lefolyású cholera-beteg ürülékével úgy a partot mint magát a folyamat szennyezte. Így szennyezheték a folyamat a matrózok, tutajosok is. A szennyezett partot ismét az eső mosá le s ép azért az eső s a cholera fellépése közt bizonyos összefüggés tapasztalható.

(Folytatása következik.)

### Válasz Sümei József dr. úr megjegyzéseire gyomor-massálási eljárásom kérdésében.

Cséri János dr.-tól.

Sümei dr. úr gyomormassálási eljárásomat azon megtiszteltetésben részesítette, hogy két szaklapban (magyar és német nyelven) bírálat tárgyává téve, annak gyakorlati értékét kétségbe vonni igyekezett.

Én ugyan összes kifogásai ellen azzal az egyszerű, laikus kérdéssel vághatnék vissza, hogy hallott-e már Sümei úr valamit a esömörről, és tudja-e, hogy a magyar nép mikép szokott a esömör ellen eljárni? Nos hát, a tele gyomor massálása nem sokkal egyéb, mint a magyar nép századok óta jó eredménnyel használt eljárása.

De Sümei úr gyógy módom ellen tudományos kifogásokkal élt, hadd lássuk hát, milyenek ezek. Sümei úr első sorban kifogásolja azon állításomat, hogy az *üres* gyomornak csak egy keskeny csikja fekszik szabadon. Ez nézete szerint nem felel meg a valóságnak, a mennyiben „a gyomor a bal hypochondriumot kitöltvén, 3—4 ujjnyival a köldök fölött hajlik a jobb hypochondriumba, és így elég nagy területen hozzáférhető” stb. Már most igaz, hogy ilyen határozott állítás ellen nehéz küzdeni, de én megelégszem azzal a szerény tudattal, hogy Hyrtlnek és valamennyi más szerzőnek bonczani tankönyve az én nézetem mellett szól.

Második kifogása az, hogy „milyen új ember Cséri dr. a gyomor mechanikai kezelésének terén, miután csak két kézfogást használ; ez is a mellett szól, hogy a teli gyomor kevésbé alkalmas a massagera, holott a valódi masseur 10—15 kézfogással él”. A sok kézfogás minden esetre szép dolog, és az eljárás nagy tökélyére vall. De hát azt kérdelem, hogy a procedura-e a fő dolog, vagy az eredmény? És tudja Sümei úr, miért kellett eddig azt a különféle kézfogásokat alkalmazni? Azért, mert az üres gyomor nagyon nehezen hozzáférhető, és máskülönb eredményt nem érhetek volna el. A tele gyomor azonban eljárásomnál nagy felülettel kínálkozik a massáló kéznek, azért elegendő a 2 kézfogás, melyet minden orvos, nemcsak a specialista-masseur végezhet.

De a *főérv*, melyet Sümei úr eljárásom ellen felhozott, az, hogy ez szédülést, hányást és ájulást okoz. Ezzel szemben azonban azt állíthatom, hogy ily módon kezelt betegeimnél hányást vagy ájulást *egyetlen egyszer sem* tapasztaltam. Szédülést ellenben többeknél láttam, de csakis az első 2—3 massálás után, ellenben a későbbi kezelésnél sohasem, akármilyen erősen is massáltam a gyomrot. Miután pedig szem előtt tartottam, hogy massageba be nem avatott kartársak is alkalmaznák esetleg ezen módszeremet, óvtam őket, hogy kezdetben ne erősen végezzék e procedurát, mert bizony kellemetlen az az orvosra nézve, ha a beteg, szédülése miatt, az eljárást okolja. De határozottan téves az az állítása, mintha a szédülés *csakis a tele* gyomor massálása után lépne fel, vagy a mint ezt dr. Sümei úr oly szépen és tudományosan kifejti, hogy szédülés áll be, „mert nem szabad az emésztés mechanizmusa által úgyis az ingerület tetőfokára jutott gyomorvéredényeket és idegeket tovább izgatni”. Dehogy azért, Sümei úr, hanem azért, mert ha az ember a processus xiphoides, illetve a bordaívek és a köldök közti tájékat 10 perczig gyömöszöli és gyúrja, legyen bár telt, vagy üres is a gyomor, akkor sok egyénnél az alhasban levő véredényekre (aorta descendens) és idegekre kifejtett nyomás következtében, hirtelen felkelés alkalmával, szédülés fog beállani. Erről mindenki könnyen



meggyőződhetik, de ehhez a telt gyomornak semmi köze. Hogy a tiszta has-massage alkalmával szédülés nem áll be, azt Sümegi úr nélkül is tudjuk.

Midőn eljárásomat közzétettem, nemesak vártam, de óhajtottam is, hogy szakfériak hozzászóljanak a dologhoz, de nem ily elméleti módon, mint Sümegi úr, hanem tapasztalatok és kísérletek alapján. Tett-e már Sümegi úr tapasztalatokat a telt gyomor masszálásával, tud-e a praxisból előnyöket felhozni, melyek a régi módszer mellett, és hátrányokat, melyek az én eljárásom ellen szólnak? Nem. És mégis mily alapon tartja elvetendőnek? Nos hát elveti először a felsorolt elméleti kifogások alapján, melyeket fentebb eléggé megczáfoltam, másodsor elveti azért is, mert „úgy budapesti, mint bécsi orvostanárok és szakorvosok, kik specialiter a gyomor- és bélbántalmak gyógykezelésével foglalkoznak, határozottan a telt gyomor massage-a ellen nyilatkoztak“. Sümegi úr remélhetőleg nem fogja rossz néven venni, ha ezen állítását kétségbe vonni merem, annál is inkább, mert komoly és tudományos férfiak nem szoktak a priori nyilatkozni oly dologról, melyről tapasztalatuk nincsen. . . . De akár mint vélekedik is bárki a dologról, ez engem meg nem tántoríthat bő tapasztalatból merített meggyőződésben, hogy a telt gyomor masszálása a gyakorló orvosra nézve nagyon hasznos és fontos therapeutikus eszköz. Igazoláslul hivatkozom Schiff és Kelen uraknak a „Pester med. chir. Presse“ ez évi 3. számában közzétett nyilatkozatára is, kik Wide dr. stockholmi tanár vezetése alatt Lysekil svéd tengeri fürdőben a telt gyomor masszálását rendszerint alkalmazták, és bizonyítják, hogy a betegek ezen eljárást nemcsak jól tűrték, hanem a gyógyeredmény is nagyon kielégítő volt.

Ezek után Sümegi dr. úrnak csak azt a tanácsot adhatom, hogy előbb próbálja meg a telt gyomor masszálását és csak *azután* szóljon fel. További polemiba pedig senkivel sem bocsátkozom, kinek eljárásomról *praktikus* tapasztalata nincsen.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Magyar Tud. Akademia.

(III. osztály ülése 1895. január 21-dikén.)

Elnök: **Than Károly**; titkár: **König Gyula**.  
Orvosi érdeklő tárgyak voltak:

1. **Klug Nándor** rendes tag **Szili Adolf** „Stereoskopikus kísérletek monocularis látástöbblettel“ című értekezését mutatta be, a melyben kísérleteket ír le, melyeket stereoskopppal tett úgy, hogy a két látástárgynak lehetőleg különböző alakot adott, például függélyes vonalakat a binocularis látás és pontokat a monocularis látás számára, valamint oly kísérletet gondolt ki, melynél mindegyik fél szem egy-egy különálló vízszintes vonalat vegyít a binocularis észrevezéshez. Ezekon kívül árnyékképekkel is tett kísérleteket. Mind e kísérletei az tanítják, hogy a binocularis mélységlátás nem egyszerűen az ingeren alapszik, hanem oly psychophysikai törvényeken, melyek mélyen gyökereznek a binocularis látás tapasztalásában.

2. Ugyanő bemutatja **Landauer Ármán** tanársegéd „Adatok a vesehám szerkezetéhez“ című dolgozatát. Midőn a vizelevonás hatására vonatkozó vizsgálatai alkalmával a kísérleti állatok veséit vizsgálta, ekkor a Golgi-Cajal-féle főleg idegfestő módszerben oly eljárást ismert fel, mely a vesehám szerkezetét világosan tünteti elő, s azt véli, hogy ez eljárással elért eredményei képesek főleg a kanyarulatot csatornászkák és a Henle-féle kacsok széles részét bélelő hám szerkezetére vonatkozó ismereteinket bővíteni.

A Golgi-Cajal-féle eljárással vizsgálat alá vette a felnőtt *ember, kutya, patkány, tengeri malacz, házi nyúl, macska, egér, disznó, továbbá újszülött kutya, tengeri malacz és macska* veséit. E veséken tanulmányozta a vese húgyesatorna rendszerének különböző szakaszait bélelő hámot s a következő eredményre jutott.

1. A vese kanyarulatot csatornászkáit és a Henle-féle kacsok széles részét bélelő hám élesen határolt sejtekből áll.

2. E csatornászkák sejteit az érintkezési oldalfelületen hosszirányban futó redőkkel vannak ellátva. A redők kölcsönzik a sejteknek a csikolt küllemet. A sejtek ezen redőknél fogva egymásba kapaszkodnak.

A Henle-féle kacsok keskeny részét, az egyenes és gyűjtőcsöveket bélelő hámsejtek oldalfelülete síma, azaz redőkkel nincsen ellátva.

Újszülött állatok kanyargó húgyesatornászkáit is bélelik redőzött sejtek, csak hogy a redőzöttség ezeknél még nem fejlődött ki oly nagy mértékben mint a felnőtt állatban.

Azon körülmény, hogy a vese hámsejtjei csak az érintkezési felületen festődnek, arra utal, hogy e sejtek csak oldalt vannak határoló anyaggal ellátva, ellenben a sejteknek a csatorna ürtere felé, valamint a membrana propria felé tekintő felülete ilyen nem bír. E körülmény

a sejtek működésével látszik összefüggésben állani, mennyiben a sejtek ezen szerkezete mellett a sejtek által kiválasztandó váladékkal szemben határoló anyag nem képez akadályt. Különösen vonatkozik ez a kanyarulatot csatornászkák és a Henle-féle kacsok széles részére, mint a mely csatornákra nézve bebizonyítottak tekinthető, hogy azok sejteit a húgyalkatrészek kiválasztásában szerepelnek.

3. Ugyancsak **Klug Nándor** rendes tag **Tanagl Ferencz** állatorvosi akadémiai tanár dolgozatát is beterjeszti a **vasomotorius idegrendszer befolyásáról a hőszabályozásra**. Heidenhain vizsgálatai kimutatták, hogy a test összes vasomotorikus idegeinek izgatása alatt a test belső hőmérséklete leszáll, a bőr hőmérséklete emelkedik, a miből az következik, hogy a vasom. idegek izgatása alatt a test hővesztése a bőrön át nagyobb. Heidenhain szerint ez egymagában elegendő arra, hogy a belső hőmérséklet alászállását megmagyarázza. Tanagl kimutatta, hogy a vasomotorikus idegek izgatása alatt nemesak a hővesztés nagyobb, hanem hogy a hőtermelés is tetemesen csökken. A hőtermelés nagyságát indirecte a gázcsere nagyságának meghatározásával mérte meg. Házi nyulakat kurarával megmérgezett, gerinczagyukat a 2. nyakcsigolya magasságában átvágta, s azután villamosan izgatta. A vérnyomás emelkedése mutatta, hogy a vasomotor. idegrendszer izgatása sikeres. Lélekző készülék segítségével azután megállapította, hogy mennyivel csökkent a gázcsere a kuraragy izgatása folytán. Tanagl kísérletei tehát kiegészítik Heidenhain észleleteit, a mennyiben kiderítették, hogy a vasomotorikus idegrendszernek nemesak a hőkiadás, hanem a hőtermelés terén is nevezetes szabályzó működése van.

## Budapesti kir. orvosegyesület.

(II. rendes ülés, 1895. január 19-dikén.)

Elnök: **Pertik Ottó**; jegyző: **Temesváry Rezső**.

### A) Bemutatók.

Hashártyából kiinduló és metastasisokkal járó endotheliomának kórbontani készítménye.

**Lovrich József** dr. (Lapunk más helyén egész terjedelemben fogjuk közölni.)

**Pertik Ottó**. A daganatok górcsövi vizsgálata tényleg a mellett bizonyít, hogy ez esetben endothelioma forog fenn. A sejtek, melyekből a kötegek fel vannak építve, gömbalakúak, ébrényi típusúak; diagnostikai fontosságú még az a górcsövi kép, hogy a sejtkötegek nem mindenütt éles határuak a stromával szemben, hanem egyes helyeken diffuse mennek át a kötőszövetbe, tehát az éles ellentét a sejtkötegek és a stroma között, mely rákra jellegző, itt hiányzik. A daganatok makroszkopikus metszlapján a rákszerű rajzot a sejtkötegek elzsírosodása és az ez által okozott sárgás, átlátszatlan csíkok idézik elő. Az endothelioma metastasisai eleinte a nyirkpályák útján történnek, de a későbbi stadiumban a véredények útján is, úgy hogy a górcsövi metszeteken elégszer látni a leírt sejtekkel kitöltött véredényemetszeteket. Hogy a Douglas-úrban nagy daganatgócok vannak, az nem meglepő; hiszen az áttételt a hasüregbe jutott sejtek okozzák, melyek a hasüreg legmélyebb pontjára süllyednek.

### Látóideg-sérülések.

**Szili Adolf** dr. Bemutató arra mutat, hogy a látóideg-sérülések közt van egy bizonyos csoport, mely határozottan körülírt típusos kóralkatot ölt. Ez az úgynevezendő *tiszta látóideg-sérülések* csoportja. Ezen esetekben a sérülés az orbita mellső nyílásán keresztül a szem kímélésével jön létre a foramen opticum közelében szúrás vagy döfés következtében. A hátrafelé tölséralakúlag szűkülő orbita csontfala útbaigazítja a szűrő eszközt a látóideg felé, mely ki nem kerülhet, ha a szúrás elég mélyen hatolt be az orbitába. A megegyező kórkép a rögtöni megvakulás mellett, a hetek folyamán kifejlődő decoloratio papillae, a centralis edények ép megmaradásában áll. Ezek az esetek egy vivisectióval kísérlettel érnek fel kivált akkor, ha a látóideg-sérülés nem teljes. Az irodalomban csak egy ilyen eset van feljegyezve (Yvert). Szili most egy másik ilyen esetet mutat be, hol késszúrás okozta a típusos látóideg-sérülést. A sérülés irányával épen diagonalis ellentétes oldalán maradt meg a látóhártyának egy érzékes quadrans. Ezen pontos periméteres mérésekből merített lelet bizonyítja, hogy legalább részben a látóhártya fényérző elemeinek elhelyezése és a megfelelő idegrostok elrendezése a látóidegben teljesen megegyezik.

**Feuer Nánán**. A bemutató valószínűleg tévedésből mondotta, hogy a látóideg-sérülést a teljes megvakulás jellemzi, mert tényleg a jellegzetes az, hogy a megvakulás hirtelen áll be. A teljes megvakulás esetleg később beállhat vérzés, vagy másodlagos lob által előidézett atrophia folytán. A látóideg partialis átmetszése után észlelhető tünetek mérlegelésénél figyelemmel kell lenni arra, hogy a látóideg nem mindig azon az oldalon sérül meg, melyen a sértő eszköz behatolt, mi abból ered, hogy a látóideg nem feszes zsinór alakjában húzódik át az orbitán, hanem lazán vonul végig.

**Szili Adolf**. Tényleg „lapsus linguae“-t követett el. A látóideg-sérülést valóban a megvakulás hirtelen való beállása, továbbá az jellemzi, hogy a szemfenék teljesen ép.

### A genitáliák fejlődési rendellenességének esete.

**Feleki Hugó** dr. A 32 éves férfibeteg az utolsó években, különösen pedig az utolsó hónapokban gyakori vizelési ingerben és erectio után a hímvessző és gát táján jelentkező fájdalmakban szenved. Panaszát azzal a megjegyzéssel toldotta meg, hogy nemi szervei fejlődési



rendellenességet tüntetnek fel és az ez irányban megejtett vizsgálat a következő állapotot derítette ki.

A himvessző, herezacskó és herék infantilis állapotban vannak, nagyságra és külemlre megfelelnek újszülött gyermek genitáliáinak. Intrauterinális életben képződött anomalia nem található. A processus vaginalis csatornája nincsen elzáródva, úgy hogy a heréket majd a herezacskóban, majd feleszűzva a canalis inguinalisban találjuk.

E mellett teljes phimosis van jelen, mely nyilván oly módon fejlődött ki, hogy a tovafejlődésében megállapodott himvessző makkja felett a fityma mindig nyugodt állapotban maradván, ennek elasticitása teljesen megszűnt. A beteg külemlre megfelel azon egyének külsőjének, kiknél a genitáliák abnormitását találni, illetőleg feltételezni szoktuk. Az arcz szőrtelen, a bőr alatti hájrétég dúsán képződött.

A beteg hangja a rendes férfihang mélységű. A nemi ösztön normalis. Női társaságban néha, alvaskor erotikus álmok kíséretében gyakran erectioi vannak, de ondoejaculatio nem tapasztalt. Közösülési kísérletet mindaddig nem végeztet.

Mint hogy a beteget főleg a fent jelzett fájdalmak és vizeleti nehézségek bántják, melyek eredetét a phimosisra kell visszavezetni, bemutató ennek megszüntetését határozta el, mely előreláthatólag jelentékeny sebészi beavatkozás útján sikerülni fog.

#### Polymastia.

Goldberger Hugó dr. bemutatását lapunk más helyén egész terjedelemben közölni fogjuk.

#### B) Napirend.

I. Különböző korú gyermekeken végzett himlőellenes oltások.  
II. Laboratoriumi vizsgálatok a vaccina mikrobáira vonatkozólag.

Hajniss Géza dr. (Ezen előadásokat egész terjedelmükben közölni fogjuk.)

### Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató szakülés 1895. január 9-dikén.)

Elnök: Koller Gyula; jegyző: Mohr Mihály.

#### Excessiv myopiának operatióval gyógyított esetei.

**Id. Siklósy Gyula.** Ha üveggel segíteni a nagyfokú rövidlátót nem lehet, kérdés, mily más mód állana rendelkezésünkre e cél elérésére. Ilyen mód volna a szem tengelyét megrovidítani; a hátsó polus eltávolítása eo ipso elesik; a mellső feléből, a szaruhártyából *Galezovszky* megkísérelt egy sectort kivágni, de ez másnak, mint időtlen kísérletnek nem tartható. Úgy theoretikus, mint practikus szempontból elfogadhatónak látszik azonban a lenese eltávolítása, mint azon egyetlen eszköz, mely által a nagyfokú rövidlátók vagy (14 D-ig) emmetropokká, azon alul kis fokban hypermetropokká, azon felül kis fokban myopokká tehetők, természetesen accomodatio nélkül. A practikus szemorvos ismeri azon óvatosságot, melylyel idősebb, nagyfokú rövidlátók szürke hályogjának eltávolításakor el kell járnia; ismeretes, hogy a rövidlátók-nál hályogmütyét után a gyógyulási viszonyok nem kedvezőtlenebbek, mint akár egy emmetrop embernél. A mód, a mely szerint a myopiás lenese eltávolítható, kétféle, vagy egyszerűen discissio és felszívás által, a discissiót a lenese esetleges kibocsátása követheti, vagy pedig iridectomiából, 3—4 hétre utána discissióból és a lenese eltávolításából. Az első eljárás alá esnek fiatal egyének 20—24 évig. Ezeknél keresztmetszéssel nyitjuk meg a tokot, a mint a fiatalkori hályog szét darabolásáról azt minden tankönyv tanítja is; mire a lenese a csarnokvíz behatására felszívódik. Ha a tokon ejtett nyílás behegedne és a lenese felszívódása így nem haladhatna előre, új discissiót kell csinálni. Ha a lenese oly rohamosan duzzadna meg, hogy a teke keményebb lenne, akkor azt haladéktalanul ki kell bocsátani. Bemutató a lencsét csakis akkor véli kibocsátandónak, ha a fent említett körülmény azt szükségessé teszi, vagy pedig ha a felszívódás olyaténképpen halad előre, hogy egyes megmaradó tokrészek, vagy kéregrészek eltávolítására az extractiön kívül másképp remény nincsen. De bármilyen kedvező is legyen a szaruhártya-metszés statistikája, mégsem mondható közömbösnek sem a szemre, sem az egyénre nézve, ha 3—4 egymásutáni műtétnek lesz a szem alávetve. Káros lehet a szem többszöri megnyitása az ez által okozott belnyomás mindenkori változása és az iris esetleges becsípődése által. Bemutató egyszerű discissiónak veti alá 20—30 év közti egyének szemét is, de a tokot 20. évtől kezdve nem keresztmetszéssel, hanem vonalas metszéssel nyitja meg. Bármily kicsiny legyen is a keresztmetszés, annak csúcsai tovább repednek; a lenese gyors felpuffadása nemcsak keményebbé teheti e korban már a teket, hanem iritist s iridoeyklistist okozhat a szem pusztulását vonhatja maga után. 30 éven felül feltétlenül iridectomiának kell a discissiót megelőznie és az ez által okozott izgalom megszüntetével a tokon egy parányi metszést szabad csak ejteni. Az ily egyvonalból álló metszés nem tátong, nem reped oly gyorsan tovább, rajta csak csekély mennyiségű víz hatolhat a lencséhez és a lenese elhomályosodása igen lassan történik, oly tempóban, mely a szemre egyáltalában nem veszélyes. Az iridectomia azért szükséges, hogy a sphincter megcsönkítése által az iritis bekövetkezésének valószínűsége csökkenjen, a mely a korral nemcsak együtt növekszik, hanem nemcsak egyenes arányban, de rohamosabban, mert a korral rigidebb lesz a sklera és keményebb lesz a lenese állománya, úgy hogy a puffadó kemény lencserészletek az irist jobban izgatják. Ezt mindenki tapasztalhatja, ha extractio után némi lencserészletek maradnak vissza;

itt pedig, ha a tok nyílása nagy, nem parányi részokról leszen szó, hanem széteső, puffadt, nagyobb tömegekről. Az előzetesen végzett iridectomia a behyomás nagyobbodását nem akadályozza, mint azt *Fukala* állítja és mint azt a *Graefe*-féle extractio keletkezése idejében általán hitték és tanították, mert a szem keményebb lesz, ha annak tartalma növekszik, akár megvan az iris anyaga egész voltában, akár hiányzik egy darab belőle. Az elmondottakból látszik, hogy a myopia műtét elé kor által határ nem vonható. Egy másik fontos körülmény a nagyfokú myopiás szemekben található kóros elváltozásokra vonatkozik, melyek némely szerző állítása szerint ugyancsak contraindikálják a műtétet. Ezt bemutató nem hiszi, mely feltevését a most bemutatott eset is megerősítette.

A myopia-műtétet a lenese discindálása alakjában *Fskala* pilseni szemorvos hajtotta elsőnek végre Bécsben. Már ezelőtt 18—20 évvel ajánlotta a műtétet *Arlt* tanárnak, ki azt azonban visszautasította. Utána *Vacher* orleansi szemorvos operált rövidlátókat 1889-ben. Jelenleg, a mennyire bemutató előtt az irodalom ismeretes, *Fukala*t követik *Schweigger*, *Pflüger*, *Schröder*, *Thier*, *Hippel*, *Abadie* és *Horstmann*. A legnagyobb része diéséri az eredményeket, egyébként „quot capita tot sensus”. Bemutató esetei a következők: 1. A 35 éves óvónő gyermek-kora óta rövidlátó; felvételekor látóélessége —14 D-val jobb szemén 1 méterről ujjak olvasására szorítkozott, a balon pedig 2 méterről olvasta az ujjakat, vagyis  $v = 1/70$  és  $2/70$ . Az üvegtést diffuse zavarosnak mondható, nagy chorioidealis részben egészen sorvadtt, részben friss góczok láthatók a szemfenéken; a jobb szemén vérömleny sorvadtt helye volt a maculában, míg a balon a macula körül. Mindkét szemén nagy, két papillányi, a külső oldalra tartó conus. A jobb szemén egy vena színére nézve valamivel sötétebb.

A kezelés 4 héten át pilocarpin-befecskendezésekből állt, de javulás nem állott be; az üvegtést majdnem teljesen feltisztult, de a látás nem javult. Október 24-dikén a jobb szemén iridectomia végeztetett, 14 nap mulva vonalas, középnyag discissio a lenesetokon a sklerán keresztül. A lenese-állomány oly rohamosan duzzadt, hogy az 5. napon a teke keményebbé vált és a zavaros lencserészleteket ki kellett bocsátani, mire a szem 14 nap mulva teljesen megnyugodott. A bal szemén december 2-dikán történt az iridectomia, december 17-dikén discissio, oldalagos világitásnál rendkívül kis vonalas seb ejtésével a tokon; a felszívódás igen lassú lépésben haladt előre, ma még egyes mozgékony részletek látszanak aláfelé. Ma a látása a jobb szemén  $5/50 + D$ -val, míg bal szemén a végeredmény még nem állapítható.

2. A másik eset egy 19 éves fiút illet, kinél rendes módon végeztetett a discissio és a kinél a lenese felszívódása a rendes módon van folyamatban.

Bemutató ismeri a műtét nagy horderejét és veszélyeit, de mivel az említett cautelák betartásával azokat elkerülni lehet, nem tartja szükségesnek az operatív működést a kor vagy a hátsó változások által korlátoztatni.

**Weisz Gyula.** A bemutatott eset kapcsán egy a pesti izr. kórház szembetegosztályán operált esetet mutat be. A 23 éves géplakatos gyermek-kora óta nagy fokban rövidlátó,  $2\frac{1}{2}$  év előtt munka közben vasdarab ugrott jobb szemébe, minek következtében 14 napig munka-képtelen volt és e szemmel ezen sérülés óta rosszabban lát. A cornea középen vonalas heg látható, mely valószínűleg a sérülés maradványa. Jobb szem 1 méterről olvas ujjakat, a virus 15·0 D concav üveggel kérdéses  $5/21$ -re javítható, majdnem körkörüli staphyloma posticum van jelen, a lencsében pedig alul kívül partialis hályogképződés, melynek legnagyobb része az iris által fedve van; tükörrel körülbelül 20·0 D myopia mutatható ki. Bal szem visusa =  $2/36$ , mely 8·0 D concav üveggel  $5/18$ -ra javítható, staphyloma post. kívül alul, tükörrel 14·0 D myopia. A szemfenék különben teljesen ép. A jobb szemnek rövidlátósága tehát nagyobb, a körkörüli staphylomán kívül semmi más elváltozás a szemfenéken nem volt, és a traumatikus úton előidézett hályogképződés már szinte mutatta az utat, melyen haladni kell, ha a lencsét a refractio megváltoztatása céljából a szemből eliminálni akarjuk. *Szili* főorvos a betegnek a műtétet ajánlotta, mibe az készségesen bele is egyezett. A discissiót tüvel végezte, a lenese pár napra zavarodni és duzzadni kezdett, a duzzadó részletek a pupillából gulaszerűleg előre türemkedtek, a dús atropinózás dacára az irist feszíteni kezdték, és csekély fokú iritist és fájdalmat okoztak a betegnek, de a szem mindig puha maradt. Három héttel a discissio után, midőn a lencsének nagyobb része már duzzadó stadiumban volt, a cornea külső középső részén lándzsával ejtett seben keresztül a duzzadó lencserészletek kibocsátottak. A visszamaradt hályogrészletek mihamarabb szétetek, felszívódtak, úgy hogy jelenleg a pupilla teljesen szabad, alakja ovalis, pár synechia van jelen az előrement iritis következtében. A pupilla szélét visszamaradt csekély secundaria-hálózat veszi körül, a szem visusa jelenleg  $4/36$ , mely 3·0 D convex üveggel  $5/20$ -ra javítható, tükörrel szintén 3·0 D közti hypermetropia constatalható. Feltűnő, hogy a beteg 3·0 D convex üveggel lát jól, mert ha felteszszük, hogy a lenese eltávolítása által 10—14 D myopia compenzáltatik, úgy akkor is 6·0 D myopia maradna fenn, mely myopia-többlet a lenese állományának megváltozása által magyarázható meg. *Pflüger* a Rómában tartott orvosi congressus szemorvosi szakosztályában az alsó határt, melynél discindálni szabad, felnőtteknél —12·0 D-ra teszi, és eredményei alapján —30 esetben végzett műtétet —oda nyilatkozik, hogy a látóképesség kétszeresen vagy háromszorosan emelkedett. *Schmidt-Rimpler* ellenkező nézeten van, és azt mondja, hogy a discissio veszélyei a látóképesség emelésével semmiképpen sem állanak kellő arányban, és azonkívül a binocularis látás egy szem operálása által meg van nehezítve.



*Szili Adolf.* Bár azon esetében, melyet *Weisz Gyula* dr. most bemutatott, a műtét jó eredménnyel járt, szülő általában véve nem pártolja a lencse eltávolítását rövidlátás miatt. A műtét jobb eredménnyel bíztat, mondják, ha a szemfenéken nincsenek kóros elváltozások, de az ily myopiáknál rendszeren szemüveggel is elég jó látást lehet elérni. Excessiv myopiánál azonban, mely ellen a szemüvegszekrényben nincs correctio, a műtéttől nem kell félni. A kir. orvosegyesületben szülő bemutatott egy 50 éves excessiv myopiában szenvedő nőt, ki egyik szemén sklera-repedést szenvedett és kinél a lencse és az iris egy része kilökötett; a nőnek a szeme nem ment tönkre, hanem gyenge concav üveggel jól lát a távolba és ezt a szemét használja a kártyázásnál. Hátránya a műtétnek az, hogy mint az szülő esetében is észlelhető, a binocularis látást megzavarja.

*Grossmann Lipót.* Az átlátszó lencsének rövidlátás miatti eltávolítása nagyobb veszéllyel fenyeget, mint a mennyi haszonnal járhat. A lencse discissióját és eltávolítását recezeleválás és belső vérzés követheti, így a retina leválását észlelte a műtét után pl. *Wecker*. Továbbá a discissio után a lencse duzzadása folytán nagy nyomást gyakorolhat a nervus opticusra és secundaer glaucoma keletkezését idézheti elő, a milyen eseteket pl. *Abadie* és *Wecker* látott. *Van Milingen* több évvel a discissio után észlelt recezeleválást és *Schmidt-Rimpler* is hangsúlyozza a discissio veszélyeit a látóképességnek általa elérhető esékély javulásával szemben. A műtét eredménye felett csak néhány évvel a műtét után lehet végleges ítéletet mondani.

*Goldzieher Vilmos.* Szülő a szóban forgó műtét eljárását a legmelegebben ajánlja és a jövőben minden erre alkalmas esetben végezni fogja. Épen tegnapelőtt bocsátott el vörös-kereszt kórházi osztályáról egy 16 éves leányt, kinél nagyfokú myopia miatt a discissiót és a lencse kibocsátását a legjobb sikerrel végezte. E műtét mellett nemcsak a tapasztalat, hanem az elméleti érvelés is szól. *Mauthner* már 1875-ben azt írta tankönyvében, hogy ha a lencse-extractio veszélytelen műtét volna, minden nagy fokban myopiást operálna. Hogy a discissio után esetleg glaucoma secundarium keletkezhetik, nem tagadható ugyan, de e veszély a kellő orvosi felügyelettel, erélyes atropinózis mellett és szükség esetén iridektomia végzésével elkerülhető, annál inkább, mert a discissio utáni 6—8. napon a lencse, mikor jól felpuffadt, kibocsátható. Szülő nem látja be, hogy miért volna a teljesen átlátszó lencse discissiója veszélyesebb, mint a félig átlátszó; szülő hivatkozik e tekintetben azon esetekre, hol az átlátszó lencsét trauma miatt kell eltávolítani. Szülő azt eddig nem tapasztalta, hogy a szemfenéken levő kóros elváltozások a műtét eredményét veszélyeztetik. Az a vérzés, mely a retinából jön, nem veszélyes, hanem veszélyes az, mely a chorioidea hátsó rétegéből indul ki, midőn t. i. az art. ciliaris postica longa vérzik, mert e vérzés leválasztja a retinát, az üvegtestet kifelé tolja és a szemet tönkretesz; de ez a vérzés szerencsére csak nagyon ritkán fordul elő, és nem a myopiával függ össze, hanem valószínűleg endoarteritikus folyamattal, bár szülő megengedi, hogy az excessiv myopia a szemet kitéve, a véredények vongalása által a vérzés létrejöttét némileg elősegítheti. A mi a retinaleválást illeti, szülő határozottan azt hiszi, hogy az kevésbé fenyegeti az oly szemeket, hol a chorioideában kóros elváltozások vannak, mert a plasztikai vagy atrophikus gyuladás a szemhártyában, mely a retinát a chorioideával összeforrasztja, azt megóvja a leválástól. A mi végre a binocularis látás megzavarását illeti, az sem hozható fel érveléssel a műtét ellen, mert az operációt csak olyanoknál hajtjuk végre, kiknek excessiv myopiájuk miatt oly esékély a látóképessége, hogy ennek megjavításával szemben a binocularis látásra nem fektetnek súlyt. A műtétet 13 dioptriánál nagyobb myopiánál tartja szülő indikálnak, a mi pedig a megengedhető maximalis életkort illeti, hivatkozik *Schweiggerre*, ki e műtétet sikerrel végezte egy 43 éves egyénnél. Szülő a műtétnél úgy jár el, hogy a *Knapp*-féle discissio-tívet nemcsak felszúrja, hanem szélesen felhasítja a mellső lencsetokot, és rövid idővel később kibocsátja a lencsét.

*Grósz Emil.* A szóban forgó műtét értékét a mai vita sem tisztázta, mert e tekintetben ma is igen ellentétes nézetek nyilvánultak. Szülő minden esetre czélszerűnek tartja e műtétet szemben rezervált álláspontot elfoglalni, és a műtétet legfőleg csak az egyik szemén végrehajtani, hogy ha utólag baj támad az operált szemben, legalább a másik szemnek chancejai legyenek kedvezőbbek. A műtétnek a binocularis látást megszüntető hatását sem szabad figyelmen kívül hagyni. A műtétet érdemes kísérletezni, de mindig kellő óvatossággal kell eljárni. Hátránya a műtétnek, hogy épen azon esetekben veszélyesebb, hol tulajdonképpen indikált volna, hol t. i. a myopia 13 dioptriánál nagyobb, hol a szemfenéken kóros elváltozások vannak, hol tehát szemüveggel való correctio nem lehetséges.

*Ifj. Siklós Gyula.* Azok, kik a műtét ellen azt az ellenvetést hozzák fel, hogy veszélyesebb a 13—14 dioptriánál nagyobb myopia, figyelmen kívül hagyják azt, hogy mi a sorsa ezeknek a szemeknek a műtét nélkül, ha magukra hagyatnak. Hiszen épen e szemek adják a retina-leválásoknak körülbelül 90%-át. Eddig már 102 sikerrel operált eset szült az eljárás helyessége mellett.

*Feuer Nánán.* Minthogy ez a műtét sokféle veszélyes következménnyel járhat, minden esetre csak óvatossággal szabad vele kísérletezni. A műtétnek egy még eddig nem említett veszélyére akar szülő most utalni, t. i. arra, hogy a lencse kibocsátása alkalmával gyakran mellső synechia támadhat, mely secundaer glaucoma útján nemcsak az egyik szemet veszélyeztet, hanem sympathikus gyuladás által a másik szemet is tönkretetheti. A műtétet, még pedig mindig csupán az egyik szemén, csak akkor tartja szülő indikálnak, ha a myopiás egyén rövidlátósága miatt életpályáján egyáltalában nem boldogulhat, és így az egyik szemén a myopiát meg kell szüntetni.

*Id. Siklós Gyula.* Szülő a mai vitából azt látja, hogy a műtét értékét illetőleg tulajdonképpen valamennyien egy véleményen vannak, mert hiszen senki sem mondta, hogy ez eljárást nem érdemes cultiválni, csak hogy némelyek többé, mások kevésbé veszélyesnek tartják.

#### Abscessus paranephritikus műtét által gyógyult esete.

*Bakó Sándor.* A 31 éves munkás vesekőrili tályognak próba-punctio által is megerősített kórisméjével tétetett át bemutatáshoz december 7-dikén, mely napon a műtétet végezte is. A beteg előadja, hogy 6 hét óta beteg, ezt megelőzőleg mindig egészséges volt. Hat hét előtt waggonkiirítással lévén elfoglalva, a mint egyik marhaszállító kocsiiban kezével az egy ölnél magasabban álló akol alját megtaszította, igen erős szúrást érzett bal ágyéktáján, mely egy pár perczig el-tartott. Azután újra dologhoz látott; sok munka lévén feltorlódva, dolgozott egész nap, miközben nagyon kifáradt és áthült. Ettől fogva baloldali fájdalmi eleinte kisebb, azután mindig növekvő mértékben megmaradtak, de 3 hétig még képes volt dolgozni. Ekkor lett ágyban fekvő beteg, s mint ilyen töltött otthon még 3 hetet, mely idő alatt orvosi gyógykezelése hideg vizes borogatások és belső orvosság használatában állott.

A midőn december 7-dikén bemutató a beteget megvizsgálta, az elődomborodott lumbalis tájon a hullámzás egészen jól kivehető volt, e helyen a bőr be volt szűremkedve. A terimenagyobbodás kiterjedt a has alsó részére, le a csipőtágra, felfelé a bal mellkas alsó részére. A gerinczesigolyák nyomásra sehol sem voltak fájdalmasak; a csipőizület szabad. Tekintve, hogy sem a vese, sem a lép, sem a csigolyák, sem a többi szomszédos helyeknek oly megbetegedése, mely a genyedésnek okul szolgálhatott volna, kimutatható nem volt, és tekintve, hogy a genyedés helye és kiindulása a vesetájnak felelt meg, nem szenvedett kétséget, hogy a vesekőrili sejtzövet lobja van jelen tályogképződéssel.

A műtétet a beteg elaltatása mellett bemutató azonnal végezte. A m. sacrolumbalis külső széle mentén a XI-dik bordától a csipőtarajig vezetett függélyes metszéssel a fedő képleteket átmetszve eljutott a tályog faláig, melyet megnyitva, csakhamar előtört a tályog tartalma, s közel 2 liter sűrű geny ürült ki, keverve összeálló nagy czafatokkal. A visszamaradt nagy üreg felfelé a gerincoszlop mentén magasra, alafelé a csipőárokba ért; a vese a sebnilyáson keresztül nem volt látható, de az üreg felső oldalán mint tömött tapintatú test volt kiérezhető. A tályog ürít kitisztítva, vastag drain-csővet helyezett belé gaze-zal beburkolva és a seb felső és alsó zúgát egy pár varrattal egyesítette. A beteg közérzete, a mint az altatástól magához tért, nagyon megkönnyeb-bült. A lázak is csakhamar megszűntek, a tályogürege összehúzódása és a seb gyógyulása feltűnő gyorsan haladt, s már közel két hete, hogy a seb egészen bezáródott. A beteg mozgásnál, járásnál, hajlásnál semmi fájdalmat sem érez, s már ereje is jelentékenyen gyarapodott.

A paranephritikus, mint ismeretes, gyakoribb a secundaer alakja, mely genyes vesegyuladáshoz, csigolya-carieshez, a kis medence gyuladásaival, általában a szomszéd szervek lojához szokott társulni. Mint ünszenvi megbetegedés elég ritka. *Fürbringer* csak 4 ilyen esetet észlelt. Bemutató néhány év előtt ugyancsak *Gyurmán* főorvos osztályán hasonló esetet operált. *Stern* magántanár 4 év előtt, magángyakorlatából, a bemutatottéhoz hasonló, szintén baloldali ünszenvi vesemögötti tályog esetét közölte. Ugyanakkor felemlítette, hogy úgy azon betegénél, mint azon egy pár esetben, melyeket az I. belklinikán volt alkalma észlelni, mindannyiszor már a betegség kezdetén lépmegnagyobbodást talált, miért ő a lépmegnagyobbodást a paranephritikus egyik jellegző tünetének tartja. Az itt bemutatott esetenél lépmegnagyobbodás nem volt jelen, a tályog kiirítése után a léptompulat a rendes határokat mutatta, és a lép kitapintható nem volt.

Az ünszenvi paranephritikusnak homályos a pathogenesise, különösen a törzsre szorítókozó megerősítés és meghülés említettnek oka gyanánt; jelen esetben mindkettő szerepel az anamnesisben.

(Folytatása következik.)

### Erdélyi Múzeum-egylet.

(Orvos-természettudományi szakosztály ülése 1894. nov. 16-dikán.)

1. *Höncz Kálmán* dr. „Az alsó állsont törései“ ezímen tart hosszabb előadást, melyben igen kimerítően tárgyalja e csont töréseinek statistikáját, kórtanát, tünettanát, lefolyását, kórisméjét és kórjósát. Előadásának súlypontja a kezelésre van fektetve, mely szerinte a következő alapelvek szerint történhetik: A törvégek összetartására szolgálhatnak 1. oly kötések, melyeknél a rögzítés az egészséges fogszor által történik, még pedig vagy a) közvetlenül, vagy b) közvetve az által, hogy a fogszor közé síneket helyezünk.

2. Oly kötések által, melyeknél a törvégek összetartása az elünn állsonton magán történik, még pedig vagy az által, hogy a) a törvégek közvetlenül egyesítetnek, vagy hogy b) alkalmas sínek által közvetve összetartatnak.

3. Oly kautschuk- vagy fémkötések által, melyek húzás vagy nyomás által a hibás állásban összegyógyult, vagy izomösszehúzódás által ily hibás állásba hozott törvégeket lassanként a rendes állásba hozzák.

Említett 3 pont alá sorolja mindazon nevezetesebb kötések, melyek Hippokratés idejétől manapig alkalmaztattak és alkalmaztatnak.

Szerző az alsó állsont törésének kezelésénél a vulkanizált kaucsukból készült interdentál (fog közötti) sín a legcélszerűbbnek tartja, miután a sín elhelyezése után az illetők betegnek egyáltalában nem



érik magukat, szájukat nyithatják, öblíthetik, sőt egynéhány nap múlva consistensebb ételeket is rághatnak.

Ez interdental sínek mellett méltó helyet foglal el a Sauer által ajánlott fémsín is.

Előadása végén a nevezetesebb készülékeket betegeken, képeken és gypsmintákon mutatja be.

2. **Gámán Béla** dr. a mult szakülésem bemutatott nőbeteget, kin 4 nap előtt műtétet végzett, ismét bemutatja, egyben demonstrálja a teljesen eltávolított képletet is. A beteg szabadon lélegzik, hangja még kissé érdes, de jól hallható és elég erős. A műtét endolaryngeal úton, cocainozás után, kacsasal végeztetett, melylyel sikerült a képletet — két kisebb, a mellső kommissurán és hangszalagon tapadó darabkát kivéve — egy darabban eltávolítani. A visszamaradt két gombostűfejnyi darab ugyanazon ülésben Krause-féle fogóval vétetett ki. A hangszalag belővelt, de infiltrálva nincs, mozgékonyága jó. A daganat 16 mm. hosszú, 12 mm. széles és 7 mm. vastag, egyenetlen szemölcsös felületű és számos mákszem egész kendermagnyi dudorkából álló szederszerű képlet. A kórboneztani intézetben megejtett szövettani vizsgálat szerint a képlet papilloma.

3. **Genersich Gusztáv** dr. a belgyógyászati klinikán kezelt vörhenyes betegről levált tenyer- és talpbőrt mutat be, melyek vastagságuknál és alakjuknál fogva érdekesek, különösen a lábtalpokról levált bőr egészen sarú-alakú.

4. **Scheitz Vilmos** dr. fejkosz ritka esetét mutatja be.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

**Körösi József:** A heveny fertőző betegedések statistikája az 1881—1891-diki évekről és az időjárás befolyásának vizsgálata.

Budapest, 1894. Grill Károly kir. udvari könyvkereskedése.

A körülbelül másfélszáz lapra terjedő, rendkívül érdekes könyv — mint az már címéből is kitűnik — két részre oszlik. Az első rész a fertőző betegségeknek tulajdonképeni statistikáját nyújtja, a másik résznek pedig célja az időjárás és a betegedés közti viszony felderítése. A dolog természetében fekvő sokoldalúság lehetlenné teszi csak a főbb eredményeknek feltüntetését is egy rövid ismertetés keretén belül s azért meg kell elégednünk azzal, hogy kiemeljük a nagy szorgalmat, az ügyes összeállítást, úgyszintén a tárgyilagosságot és a következtetéseknek óvatosságát, párosulva azok helyességével: csupa olyan dicsérendő tulajdonság, melyekkel Körösi munkái mindegyikében találkozunk és a melyek már régen hozzájárultak ahhoz, hogy neve a külföld előtt is ismertté lett.

**Schützenberger Endre:** Az egészség- és gyógyításügy helyes szervezése községek számára. Budapest, 1894.

Az érdekesen megírt kis füzet a községek egészség- és gyógyításügyi szervezésének ismertetése után áttér a jelen szervezés hibáira és azokat a legkülönbözőbb szempontok szerint (a rendszeresítést, a qualificatiót, a betöltést, a fizetést és a munkakört illetőleg) behatóan bírálja, kiterjeszkedve a gyógyszerárakra, a bábaintézményre, halottkémlésre, temetésügyre, a vágóhidakra és hússzemlére, az egészségügyi hatóságra, a járványbizottságra stb. Fejtegetései alapján végül arra az eredményre jut szerző, hogy utat-módot a községi közegészségügy helyesebb szervezésére csak a jelen közigazgatás reformálása által találhatni. Értékes részét képezi a füzetnek a mellékelt 4 táblázat, melyek a községek és városok népességi viszonyait, a községi orvost tartó községek népességi viszonyait, az egészségi körökbe csoportosított községek és a rendszeresített egészségi körök népességi viszonyait és végül a községi és körorvosoknak fizetéseit tüntetik fel az egyes vármegyék szerint az 1892. évről.

### II. Lapszemle.

#### Belgyógyászat.

A Fowler-oldat subcutan alkalmazását súlyos malaria ellen kísérlette meg Sacharjin klinikáján **Popoff** dr. Olyan esetekben, a melyek hosszasan ellenállottak a chinin-szerelésnek, tették az eljárást próbára. Már régebben adták a szert tudvalevőleg váltóláz betegeknek, nagyobb dosisai azonban könnyen megtámadják a gyomor-bél-tractust, gyomor-fájdalmakat, émelygést, hányást, bélfájdalmakat és hasmenést idéznek elő. Subcutan adva, a Fowler-

oldat gyorsabban és nagyobb energiával hat és szükség esetén olyan dosisban alkalmazható, a minőt a gyomor semmi körülmények között el nem tűrne. A nevezett intézetben hígított Sol. Fowler-t fekszkendőknek be a Pravaz-fekszkendőnek 4 osztályrészén kezdve és felmennek, ha az eset súlyossága megkívánja, akár egy egész fekszkendőig. Kezdetben naponta történik egy injectio, később, némi hatás elérése után már csak minden másodnap. Az adott injectiók száma 20—24-re mehet fel, többet az esetleges intoxicatiótól félve — a mely ugyan egyetlen esetben sem következett be — nem adtak. A Fowler-oldat így alkalmazva, rövid időn is *eklatáns hatást* mutatott több esetben. (Ref. Wiener mediz. Blätter, 1894. decz. 13.)

K—y.

#### Sebészet.

**Idegátmetzés gangraena dolorosánál.** *Quenu* a következő esetet közli. Hetvenöt éves ember négy órán át hóban járván, az alsó végtagokban hideg és zsibbadás érzete szállta meg, e miatt másnap lefeküdni kényszerült. Neuralgiaszerű igen heves fájdalmak léptek fel, a melyek felfelé a nagy idegtörzsökbe kisugároztak. Nyolcz nap múlva a jobb láb gangraenosus lett, s ezen állapotban a beteg kórházba lépett. A vizeletben sem cukor, sem fehérnye nem volt. Az úterek atheromatosisok, az általános állapot cachectikus volt. A czomb antiszeptikus kötésbe lett téve, dacára annak a gangraena felső harmadáig terjedt, a láb mumifikálni kezdett. Az általános állapot súlyosbodott, a beteg szörnyű fájdalmakat állott ki és amputatiót kívánt, de tekintettel a nagy elesettségre, az egyelőre vissza lett utasítva, először a fájdalmakat akarva csillapítani, és csak azután az általános állapot javulásával amputatiót végezni. A fájdalom végleges csillapítása végett neurotomára gondolt. Chloroformisatio után a regio popliteában bemenést csinált és a nervus popliteus internus, externus és saphenus externus, a Hunter-esatorna magasságában pedig a nervus saphenus internus resekálta. Ez időtől fogva a fájdalmak teljesen megszűntek. Miután a gangraena határolódott s mumifikálódott és az általános állapot megjavult, egy hónappal később a czombot amputálta. Beteg teljesen meggyógyult. (Le Bulletin Medical, 1894. július 4.)

Baumgarten Samu dr.

**Fistula recto-urethralis congenita** egy esetét észlelte *Lejars* öt éves fiúnál, kinél a szülők csak két év előtt vették észre, hogy a vizelet a húgycsövön áthaladva, bélsárral volt keverve. Végbélvizsgálatnál 2 cm.-re az anus felett, a bél mellő falán merőleges 1 cm. hosszú hasadék volt található. Az első műtét harántbemenésben és a szövetek elválasztásában állott a sipoly bemeneti-nyílásokig, azután ezek külön elzárattak. A gyermeknél székrekedés idéztetett elő és állandó catheter alkalmaztatott, de ezt nem tűrte és a műtét nem sikerült, így volt ez második kísérletnél is s siker csak a harmadik beavatkozásnál lett elérve, melynél a dissectio a sipolymentek felett is egy darabon végeztetett és a bemeneti nyílások jól összevarrattak, nem iparkodva a gátséb közvetlen egyesülésére. (Le Bulletin Medical, 1894. jul. 22.)

Baumgarten Samu dr.

#### Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Gyermekek hasmenése** ellen a következő összetételű por jó eredménnyel használható: Rp. Calomel. 0'02; Zinci sulfocarb. 0'015; Bismuthi subnitrici 0'6; Pepsini 0'15. M. f. pulvis. Da tal. dos. Nr. X. S. 3-szor naponként egy-egy port (egy esztendő gyermekeknek). A diaeta természetesen megfelelően szabályozandó. (Therap. Blätter, 1894. 7. sz.)

2. **Jodkalium rendelése.** *Hardaway* azt tapasztalta, hogy a jodismus megakadályozható, ha a jodkaliumot következő összetételben rendeljük: Rp. Kalii jodati 15'0—30'0; Ferri citr. ammon., Tinet. nucis vomicae aa 8'0; Aquae destill. 45'0; Tinet. chinae compos. 60'0. M. D. S. Minden étkezés után egy kávékanálnyi. (Le progrès medical, 1894. 50. sz.)

3. **Hyperemesis gravidarum** ellen sikerrel használja *Steffen* a következő orvosságot: Rp. Tinet. jodinae guttas X—XII.; Aquae destill. 120'0—150'0. Két óránként egy evőkanálnyi 1/2 pohár cukros vízben az étkezések közti időben. Ha egyidejűleg gyomor-fájás is van jelen, morphium vagy aqua laurocerasi adható hozzá. (Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte, 1894. 21. sz.)



## TÁR C Z A.

## Orvosi gyakorlat; diagnostikai és gyógykezelési tévedések.

Schwimmer Ernő tanártól.

(Folytatás.)

Ezen a legkülönbözőbb változatosságban a mindennapi gyakorlatban előforduló dolgokat higgadtan megítélve, nem csodálkozhatunk, hogy ez így szokott megtörténni, mert az orvosi beavatkozástól mindig csak sikert várnak. A tévedés csak abban rejlik, hogy a tudományt és gyakorlatot gáncsolják, nem pedig az emberi tehetség korlátait, melyeket legnagyobb iparkodással sem léphetünk át, vagy az emberi szervezet gyarlóságát, mely az öt emésztő bántalmat nem győzheti le. Mindennek dacára a modern orvos helyzete sokkal szerencsésebb mint elődeinké volt. Felfegyverkezve azon eszközökkel, melyeket a physikális, a szövettani, vegytani és bacteriologikus tudományokból merít, más képzettséggel és alaposzággal vizsgálhatja meg betegét, mint ez hajdanában lehetséges volt. A helyes kórisme már nem képez többé felületes megtekintésből vagy az érlökés megtagogatásából eredő nyilatkozatot, mely gyakran minden alapot nélkülöz, hanem tudományos feltételekből következtetett felismerése a kóros állapotnak, mely a szervezet élettani működésének tudásán alapszik; a kórjelzés tehát olyan művelet, mely néha igen lényeges kombinációkból áll, hol könnyen található, hol ismét elrejtett mozzanatokkal kell egymással összhangzásba hoznunk és arra törekednünk, hogy magunknak a kóros állapotról egységes képet alkossunk. *Kantnak* már 100 év előtt tett nyilatkozata, hogy az orvos művész, mert iparkodik a természet működését utánozni és utólni, jelenleg nagyobb jogosultsággal bír, mint akkoriban. A kórisme tehát egyes esetekben a gyakorlati tevékenységnek legnehezebb és legkényesebb részét képezi, míg ellenben a gyógykezelés maga empirikus tudomány.

Az utolsó években bámulatos gyorsasággal egymást követő felfedezések egyes betegségek kórokaival, a gyógykezelést is kezdtek átalakítani, úgy hogy most már azon hiszünk, hogy egy új és ezéltudatos, oki mozzanatokon alapuló gyógy-eljárás birtokába jutottunk. De mégis milyen távol állunk még annak megvalósulásától. Az állatokon végzett toxinokkal való oltások és az azok következtében mesterségesen előidézett kóralakok nem bizonyítják még a modifikált toxinnal elérhető gyógyulást az emberen.

Állatkísérlet és emberek gyógyítása még nem képez egy azonos fogalmat. Az experimentatorok hasonlatosságba szeretnek hozni egy kiló kutya-, vagy néhány deka egérhúst ugyanannyi emberhús súlyával. Ha a tengeri nyúl, a kutya, a lovon stb. végzett kísérleteknél egy bizonyos reactio mutatkozik, akkor azt nem lehet még azonosnak tekinteni az emberi szervezetben mutatkozó behatással; egyes mérgek szereknek hatása az állati vérre, mely a kémszőben kimutatható, nem enged következtetni az ember keringő vérében hasonló elváltozás létrejöttelére. Az emberi lény, mely nevelés, táplálkozás, gondolkodás, életmód, magatartás és még számtalan más tényező által különbözik az állattól, annyi rejtélyes és előttünk még ismeretlen physiologikus mozzanat által befolyásoltatik, a minőket az állatnál nem lehet tapasztalnunk.

De azért ezen állatkísérletek mégis szükségesek és fontosak, mert azok nélkül nem is lehetne megközelítőleg a therapia további fejlesztésére gondolni. Mi csak egy újabb korszak kezdetén állunk, mely minden valószínűség szerint a leghelyesebb irányban halad, melyet az orvosi történet eddig ismert és nem tudjuk még meghatározni, milyen felfedezések fogják még az emberek ebbeli törekvését koronázni.

A lázas munkássággal dolgozó bűvárok jelenlegi tevékenysége úgy tűnik fel előttünk, mintha egyes sötét felhők, melyek a természet titkait beborították, lassanként széteszlanának és tiszta, átlátszó légkör kezdene szemünk elé tárulni, meghazudtolván a híres bűvár és orvos *Albrecht v. Hallernek* e szavait: *Ins Innere der Natur dringt kein erschaffener Geist.*

De akármilyen rajongással tekintenénk is az eddig elért eredményekre és akármilyen nagy reményekkel viseltetnénk is a

további kutatások fejleményei iránt, nem szabad elfelejtenünk, hogy tudásunk és működésünknek bizonyos határa van, mely talán idővel még jobban ki fog szélesedni, de mely sok tekintetben most legalább tevékenységünket bénítani képes.

A korlátok, melyek az orvos működését megnehezítik, vagy olyanok, melyek az emberi felfogás és itélő képesség felett állnak, ezt *szellemi határnak* nevezhetjük, vagy olyanok, melyek bennünk rejlenek és tudásunk hiányos voltából vagy figyelmetlenségünkől erednek és ezt *gyakorlati* vagy egyéni határnak mondhatjuk.

Vessünk most egy pillantást ezen utóbbi korlátra, mely a gyakorlati életben sokkal lényegesebbnek látszik mint az előbbi, mely kútforrását képezi azon tévedéseknek, melyek a kórisme megállapításában, valamint a gyógyeljárában mutatkozni szoktak, mely tévedéseknek mindnyájan többé-kevésbé ki vagyunk téve. Ha minden tapasztalt és lelkiismeretes orvos azon tévedéseket közzé tenné, melyeket pályáján vagy maga követett el, vagy másoktól látott elkövetni, akkor nem kevésbé tanulságos és hasznos munkát végezne, mint ha csak jó sikereiről és kiváló eredményeiről referálna. De ilyen gyónás nem kellemes és az illetőre nézve nem látszik dicséretteljes munkának saját praxisa gyarapítására. Csak akkor történik ilyen hibákról való felemlítés, vagy tévedések beismerése, ha az orvos azon hiszében van, hogy hasonló esetben más sem lett volna ügyesebb mint ő maga, vagy ha a nehézségek, melyek egyes súlyos esetek megítélésénél fenforogtak, olyanok voltak, hogy ezek leküzdése a tudomány értelmében majdnem lehetetlennek látszott. De még egy körülmény járul hozzá, hogy efféle vallomások az orvos nem tesz, és ez a *büntető törvény* kísérlete, mely egyes szakaszaiban oly tételeket tartalmaz, melyek alapján rossz kimenetelű, vagy halálosan végződő esetekben az orvos működését sújthatja és egész pályájára sőt életére kiható következményekkel járhat.

Néhány év előtt egy bécsi külvárosban élő, nagy gyakorlatnak örvendő orvoshoz egy asszony fordult gyermekével, kinél fagyás következtében a kéz egyes ujjain lobos állapot fejlődött; az orvos jodecollodiummal való ecseteléseket rendelt, melyeket az asszony néhány napig folytatott. Midőn rövid idő múlva a kis beteget ismét az orvoshoz vitték, feltűnt neki, hogy a jodecollodium túlságos soká történt használata következtében mesterséges bőrlöb fejlődött, mely az egész kézre kiterjedt. Dacára az azonnal alkalmazásba vett lobellenes szerek használatának, az utóbbi bántalom mindig tovább terjedt, gangraenosus állapot fejlődött, mely hosszabb tartamú volt és a kéznek hasznavehetetlenségét vonta maga után.

A gyermek anyja, ki ezen hosszasan tartó bántalom miatt roppantúl fel volt izgatva, az esetet feljelentette a bíróságnál, és midőn az utóbbi egy hírnevesebb sebész kimondása után a túlságos sokáig alkalmazott jodbeecsetelést műhibának jelentette ki, mert az orvos nem határozta meg az ecsetelések számát és elfejtette a beteg anyját arra figyelmeztetni, hogy rövid idő alatt jelentkeznek ismét az orvosnál, azért az utóbbi elmarasztaltatott és néhány heti fogságra ítéltetett el. A szerencsétlen orvos, ki ezen eset következtében, melynek híre a többi körületben gyorsan elterjedt, betegeinek bizalmát lassanként kezdé elveszíteni, felmentése végett a másodfokú bírósághoz fordult; nyugtalansága és kétségbeesése miatt azonban képtelen levén szokott foglalkozását tovább folytatni, nem bírta bevárni felmentő ítéletét, s maga vetett véget életének: a Dunába ugrott. A halála után hozott felmentő ítélet már nem volt képes rehabilitálni a szerencsétlen orvost. Ezen, valamint számtalan hasonló eset, melyek vagy eltévesztett kórisme, vagy elhibázott gyógyeljárást következtében úgy a beteg, valamint az orvosra nézve a legkomolyabb következményekkel járhatnak és a törvény értelmében a bíróság beavatkozását vonhatják maguk után, sok orvost arra bír, hogy az imént említett egyéb okoktól eltekintve is, egyes eltévesztett kórismékről teljesen hallgasson. Ha itt-ott mégis találkozik egy lelkiismeretes doctor, ki ügyfeleinek használatára praxisának ezen fekete lapjairól beszámolni szeret, és ezen emberbaráti indulattól sugallt cselekvényre magát elhatározza, akkor ezt néha anonymítás leple alatt teszi. Így megjelent 1777-ben Mannheimban egy kis munka a következő címmel: *Stolpertus, ein junger Arzt am Krankenbette*, a mely



munkát szerző a méltóságos, nagyságos és igen tisztelt szerencsésen gyógyult és Istenben nyugvó betegeknek ajánlja! Ezen Stolpertus, vagy magyarul mondva *Dr. Bottó*, igen körülményesen mondja el, hogy daczára annak, hogy doctori kalapját az akkoriban divó harsogó trombita és lármás dobszó kíséretében nyújtották át neki, és ő magát azon pillanatban kitünő tudósnek tekintette, mégis oly botorul és ügyetlenül járt el praxisának kezdetén, hogy lelkifurdalásait csak ezen kis munkának közlésével és tapasztalatainak elbeszélésével bírta megnyugtatni. Hasonló szellemben írt kis könyvecske jelent meg 1845-ben Lipesében ezen címmel: *Die Geheimnisse der Arzneikunst, Beichte eines ergrauten Arztes*, mely munka címlapját egy temető képe ékesíti, gazdagon megpakva sírkövekkel és kereszttekkel, míg a kép oldalán egy ünnepelesen öltözött tudós arcú férfi áll, ki bánatos pillantással tekint munkásságának mezejére. Egy szó sem fér hozzá, mennyivel szerencsésebbek vagyunk mostanában, mint az említett időkben működő ügyfelek; minden fiatal orvos, ki az egyetemről távozik, egész más tudományos kiképzéssel lép a gyakorlat terére, mint a kik 50—60 év előtt az orvosi tudományt művelték és egy hosszú életen át a praxissal bajlódtak, de a tévedésektől azért még most sem vagyunk mentesek és a diagnostikai-gyógykezelési hibák még mindig elég sűrűn fordulnak elő.

A mit előbb az anonymitás leple alatt eselekedtek, az mostanában már nagyobb nyíltsággal szokott megtörténni, és nagynevű orvosok nem resteltek efféle tévedésekről beszámolni. A híres müncheni sebész *Nussbaum* néhány év előtt (1887) „Unglücksfälle in der Chirurgie“ című kis füzetet írt, melyben gyakorlatában előfordult több szerencsétlen esetet sorolt fel.

A *sebészeti praxis*, melyet az orvosi gyakorlat legfényesebb szakmájának szoktunk tekinteni, és melynek egyes képviselői a legmerészebb műteti beavatkozásoktól sem riadnak vissza, egy igen tág tért nyújt gyakorlati tévedésekre, vagyis mint azt egy arra használt szóval jelelik, műhibák elkövetésére. Így *Cooper és Carmichael* megtörtént, hogy az *arteria cruralis* alakítása helyett a *vena cruralis* kötötték alá, *Blandin* egy izben tracheotomiát végzett egy a gégebe került cseresznyemag eltávolítása végett, és miután a gége üresnek mutatkozott, a mag utólagosan előkerült egy kötés alól, mely a tracheotomia keresztülvitele céljából a beteg nyakára lőn alkalmazva. *Hegeman* a „Berliner klinische Wochenschrift“ 1886. évfolyamában egy esetről tett említést, a hol a choanák duzzadtsága habareznak tartatván és midőn az utóbbi el lett távolítva, kitűnt, hogy az újképlet helyett a choanának egy része lett kiszakítva. *Richter* egy hasonló esetben a habareznak tekintett képlet helyett meningokelet talált. Egy angol orvos, *Blooper*, egy a halállal küzdő betegnél laryngotomiát végzett, de a műtét végzésénél legnagyobb rémületére észrevette, hogy egy aneurysmába szűrt, mely az aortából fejlődött. Esetek, melyekben aneurysmát tályognak tartottak, a sebészeti gyakorlatban elég gyakran fordultak elő és a legnagyobb óvatosság néha nem akadályozhatja meg ezen tévedés elkövetését, mely a rosszul kórismézett daganat megnyitása után halálos kimenetellel járt.

Milyen nehezen sikerül néha csonttörést fájdalmas és nagy kiterjedésű bőruralatti vérömlenyekkel járó ficamoktól és zúzó-dásoktól megkülönböztetni, és milyen gyakran történik meg, hogy a sebész csak akkor bukkan a kórisme felállításánál elkövetett tévedésre, midőn betegét mint gyógyultat bocsátja el.

A nőgyógyászati gyakorlatban ismét másnemű tévedések fordulnak elő és terhességi állapotok számtalanszor daganatok gyanánt lettek kórismézve, melyek egyes merész műtöket laparotomia végzésére buzdítottak fel. Magamnak is volt alkalmam néhány év előtt egy esetet észlelni, mely szerencsésebben végződött, még mielőtt műtetre került volna a dolog. Egy körülbelül 30 éves hölgy, ki házassága 7. évéig gyermekáldást hiába várt, már lemondott ama reményről, hogy férje legfőbb vágyát teljesítve lássa. Házassága ideje alatt többször előfordult, hogy havi vérzése 2—3 hónapra elmaradt, ő tehát nem tekintette ezen menopausát másnak, mint sajátos rendtelenségnek, annál is inkább, mert ezen állapot már hajadon korában többször előfordult. Mikor férjhezmenete utáni 8. évben egy ilyen menopausa már a 4. hónapig eltartott, és hasa lassankint gömbölyödni kezdett, a nélkül, hogy a terhességnél előforduló egyéb általános tünetek, mint rosszullet, hányás stb. mutatkozott volna, a fiatal hölgy ellenben

viruló egészségben érezte magát, előbb bábák, később szakemberek tanácsát kérte ki a has teriméje nagyobbodása miatt. A több oldalról hangoztatott vélemény oda irányult, hogy valószínűleg petefészektömlő fejlődik, mely rövid idő múlva szükségessé fogja tenni a sebészi beavatkozást. Ezen szomorú kilátás a családban nagy rémületet okozott, mely szerencsére nem tartott sokáig, mert néhány héttel később a mindig határozottabban jelentkező gyermekmozgások a baj valódi okát felfedezték és a 9. hónap végével a félelmes tömlő egy egészséges fiúgyermek születésével véget ért.

Egyes esetekben a kórisme annyira el lett tévesztve, hogy rosszindulatúaknak tartott dagok kiirtása után egész más eredményeket tapasztaltak, mint várni lehetett. Így *Bardleben* egyszer a hüvely hátsó falából egy rákos képletet irtott ki, mely makroszopikus vizsgálatnál mint fűrdőszívacs ismertetett fel, melyet a nem gondos nő egy félévvel előbb hüvelytisztítás alkalmával ott felejtett. *Thiersch* oly esetről tesz említést, hol petefészekdaganat kiirtásánál a képlet mint pancreas tömlő mutatkozott. Ha ilyen és hasonló esetek közlése nagynevű orvosok által történik, akkor az illetőket nem szabad tudatlansággal vádolni, hanem fel kell tételni, hogy azon mozzanatok, melyek a helyes kórisme felállítását megnehezítették, nem mindennapiak lehetnek, de ez még nem szolgálhat egyáltalában mentségül az orvosi ténykedésre nézve, mert sok esetben bizonyos körülmények és vigyázat által ki lehet kerülni efféle hibák elkövetését.

A nem régen elhunyt híres angol orvos *William Jenner* egy alkalommal igen helyesen jegyezte meg, hogy sokkal több hiba történik a megfigyelés, mint a nem tudás következtében. A gondolkodó orvos ismételten ugyanazon hibákat nem igen fogja elkövetni. Minden tévedés tanulságos és óvatosságra int, nemcsak egy hasonló eset megítélésénél, hanem egyáltalában minden további orvosi működésnél. A nyert tapasztalatok biztosabbá teszik az orvos fellépését és innen magyarázható a nagy közönségnek azon nézete, hogy a korosabb orvos iránt nagyobb bizalommal viselkednek, mint a kezdő iránt, bár tudjuk, hogy ezen feltevés mint axioma nem mindig helyes. De magunk közt bevallhatjuk tisztelt uraim, hogy ezen állítás jogosultsága indokolt, mert az orvosi gyakorlat nem egyéb, mint szakmánk folytonos művelése és tevékenységünk állandó iskolája.

A *belgyógyászati* gyakorlatban a kórismézeti tévedéseket egy bizonyos homályban lehet tartani, ha a tünetnyelvek többféle értelmezést engednek meg; az orvos maga gyakran javíthatja az eltévesztett kórismét a bántalom további lefolyásában és itt a hibás kórisme, ha napfényre kerül is, könnyebben bocsáttatik meg, mint a helytelenül felállított jóslat. Ez utóbbit csak akkor felejtik könnyen, ha a beteg meggyógyul, ellenkező esetben a tudatlanság vádjá nem kiméli meg az orvost.

Emlékszem praxisom kezdetén egy 70 éves betegre, ki alhasi fájdalmak miatt ágyba került, és daczára annak, hogy táplálkozásához képest mindennap kisfokú székürítés állott be, mégis állandó fájdalomról panaszkodott, melyek a colon descendens táján voltak, a hol egy daganat jelenlétét tüntették fel. Mint fiatal orvos e beteget kezelvén, a család kívánatára egy nagynevű ügyfél hivatott meg a betegágyhoz, ki rövid vizsgálat után a bántalmat gyorsan fejlődött bélráknak kórismézte és igen szomorú prognosist helyezett kilátásba. A daganat néhány napig keveset nőtt, de miután a beteg egyszer saját kívánatára egy nagyobb adag aqua laxativát kapott, akkor a daganat keveset kezdett mozgásba jönni és az ez irányban folytatott kezelés oly sikeresnek mutatkozott, hogy az állítólag rákos daganat egyes scyllabák alakjában lassanként eltűnt, mire a fájdalmak teljesen abbagytak. A beteg, ki csak 15 évvel később mint 85 éves aggastyán végelgyengülésben mult ki, ép úgy mint környezete az említett jóslatot jó sokáig nem bírták elfelejteni. A belső szervekben képződő daganatok a legnagyobb tévedésekre adhatnak alkalmat, nemcsak a bántalom lényegére, hanem annak természetére nézve is, vajjon valamelyik esetben az agyban glioma vagy sarcoma, a gyomorban adenovagy fibrocarcinoma, a bélben myoma vagy myxosarcoma, a szívben specifikus gumba vagy actinomycosis, a mediastinumban carcinosis vagy tömörült mellhártya-izzadmány van jelen vagy nincsen, azt néha a leggondosabb észlelés és megfigyelés sem derítheti ki. Néha egyes szervekben még valamelyik dag jelenlétét sem vagyunk képesek felvenni és a kóralak kezdettől végig teljesen homályos



marad. Efféle esetekben a tévedés néha a tudás határáig terjed, az itt történendő hibák megbocsáthatók, és nem is ítélendők meg a felületesség vagy tudatlanság vádjával, ha azonban ott tévedünk, a hol a tévedést kikerülhetjük, akkor már önhibánkról szólhatunk, mert ilyen esetekben nem menthet minket fel a bántalomnak elrejtett volta. (Folytatása következik.)

## Heti szemle.

Budapest, 1895. január 24-dikén.

**A diphtheritis vérsavótherápiája.** A bécsi orvosegyesületben a Widerhofer előadásához csatlakozott csmecserében *Gnädinger* felemlíti, hogy a Rudolf-gyermekórházban 27 gyermeket kezelt serummal, a kik közül 11 halt meg, vagyis 40·7%; az előző hónapokban a halálozás 45·5%-ot tett. *Heim* a József-gyermekórházban október elejétől november 4-dikéig 27 esetet kezelt serummal 22·6% halálozással. November 4-dikétől december 18-dikáig, a mely időben serum nem volt kapható, 32 serum nélkül kezelt gyermek közül 21 halt meg, vagyis 65·6%. December 18-dikától január 10-dikéig további 21 esetet kezelt serummal; az esetek még nem folytak ugyan mind le, mégis a legnagyobb valószínűséggel mondható, hogy a halálozás 28·5% lesz. Nephritis nem mutatkozott gyakrabban, mint a serum előtti időben; egyéb kellemetlen utókövetkezmény sem jelentkezett. A betegség 1. és 2. napján kezelés alá került esetek közül egy sem végződött halálosan. *Monti* 25 serummal kezelt betege közül csak egyet veszített el. A 25 eset közül 13 torok- és 9 gégediphtheria volt, 3 esetben pedig a torokdiphtheriával együtt orrdiphtheria is volt jelen. 10 esetben csak a Löffler-bacillus volt kimutatható, 13 esetben pedig e mellett streptococcusok is voltak jelen; egy esetben csupán streptococcusok találtak. Egy esetben a 7. napon recidiva jelentkezett. Érdekes *Monti* azon észlelete, hogy a postdiphtheriás hűdések feltűnően gyakoriak voltak (48%), korán jelentkeztek (a 3—12. napon) és nagyon súlyosak voltak. *Unterholzner* 36 serummal kezelt betege közül 25·8% halt meg. Azon idő alatt, míg serum nem volt kapható, 30 eset közül 66·7% végződött halálosan. *Kassowitz* szerint Behring ígéretei nem mentek teljesedésbe. Behring kísérleteit hiányosoknak és bizonytalanoknak mondja. Kérdésesnek tartja továbbá az emberi és az állatokon mesterségesen előidézett diphtheritis azonosságát. Immunizáló hatása a serumnak nincs, a mit a többi között az is bizonyít, hogy serummal kezelt betegeknek elég gyakori a recidiva. A mi a serum gyógyító hatását illeti, sok olyan eset is halálosan végződött, a melyek a betegség 1. vagy 2. napján kerültek kezelés alá; Behring azon magyarázatát, hogy ilyen esetekben vegyes fertőzés van jelen, nem fogadhatja el, mert már több részről bebizonyították, hogy maga a Löffler-bacillus is képes súlyos septikus megbetegedést előidézni (*Baginsky*, *Genersich*). Fontos az is, hogy a serummal kezelt és elhalt gyermekek egy nagy része szívhűdés tünete között ment tönkre. *Kassowitz* 8 esetben használta a serumot, az esetek mindegyike gyógyulással végződött; egy esetben sem észlelt azonban olyan változást vagy tünetet, mely a serum alkalmazása nélkül is nem volna észlelhető; a helyi folyamat a serum daczára sok esetben rosszabbodott. Utal végül a serum használata óta teljesen megváltozott kórház-anyagra és Bécsre nézve is kimutatja — a mint azt *Gottstein* Berlinre nézve tette —, hogy a serumtherapia az általános diphtheria-halálozást nem változtatta meg. (Wiener mediz. Presse, 1895. 2. és 3. szám.)

*Blumenfeld* október 20-dikától december 31-dikéig a brucki kerület 8 helységében 50 diphtheriás betegnél alkalmazta a Behring-féle serumot, és pedig 2 felnőttnél és 48 gyermeknél. Az esetek közül 47 gyógyulással végződött, 2 meghalt, 1 pedig még kezelés alatt áll. A két halálos eset egyike egy 22 hónapos leánykára vonatkozik, a ki csak a betegség 4. napján került kezelés alá kiterjedt orr- és garatdiphtheriával, valamint nagyfokú gégeszükület tüneteivel; a halál már 24 óra mulva következett be. A másik haláleset egy 9 éves, erősen vérszegény fiút illet, a ki az 5. napon került orvoslás alá torok- és gégediphtheria miatt; 4 nap mulva a diphtheritis tünete már mind elmúltak és a betegség 10. napján a halál szívgyengeség folytán következett be. Az 50 eset közül 40 a betegség 1. vagy 2. napján került kezelés alá, 8 a 3., és 4. napon, 2 pedig az 5. napon.

A gége 10 esetben volt a bántalom körébe vonva. A fent jelzett idő alatt nem serummal kezelt ugyancsak 50 diphtheriás beteg közül 19 halt meg. (Wiener klin. Wochenschrift, 1895. 3. sz.)

\*\*\*

— **Budapest székes főváros közegészségi állapota 1894. évi november hóban.** A főváros közegészségi állapota a mult havihoz viszonyítva, az általános halálozási szám tekintetében eltérést nem mutat; a heveny ragályos megbetegedési esetek száma némileg emelkedett, ezen általános emelkedést a bárányhimlő és kanyaróknak közel 200 esettel szaporodása okozza, míg a többi főleg súlyosabb természetű ragályos kórok, a roncsoló toroklób kivételével, kisebb nagyobb mértékben apadást tüntetnek fel. Elve született e hóban 1591, meghalt katonák nélkül s az útról jött s itt elhalt 113 egyén levonásával 851, így a születési esetek 740-nel multák felül a halálozásokat. A heveny ragályos betegedések a következő arányban fordultak elő: hagymáz 41 eset, himlő 18 eset, vörheny 91 eset, kanyaró 395 eset, diphtheria 140 eset, trachoma 66 eset, hökhurut 22 eset, vérhas 5 eset, orbáncz 47 eset, gyermekágyi láz 6 eset. November hóban a főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezelettet 6026 fekvő és 6775 járóbeteg; a kerületekben a ker. orvosok által 1751 részint fekvő, nagyobb részt járóbeteg, összesen 14,552, azaz 248-czal több mint a mult hóban. Ebmarás 3 esetben történt. Orvosrendőri boncsolás végeztetett 66, orvostörvény-széki 12 esetben. Öngyilkosság 17 esetben fordult elő. És pedig: lövés 9, akasztás 6, egyéb módon 2. A Dunából 2 hulla fogatott ki. A kerületi orvosok által beoltatott 79, újraoltatott 290 egyén. A lelenz és dajkaságba adott gyermekekre nézve szaporodás volt e hóban 26, csökkenés 22; beteg volt e hóban 18, meggyógyult 12, meghalt 2, gyógykezeltek 4. A köztisztaság az V., VII. és IX. kerületek külső részeiben ki nem elégitő. A vízvezeteki víz a IX. és X. kerületekben több ízben zavaros volt. A közkutak vize a IX. kerületben ihatatlan. Az állategészségügy nem volt kedvezőtlen. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Omaszta Sándor*, *Weisz Jónás*, *Friedlbeier Manó*, *Sarudy Endre*, *Weisz Adolf*, *Ströszner Ödön*, *Grünblatt Sámuel*, *Mayer László*, *Kuncze Erik*, *Hüllt Ferencz*, *Rosenberg Alajos*, *Nordoriczky Viktor*, *Bargár Béla*, *Schenk Ferencz*, *Mályusz Béla*, *Szűcs Lipót*, *Jávó Ferencz*, *Hajdu Imre*, *Schwartz Hugó* egyet. orvostudorok, valamint 7 szülész. A tisztí főorvosi hivatalba beérkezett 1497 hivatalos ügydarab, ebből elintéztetett 1472.

## Vegyesek.

**Budapest, 1895. január 25-dikén.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. január 6-dikától 1895. január 12-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 382 gyermek, elhalt 228 személy, a születések tehát 154 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2235 beteg, szaporodás 820, csökkenés 732, maradt e hét végén ápolás alatt 2323. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1895. január 14-étől január 21-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 2 (meghalt 1), bárányhimlőben 27, vörhenyben 13, kanyaróban 57, roncsoló toroklóbban 17 (meghalt 3), torokgyíkban 3 (meghalt 1), trachomában 19, orbánczban 10, gyermekágyi lázban 3.

— **Hírek az egyetemből.** Az orvostanártestület f. hó 22-dikén tartott rendes ülésén a Scheuthauer tnr. elhalálozása folytán megüresedett kórbonczani tanszék betöltésére ny. rendes tanárul egyértelműleg *Genersich Antal* dr. kolozsvári egyetemi tanárt, a kórbonczani és kórszövettani tanszékké átalakított kórszövettani tanszékre pedig már a III. rendes üléséből keltező szintén ny. rendes tanárul egyértelműleg *Pertik Ottó*t, a budapesti egyetemen a kórszövettan ny. rk. tanárát hozta javaslatba. Ugyanez ülésén javaslatba hozta, hogy *Szili Adolf*, *Goldzieher Vilmos*, *Csapodi István*, *Feuer Nathaniel* a szemészet magántanárainak a rk. tanári ezim, *Csapodi István* leendő ezimz. rendkívüli tanárnak pedig a szemklinikán végzendő szemtükreszeti gyakorlatokért évről évre megszavazandó 1200 frt tiszteletdíj adományoztassék. Ugyanez ülésen *Schordán-féle* szigorlati kölesönt nyertek: *Czigler Henrik*, *Fekete Sándor* szig. orvosok és *Weisz Jakab* o. t. h.; *Csausz-féle* 100 frtos ösztöndíjt kaptak: *Asztalos Kálmán*, *Ember Jenő*, *Gahr Mihály*, *Mikó Géza*, *Stangl Sándor*, *Weisz Ferencz* o. t. hallgatók; az üresedésben levő 2 állam-ösztöndíjra javaslatba hozattak, 1-ső helyen: *Roth Vilmos*, *Balogh József*, 2-dik helyen: *Adriányi Géza*, *Hertszkó Adolf*, 3-dik helyen: *Gobbi Gyula*, *Luczy Gusztáv*, *Rechnitz Emil*, *Stangl Sándor* o. t. h. hallgatók; az üresedésben levő budai Mária Terézia 150—300 frtos ösztöndíjra előléptetésre ajánlottak: *Horráth József* és *Schutz József*, a váci Mária Terézia 150—300 frt ösztöndíjra pedig *Bojársky Béla* és *Scipiadesz Elemér* o. t. hallgatók; ugyanezen ösztöndíjaknál figyelembe vételre ajánlottak, a 300 frtos ösztöndíjknál *Borszély Károly*, *Tomicsics Márk*, *Záborszky István*, a 150 frtos ösztöndíjknál a budainál: *Skrilecz Mihály*, *Tomicsics Márk*, *Záborszky István*, a vácinál: *Záborszky István*, *Firiczky János*, *Hager Péter* és *Kiss Zoltán* o. t. hallgatók; a Koháry-féle 150 frtos ösztöndíjra pedig ajánlatba hozott *Pinsker Emil* o. t. h.

— **Egyetemi alkalmazást nyertek a fogászati intézet mellett:** *Dobryniecki Árpád* dr. mint díjazott gyakornok, *Hollósy Ede* szigorló orvos mint díjazatlan gyakornok egy évre; az élettani intézet mellett: *Ajtai K. Sándor* dr. mint II. tanársegéd, *Kélli László* V. o. h. mint díjazott gyakornok; az elmekórtani tanszék mellett: *Szöke István* dr. mint helyettes II-dik tanársegéd; az általános kórtani tanszék mellett pedig *Székely Agoston* dr. állomásán mint tanársegéd újolag egy évre meghosszabbítottak.

○ **Egyetemes orvosdoktorokká felavattattak** 1895. január 12-dikén: *Sellei József*, Temesvár (Temesm.), f. a Ajtai tnr.; *Vraciu*



Fig. 2.

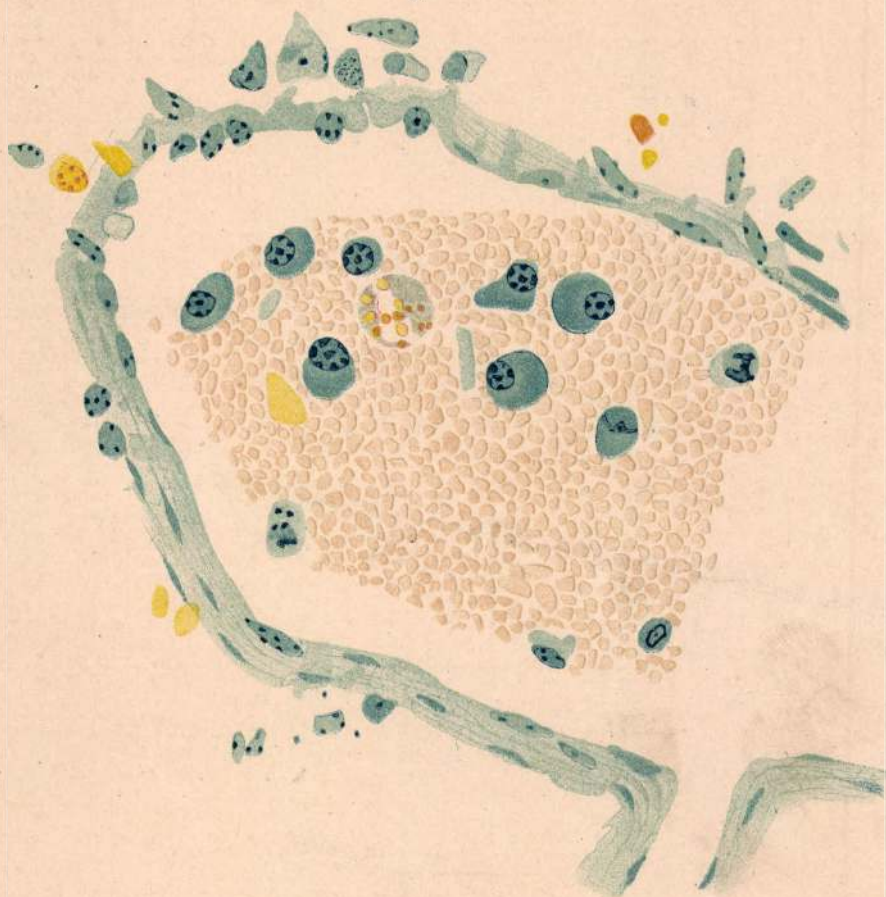
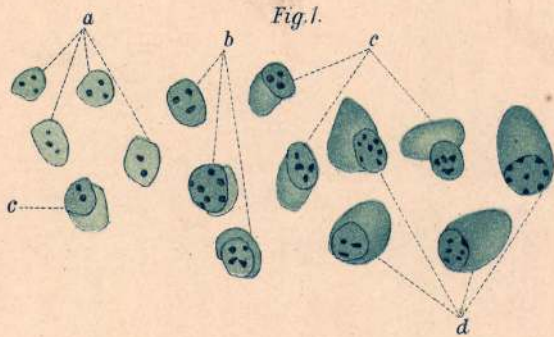


Fig. 1.









# KÖZEGÉSZSÉGÜGY ÉS TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTAN.

Szerkeszti FODOR JÓZSEF tanár.

Tartalom: Eröss Gyula dr.: Az újszülött és csecsemő-gyermekek halandósági viszonyai. — Mangold Henrik dr.: Balaton-Füred gyógyhelyi viszonyainak javítása. — Kélli Károly és Bólczi János tanárok: Az országos közegészségi tanács véleményezéséből. Állati himlőnyirkot termelő országos intézet felállítása tárgyában. — Közegészségügy.

## Az újszülött és csecsemő-gyermekek halandósági viszonyai.<sup>1</sup>

Eröss Gyula dr., egyetemi magántanártól.

A népességi arányok ingadozásának egyik leglényegesebb tényezőjét a csecsemő-gyermekek halandósága képezi. Eléggé igazolja ezt az a körülmény, hogy a csecsemőkör az átlagos emberi életkornak körülbelül  $\frac{1}{38}$ -ad részét teszi ki, a halandóság pedig az első életévben a 20%-ot közelíti meg s az egész emberi életkorra terjedő halandóságnak majdnem  $\frac{1}{3}$ -ad része az első életévre esik.

A kérdés nagy fontossága megkíváná, hogy előadásomban mindazon tényezőkre részletesen kiterjeszkedjem, mik a csecsemők halandóságára befolyást gyakorolnak; az egy előadásra fordítható rövid idő keretében azonban ez a feladat meg nem oldható. Azért csak néhányat azon fontosabb tényezők közül kívánok tárgyalni és bőséges statisztikai adatokkal megvilágítani, mik a csecsemők halandósági arányaira kiválóbb és állandó jelentőséggel bírnak; minők a kor, a nem, a törvényes és törvénytelen születés, a vagyoni állapot és a táplálás.

A csecsemők általános halandósági arányának megvilágítása céljából összeállítottam 13 európai államban (I. tábla) az élveszülettek és az első életévben elhaltak számát az utolsó 8—10 évben kiadott statisztikai évkönyvekből s az adatok összegezéséből az derül ki, hogy a 40.833,100 élveszületett gyermekből életének első esztendejében 7.708,978 halt meg, vagyis az élveszülettek 18,33%-a. S ha most ezt a számot az ugyanazon idő alatt elhaltak összes számával (28.660,733), bele nem értve a halvaszületteket, hozzuk viszonyba, akkor az első életévben elhaltak az összes halandóságnak 26,89%-át teszik ki. Ezen átlagos számtól jelentékeny eltérések vannak egyes államokban. A míg például az élveszülettek közül egy-éves koron alul Írországban 9,4, Svédországban 9,7%, Angolországban 14,4% hal meg, addig Poroszországban meghal

I. tábla.

A csecsemők halandósága az élveszülettekhez és az összes halandósághoz viszonyítva.

Államok és időszak	Az élveszülettek száma	0—1 évig elhaltak	0—1 évig elhalt az élveszülettekből	A halálozások összes száma	Az összes halálozások közül 0—1 éves korban
			%-ban		%-ban
Írország 1884—88	570,710	54,049	9,4	439,635	12,3
Svédország 1881—90	600,489	58,471	9,7	331,209	17,6
Skótország 1885—90	745,986	89,858	12,0	446,179	21,3
Angolország 1885—91	6.234,373	900,310	14,4	3.770,281	23,8
Belgium 1881—91	1.940,197	309,766	15,9	1.325,696	23,3
Franciaország 1885—90	5.337,880	882,909	16,5	5.049,223	17,4
Hollandia 1880—82	1.332,266	239,466	17,9	817,216	29,3
Olaszország 1884—91	8.980,579	1.727,067	19,2	6.420,910	26,8
Poroszország 1886—92	7.681,839	1.594,039	20,7	4.622,216	34,4
Magyarország 1884—87	2.641,797	560,220	21,2	1.912,419	29,2
Ausztria 1886—87	1.765,541	435,763	24,6	1.350,760	32,2
Szászország 1886—92	987,248	277,857	28,1	639,208	43,4
Bajorország 1879—88	2.014,195	579,203	28,7	1.535,781	37,6
Összes szám	40.833,100	7.708,978	18,33	28.660,733	26,89

20,7%, Ausztriában 24,6%, sőt Szászországban 28,1%, Bajorországban pedig 28,7%.

Az első életévben elhaltakat nem és törvényes, illetőleg törvénytelen állapot szerint foglalva egybe, 12 európai államban (II. tábla) meghalt 7.167,399 csecsemő közül volt 3.984,372 fiú (55,59%), 3.265,903 leány (44,40%); 4.813,245 törvényes (86,43%) és 833,720 törvénytelen (13,51%).<sup>1</sup> Ezzel összehason-

II. tábla.

Az elhalt csecsemők aránya nem és törvényes, illetőleg törvénytelen állapot szerint.

Állam és időszak	Az 1 éves koron alól meghaltak között volt								
	0—1 évig meghalt összesen	fiú	%	leány	%	törvényes	%	nem törvényes	%
Írország 1884—88	54,049	29,979	55,46	24,070	44,53	—	—	—	—
Svédország 1881—90	58,471	32,389	55,39	26,082	44,60	51,681	88,83	6,790	11,61
Skótország 1885—90	89,858	50,114	55,77	39,744	44,23	—	—	—	—
Angolország 1885—91	900,310	502,766	55,84	397,544	44,15	—	—	—	—
Hollandia 1885—90	156,590	133,545	55,76	105,921	44,23	138,829	89,0	17,761	11,30
Franciaország 1885—90	882,909	489,695	55,46	393,214	44,53	756,563	85,42	126,346	14,31
Olaszország 1884—91	1.727,067	931,084	53,91	795,983	45,50	1.552,425	89,88	174,642	10,01
Poroszország 1886—92	1.591,039	875,820	55,40	715,219	44,04	1.377,138	86,34	217,721	13,02
Magyarország 1884—86	414,113	222,983	53,84	191,130	46,15	—	—	—	—
Ausztria 1886—87	435,833	242,236	57,86	193,597	44,46	388,750	83,28	78,013	16,71
Szászország 1886—92	277,957	153,494	55,22	124,463	44,77	67,307	84,02	13,796	16,00
Bajorország 1879—88	579,203	320,267	55,29	258,936	44,74	480,552	84,69	98,651	15,09
Összeg	7.167,399	3.984,372	55,59	3.265,903	44,4	4.813,245	86,43	833,720	13,51

<sup>1</sup> Előadott a VIII. nemzetközi demographiai és hygieniai congressus paediatricai szakosztályában.

<sup>1</sup> Az üres rovatoknak megfelelő halálesetek a százalék számításánál le vannak vonva úgy ezen, mint a következő összes táblázatokban.



litva 7 európai nagy városban és Magyarország 27 nagyobb városában elhalt csecsemőkre vonatkozó adatokat (III. tábla), az 580,344 csecsemő közül volt 180,330 fiú (54·98%), 147,851 leány (45·05); 318,596 törvényes (76·08), 100,153 törvénytelen (23·91%). Ezen összehasonlításból kiemelendő, hogy az egy év alatt elhaltak közt 9—10%-kal több a fiú, mint a leány; továbbá hogy a városokban elhalt csecsemők közt a törvénytelenek száma 10·40%-kal nagyobb (23·91%), mint az államokban (13·51%), mely utóbbi körülmény egyrészt onnét magyarázható, hogy nagy városokban viszonylag nagyobb a törvénytelenek száma; másrészt onnét, hogy — a mint később más adatokkal megvilágítva újból látni fogjuk — városokban (kivéve néhány, lelenczházzal bíró várost) a törvénytelenek halandósága viszonylag kedvezőtlenebb mint a vidéken.

Általánosságban előre bocsátva az első életév halandósági arányaira vonatkozólag gyűjtött adatokat, a csecsemőkor egyes szakaszait kívánom figyelembe venni. A statisztikai adatok e tekintetben nem egyöntetűek, sőt annyira hézagosak, hogy a halandósági arányoknak egyes élethónapok szerint való összefoglalása és nagyobb tömegű adat által való megvilágítása lehetetlen. A legtöbb statisztikai évkönyvben csak az élet első hónapjában, és az első 6 hónap alatt elhaltakra vonatkozólag vannak meg az adatok; s ezért csak ezekre vonatkozólag közölhetek döntő jelentőségű számokat.

A mi első sorban az újszülött gyermekek (0—1 hónapos korig) halandóságát illeti, 5 európai államban (Poroszország, Franciaország, Belgium, Svédország, Szászország) és két nagy városban (Berlin, Páris) élevesületett 16.522,967 gyermekre vonatkozólag napok és hetek szerint állítottam össze a 0—1

hónapos korig elhaltak számát s az eredmények a IV—VIII. táblákban vannak feltüntetve. Az egyes táblákban az időbeosztás eltérő, minek oka abban van, hogy a statisztikai évkönyvek adatai nem egységes elvek alapján vannak összefoglalva.

Ezen öt tábla (IV—VIII.) számsoraiból kitűnik, hogy a legtöbb újszülött élete első napján hal meg s hogy a 2-ik naptól kezdve az első hó végeig nagy ugrásokkal csökken a halandóság, mely egyenletes csökkenést csak az élet első hetének végén szakít meg pár napig tartó jelentéktelen emelkedés. Ezen ingadozás jellemzésére szolgáljon a következő három szám-sor, melyek elseje Poroszországra (IV. tábla nyomán) 1886—92. évről, másodikika Svédországra (IV. tábla) 1884—90., harmadika pedig Berlinre (VIII. tábla nyomán) vonatkozólag 1886—91-ről százalékokban fejezi ki 520,715 gyermek elhalálozási sorrendjét az élet első havában:

	1-ső nap	2-dik nap	3-dik nap	4-dik nap	5-dik nap	6-dik nap	7-dik nap	1-ső hét	2-dik hét	15—31 nap
Poroszország (481,817)	15·3	8·3	5·4	3·6	2·8	3·1	3·5	42·3	20·6	37·0
Svédország (19,712)	25·4	7·2	5·5	3·6	2·6	3·2	3·6	51·4	17·5	31·6
Berlin (19,186)	16·7	7·6	4·6	2·9	2·2	2·6	2·7	40·7	22·2	37·0

Ha ezen számsorokat hetek szerint összegezzük, akkor az derül ki, hogy a 0—1 hó alatt elhaltaknak 44·8% az első hétre, 20·1% a másodikra, 35·0% pedig a 3—4. hétre (helyesebben a 15—31-ik napra) esik. Tehát az első héten elhaltak közel felét (44·8%) teszik a 0—1 hó alatt elhaltaknak.

Ezen szabály alól Páris kivételt képez, a mennyiben 1886, 1888—90. évben (VIII. tábla) 11,099 újszülött elhalálozási sorrendje következő volt napok és hetek szerint:

1-ső nap	2-dik nap	3-dik nap	4-dik nap	5-dik nap	6-dik nap	7-dik nap	1-ső hét	2-dik hét	15—31 nap
3·0	6·2	6·1	4·4	3·7	2·8	2·7	28·8	25·6	45·5

III. tábla.

Az elhalt csecsemők aránya nem és állapot szerint városokban.

Városok	Az 1 éves koron alúl meghaltak közt volt								
	0—1 éves korig elhalt összesen	fiú	%	leány	%	törvényes	%	nem törvényes	%
Berlin 1886—91	76,029	41,644	54·76	34,385	45·23	60,536	79·62	15,493	20·37
Bécs 1881—90	54,094	29,492	54·51	24,602	45·48	35,760	66·10	18,334	33·89
Páris 1886 és 88—90	36,463	19,947	54·70	16,516	45·29	25,677	70·41	10,786	29·58
London 1885—91	141,759	78,350	55·26	63,409	44·46	—	—	—	—
Edinburg 1885—90	10,254	5,703	55·61	4,551	44·38	—	—	—	—
Dublin 1884—88	9,582	5,194	54·20	4,388	45·79	—	—	—	—
Budapest 1873—93	59,759	—	—	—	—	39,532	66·15	20,227	33·84
Magyarország 27 nagyobb városa 1882—93 <sup>1</sup>	192,404	—	—	—	—	157,091	81·64	35,313	18·35
Összeg	580,344	180,330	54·98	147,851	45·05	318,596	76·08	100,153	23·91

IV. tábla.

0—1 hónapos gyermekek halandósága életnapok szerint, tekintettel a nemre és állapotra Porosz- és Svédországban.

Halálozás napok és hetek szerint	Poroszország					Svédország				
	összes	fiú	leány	törv.	nem törv.	összes	fiú	leány	törv.	nem törv.
Élet										
1. napján	74,084	43,000	31,084	67,545	6539	5023	2914	2109	4355	668
2. "	40,443	23,532	16,911	35,780	4663	1432	851	581	1246	186
3. "	26,316	15,191	11,125	23,174	3142	1095	677	418	947	148
4. "	17,384	10,057	7,327	15,212	2172	715	405	310	638	77
5. "	13,746	7,732	6,014	11,856	1890	523	321	202	452	71
6. "	14,995	8,698	6,297	13,052	1943	637	381	256	561	76
7. "	17,261	10,068	7,193	15,099	2162	716	442	274	662	54
Az első hét összege	204,229	118,278	85,951	181,718	22,511	10,141	5991	4150	8861	1280
A második hét összege	99,409	56,423	42,986	85,847	13,562	3458	1805	1653	3019	439
15—30 (31) napig elhaltak összege	178,179	98,384	79,795	149,983	28,196	6113	3336	2777	5381	732

<sup>1</sup> Dr. Thiring összeállítása.

V. tábla.

0—1 hónapos gyermekek halandósága életnapok szerint, tekintettel a nemre és állapotra Franciaországban.

Életnapok	Franciaországban 1888—90-ben meghalt				
	összesen	fiú	leány	törvényes	nem törv.
0—4	49,526	28,249	21,277	43,386	6,140
5—9	29,684	16,578	13,106	25,083	4,601
10—14	27,667	15,658	12,009	22,837	4,830
15—30	52,782	29,593	23,189	43,897	8,885
Összeg	159,659	90,078	69,581	135,203	24,456
Életnapok	Franciaországban 1885—87-ben meghalt				
	összesen	fiú	leány	törvényes	nem törv.
0—7	63,255	36,080	27,175	55,063	8,192
8—15	47,193	26,831	20,362	39,492	7,701
16—30	57,547	31,807	25,740	47,374	10,173
Összeg	167,995	94,718	73,277	141,929	26,066



VI. tábla.

0—1 éves gyermekek halandósága napok szerint, tekintettel a nemre és állapotra Szászországban.

Szászországban 1891—92-ben meghalt				Szászországban 1890-ben meghalt					
élete napján	összesen	törv.	nem törv.	élete napján	össze- sen	fiú	leány	törv.	nem törv.
1—5	6,222	5,116	1105	1. napján	1282	732	550	1055	227
6—10	2,771	2,278	493	2—3. "	1061	610	451	863	198
11—15	3,595	2,928	667	4—7. "	1212	686	526	990	222
16—20	3,636	2,887	749	1. héten	3555	2028	1527	2908	647
21—25	2,459	1,896	563	2. "	2072	1199	873	1704	368
26—31	1,913	1,496	417	3—4. "	4156	2363	1793	3328	828
Összeg	20,596	16,601	3994	Összeg	9783	5590	4193	7940	1843

VII. tábla.

0—1 hónapos gyermekek halandósága életnapok szerint Belgiumban.

Belgiumban 1881—91-ben meghalt	
élete napján	összesen
0—4 napig	21,750
5—9 "	14,127
10—19 "	27,316
20—31 (31) "	19,840
Összeg	83,033

VIII. tábla.

0—1 hónapos gyermekek halandósága életnapok szerint, tekintettel a nemre, Páris és Berlinben.

Párisban 1886 és 1888—90-ben meghalt				Berlinben 1886—91-ben meghalt	
élete napján	összesen	fiú	leány	élete napján	összesen
1. nap	336	179	157	1. nap	3,190
2. "	666	369	297	2. "	1,475
3. "	680	403	277	3. "	895
4. "	490	285	205	4. "	563
5. "	411	226	185	5. "	472
6. "	313	175	138	6. "	506
7. "	305	179	126	7. "	525
1. héten összesen	3,201	1816	1385	1. héten összesen	7,824
2. "	2,842	1556	1286	2. "	4,260
16-30 (31) napig	5,056	2795	2261	16-30 (31) napig	7,102
Főösszeg . . .	11,099	6167	4932	Főösszeg . . .	19,186

IX. tábla.

0—1 hónapos gyermekek halandósága, a nemi különbségre tekintettel, élethehek szerint.

	Élve- szülöttek száma	Meghalt 0—7 napos korig						Meghalt 8—14 napos korig						Meghalt 15—30 (31) napos korig					
		fiú	leány	törv.	nem törv.	össze- sen	%	fiú	leány	törv.	nem törv.	össze- sen	%	fiú	leány	törv.	nem törv.	össze- sen	%
Poroszorsz. 1886—92	7.681,839	118,278	85,951	181,718	22,511	204,229	2.6	56,423	42,986	85,847	13,562	99,409	1.3	98,384	79,795	149,983	28,196	178,179	2.31
Svédország 1881—90	600,489	5,991	4,150	8,861	1,280	10,141	1.7	1,805	1,653	3,019	439	3,458	0.57	3,336	2,777	5,381	732	6,113	1.01
Franciaország 1885—87	2.736,729	36,080	27,175	55,063	8,192	63,255	2.5	26,831	20,362	39,492	7,701	47,193	1.7	31,807	25,740	47,374	10,173	57,547	2.10
Szászország 1890	140,514	2,028	1,527	2,908	647	3,555	2.5	1,199	873	1,704	368	2,072	1.6	2,363	1,793	3,328	828	4,156	3.37
Berlin 1886—91	291,505	—	—	—	—	7,824	2.6	—	—	—	—	4,260	1.4	—	—	—	—	7,102	2.43
Páris 1888—90	240,536	1,816	1,385	—	—	3,201	1.3	1,556	1,286	—	—	2,842	1.1	2,795	2,261	—	—	5,056	2.10
Összesen	11.691,612	164,193	120,188	248,550	32,630	292,205	—	87,814	67,160	130,062	22,070	159,234	—	138,685	112,366	206,066	39,929	258,153	—
Meghalt az élve szülöttekből %		14.4	10.5	22.2	3.00	25.0	—	07.7	06.2	11.4	09.8	13.6	—	12.1	10.5	18.4	04.1	22.6	—
A 0—1 évig elhaltakra esik %		21.6	16.3	32.8	04.7	38.0	—	11.5	08.9	17.3	02.9	20.7	—	18.2	14.8	27.7	05.4	33.4	—

Ezen eltérés oka abban lehet, hogy Franciaországban az élet első napjaiban elhaltak legnagyobb részét a halva szülöttek közé számítják s így ezek az elveszülött elhaltak közt nem szerepelnek.

Ha pedig az élet első hónapjában elhalt csecsemők számát az élve szülöttek számával állítjuk szembe, akkor a IX. tábla szerint Poroszország, Svédország, Franciaország, Szászország, továbbá Berlin, Páris városában a megjelölt időben 11.691,612 elveszülötthez élete első havában elhalt 709,592 gyermek elhalálozási sorrendje  $\frac{0}{100}$ -ben következő arányt mutatja:

1-ső héten meghalt 1000 élveszülötthez	25.0 pr. mille
2-dik " " " "	13.6 " "
15—30. napig " " " "	22.6 " "

Ha pedig ugyanezen adatokat akként hasonlítjuk össze, hogy az első hó alatt hetenként elhaltak számát az első életévben elhaltak számával hozzuk viszonyba, akkor

1000 csecsemő (0—1 év) halottra esik 1-ső héten elhalt gyermek	38.0 pr. m.
" " " " " " " " 2-dik " " " "	20.7 " "
" " " " " " " " 15—30. napig elh.	33.4 " "

A fiúgyermek halandóságának túlsúlya a leányok fölött már az élet első napjától kezdve igen szembeszökően ki van fejezve a IV—VIII. tábla adatain s a IX. tábla összefoglalt adatai nyomán

1000 élveszülött fiúból az 1-ső héten meghal	14.4 leányból	10.5
" " " " " " " " a 2-dik " " " "	07.7 " "	06.2
" " " " " " " " a 15—30. napig " " " "	21.1 " "	10.5

Szintügy szabályként derül ki a törvénytelenek halandóságának túlsúlya az élet első napjától kezdve (I. IV—VIII. tábla) a törvényes születésük fölött.

A halandóság tehát legnagyobb az élet első havában; mert elhal az élveszülötteknek (X. tábla) 6.40%-a, mi az első életévben elhaltaknak (XI. tábla) 31.86%-át teszi ki.

Az első hónap után fokozatosan csökken a halandóság. Ennek bizonyítására összeállítottam a X-ik táblán 10 európai államban 26.026,422 élveszülött gyermekre vonatkozólag az elhalálozás sorrendjét az élet első havában, továbbá 0—6 hónapig és 0—1 évig s ezen adatok nyomán meghal az élveszülöttekből

0—1 hónapig	1.392,049 = 6.40%
0—6 " "	3.464,958 = 13.93 " "
0—1 évig	4.805,178 = 18.46 " "

Ha ezen elhaltakat az illető államok összes halandóságához viszonyítjuk, akkor esik az összes halálesetek közül a 0—1 hóig elhaltakra 9.05%, a 0—6 hóig elhaltakra 18.63% s a 0—1 évig elhaltakra 27.20%.

Nem szerint véve figyelembe az elhalálozás sorrendjét, a XI. táblán összefoglalt 12 európai államban élveszülött



X. tábla.

0—1 éves gyermekek elhalálozási sorrendje, az élveszülettek és az összes halandósághoz viszonyítva.

Államok és időszak	Az élveszülettek száma	Az élveszülettekből elhal						Az összes halálesetek közt van %-okban		
		0—1 hónapig	%	0—6 hónapig	%	0—1 éves korig	%	0—1 hóig elhalt	0—6 hóig elhalt	0—1 évig elhalt
Svédország 1881—90	600,489	19,762	3·2	41,606	6·9	58,471	9·7	5·9	12·5	17·6
Skótország 1885—90	745,986	—	—	60,499	8·1	89,858	12·0	—	13·5	21·3
Poroszország 1886—92	7.681.839	481.817	6·5	1.171.327	15·1	1.594.039	20·7	10·3	25·3	34·4
Angolország 1888—91	3.549.906	—	—	352.790	9·9	515.604	14·5	—	16·3	23·8
Belgium 1881—91	1.940.197	83.013	4·5	223.821	11·5	309.766	15·9	6·2	18·3	23·3
Franciaország 1885—90	5.337.880	327.654	6·1	675.677	12·6	882.909	16·5	6·4	13·3	17·4
Hollandia 1880—82, 1885—90	1.332.266	51.406	3·8	172.815	12·9	239.466	17·9	6·2	21·2	29·3
Magyarország 1884—87	2.641.797	224.146	8·4	434.893	16·4	560.220	21·2	11·6	22·7	29·2
Ausztria 1886—87	1.765.541	173.873	9·8	331.530	18·2	435.763	24·6	12·8	24·6	32·2
Szászország 1890—92	430.521	30.378	7·0	—	—	119.082	27·6	16·4	—	43·5
Összeg	26.026.422	1.392.049	6·40	3.464.958	13·93	4.805.178	18·46	9·05	18·63	27·20

XI. tábla.

A csecsemők halandósága, tekintettel a nemi különbségre.

Államok	Élveszületett		Meghalt 0—1 hónapig az élveszülettekből				Meghalt 0—6 hónapos korig				Meghalt 0—1 éves korig			
	fiú	leány	fiú	%	leány	%	fiú	%	leány	%	fiú	%	leány	%
Poroszország 1886—92	3.942.439	3.739.400	273.090	6·9	208.727	5·3	652.124	16·5	519.203	13·8	875.820	22·2	715.219	19·1
Ausztria 1886—87	907.963	857.578	101.020	11·1	42.853	5·0	187.018	20·5	144.526	16·8	242.236	26·6	193.597	22·5
Angolország 1888—91	1.806.120	1.743.786	—	—	—	—	199.148	11·0	153.642	8·8	287.296	15·9	231.168	13·1
Skótország 1885—90	382.924	363.062	—	—	—	—	34.129	8·8	26.370	7·2	50.114	13·0	39.744	10·9
Irország 1884—88	293.528	277.182	—	—	—	—	—	—	—	—	29.979	10·2	24.070	8·6
Olaszország 1884—91	4.618.626	4.361.953	—	—	—	—	—	—	—	—	931.084	20·1	795.983	18·2
Hollandia 1880—82. és 1885—90.	694.649	648.617	29.764	4·2	21.642	3·3	98.261	14·1	74.554	11·5	133.545	19·6	105.921	16·3
Franciaország 1885—90	2.728.879	2.609.001	184.796	6·4	142.858	5·4	378.518	13·8	297.159	11·3	489.695	17·9	393.214	15·0
Svédország 1881—90	309.184	291.305	11.379	3·6	8.383	2·8	23.513	7·6	18.093	6·2	32.389	10·4	26.082	8·9
Bajorország 1879—88	1.032.261	981.934	—	—	—	—	—	—	—	—	320.267	31·0	258.936	26·3
Szászország 1892	72.095	68.419	5.590	7·0	4.193	6·1	—	—	—	—	21.928	30·4	17.781	25·9
Magyarország 1884—86	1.022.767	865.859	92.213	9·0	75.176	8·6	174.635	17·2	147.996	17·0	222.983	21·8	191.130	22·0
Összeg	17.811.435	16.808.096	697.852	7·21	503.832	5·48	1.747.346	14·81	1.382.543	12·32	3.637.336	20·42	2.992.845	17·80

17.811,435 fiú és 16.808,096 leány következő sorrendben halt el százalékokban:

0—1 hónapig      0—6 hónapig      0—1 évig  
 fiú 7·21    leány 5·48      fiú 14·81    leány 12·32      fiú 20·42    leány 17·80

A fiúk halandósága tehát felülmulja a leányokét:

0—1 hónapig      0—6 hónapig      0—1 évig  
 1·73% kal      2·49% kal      2·62% kal

Ha most az első hónapban és a 0—6 hónapig elhalt csecsemők számát az első évben elhaltak számával hozzuk

XII. tábla.

A 0—1 hóig és 0—6 hóig elhaltak százaléka a 0—1 évig elhaltak számában.

Államok és időszak	A 0—1 évig elhaltak közül esik	
	0—1 hóig %	0—6 hóig %
Svédország 1881—90	33·8	74·6
Hollandia 1880—82 és 1885—90	21·4	72·1
Belgium 1881—91	26·7	72·2
Franciaország 1885—90	37·1	76·5
Poroszország 1886—92	30·2	73·4
Szászország 1890—92	25·5	—
Magyarország 1884—87	40·4	77·4
Ausztria 1886—87	39·8	76·1
Anglia 1885—91	—	68·5
Skótország 1885—90	—	67·4
Átlag	31·86	73·13

viszonyba, akkor a XII. tábla szerint látható, miszerint a 0—1 éves halottak közt 31·86%-ot az élet első hónapjában, 73·13%-ot pedig a 0—6 hónapig meghalt gyermekek teszik ki, vagyis az elhalt csecsemők 1/3-ada az újszülöttekre, 2/3-ada pedig a 0—6 hóig elhaltakra esik.

A mi a törvényes és törvénytelen csecsemők halandósági viszonyait illeti, összesen 29·236,272 élveszülettre nézve számítottam ki a nem figyelembe vételével a különbségeket. Ezek közül 8 európai államra esik (XIII. tábla) 27.544,418 élveszület közül 25.196,350 törvényes és 2.348,068 törvénytelen; 4 nagy városra (XIV. tábla) és Magyarország 27 nagyobb városára 1.274,132 törvényes és 417,722 törvénytelen.

A XIII. táblán összefoglalt 25.196,350 törvényesből meghalt az első évben 4.823,245, vagyis 19·14%, és 723,720 törvénytelen, vagyis 30·79%. A törvénytelenek halandósága tehát ezen 8 államban 11·65%-kal mulja felül a törvényesekét.

Nem szerint véve a törvényes és törvénytelen csecsemőket, a törvényes fiúk közül meghal 18·05%, a törvénytelenek közül 26·25%, vagyis 8·20%-kal több; a törvényes leányok közül meghal 15·45%, a törvénytelenek közül pedig 23·75%, tehát 8·30%-kal több.

A XIV. táblán összefoglalt városokban élveszületett 1.274,132 törvényes csecsemőből meghalt 318,596, azaz 21·44%; a 417,722 törvénytelenből pedig 100,153, azaz 25·94. A törvénytelenek halandósága tehát ezen városokban átlag csak 4·50%-kal nagyobb, mint a törvényeseké. A törvényes fiúk halandósága pedig 3·50%-kal mulja felül a leányokét, a törvénytelen fiúké 4·60%-kal.

Ha most a törvényes és törvénytelen csecsemők elhalálozási sorrendjét az élveszülettekhez viszonyítva vesszük figyelembe, akkor azt látjuk, hogy a XV. táblán 5 európai állam-



ban és két nagy városban élve született 16.373,710 élveszületett gyermekből meghalt százalékokban

	0-1 hóig	0-6 hóig	0-1 évig
I. 14.826,339 törvényesből	6·11	13·12	18·69
II. 1.557,371 törvénytelenből	10·71	23·92	31·00

E számsorokból nemesak az tűnik ki, hogy a törvénytelen csecsemők halandósága tetemesen nagyobb a törvényesekénél, hanem kiténik az is, hogy a törvénytelenek jóval korábban halnak el, mint a törvényesek.

A törvénytelen csecsemők halandósága egyes államok és városok szerint nagyon ingadozik; bizonyos határig azonban arányban áll a csecsemők általános halandóságával s a törvénytelen születések számával; a mennyiben minél nagyobb általában a csecsemők halandósága, illetőleg minél nagyobb a törvénytelen szülöttek száma, annál több törvénytelen csecsemő hal meg. Egyes államokban azonban igen nagy az aránytalanság a törvénytelen szülöttek és az elhalt törvénytelen csecsemők száma közt s épen ezért ezen államok csecsemő halandóságára még nagyobb befolyást gyakorolnak a törvénytelen gyermekek, mint a minő befolyást az átlagos számok feltüntetnek. Látjuk

például a X. tábláról vett adatok nyomán, hogy a törvénytelen élveszülettek számával a következő arányban áll az elhalt törvénytelen csecsemők száma:

	Törvénytelen születések százaléka	Törvénytelen csecsemők halálzási százaléka
Svédországban	9·3	14·0
Ausztriában	14·3	30·0
Olaszországban	7·4	26·2
Franciaországban	8·2	28·5
Bajorországban	13·5	36·0
Szászországban	12·2	38·0
Poroszországban	7·4	36·2

A szülők vagyoni állapotának befolyását a csecsemők halandóságára két adattal kívánom megvilágítani. Az első adat Poroszországra vonatkozik, s az 1886—92. évben élveszületett 7.681,839 gyermekre vonatkozólag tünteti fel a 0—1 évig elhaltak számát a szülők társadalmi állása szerint (sociale Stellung). Ez adat annyival értékesebb, mert az élveszülettek is ugyanazon társadalmi állás szerint vannak a porosz statisztikai évkönyvekben kimutatva.

A XVI. táblán részletesen felsorolt adatok végeredménye szerint legkisebb halandósági arányt tüntetnek föl a csecsemők

XIII. tábla.

A törvényes és törvénytelen csecsemők halandósága az élveszülettekhez viszonyítva, tekintettel a nemre.

Államok	Élve született		0—1 évig meghalt				0—1 évig meghalt törvényesek közül				0—1 évig meghalt törvénytelenek közül			
	törvényes	nem törv.	törvényes	%	nem törv.	%	fiú	%	leány	%	fiú	%	leány	%
Poroszország 1886—92..	7.080,590	601,249	1.377,138	19·4	217,721	36·2	—	—	—	—	—	—	—	—
Ausztria 1886—87..	1.506,450	259,091	388,750	25·8	78,013	30·1	200,386	25·8	157,364	21·7	41,850	31·4	36,163	28·8
Olaszország 1884—91..	8.316,653	663,926	1.552,425	18·6	174,642	26·2	841,654	19·6	710,771	17·6	89,430	26·4	85,212	26·2
Hollandia 1885—90..	847,747	26,141	148,829	17·5	7,761	29·6	—	—	—	—	—	—	—	—
Franciaország 1885—90..	4.895,477	442,403	756,563	15·4	126,346	28·5	421,629	16·8	334,934	14·0	68,066	30·3	58,280	26·7
Svédország 1881—90..	553,579	46,910	51,681	9·5	6,790	14·4	28,623	10·0	23,058	8·5	3,766	16·9	3,024	13·3
Bajorország 1879—88..	1.741,457	272,738	480,552	27·6	98,651	36·6	—	—	—	—	—	—	—	—
Szászország 1891—92..	254,397	35,610	67,307	26·4	13,796	38·0	—	—	—	—	—	—	—	—
Összeg és % átlag	25.196,350	2.348,068	4.823,245	19·14	723,720	30·79	1.492,292	18·05	1.236,127	15·45	203,112	26·25	182,679	23·75

XIV. tábla.

A törvényes és törvénytelen csecsemők halandósága, az élveszülettekhez viszonyítva, városokban.

Városok	Élve született		0—1 évig meghalt				0—1 évig meghalt törvényesek közül				0—1 évig meghalt nem törvényesek közül			
	törvényes	nem törv.	törvényes	%	nem törv.	%	fiú	%	leány	%	fiú	%	leány	%
Berlin 1886—91..	254,683	36,822	60,536	23·7	15,493	42·0	33,279	25·4	27,257	21·9	8,365	44·4	7,128	39·5
Bécs 1881—90..	157,785	118,150	35,760	22·6	18,334	15·5 <sup>1</sup>	19,786	24·4	18,719	20·8	10,024	16·6	8,310	14·3
Páris 1886., 1888—90..	173,174	67,362	25,677	14·8	10,786	16·0 <sup>2</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—
Budapest 1878—93..	175,111	75,047	39,532	22·5	20,227	26·9	—	—	—	—	—	—	—	—
Magyarország 27 nagyobb városa 1882—93..	513,379	120,341	157,091	23·6	35,313	29·3	—	—	—	—	—	—	—	—
	1.274,132	417,722	318,596	21·44	100,153	25·94	53,065	24·9	45,976	21·35	18,389	30·5	15,438	26·9

XV. tábla.

A törvényes és törvénytelen csecsemők elhalálozási sorrendje, az élveszülettekhez viszonyítva.

	Élve született		0—1 hóig meghalt az élve szülöttekből				0—6 hóig meghalt az élve szülöttekből				0—1 évig meghalt az élve szülöttekből			
	törvényes	nem törv.	törv.	%	nem törvényes	%	törvényes	%	nem törvényes	%	törvényes	%	nem törvényes	%
Poroszország 1886—92..	7.080,590	601,249	417,547	5·8	64,270	10·6	999,918	14·1	171,409	28·5	1.377,138	19·4	217,721	36·2
Ausztria 1886—87..	1.506,450	259,091	143,849	9·5	30,024	11·5	269,983	17·9	61,547	23·7	388,750	25·8	78,013	30·1
Franciaország 1885—90..	4.895,477	442,403	277,132	5·6	50,522	11·4	571,211	11·6	104,466	23·6	756,563	15·4	126,346	28·5
Svédország 1881—90..	553,579	46,910	17,376	3·1	2,380	5·0	36,326	6·5	5,280	11·2	51,681	9·5	6,790	14·4
Szászország 1890—92..	377,775	52,746	24,541	6·4	5,837	11·0	—	—	—	—	100,962	26·7	20,694	39·2
Berlin 1886—91..	254,683	36,822	14,161	5·5	5,025	13·6	42,141	16·5	12,927	35·1	60,536	23·7	15,493	42·0
Bécs 1881—90..	157,785	118,150	11,997	7·7	9,806	8·2	26,440	17·3	15,852	13·4	35,760	22·6	18,334	15·5
Összesen	14.826,339	1.557,371	906,603	6·11	167,864	10·71	1.946,019	13·12	371,481	23·92	2.771,390	18·69	483,391	31·00

<sup>1-2</sup> A lelencházal bíró nagy városokban azért kisebb a törvénytelenek halandósága a törvényesekénél, mert a törvényteleneket vidékre adják dajkaságba s ezek a vidéken halnak meg.



## XVI. tábla.

A csecsemők halandósági viszonyai a szülők társadalmi állása szerint Poroszországban.

Év	Katonák gyermekei			Nyilvános tisztviselők gyermekei			Magántisztviselők gyermekei			Önálló foglalkozást űzők gyermekei		
	Élve született	0—1 évig meghalt	‰	Élve született	0—1 évig meghalt	‰	Élve született	0—1 évig meghalt	‰	Élve született	0—1 évig meghalt	‰
1886	5,359	911	17 00	51,372	9,741	18 95	24,167	4,898	20 22	351,460	70,700	20 11
1887	5,295	825	15 57	51,771	8,438	16 29	24,811	4,362	17 58	353,424	62,806	17 77
1888	5,334	794	14 87	52,748	8,385	15 89	25,003	4,249	16 99	353,905	62,437	17 65
1889	4,355	736	16 90	56,611	9,335	16 48	24,497	4,302	17 56	344,501	64,267	18 65
1890	4,445	639	14 12	56,073	9,507	16 97	25,693	4,517	17 58	342,442	64,322	18 78
1891	4,454	668	15 00	60,832	9,504	15 62	27,155	4,551	16 75	349,804	61,763	17 65
1892	4,575	634	13 85	62,651	10,162	16 22	27,446	4,868	17 73	342,408	63,451	18 53
<b>Összeg</b>	<b>33,817</b>	<b>5,207</b>	<b>15 39</b>	<b>392,058</b>	<b>65,072</b>	<b>16 59</b>	<b>178,772</b>	<b>31,747</b>	<b>17 75</b>	<b>2,437,944</b>	<b>449,782</b>	<b>18 44</b>

Év	Segédek, legények, tanoncok és gyári munkások gyermekei			Életjáradék- és nyugdíjból élők gyermekei			Napszamosok és bér-szolgák gyermekei			Cseléd- és szolgaként alkalmazottak gyermekei			Koldusok gyermekei		
	Élve született	0—1 évig meghalt	‰	Élve született	0—1 évig meghalt	‰	Élve született	0—1 évig meghalt	‰	Élve született	0—1 évig meghalt	‰	Élve született	0—1 évig meghalt	‰
1886	286,518	61,780	24 44	4,517	1,104	24 40	259,936	61,269	23 57	72,480	23,391	32 27	99	43	43 43
1887	188,966	54,838	26 12	4,646	886	19 04	263,206	55,865	21 43	73,588	21,028	28 53	120	58	48 33
1888	294,944	55,375	18 77	4,807	963	20 00	263,102	55,688	21 16	72,330	20,929	28 93	121	42	34 76
1889	303,585	59,796	19 69	4,600	981	21 32	259,724	57,849	22 65	71,693	21,947	30 61	121	38	31 40
1890	311,059	62,333	20 02	4,479	947	21 14	257,687	58,099	22 93	70,569	21,032	29 15	100	35	35 00
1891	330,253	63,111	19 11	4,660	929	19 93	265,590	58,638	22 00	72,235	21,063	29 15	86	23	26 74
1892	322,434	64,904	20 12	4,406	939	21 31	251,553	58,523	23 26	69,778	21,400	30 67	104	34	32 69
<b>Összeg</b>	<b>2,037,759</b>	<b>422,137</b>	<b>20 71</b>	<b>32,115</b>	<b>6,749</b>	<b>21 01</b>	<b>1 820,798</b>	<b>405,931</b>	<b>22 29</b>	<b>502,613</b>	<b>150,790</b>	<b>30 00</b>	<b>751</b>	<b>273</b>	<b>36 37</b>

korban a katonák gyermekei (15·39‰); azután sorrendben következnek a nyilvános tisztviselőkéi 16·59‰-kal, a magán tisztviselőkéi 17·75‰-kal, az önálló foglalkozást űzőkéi 18·44 százalékkal, majd a segédek, legények s gyári alkalmazottakéi 20·71‰-kal, az életjáradékból és nyugdíjból élő egyénékéi 21·01‰-kal, a napszamosokéi 22·29‰-kal, a cselédek, szolgák, szolgálókéi 30‰-kal s végül a koldusokéi 36·37‰-kal.

Élénken világitják meg ezen adatok, hogy mely társadalmi osztályok gyermekei vannak legtöbb veszélynek kitéve a csecsemőkorbán.

A másik adat Budapestre vonatkozik, melynek statisztikai adatai a szülőket négy osztályra osztják vagyonosság szerint; úgy hogy az I. osztályba a legvagyonosabbak, a IV-ikbe a legszegényebbek tartoznak.

Ezen beosztás szerint 1876—81-ben a 0—5 éves korban elhaltak közt volt:

a 126 I-ső vagyonossági osztályhoz tartozó	61 = 48·4‰
a 3910 II-ik	2237 = 57·2 "
a 28424 III-ik	17703 = 62·3 "
a 2506 IV-ik	1591 = 63·5 "

A fentebbi arányszámokból láthatni, hogy mily korán halnak el a legszegényebb (III—IV. osztály) néposztályhoz tartozók gyermekei.

Ugyanezen adatokat a törvényes és törvénytelen csecsemőkre vonatkoztatva, kitűnik hogy a törvénytelenek minden vagyonossági osztályban gyorsabban halnak el, mint a törvényesek s a vagyonosság csökkenésével a törvénytelen gyermekek halandósága nagyobb mérvben emelkedik, mint a törvényeseké (Kőrösi). Jutott ugyanis minden 100 első életévben elhalt törvényes vagy törvénytelen gyermekből:

	Törvényes	Törvénytelen
az I. vagyonossági osztályban	48·4‰	? ‰
a II.	57·0 "	64·0 "
a III.	58·0 "	73·5 "
a IV.	55·0 "	72·0 "

Végül a táplálás minőségének befolyásáról a csecsemők halandóságára kívánom adataimat előterjeszteni.

A statisztikai évkönyvek e tekintetben nagyon kevés adatot tartalmaznak s a hozzá férhető adatoknak is meg van az a hibája, hogy majdnem kivétel nélkül csak az elhaltakra

(s nem egyszersmind az élőkre) vonatkozólag van megmondva, hogy közülük hányan tápláltattak emlőn és mesterségesen.

Bécs városában 1884—90-ben meghalt például 37,790 gyermek 0—1 évig s azok közül, kikre nézve a táplálás minősége megállapítható volt, a XVII. tábla adatai szerint jelenté-

## XVII. tábla.

A táplálás minőségének befolyása a csecsemők halandóságára Bécs városában.

Táplálás minősége	0—1 évig meghalt		0—1 évig meghaltak közül			
	összesen	‰	törvényes	‰	nem törv.	‰
Anyatej	5,564	14 72	4,580	42 97	984	17 36
Anyatej és dajkatej (lelenzházban)	3,795	10 04	119	1 11	3,676	65 00
Dajkatej	277	0 74	239	2 33	38	0 67
Mesterségesen tápláltak	14,015	37 88	10,328	27 33	3,677	65 10

keny túlsúlyban vannak a mesterségesen tápláltak (37·88‰) az anyatejjel tápláltak fölött (14·72‰). Itt is kitűnik, hogy az elhalt csecsemők közt jóval nagyobb számmal vannak a mesterségesen táplált törvénytelen (65·10‰), mint a törvényes (27·33) gyermekek.

Budapesten az 1877—81-ik években 0—2 éves korban elhalt gyermekekből volt:

	0—1 hónapos	0—3 hónapos	0—2 éves
anya- vagy dajkatejen nevelt	2744	5431	18129
mesterségesen táplált	700	1443	3781

Látható, hogy aránylag mennyivel több mesterségesen táplált hal el a legfiatalabb korban. A második évig elhalt 100—100 gyermek közül volt ugyanis:

	0—1 hónapos	0—3 hónapos
emlőn táplált	15·14‰	29·96‰
mesterségesen táplált	20·36 "	38·16 "

Berlinben a XVIII. tábla adatai szerint 1888—90-ben elhalt csecsemők közül — leszámítva az élet első napján el-



haltakat, valamint azokat, kiknek táplálási módja ismeretlen — a kizárólag mesterségesen tápláltak 82·3%-kal szerepelnek a 0—1 évig elhaltak számában,<sup>1</sup> a míg a tisztán női tejjel, vagy női tej mellett még egyéb táplálékkal is élt gyermekek csak 17·7% kal. A mesterséges táplálékok közt igen nagy szerepet játszik Berlinben a tehéntej, minek folytán a kizárólag tehéntejjel tápláltak 75·1%-át adják az egy év alatt elhaltaknak.

Berlin város újabb statisztikai évkönyvében ki van mutatva továbbá, hogy az élő csecsemők közül hányan tápláltaknak emlőn s hányan mesterségesen, s így ha nem is biztosan, de legalább megközelítőleg viszonyba lehet hozni az élő és elhalt csecsemők számát a különféle táplálási módok szerint.

1890-ben például a kimutatható adatok szerint 1000 élő törvényes csecsemő közül 159 tápláltatott emlőn, 725 pedig állati tejjel; 1000 élő törvénytelen csecsemő közül pedig csak 71 tápláltatott emlőn, 841 pedig állati tejjel.

XVIII. tábla.

A táplálás minőségének befolyása a csecsemők halandóságára Berlin városában.

Táplálás minősége	A 0—1 évig elhaltak közt volt					
	törvényes	0/0	nem törv.	0/0	összesen	0/0
1. Kizárólag női tejjel (anya v. dajka) táplált	4,236	15·0	464	7·1	4,790	13·9
2. Női tej mellett tehéntejjel; vagy női tej mellett surrogátumokkal is táplált	1,131	4·0	156	2·4	1,287	3·8
3. Kizárólag állati tejjel táplált	20,349	73·4	5432	83·9	25,781	75·1
4. Surrogátumok, állati tej és különféle mesterséges táplálékokkal táplált	2,049	7·4	418	6·4	2,467	7·1
Kizárólag női tejjel, vagy egyéb táplálék mellett női tejjel is táplálkozók (1—2 rovat) összege	5,457	19·6	620	9·6	6,077	17·7
A mesterségesen tápláltak (3—4 rovat) összege	22,398	80·4	5850	90·8	28,248	82·3

Ugyanesak 1890-ben következő volt a nem kizárólag emlőn táplált gyermekek halandósága, az élő csecsemőkkel hozva viszonyba, hónapok szerint 1000-re számítva:

1. hónap	2. hónap	3. hónap	4. hónap	5. hónap	6. hónap	
150·33	81·05	67·99	58·09	46·27	40·65	
7. hónap	8. hónap	9. hónap	10. hónap	11. hónap	12. hónap	0—1 évig összesen
34·82	31·70	27·88	24·84	21·14	18·24	45·21

S ha ezen számokat a tisztán emlőn táplált élőkhoz viszonyítjuk, akkor a nem kizárólag emlőn tápláltak halandósága (1000-re) hónaponként annyiszor több a kizárólag emlőn tápláltakénál, a hányszor a következő számsor mutatja:

1. hónap	2. hónap	3. hónap	4. hónap	5. hónap	6. hónap	
6·56	8·86	12·36	14·13	12·55	12·78	
7. hónap	8. hónap	9. hónap	10. hónap	11. hónap	12. hónap	0—1 évig összesen
10·68	7·32	7·58	5·87	5·49	4·11	6·31

Az ugyanazon időben elhalt csecsemők számának (1000-re számított) összehasonlításából kitűnik, miszerint a csecsemők 25·08 átlagos halandóságával arányban a legkisebb volt a dajkák által tápláltak halandósága (5·64), azután következett az anyák által tápláltaké 7·23-mal, majd az állati tejjel tápláltaké 43·99-ezel, továbbá az anyatej és állati tejjel vegyesen tápláltaké 54·42-vel, a surrogátumokkal tápláltaké 56·3-mal s legkedvezőtlenebb volt azon csecsemők halandósága, kik surro-

gátumokkal és anyatejjel (134), vagy surrogátumokkal és állati tejjel vegyesen tápláltak (235 pr. m.).

1891-ben következő volt a nem kizárólag emlőn táplált csecsemők halandósága Berlinben, az élőkhoz viszonyítva, hónaponként (1000-re):

1. hónap	2. hónap	3. hónap	4. hónap	5. hónap	6. hónap	
175·56	89·18	71·01	57·24	50·60	38·84	
7. hónap	8. hónap	9. hónap	10. hónap	11. hónap	12. hónap	0—1 évig összesen
30·96	25·79	23·31	19·36	16·33	15·33	44·67
tehát						
1. hónap	2. hónap	3. hónap	4. hónap	5. hónap	6. hónap	
8·54	11·60	13·55	13·79	14·93	11·81	
7. hónap	8. hónap	9. hónap	10. hónap	11. hónap	12. hónap	0—1 évig összesen
9·44	8·71	9·07	7·42	4·65	4·75	7·09

szer több mint a kizárólag emlőn tápláltaké.

Ezen adatokból eléggé bebizonyul, hogy a csecsemők táplálási módjának fölötté nagy befolyása van a halandóságra; oly nagy, hogy ezen tényező gyakorol minden egyéb tényező fölött döntő szerepet a halálzásra.

Balaton-Füred gyógyhelyi viszonyainak javítása.<sup>1</sup>

Irta: *Mangold Henrik* dr., királyi tanácsos, 1860 óta gyakorló orvos Balaton-Füreden.

„Balaton-Füred gyógyhelyi viszonyainak javítása“ czím alatt már 1888-ban volt szerencsém méltóságos *Vaszary Kolos* akkori szent benedekrendi főapát (jelenlegi hercegprímás és esztergomi bíboros érsek ő eminentiája) elé emlékiratot terjeszteni, melyben őszintén és nyíltan bátorkodtam számos szükséges reformot felsorolni, melyeknek keresztülvitele képes volna Balaton-Füredet az európai elsőrangú fürdőhelyek niveaujára emelni, és mely emlékirat értelmében csakugyan gyökeres átalakítások és előnyös újítások történtek. De minthogy egyrészt akkori javaslataim eddig még egészben mind nem foganatosítottak és minthogy másrészt mai napság a számtalan folytonosan keletkező concurrentiával szemben még inkább szükséges a balatoni fürdőtelepek metropolisának, Balaton-Fürednek, jónak bizonyult természeti gyógykieseit és berendezését nem csak megóvni, hanem a század követelményeinek megfelelőleg fejleszteni is, bátorkodom tehát méltóságod figyelmét, valamint az elmaradott javaslataimra, úgyszintén egyéb új tényezőkre felhívni, melyek ezen hírneves és elismert fürdőhely jobb értékesítését és a fürdőközönség igényeinek kielégítését eredményezhetik.

\*\*\*

Méltóságod azon kérdésére, melyet balatonfüredi utolsó tisztelgésemmel alkalmával hozzám intézni kegyeskedett: „Oda hassunk-e, hogy Balaton-Füred inkább nyaraló-, mint gyógyhely legyen?“ bátorkodom ismételve állítani, hogy minden már eddig létező és a jövőben még talán keletkező balatoni fürdőtelepek között Balaton-Füred az egyedüli, mely kedvező égalji fekvése és számos elismert hatásos gyógyeszközei folytán hivatva van mint *valódi gyógyfürdőhely* szerepelni, miáltal a többi balatoni nyaralótelepek közül, melyek a Balatonon kívül semminemű más gyógyhatánnyal sem bírnak, mindenkor ki-magaslani fog. Mindenekelőtt ismétlem tehát azt, a mit már az első emlékiratomban, mint egy fürdőhely felvirágoztatására okvetlenül szükségesnek hangsúlyoztam, t. i.: „hogy gyógyhatványainak, valamint égalji, helyi és közlekedési viszonyainak *általános ismertetése* a legtágasabb körökben terjesztessék; továbbá hogy megbízható kényelmes és olcsó közlekedési eszközökről gondoskodva legyen; úgyszintén szükséges a gyógyhatványokat a mai tudományos álláspont szerint tökéletesíteni és lehetőleg szaporítani, az elismert hygienikus követelményeknek megfelelni, a berendezést észszerűen javítani és végre az évad idejét észszerűen beosztani és hosszabbítani“.

\*\*\*

Ha a balatonfüredi gyógyhatványok szaporítása illetőleg az évad hosszabbítása jön szóba, akkor első sorban állanak a

<sup>1</sup> A tábla egyes rovatai eltérnek Berlin város statisztikai évkönyvének rovataitól annyiban, a mennyiben az 1. és 2. rovat adatai egyesítve vannak, szintűgy a 3. és 5. rovatéi, és a 6—9. rovatokéi is.

<sup>1</sup> Főtisztelendő, méltóságos és tudós *Fehér Ipoly* pannonhalmi főapát úr elé terjesztett emlékirat.



*klimatikus előnyök*, melyek a nyári évadon kívül is kiaknázhatók volnának.

Balaton-Füred klimatikai előnyei: légkörének állandó egyenletessége, nagyfokú enyhesége és mérsékelt nedvessége, melyeket e bájos fürdőhely kedvező, délfelől hegyektől környezett fekvése, közvetlenül Európa legnagyobb tavának partján feltételez, eddig csak a nyári hónapokban használtattak fel gyógyezélul. De minthogy a Balaton tói klíma gyógyereje kétségen kívül tavasz és őszi színt oly megbecsülhetlen előnyöket és eredményeket képes nyújtani mint nyáron *diatetikai gyógy módokra*: oda kell hatni, hogy Balaton-Füred nemcsak nyáron, hanem tavasz és őszi is, betegek és tüdőbetegek befogadására készen álljon. Névszerint hasznos és sikeres volna a *tavaszi és őszi kúra* Balaton-Füreden, idült szív- és tüdőbetegeknél, tüdőbetegeknél, nehéz betegségek és sebészeti műtétek után, valamint általános gyengeségnél.

Már évek előtt figyelmeztettem ezen körülményre a gyakorló orvosokat és az utolsó időben *Polyák Lajos* dr. vizsgálatai által, melyeket a helyszínen és a m. kir. központi meteorologiai intézet öt évi adatainak felhasználásával eszközölt, állításomat be is bizonyította. *Polyák* dr. constatálta, hogy Balaton-Füred elsőrangú klimatikai gyógyhely gyanánt tekinthető, melynek előnyei legjobban kiaknázhatók, ha mint „*átmeneti állomás*“ használtatik fel, mely különösen márczius végével, április és május hónapokban, valamint szeptember 15-től november közepéig mellbetegeknek legalkalmasabb tartozkodási helyül szolgálhat, mikor hazánk legtöbb helyén a változó időjárás, a korán beálló hideg és a nagyfokú hőmérsékleti ingadozások a betegek állapotát többnyire veszélyeztetik.

Ily kedvező klimatikus viszonyokkal szemben elég kár, hogy a Balaton-Füred „*átmeneti statio*“ eddig parlagon hevert, miért is kívánatos volna, hogy legalább a jövőben oly intézkedések történjenek, hogy a gyógyulástkeresőknek lehetővé tétessék Balaton-Füreden tavaszi és őszi kurákat tartani.

Ezen intézkedések igen könnyen eszközölhetők és nem is költségesek, mert kezdetben nem volna egyéb szükséges, mint mindenekelőtt a balatonfüredi „*átmeneti statiót*“ körlevélben a gyakorló orvosokkal kimerítően ismertetni, a lakószobák kellő számát kályhakkal ellátni, a vendéglősöket arra utalni, hogy tavasszal és ősszel is kötelesek ételt és italt illő áron kiszolgálni, a gyógy- és olvasó termeket nyitva tartani és ezeket, valamint az utazókat este 9 óráig kivilágítani. Ily módon a gyakorló orvosok és a gyógyulástkereső közönség lassan-lassan hozzá szoknék Balaton-Füredet mint „*átmeneti statiót*“ ajánlani és használni. Az „*átmeneti statio*“ berendezésének további bővítését, mint például *belézési készülékek felállítása* stb., az idővel beállandó szükségletek fogják feltüntetni.

E helyen nem hagyhatom felemlítés nélkül azt sem, hogy mióta a gyógyterem az erdő szélén felépített, és a szabad légáramlat a Balatontól a hegyek felé nagy részben elzárattott, azóta Balaton-Füreden határozottan jóval melegebb van, mint annak előtte volt. Ennek elejét venni ma már nem oly könnyen lehetséges ugyan, de lehetne némiképp segíteni e bajon, hogy ha a fedett séta két szárnya az erdő felé áttörnének és a gyógyterem hátsó fala ép úgy, mint a homlokzata, ajtóval és ablakokkal látatnék el, miáltal a légáramlat részben visszanyerhető. A gyógyterem az erdővel közvetlen összekötve és a gyógyterem mögött elterülő szép, árnyas, eddig parlagon hevert hely, mint kellemes reggeliző- és ozsonahely értékesíthető volna.

\*\*\*

A *szőlőgyógy módot*, melyet én 1860-ban léptettem életbe Balaton-Füreden és melyhez Balaton-Füred klimatikus előnyei legjobb alkalmat nyújtanak, kár volt elejteni. Noha a phylloxera-vész által devastált balatoni vidéken a szőlőkúra tartása látszólag lehetetlenné vált, mégis keresztülvihető lett volna ezen kúra azon mennyiségű szőlővel is, mely még mindig ott termett, esetleg megtoldva a badaconsyi és egyéb legközelebbi Balaton vidékről naponta frissen behozott szőlővel. Hiszen még Meranban is — a legismertebb szőlőkúra helyén — a nagy mennyiségben elfogyasztott szőlő nem csak a helyszínről, hanem a vidékről is szereztetik be.

És most, midőn a szőlőszeti viszonyok gyökeresen javulnak, annál inkább kívánatos, hogy intézkedés történjék ezen a legrégebbi idő óta a megfelelő betegségek ellen elismert és hazánkban még mindig nem elegendően propagált életrendi hatány újlag való visszahonosítása és alkalmazása érdekében, miáltal azonfelül az évad meghosszabbítása Balaton-Füreden szintén elérhetővé lesz.

\*\*\*

Ismételve sürgetem a Balaton-Füreden levő második ásványforrás, az úgynevezett „*Kis-kút*“ *vegyelemzését*. Tudjuk ugyan hypothetice, hogy ezen kút vize határozottan több vasat és sokkal kevesebb szén-savat tartalmaz mint a „*Ferenz József*“-forrás; de míg hivatalosan mennyiségileg elemelve és elnevezve nincsen (például „*Ipoly-forrás*“), addig az észszerű orvosi rendelés tárgyát nem képezheti. Csak így sikerülhet ezt a kutat is az ismert hatásos vasas-vizek sorába felvételni és szétküldésre is alkalmassá tenni.

\*\*\*

A *meleg fürdők* Balaton-Füreden igen szépen és czélszerűen vannak berendezve és elég alkalmat nyújtanak az orvosi rendeléseknek; de hiányzik az iskolázott fürdői szolgazemélyzet. Ha vízgyógy-mód-intézetben legalább egy-egy begyakorolt férfi- és nőszemély alkalmaztatnék, úgy lehetne a nem ritkán javult és hatásos félfürdőket leöntésekkel is rendelni, miáltal a meleg fürdők jövedelme lényegesen gyarapodna. Nem vízgyógy-mód-intézet berendezését óhajtom Balaton-Füreden, hol a balatoni fürdők analog indicációt képeznek mint a vízgyógy-mód procedurái; de kívánám, hogy a fürdőszolgai személyzet jártas legyen a kisebb hydrotherapeutikai műveletekben, mint lemosás, ledörzsölés, leöntés stb., melyek ma az orvosi rendelés mindennapi szükségletéhez tartoznak, és még azt is óhajtanám, hogy egynéhány meleg fürdőben zuhany is alkalmaztassék. Kívánatos volna továbbá, hogy orvosi rendelés folytán használandó mesterséges medicamentosus fürdőkről (maláta-, só-, lép-, szappan-, kén-, jód-fürdő stb.) gondoskodva legyen és végre *melegített balatoni iszapfürdőkről*, melyek egyedül csak Balaton-Füred *specialitását* képezhetik.

\*\*\*

Ezen egynéhány curativ propositio után legyen szabad egyes administratív momentummal is foglalkoznom. Ezek között legfontosabb minden fürdőhelyre nézve a czélszerűen alakított állandó *gyógybizottság*, mely Balaton-Füreden ezideig tulajdonképp még nem működött, mert a hiányosan alakított úgynevezett *gyógybizottság*, mely Balaton-Füreden egyszer, az idény végén, ülésezik, eddig semmiféle időszerű haladást sem eredményezett, hanem csak a gyógy- és zenedij elszámolására szorított.

Mint már az első emlékiratomban jeleztem, „ezen tilések szentélyébe még azon factorok sem juthatnak, melyek a legtöbb intézkedésnél leginkább mérvadók, t. i. a gyakorló fürdő-orvosok; oda csak közömbös tagok formászerű tanácskozássra hivatnak meg; nem csoda tehát, hogy e gyógybizottság határozatai folytán, eddig még egy életre való intézkedés sem tétetett“.

Mint minden rendezett fürdőhelyen, úgy Balaton-Füreden is működjék egy fürdőbizottság, mely a fürdőhely érdekeit hatáskörében előmozdítja, javaslatokat készítsen és a gyógy- és zenedij fejében bevett összegek hováfordítását határozza meg, gondoskodjék a fürdőhely ismertetéséről, a fürdővendégek szórakoztatásáról és a fürdőnévsor helyes és czélszerű kinyomatásáról és szétküldéséről.

Fürdőbizottsági gyűlés legalább három tartassék, a fürdő-idény elején, közepén és végén; vegyen abban részt, azaz legyenek hivatalosak a fürdőigazgató elnökléte alatt a fürdőhely gyakorló orvosai, a fürdőbiztos; legyenek abban képviselve a fürdőhelyi házbirtokosok vagy megbízottjaik, kereskedők, vendéglősök és általában mindazok, kik érdekelték és képesek a fürdőhely viszonyainak javításában közreműködni. Ezen bizottság küldjön ki egy helybeliek és jelenlevő vendégekből alakított vigalmi-bizottságot, hogy a rendezendő kirándulások



és multságok is rendszeresítve legyenek, és hogy hivatatlank ne szerepelhessenek“.

\*\*\*

A *gyógy- és zenedij*, mely a különféle fürdőhelyen különféle képen van stipulálva, Balaton-Füreden három időszakban fizetendő: 3—5 napig személyenként 2 frt, 14 napig 6 frt, illetőleg 3 frt, és 14 napon túl 12 frt, illetőleg 6 frt. Nem akarom ez alkalommal fürkészní, hogy ezen a törvény által kizárólag a fürdőhely közös költségei fedezésére kiszabott adó, más fürdőhelyek gyógy- és zenedijával szemben magas-e vagy nem? hanem csak azt akarom constátálni, hogy az időszakonkénti fizetési mód határozottan igen gyakran a fürdőhely ártalmára van. Vannak t. i. esetek, a midőn a vendég az 5 és 14 napon túl még egynehány napig időzne Balaton-Füreden, ha a következő egész időszakra járó gyógy- és zenedij nem követeltetnék tőle. Ezen a fürdőhelyre nézve tényleges veszteségnek elejét lehetne venni, ha a gyógy- és zenedij, jelenlegi fizetési rendszer fentartása mellett, az időszakokon felül eltöltött egyes napok után 40, illetőleg 20 kr. számíthatnák naponként; például ha valaki egy családtaggal 17 napig időzött Balaton-Füreden, úgy fizet mint eddig 14 napra 6, illetőleg 3 frtot, és a három feles napra a 40, illetőleg 20 kr., 1.20, illetőleg 60 krt, tehát összesen 7 frt 20 krt, illetőleg 3 frt 60 krt személyenként. Ezen változás által elérhető lesz, hogy a legtöbbnyire 21 fürdő használatára végett Balaton-Füredre jött vendég nem fog a 14. napon a kétszeres gyógydíj miatt megfutamodni.

E helyütt Méltóságodhoz, azon alázatos kéréssel fordulok: kegyeskedjék a *gyakorló orvosok* és a fürdőhely közti, *kedvezményeket* illető viszonyt böles belátása szerint meghatározni és a tisztelt igazgatóságot ez értelemben *rendeletileg* utasítani, hogy a gyakorló orvosoknak ne kelljen mindannyiszor, esetről esetre, kedvezményért folyamodni. Minden gyakorló orvosnak, mint más fürdőhelyekről, úgy Balaton-Füredről is előzetes tudomása legyen, hogy mily kedvezményekre számíthat. Nemesak a fürdőhely prosperálását mozditja elő a gyakorló orvos, hanem már az ő vagy családjának jelenléte a közönség előtt elég testimonium arra nézve, hogy a fürdőhely gyógyhatányai iránt bizalommal viseltetik.

Ide csatolom még azt, a mi már más helyről is megpendítve volt, t. i.: Minthogy a gyógydíjból olyan kiadások is fedeztetnek, melyeket tulajdonképen a községi pótdából kellene fedezni és minthogy a balatonfüredi község, a nagy pótdó daczára, melylyel a fürdőhely birtokosai terhelve vannak, e tekintetben a fürdőhelynek semmit sem nyújt: oda kellene törekedni, hogy a fürdőhely („Savanyúvíz“) a *balatonfüredi községtől elválasszassék* és külön községet képezzen, a midőn a község igazgatására szükséges kiadások levonása után, a fenmaradt pótdó a gyógydíjalap javára leend. Ha azonban a különválasztás keresztül vihető nem volna, úgy vélem, hogy igen méltányos, ha a balatonfüredi község köteleztesse a fürdőtelep tisztántartása, világitása stb. stb. fejében, a pótdóból a gyógydíjalaphoz bizonyos összeggel járulni.

\*\*\*

Mi a *villanyos világitást* illeti, melylyel némely keletkező üdülőhely kérkedni szeret, egy fürdőhely berendezésénél nem okvetetlenül szükséges, már azért sem, mivel ez az éjjeli életet növelni alkalmas, míg fürdőhelyen a vendégek nyugalomát mindenekelőtt óvni és biztosítani kell. Ezzel nincs mondva, hogy a villanyos világitás Balaton-Füredre nézve nem volna haladás, de a nyári rövid estekre nem lehet az *conditio sine qua non*, mely egy fürdőhely haladásának mértékéül szerepelhet. A városiak, kik otthonukban elegantiában és pompában bővelkednek, nem azért rándulnak a fürdőhelyre, hanem azért, hogy ott a szabad jó levegő és hathatós gyógyeszközök élvezésével és használatával gyógyuljanak és üdüljenek. Egy fürdőhely berendezésénél tehát nem az elegantiára és pompára, hanem a *kényelem, tisztaság* és *célszerűségre* fektetendő a főszűly.

\*\*\*

Midőn záradéku azon reménynek adok kifejezést, hogy méltóságod felsorolt szerény adataimat méltatni kegyes lesz,

és hogy Balaton-Füred méltóságod kegyes és böles védnöksége alatt mindig tündökölni és látogatottságnak örvendeni fog, — vagyok hódoló tisztelettel, Méltóságodnak alázatos szolgálja.

Kelt Budapesten, 1894. december havában.

## Az országos közegészségi tanács véleményezéseiből.

### Állati himlőnyirkot termelő országos intézet felállítása tárgyában.<sup>1</sup>

Nagyméltóságú magy. kir. Belügyminister úr! Nagyméltóságodnak f. 1894. év január hó 22-dikéről keltezett 5370/VI. a) szám alatti kegyes leiratára, melyben az orsz. közegészségi tanácsot véleményadásra méltóztatik felhívni, hogy „a *védhímlőoltásoknak csak állati himlőnyirkkal való teljesítése czéljából állami nyirktermelő intézet létesítsessék-e s ha igen, mily szervezetben s felszereléssel véli ellátandónak*“, az orsz. közegészségi tanács véleményét hivatalos tisztelettel a következőkben bátor Nagyméltóságod elé terjeszteni.

Hazánkban a védhímlőoltás ügye az 1876. évi XIV. törvény-cikk XIII. fejezete s az 1887. évi XXII. törvény-cikk által lett kellőkép rendezve. Az első helyen idézett törvény-cikk tudvalevőleg az első oltás kényszerét, a második helyen említett törvény-cikk pedig a facultativ újraoltási kényszert állapítja meg. Az 1876. évi XIV. törvény-cikk XIII. fejezetének 99. paragrafusában „a belügyminister intézkedik, hogy a *védhímlőnyirk fentartása s annak a közintézetek és hatósági orvosok között himlőmagszakadás vagy elfajzás esetében díjtalanul leendő kiosztása megtörténjék*“. A nagymélt. belügyministeriumnak ezen intézkedése kellőkép körülírta a magy. kir. orsz. központi védhímlőoltó-intézet működését. A központi védhímlőoltó-intézet, mely 1875 óta a pesti szegénygyermekkorházzal (ma „Stefánia“-gyermekkorház) kapcsolatos, a belügyministerium ezen fenti intézkedésének megfelelőleg járt el köteleességszerűleg, azon különbséggel, hogy míg körülbelül 1881-ig hivatalos közegeknek törzsoltásokra kizárólag az intézetben termelt humanizált védhímlőnyirkot küldte szét, addig 1881-től 1888-ig évről évre mindinkább több és több állati himlőnyirkot szállított a hivatalos orvosoknak, 1888-tól kezdve pedig *az összes nyirk-szükségletet* kizárólag állati himlőnyirkkal fedezte. 1888 óta tehát a törzsoltások az egész országban állati himlőnyirkkal (borjúnyirkkal) eszközöltetnek. S az állati nyirk használatának erős fellendülése idézte elő azt, hogy csakhamar hazánkban is keletkeztek magánosok által létesítve állati nyirktermelő-intézetek, s míg 1886-ig az orsz. központi védhímlőoltó-intézet egész állati nyirk szükségletét külföldi nyirktermelő intézetekből volt kénytelen beszerezni, addig 1886 óta évről évre erősebben veszi igénybe hazai nyirktermelő intézeteit, s maholnap külföldi intézetekre nem szorul.

Míg 1886-ban az országban még csak egy állati nyirktermelő intézet működött (a ma is sikerrel dolgozó *Pécsi-féle* türkevei intézet), addig ma hazánkban az állati nyirktermelő intézetek egész sorát látjuk derekasan munkálkodni.

Ezek:	<i>Bácskai Béla</i>	intézete	Aradon,
	<i>Böhm Mihály</i>	„	Temesvárt,
	<i>Czikéliusz Dániel</i>	„	N.-Szebenben,
	<i>Füzessi József</i>	„	Hevesben,
	<i>Incze Béla</i>	„	Oláh-Lajosbányán,
	<i>Pápai Vilmos-féle</i>	intézet	Budapesten,
	<i>Pápai Henrik</i>	intézete	Újpesten,
	<i>Pécsi Dani</i>	„	Türkevén,
	<i>Pillitz Ignác</i>	„	Velenczén,
	<i>Popovits György</i>	„	N.-Váradon,
	<i>Vuja Gy.</i>	„	Herkulesfürdön.

Mindezen intézetek ma már a magánygyakorlatban is majdnem teljesen kiszorították a külföldi anyagot, s az általok termelt jó minőségű nyirk kétségtelenül sok tekintetben hozzájárul ahhoz, hogy a karról karra való oltás a jobbmódú közönségnél úgy szólván tökéletesen elejtetett, s állati himlőnyirk beoltásával helyettesített. Megjegyzendőnek véljük, hogy hazánk egyes

<sup>1</sup> Előadók Kéti Károly és Bókai János tanárok.



megyéiben, így ha jól tudjuk Heves, Temes és Arad megyékben, a karról karra való vaccinatio általánosan el lett hagyva s az összes oltásoknál kizárólag animal vaccina vétetik használatba. Az oltás ügye Magyarországon ezek szerint önkényesen oda fejlődött, hogy a humanizált nyirk mindinkább gyéribben nyer alkalmazást, míg az animalis vaccina évről évre nagyobb mérvben vétetik igénybe, s pedig úgy a magánosok, mint a hatóságok által. S az animalis vaccina minél kiterjedtebb alkalmazása kétség-telenül a himlőoltás tökéletesedését jelenti honunkban, s az állati oltóanyag általános alkalmazása nagyon meggyengítette a vaccinatio-elleneseknek azon, különben jogosultsággal bíró érvelését, hogy az oltással egészséges gyermekekbe esetleg betegségek, így görvény-, gümö-, vagy bujakór is beoltathatók. Gümökór átoltásának lehetősége azonban animal vaccina használatával mellett tökéletesen ki van zárva, feltéve, hogy az oltónyirk termelésére szolgált állat (borjú) az anyag használatára előtt leöletik s állatorvos által pontosan átvizsgáltatik, s ha az állatot betegnek találják, az anyagot forgalomba nem viszik; a syphilis beoltásának lehetősége állati oltónyirk használatával pedig tudvalevőleg absolute lehetetlen, még a retrovaccina használatával is; orbáncz átoltásának lehetősége állati anyag használatánál az által válik lehetetlenné, hogy az anyag gyűjtése egy oly időszakban történik, midőn a hólyag bennéke még teljesen tiszta, s azon hólyagok, melyek erősen lobos alappal bírnak, anyaggyűjtésre egyáltalában nem használtatnak fel. Hogy tehát az animal vaccina használatával a humanizált nyirk fent említett árnyoldalai tökéletesen mellőzve legyenek, meg kell hogy kívánjuk, miszerint állati nyirk termelésénél a legegészségesebb faj borjú vétessék alkalmazásba, s az állat az anyag forgalomba bocsátása előtt leölessék s szerrei állatorvos által pontosan átvizsgáltassanak, mely eljárás által nemcsak a gümökór, hanem a septikaemia s fajlagos állapotbetegségek átoltásának lehetősége is eszik. Ezen utóbbi pontot az animal vaccina-termelés „*conditio sine qua non*”-jának tartjuk s állati nyirktermelőinktől ezt nemcsak a jövőben, hanem a jelenben is megkivánjuk. Hogy nyirktermelőink e tekintetben manapság mint járnak el, nem tudjuk, de sejtjük, hogy a fenti követelménynek egyesek nem felelnek meg, mert programjuk benyújtása alkalmával arra a nagymélt. belügyministerium által nem köteleztettek.

Az állati oltónyirk mindezek szerint *határozottan előnyösebb* a humanizált nyirknál, s így használatával theoretikus szempontból igen is ajánlatos, ha azonban arról van szó, hogy Magyarországon a karról karra való oltás, tehát a humanizált vaccina használatával teljesen elejtessék, kötelességünk megemlékezni arról is, hogy az animalis vaccina általánosan kötelező használatával ellen practikus szempontból kifogás egyáltalában nem tehető e?

Az animalis anyag kötelezővé tétele esetén minden esetre első sorban kell azon körülménnyel számolnunk, hogy az oltóanyag ezen megváltoztatása az állampénztárt *jelentékenyen* meg fogná terhelni. Az országban 1892-ben, a m. kir. belügyministerium jelentése szerint, összesen 800,000 oltás végeztetett, ha már most ezen oltásoknál csak a törzsoltások eszközöletnek animalis vaccínával, a többi oltás ellenben karról karra végeztetik, az állam állati oltónyirk beszerzésére csak alig számbavehető összeget ad ki, mert a törzsoltásokra szükségelt állati nyirkot a hatóságok a törvény értelmében díjmegtérítés nélkül nyerik a m. kir. orsz. központi oltó-intézetből (az oltó-intézet évi általánya 1450 frt), ha ellenben az állati oltónyirk használatával általánosan kötelezővé tétetik, 800,000—1,000,000 oltónéz számára kell állati vaccínát teremteni, s ez, ha csak 5 fillérjével számítunk egy-egy adag állati oltónyirkot, évente 40—50,000 korona kiadási többletet okozna a belügyministeri költségvetésben.

A humanizált nyirk az állati himlőnyirk felett határozottan előnyben van a tekintetben, hogy fogamzási százaléka sokkal nagyobb, mint az állati himlőnyirké. Míg humanizált nyirk mellett ugyanis a fogamzás körülbelül 100%, addig a legjobb minőségű állati anyag is csak 96—98% fogamzási eredményt mutat fel, de ennél jóval kisebb eredményt is adhat. Hátránya továbbá az állati anyagnak, hogy hosszabb időre, legalább glycerinnel kezelve sűrű folyékony állapotban nem conserválható, s hogy mint sűrű folyékony glycerines anyag szűrással sikerrel alig beoltható, hanem karczólassal (*scarificatio*) oltandó, mely módszer a gyakorló ügy-

felek nagy részének határozottan több nehézséget okoz, mint a szűrési művelet.

S ha mindezen hátrányok dacára az állati nyirkot a gyakorlati életben mégis a humanizált nyirk fölé helyezzük, s a karról karra való oltást honunkban legalább hivatalos oltásainknál teljesen kiküszöbölendőnek véljük, tesszük ezt azért, mert felette fontosnak tartjuk azt, hogy a törvényileg kötelező oltás következtében a fent említett betegségek esetleges átoltása által *senki-nek egészsége kárt ne szenvedhessen*. Ennek megfelelőleg az országos közegészségi tanács azon nézetben van, hogy ép úgy mint a német szövetségtanács 1885-ben határozattá emelte az animalis vaccina kötelező használatát Németországban, az *animalis vaccina kötelező használatát a karról karra való oltás teljes beszüntetésével hivatalos oltásainknál nálunk is életbe léptetessék*.

Ha már most az állati himlőnyirk használatával Magyarországon általánosan kötelezővé tétetik, gondoskodni kell a kormányának arról, hogy állati nyirk megfelelő mennyiségben rendelkezésére állhasson a hatóságoknak. Németország e tekintetben akként intézkedett, hogy a szövetségtanács fenti határozatát *fokozatonként* léptette érvénybe, miközben gondoskodott arról, hogy lassanként a birodalom legkülönbözőbb vidékei állati nyirktermelő-intézetekkel elláttassanak. Így létesültek állami nyirktermelő intézetek Berlinben, Halleban, Münchenben, Dresdában, Lipsesében, Frankenbergben, Bautzenben, Stuttgartban, Cannstattban, Karlsruheban, Darmstadtban, Schwerinben, Weimarban, Bernburgban, Lübeckben, Bremában, Hamburgban, Strassburgban és Metzben, 1890-ig szám szerint 19 helyen.

Honunkban a fenti kérdést kétféleképen oldhatjuk meg: *vagy állami intézetet létesítünk, s ezen esetben a hatóságok által szükségelt nyirkmennyiség termelése egyedül ezen állami intézetet illetné, vagy pedig magán nyirktermelő-intézeteket ruház fel hivatalos jelleggel az állam, s ekkor a hatóságok által szükségelt anyagmennyiség termelése ezen intézetek között osztatnék meg.*

Állami intézet felállítása esetén felmerül azonban azon kérdés, hogy beérjük-e egy állami intézettel akkor, midőn ily intézet nyirktermelő képességét illetőleg oly valóban nagy igényt támasztunk?

Nézetünk e tekintetben az, hogy egy állami intézet kellő felszereléssel a beálló szükségletet rendes körülmények között tökéletesen fedezheti, figyelembe kell azonban vennünk, hogy a legszakoszerűbb vezetés mellett is megtörténhetik, hogy az intézet anyaga *elfajzik*, s állatok továbboltására használhatatlanná válik, miáltal az intézet nyirktermelő képessége bizonytalan időre megakad, s ezzel együtt elakad az ország egész oltási gépezete. S ezen fennakadás annyival súlyosabb következményű lehet az egész országra, mert ily nagyszabású állami nyirktermelő intézet felállítása okvetlen maga után fogná vonni a magánintézetek hanyatlását, sőt azt hisszük, hogy ezen hanyatlás eléggé rohamosan fogna bekövetkezni, s a magánintézetek lassanként sorra beszüntetnék működésüket, minek folytán az ország összes hivatalos és nem hivatalos nyirkszükséglete majdnem egyedül az állami intézetet terhelné.

Az államnak azonban zavarba semmi körülmények között nem szabad jutnia, s így legalább is két állami intézet létesítését tartjuk szükségesnek, hogy bárminemű fennakadás esetén az egyik intézet a másikat kiséghesse. Számításunk szerint két ily intézet fentartása az államnak, alapul véve a németországi, hollandi és Belga intézetek kimutatásait, körülbelül annyiba kerülne, mint a mennyit állami intézetek felállítása nélkül a szükségelendő állati nyirkra az állam kiadna, azaz egy-egy intézet fentartása évente 10—12,000 forintot igényelne. Hogy az intézetek felállítása s a tudomány mai állásának megfelelő berendezése mennyibe kerülne, arra előzetes tanulmány nélkül még hozzávetőleg sem tudunk felvilágosítást nyújtani.

A feltett kérdés más módon való megoldása, mint láttuk, eszközölhető akként, hogy az állati nyirknak megfelelő mennyiségben való termelésével s szállításával már létező magánintézetek bizatnának meg, mely intézkedés kétség-telenül oda hatna, hogy magánjellegű nyirktermelő-intézetünk fejlődése nem zavartatná meg, sőt talán számuk még szaporodnék is. Állami segítyt a megbizandó intézeteknek nem is kellene nyújtani, csak ki kellene mondani azt, hogy X, Y és Z intézettulajdonosok egy bizonyos



számú oltási kerület hivatalos nyirksszükségletét kötelességszerűleg fogják ellátni; egy-egy intézet talán 100—250,000 adag állati nyirk erejéig. Ily módon az ország összes szükségletét 4—5, esetleg több magánintézet kellőképp elláthatná, s az állampénztár más kiadással nem terheltetné, mint az állati nyirkért járó jutalékkal, a mi egy millió oltást véve számításba, s egy adag állati oltóanyagot 5 fillérbe számítva, évente 50,000 koronát tenne ki. Magától értetődik, hogy ezen hivatalos jelleggel felruházott magán nyirktermelő-intézeteknek a mainál sokkal szigorúbb állami control alatt kellene állni (talán egy közegézségi felügyelőnek tétetnék kötelességévé ezen oltó intézetnek permanens felügyelete) s hogy anyaguk minősége a centrumban kellőképp ellenőrizhető legyen, az oltásokra s újraoltásokra vonatkozó hivatalos adatoknak a mainál sokabb nagyobb pontossággal kellene gyűjtetnie.

S meg vagyunk győződve, hogy ily eljárással a magán nyirktermelő ambícióját fogja abba helyezni, hogy minél jobb, minél hatékonyabb anyagot termeljen, mert az esetben, ha anyagával megfelelő eredményt nem érnek el, existenciáját teheti kockára.

Részünkről a kérdés ezen utóbbi módon való megoldását tehát előnyösebbnek véljük, a kérdésnek ily módon való megoldása minden esetre méltányos az örvendetes fejlődésnek indult magán nyirktermelő-intézetekkel szemben.

Megjegyezzük végül, hogy akár állami intézetek állíttatnak fel, akár magánintézetek ruháztatnak fel hivatalos jelleggel, a magy. kir. orsz. központi védhímlőoltó-intézet további fennállása jelen szervezésében szükségtelenné válik.

## KÖZEGÉSZSÉGÜGY.

A fürdővíz szennyezésének fokát fürdés után bacteriologiai tekintetből vizsgálta Edel. Kísérletei azt mutatják, hogy a bacteriumok száma fürdés után még nagy bassinok vizében is erősen növekszik. Ezt azonban csak kis részben okozza a bőrtől leázott piszok; sokkal több mikro-organismus kerül a fürdővízbe a környezetben felvert és behulló porral, a fürdőruhával és a lábon tapadt porral; továbbá mozgás és úszásnál a bassin fenekére és oldalaira leülledett mikro-organismuskok is felkavartatnak, s így hozzájárulnak a víz szennyesítéséhez. Utóbbi szempontból a fürdés után jól kitisztított kádak víze tisztább, mint a nagy bassinoké. Különösen sok bacterium húzódik meg, sőt bőven szaporodik is a szivacsokban, a hol a tenyésztésre elegendő nedvesség és szerves anyag is van. Ezért igen ajánlatos, fürdés után a szivacsokat jól kimosni és gyorsan, jól kiszáritani, mert a szárazban legalább is a szaporodás meg van gátolva. (Arch. f. Hyg. XXIV. Nr. 3.)

R.

175 éves borokat vizsgált meg Ronner. A leégett ufferheimi protestans templomot a múlt évben ugyanis újjáépítették, midőn is az 1726-ik évben letett alapkőben több más tárgy mellett két üveg 1719-ből származó bort is találtak. Az egyikben már csak félig volt a sárgás, sűrű folyadék, a másik ellenben majdnem telve volt még vörös borral. A vizsgálat a másodikonál a következő adatokat szolgáltatta: fajsúly: 1.0080; szín: barnavörös; alkohol: nyomokban; kivonat 1.93; hamu 0.1952; összes sav: 0.54; polarisatio  $\pm 0$ ; glicerin: 0.837. Az alkatrészekből következtetve, a bor igen jó lehetett, de feltűnő, hogy az alkohol eltűnt belőle. Ennek okát abban kell keresni, hogy az üvegek nem parafadugóval, hanem csupán viaszpecséttel voltak elzárva; ez pedig megrepesztette s így az alkohol elpárolgott. Itt majdnem ugyanazon tünetnynyel állunk szemben, mint a hordókban tartott igen régi boroknál, melyekben a fa apró likacsain történő folytonos, bár igen lassú párolgás következtében szintén csökken az alkohol-tartalom. (Zschr. f. N. u. H. VIII. 17.)

R.

A trichinosis tanához érdekes adatokkal járul Askanary, a ki vizsgálatai alapján tagadja azon eddig elfogadott állítást, hogy az anyatrichina a bélben szabadon szül s embriói active fúrják át a bélfalat s így active jutnak az izmokba. A. először azon leletek elégtelenségét mutatja ki, melyekből a fennebbi következtetések levonattak. Így: a bél lumenében embriókat kimutatni

nem lehet, hacsak az anya testét a praeparatum készítése közben fel nem pukkasztjuk. Éppen így nem találunk a lumenben, illetve a bélnyákban sem szabad embriókat, ha a belet előbb bennékelve egyútt megkeményítjük és felmetszük. Már pedig, ha csakugyan a bélben szabadon szülne az anya, mily sok fióknak kellene a bélsárban lenni, hisz tudjuk, hogy minden anyatrichinában  $1\frac{1}{2}$  ezer fiók van! Askanary kísérletei alapján a fertőzést így állítja végbemenni: maga az anyatrichina fúrja magát bele a bélfal nyákhártyájába, illetve a tágult chylusedényekbe. Ide rakja bele az anya fiókjait, a nyirkáram azután igen gyorsan tovább szállítja őket, úgy hogy rövid idő alatt végleges tartózkodási helyükre, az izmokba kerülnek. (C. f. B. u. P. XV. Nr. 7.)

R.

A rothadási gázok emelik a praedispositiót a typhus iránt, miként azt Alessi állatokon kimutatta, melyeket olyan szekrényben tartott, a mely alatt az állatok rothadó ürüléke állandóan megmaradt s az ebből fejlődő gázokat azok kénytelenek voltak belehelni. Az állatok bizonyos idő múlva bágyadtak lettek és soványodtak daczára annak, hogy étvágyukat megtartották. Ha most oly mennyiségű typhus-bacillussal lettek beoltva, melytől a jó helyen tartott állatok csak legfőlegb mulékonyan lettek rosszul, ezek eldöglöttek. Alessi azután elkülönítve tette ki az állatokat a rothadásnál előjövő gázok mindenikének, így: skatol, ammoniák, kénhydrogen, szénoxyd és kénammonium-gáznak, de ezek se magukban, se keverékeik a praedispositiót nem emelték. Alessi ebből azt következteti, hogy a rothadási gázok káros és főleg a typhusra praedisponáló hatását a gázkeverék általunk eddigelé még ismeretlen alkatrészei okozzák. (C. f. B. u. P. XV. Nr. 7.)

R.

Hogyan és mikor hurezták a syphilit Európába? Hogy a lues venerea mint járvány legelőször Nápolyban és környékén jelentkezett 1495-ben, azt mindenki tudja, arra nézve azonban, hogy a betegség már előbb is előfordult-e Európában vagy az ó-világ más részében, avagy hogy Amerikából hurezták-e be, még eltérők a vélemények. Binz beható kutatásai alapján az utóbbi nézet felé hajlik. Igaz ugyan, hogy a bibliában és a Papyrus Ebersben van már említés téve némileg a syphilitre emlékeztető betegségről, de annak leírása olyan homályos, hogy biztos következtetést belőle levonni nem lehet. Kr. előtti századból származó Ramacastra nevű indiai könyvben le vannak írva a mértéktelen nemi élvezet következményei, azonban a syphilithez hasonló betegségről említés téve nincsen. Görög és római orvosi munkákban, sőt Martial, Propertius és Juvenal satiráiban sines fel- említve e betegség, holott a gonorrhoeát és lágy fekélyt a három költő már pontosan leírja. Az araboktól maradt munkákban sines nyoma annak, hogy a syphilit ismerték volna. János speyeri érsek és Venczel cseh király betegsége, mely mindkettőnél mértéktelen nemi élvezet folytán támadt és vezetett halálra, a leírás szerint a legnagyobb valószínűséggel phagadenikus sanker volt és nem syphilit. Sokkal inkább szólnak a syphilitnek Amerikából behurezolása mellett a XV. és XVI. század orvos-írói. Így Rodrigo Diaz, a ki Columbus hazatértekor Barcelonában orvos volt, pontosan leírja, miként terjedt el Columbus embereiről a syphilit e városban. Gonzalo Hernandez 1513-ban Haitiben már syphilit-járványt tanulmányozott s állítja, hogy a bensülöttek már rég ismerték e betegséget, s hogy azt a felfedező hozták Európába. Ugyanezt állítja Las Casas missionarius is irataiban. Hogy azonban a syphilit Európában járványnyá fajult, azt az összes szerzők a spanyolok és VIII. Károly francia király között Dél-Olaszországban vívott harcokból hazatérő katonáknak tudják be, a kik között Nápolyban még a háború alatt erősen pusztított ezen betegség. (D. m. W. 1893. Nr. 44.)

R.

A váltólázat okozó plasmodiumra, miként ismeretes, különösen két vegyületnek, t. i. a chininnak és a methylen-kének van hatása. Mindkettőt használják gyógyításra is. Igen érdekesek azon kísérletek, melyeket Rosin végzett e két szer hatásának tanulmányozása céljából. A malariás beteg véréből 1 cseppet 1:5000 arányban chinin-oldattal kevert; mikroskop alatt megfigyelve azt tapasztalta, hogy a plasmodiumok még 10 óra múlva is mozogtak, daczára annak, hogy a vörös vérsejtek már nagyfokú alakváltozásokat mutattak. Methylen-kéket 1:20,000 oldatban alkalmazva, találta, hogy ez a mikroskop alatt már tel-



jesen szintelen folyadék, melyben a plasmodiumok protoplasmamozgása azonnal megszűnik. Ezenkívül feltűnt, hogy fél óra múlva a plasmodiumok intenzív kék színt kaptak, míg a vörös vérszövetek változatlanok maradtak. Rosin ezen tapasztalatai alapján a plasmodiumok festésére az utóbbi módot ajánlja. (D. M. W. 1893. Nr. 44.)

R.

**Lőtt sebeket** a sebészek egy része azonnal elzár (bevarr), más része pedig ez ellen tiltakozik, állítván, hogy a löveg által a sebbe sodort ruhafoszványokon sebfertőzést okozó strepto- és staphylococcusok lehetnek. *Pfuhl* a kérdés tisztázása végett különféle állatok bőre alá, pleura és hasüregébe különféle egyének által sokáig hordott ruhák foszványait varrta be s megfigyelte, okoznak-e az ily módon sebbe zárt anyagok sebfertőzést vagy nem. 51 szövetfoslány egyikénél sem kapott igenlő eredményt. Ebből kifolyólag *Pfuhl* azon véleményben van, hogy közönségesen a viselt ruhán nincsenek virulens sebfertőző mikro-organizmusok, vagy ha egyáltalán vannak, akkor is annyira csökkent már tenyésző képességük, hogy fertőzést okozni nem képesek. E szerint a lőtt sebek fertőzésének lehetőségét bevitt ruhafoszványokkal idáig túlbecsülték a sebészek. (Zschft. f. H. u. Infkr. XIII. Nr. 3.) R.

**A christianiai tej tisztaságát és bacterium-tartalmát** vizsgálta Schmelek, a városi laboratórium igazgatója. 1893. augusztus és november havában 50 különféle tejzútlóból vett e célra próbákat és azt találta, hogy a piszok mennyisége augusztusban 3—36, novemberben pedig 3—30 milligramm között ingadozott 1 literben. A bacteriumok száma augusztusban 300,000—45,000,000, novemberben pedig 160,000—6,400,000 volt. A piszok főleg tehéntrágyából állott. Az augusztusi próbák 3—4 órai állás után, a novemberiek ellenben csak 24 óra múlva mutattak savi vegyhatást. (R. i. d. f. 1894.) R.

**A Budapesti felállítandó állami lelenczház ügyében** szaktanácskozást hívott össze *Hieronymy Károly* belügyminister a múlt év december 20-dikán, melynek tárgyát a belügyminister által elkészített emlékirat és részletes szervezeti szabályok megvitatása képezte. A tanácskozás eredménye következő főbb pontokban foglalható össze.

Az intézet fel fogja venni a tudomány-egyetem szülőintézeteiben és a kórházak szülőosztályain született, ezenfelül egyáltalán a magyarországi illetőségű törvénytelen gyermekeket; továbbá a lelenczeket (talált gyermekeket), vagyontalan árvákat; betegség, fogság vagy egyéb körülmény miatt szülőiktől megfosztott gyermekeket s azokat 12 éves koruk betöltéséig gondoztatja. A 12 éves korukat betöltött gyermekeket ipar- és földművelési telepeken, vagy magánosoknál igyekszik elhelyezni s az el nem helyezhetőket az illetékes község hatóságának adja át. A gondozás egész ideje alatt az intézetre hárul a gyámsági kötelezettség.

A felvétellel megkivántatik a gyermek nationaléjának ismerete és annak igazolása, hogy a közköltségen való gondoztatást igényli. A talált (lelencz) gyermekek nationaléjának kikutatása iránt a szükséges lépések megtételére a rendőri hatóság segélye vétetik igénybe. Kivételesen felvehetőek oly gyermekek is, kikért bárki előre lefizeti a gondozás egész tartamára szóló ápolási díjakat.

A gyermekek felvételét az intézet igazgatósága eszközli.

Az egészséges, jól fejlett gyermekeket az igazgatóság lehető gyorsan helyezi el az általa megfelelőknek talált magánháznál és pedig első sorban oly falvakban, melyekben az üzletszerű angyalcsinálás nem otthonos; s az így elhelyezett gyermekek gondoztatását nemcsak az egészségügyi törvény által kijelölt hatósági közegek, hanem saját közegei, valamint e célra alakult egyesületek vagy vállalkozó magánosok által szigorúan ellenőrzött s a gondozó felek mulasztásait a gyermek visszavételével, az ápolási díjak megvonásával és szükség esetén törvényes repressaliák alkalmazásával bíróság közbejöttével bünteti. A gondozás felkiismeretességének biztosítása céljából tisztességes havi díjakat fizetni az intézet; sőt a kiválóan törekvőket külön remunerationban fogja részesíteni.

A beteg és gyengén fejlett gyermekek felgyógyulásuk, meg erősödésük, illetőleg halálukig az intézetben tartatnak vissza.

Az intézet tehát egyrészt rövid időtartamú átmeneti állomást fog képezni az egészséges gyermekek számára és kórházul, illetőleg ápoló intézetül szolgál a beteg és gyenge fejlettségű gyermekeknek.

Csecsemő-gyermekek úgy az intézetben, mint magánháznál emlőn táplálандók. Az intézetben tartózkodó csecsemők dajkákkal akként láttatnak el, hogy a díjmentesen felvett csecsemő anyja köteleztesse arra, hogy az intézetben díjazás nélkül, de az ellátás biztosítása mellett, 3—4 hónapig dajkaszolgálatot teljesít s ez idő alatt egy-egy kijelölt gyermeket szoptat.

Az anyának vagy a gyermek hozzátartozóinak bármikor meg van az a joga, hogy a gyermeket az intézettől visszavegyék, ha igazoltatik, hogy a visszavétel esetén a gyermek jövője biztosítva van. Az anyának megadatik továbbá azon jog is, hogy maga jelöljön ki gyermeke számára elfogadható gondozót és az ellenőrzésben is részt vehet.

Az intézet igazgatósága és az összes alkalmazottak szigorú titoktartásra vannak kötelezve az intézet kötelekébe tartozó gyermekek viszonyait illetőleg s bárminemű felvilágosítás csak az anyának és hatóságoknak adható.

Az intézet a belügyminister kormányzata alatt áll. A közvetlen vezetést részint az igazgató-főorvos, részint egy 40 tagú igazgató-tanács feladatát képezi.

A felvett gyermekek gondoztatási költségeinek fedezése tekintetében az értekezlet azon óhajlásának adott kifejezést, hogy ezek ép úgy essenek az állam terhére, mint a bujakóros és trachomás betegek ápolási költségei s hogy e célra a belügyminister költségvetésébe a szükséges összegek évenként vétessenek fel, mi annyival inkább lehetséges, mert „lelenczek ápolatása“ címén eddig is mindig volt bizonyos összeg felvéve.

Kivánatos, hogy a jól előkészített intézmény, melynek megvalósítása érdekében a fő- és székváros ingyenes telket és saját ily célú alapjait hajlandó felajánlani, minél előbb létesüljön.

Eröss.

**Higany-gőzöket** talált Mörner egy gyermekmenhely szobáinak levegőjében, melyek 4—6 hóval előbb sublimattal lettek fertőtleníve. E mérget kimutatta a gyermekek vizeletében is, a kik egészségére a higany káros hatást gyakorolt volt. Vizsgálódásából kitűnt, hogy a higany a padló és a szekrényekből származik, míg az olajos festékekkel bevont falon annak nyoma sem volt. Fémhiganyt talált továbbá két lakás tapetáiban is. Ezek közül az elsőnek fala 2½ év előtt lett 1:3000 sublimattal befeccskendezve, a másodiknál a higany már a tapeta festékében volt benne. Sublimat, mint ilyen, a lakásokban az ott uralkodó hőmérsék miatt nem párologhat el a levegőbe, a mit bizonyít az is, hogy mérgezést a lakásnak sublimattal való fertőtlenítése után eddigelé nem tapasztaltak. Fémhigany már elgőzölög, de bár ilyenek képződése a sublimatnak szétbomlása által pl. napfény vagy szódavidő behatására, kizárva ninesen ugyan, de a fertőtlenítéssel kapcsolatban eddigelé bebizonyítva sincsen. (Hyg. Rsch. 1895. Nr. 1.) R.

**Levegővizsgálatokat** végzett Wiener egy olyan kaszárnyában, melyben müleges szellőző szerkezetek nem voltak, hanem a hol a levegő megújítására csupán csak az ablakok és ajtók szolgáltak. A vizsgálatok a teljes arányosság elérése végett csupán az éjjeli órákban, esti 9-től reggeli 7-ig lettek végrehajtva, és pedig részint teljesen zárt ablakok mellett, részint úgy, hogy a felső belsők és alsó külsők voltak nyitva, részint végre teljesen nyitott ablakok mellett is. Az eredmény a következő: A szellőzés nemcsak a csukott és félig nyitott ablakok mellett volt elenyésző csekély, hanem a teljesen nyitottak mellett is csak olyan kiscokú, hogy ha künn szélesend volt, órák kellett arra, hogy a szobákban a szénsav 10/100 alá szálljon, a levegő nedvessége csukott ablakok mellett igen gyorsan emelkedett, s többször már 3 óra alatt 70/100-ot ért el, általában azonban az észak felé fekvő szobákban 19/100-kal volt kevesebb, mint a nyugat vagy kelet felé nézőkben; az északi szobákban a hőmérsék is 2—4° C.-al volt alacsonyabb a többiekénél. Daczára annak, hogy künn — 5, sőt — 7·8° C. is volt néha a hideg, a szobákban még sem szállott + 9·7° C. alá a hőmérsék még teljesen nyitott ablakok mellett sem, a mi az ott alvók által termelt sok hőkaloriára vezetendő vissza, mely óránként és 20 embernél átlag 2600 kaloriát tesz ki. Látható ebből, hogy a kaszárnyaszobáknak nálunk is ily módon végzett szellőztetése a legtöbb esetben nem ad olyan jó eredményt, mint azt általában hangoztatni szokás.

R.