Negyvenedik évfolyam. 14. szám. *Budapest, 1896. április 5.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. belklinikájából (Kétli Károly tanár).

Pankreas klysmák diabetes mellitusnál.

Hasenfeld Artur és *Kétli László* dr.-októl.

Újabban gyógyczélból már nemcsak a különböző mirigyek, mint a pajzs-, hasnyálmirigy és here nedvét alkalmazzák, hanem gyógykisérletek történnek különböző szervek, pl. a szív, vese, idegelemek stb.-ből készített kivonatokkal is. Ha a buvárok bizonyos mirigyeket, vagy azok kivonatát gyógyczélokra felhasználják, akkor ezen gyógyító kisérletek, tekintetbe véve azon észleleteket, melyek bizonyos általános megbetegedések és bizonyos mirigyek elváltozásai között fennálló kapcsolatra mutatnak, tényleg jogosultak.

Különösen azon kisérletek, melyek a diabetes mellitusnak pankreassal történő gyógyitását czélozzák, tényleg igen nagy reménynyel látszanak kecsegtetni. Régebb idők óta tudjuk ugyanis, hogy a pankreas megbetegedése mily gyakori diabetesnél; nemkülönben ismerjük *Minkowski* kisérleteit, ki állatoknál a hasnyálmirigyet exstirpálva, diabetest hozott létre és *Thiroloix* vizsgálatait, ki kutyáknál a pankreas kiirtása után a diabetest nem látta fellépni, ha azok bőre alá pankreas részleteket implantált. Ezek mind eléggé indokolják diabetesnél a pankreassal való gyógyító kisérleteket.

A pankreassal főleg franczia és angol szerzők kisérleteztek. Egyes szerzők (*Mackenzie, Knowley Sidley* stb.) czukorbetegeknek marha- vagy borjú pankreasból kipréselt nedvet, vagy a mirigyet félig sülve adták. A buvárok egy másik része (*Comby, Battistini, Fürbringer*) a pankreasnak rendesen glycerines extractumát subcután alkalmazza.

Az elért eredményeket illetők a kisérleteczők három táborra oszlanak. Egy részök azt találta, hogy a pankreas adatolásának a betegség lefolyására semmiféle hatása nincsen. Ezek közé tartozik *Leyden* és *Fürbringer*. Mások kisérleteik alapján azt állitják, hogy ámbár a pankreas adagolása alatt a kiválasztott czukor mennyisége nem is csökkent: mégis tapasztalható volt a vizelet mennyiségének megkevesbedése és a közérzet javulása. (Mackenzie.) Végre vannak egyesek, mint *Wood* és *Battistini*, kik azt állitják, hogy a pankreastherapia alatt néha a diabetes lényegesen javul, a mennyiben a czukor mennyisége is tetemesen csökken, B. egy esetében 110 gm.-ról 12·2 gm.-ra.

Ezen ellentétes vizsgálati eredmények bátorítottak fel arra, hogy kórodánkon fekvő két súlyos czukorbajos férfinál a pankreas therapiát mi is megkisértsük.

Mi a *pankreast végbél-klysmák* alakjában alkalmaztuk; egyrészt mivel a rendelkezésünkre álló irodalomban nem találtunk adatokat arra vonatkozólag, hogy a pankreast diabetesnél ezen alakban már megkisérlették volna; másrészt mivel *Leube* szerint a mesterséges táplálás miatt adagolt pankreas klysmák ezen beöntések tápláló értékét bizonyitják. Mielőtt eseteinket részleteznők, azon eljárást óhajtjuk közölni, melyet kisérleteinknél követtünk.

A betegek már néhány nappal a pankreas beöntések megkezdése előtt étvágyukhoz mérten lemért mennyiségű vegyes táplálékot (de azért a szénhydratok lehető megszorításával) kaptak. A táplálék mennyisége és minősége azután az egész kisérleti időn keresztül pontosan ugyanaz maradt. Továbbá úgy a pankreas-beöntések előtt, valamint a kisérleti idő alatt is naponta tisztitó beöntéseket adattunk, hogy a végbél felszivó képességet lehetőleg fokozzuk, ezenkivül a betegek minden napon — már a kisérleti idő előtt is, nehogy a később adott opium az anyagforgalmi vizsgálatokat megzavarja —, egy 4 cgm.-os opium kúpot kaptak. A pankreas klysmákat naponta egyszer adtuk és az opium kúpot a beöntés után közvetlenül applicálva a beöntés visszatartását biztositottuk. A finoman összevagdalt friss marhapankreast körülbelül ugyanannyi vizzel péppé felerősztve 200—250 gm.-nyi mennyiségben egy irrigator segélyével fecskendeztük a végbélbe. Az irrigator gummicsövén fejő mozgások eszközlendők, hogy a kissé sürübb massa könnyebben folyjon be. Mindkét esetben az időnként végzett testsúlyméréseken kivül anyagforgalmi vizsgálatokat is eszközöltünk, a mennyiben az összNitrogént úgy a vizeletből, valamint a bélsárból is az egész kisérleti időn át meghatároztuk. Természetesen a kiválasztott czukor mennyiségileg ugyancsak naponta lett meghatározva.

St. Pál, 23 éves, kocsis, 8 hó óta beteg. Jelen baja kezdetéig egészséges volt. Betegségének kezdete óta rohamosan soványodik és gyengül; étvágya igen nagy, szomja kinzó.

Az igen erősen lesoványodott férfibeteg bőre rendkivül száraz; a mellkasi és hasi szervek felett eltérés nincsen. A patellaris reflex nem váltható ki. Hőmérsék normalis. A vizelet tiszta, halvány szalmasárga; v. h. amphoter; f. s. 1029. Fehérnyét nyomokban sem tartalmaz. A czukor a felvételt követő napon 7·169%. A vizelet napi mennyisége 3000—4000 között ingadozik. Az aceton-próba positiv, nemkülönben a diaceton próba is. Kisérleteinket 1895. november 19-dikén kezdettük meg. A lefolyást átnézhetőség kedvéért a következő táblázatba foglaltuk össze:

Datum	Táplálék és folyadék felvétel	Vizelet: mennyisége	Vizelet: f. s.	Vizelet: czukor %	Vizelet: czukor gm.-ban	Száraz bélsár súlya 4 naponként mérve	Nitrogen mennyis. 24 órai vizeletben	Nitrogen mennyisége a 4 napi bélsárban	Pankreas klysmák	Megjegyzések
1895. Nov. 19.	1000 gm. kávé, 800 gm. leves, 460 gm. hús, 350 gm. tejes rizs, 1 kifli	3500	1027	3·67	128·7	95 gm.	29·9		—	Testsúly 37 kiló, naponta tisztitó beöntést és 0·04 gm. opium kúpot kap.
„ 20.	400 gm. bor, 40 gm. cognac.	3350	1030	4·21	141·3		33·7	0·719 gm.	—	„
„ 21.	1600 gm. víz „	3240	1030	4·65	150·7		29·4		—	„

Datum	Táplálék és folyadék felvétel	Vizelet				Száraz bélsár súlya 4 naponként mérve	Nitrogen mennyis. 24 órai vizeletben	Nitrogen mennyisége a 4 napi bélsárban	Pankreas klysmák	Megjegyzések
		mennyisége	f. s.	czukor %	czukor gm.-ban					
Nov. 22.	1600 gm. víz	3590	1027	4·16	149·4		30·6		—	Testsúly 36·20.
„ 23.	1 kiflivel többet kap	3700	1030	4·10	152·0	175 gm.	34·9	1·636 gm.	—	„
„ 24.	„	3640	1032	4·48	163·2		34·1		—	„
„ 25.	„	3810	1031	4·90	186·7		32·8		200 gm. pankr. b.	8 óra mulva szék.
„ 26.	„	3480	1033	6·40	222·9		36·2		„	10 óra mulva szék. Testsúly 36·20.
„ 27.	„	3480	1031	6·23	217·0	174 gm.	33·4	1·441 gm.	„	7 óra mulva szék.
„ 28.	„	3490	1031	5·87	204·9		31·2		„	Szék 8 óra mulva.
„ 29.	„	3660	1032	6·51	208·5		43·8		„	Szék 8 óra mulva.
„ 30.	„	3580	1031	5·41	193·9		41·5		„	Szék 8 óra mulva
Decz. 1.	„	3260	1032	5·23	170·7	192 gm.	30·9	1·478 gm.	„	Szék 21 óra mulva Testsúly 36·80.
„ 2.	„	3370	1034	4·54	143·3		31·3		„	Szék 14 óra mulva.
„ 3.	„	3460	1034	5·29	183·1		30·5		„	Szék 10 óra mulva.
„ 4.	„	3510	1032	5·34	187·6		30·7		„	Szék 15 óra mulva.
„ 5.	„	3300	1033	5·63	186·0	270 gm.	34·6	1·825 gm.	„	Szék 12 óra mulva. Testsúly 36·80.
„ 6.	„	2930	1033	5·94	163·7		33·2		„	Szék 9 óra mulva.
„ 7.	„	3080	1032	5·58	171·9		33·8		„	Szék 7 óra mulva.
„ 8.	„	3180	1032	5·34	169·8		32·7		„	Szék 7 óra mulva.
„ 9.	„	3810	1036	5·05	192·5	127 gm.	36·9	1·052 gm.	—	A tisztító beöntéseket és opiumot tovább kapja.
„ 10.	„	2530	1035	5·67	142·5		28·6		„	Testsúly 37·30 k.
„ 11.	„	4110	1033	5·80	238·3		37·9		—	„
„ 12.	„	2960	1032	6·00	177·6		34·7		—	„
„ 13.	„	2990	1034	6·00	179·4		29·6		—	„
„ 14.	„	3340	1032	5·68	188·2	141 gm.	37·6	1·135 gm.	200 gm. pankr. b.	Szék csak 23 óra mulva.
„ 15.	„	3550	1033	5·21	185·2		35·0		—	Tisztító beöntés és opiumkúp. Testsúly 37·70 k.
„ 16.	„	3360	1031	5·382	180·8		31·0	—	250 gm. pankr. b.	Szék 8 óra mulva.
„ 17.	„	3830	1032	7·783	298·0	155 gm.	33·2	—	„	Szék 15 óra mulva.
„ 18.	„	3510	1032	6·00	210·6		26·7	—	„	Szék 6 óra mulva.
„ 19.	„	3510	1032	7·61	267·4		31·0	—	„	Szék 23 óra mulva.
„ 20.	„	3520	1033	5·50	193·8		31·5		„	Szék 23 óra mulva. Testsúly 37·70 k.
„ 21.	„	3760	1034	6·27	235·9	182 gm.	31·6	1·102 gm.	„	Szék 23 óra mulva.
„ 22.	„	3430	1033	6·36	218·28		—		„	Szék 23 óra mulva.
„ 23.	„	4240	1032	6·51	276·0		35·9		„	Szék 21 óra mulva.
„ 24.	„	3940	1033	5·983	230·7		31·7	—	„	Szék 3½ óra mulva.
„ 25.	„	3340	1034	6·98	233·2	83 gm.	25·2	—	—	Opiumkúpot tovább kapja. Testsúly 37·70 k.
„ 26.	„	3790	1034	5·92	224·7		26·9	—	—	„
„ 27.	„	3950	1034	4·31	162·2		32·3	—	—	„
„ 28.	„	3540	1035	6·34	224·1	—	—	—	—	„

A táblázatból látható, hogy a beteg 24 pankreas-beöntés alakjában összesen 5000 gm. hasnyálmirigyet kapott. A beöntéseket a beteg igen jól tűrte és azokat 7—10—20 óráig is visszatartotta. A pankreas-beöntések hatása azonban ez esetben, ámbár ily nagy mennyiségű hasnyálmirigyet vittünk be a szervezetbe, mégsem volt kielégítő. Lényegesebb javulás csak a beteg erőbeli állapotában mutatkozott, a mennyiben a beteg, ki a kisérletek megkezdése előtt az ágyat is alig volt képes támasz nélkül elhagyni, a pankreas-kezelés befejezésekor már fennjárni is képes volt. Egyéb számbavehető változások a beteg állapotában a kisérletek alatt vagy azokat követőleg nem állottak be. A vizelet napi mennyisége nem csökkent, sőt ellenkezőleg a pankreas-beöntések alatt kissé emelkedett; a vizelet fajsúlya sem változott. A naponta eszközölt czukormeghatározások pedig a leghatározottabban azt mutatták, hogy a kiválasztott czukor mennyisége a hasnyálmirigy kezelés alatt egyáltalában nem csökkent, sőt ellenkezőleg kissé növekedett. Emelkedett azonkivül, mint a táblázatból ugyancsak látható, a kiválasztott összmitrogén mennyisége is.

A második eset Fr. F., 36 éves, marhakereskedő volt. Terheltség nincsen. Jelen baja 3 év előtt kezdődött. Azóta, ámbár sokat eszik és iszik, folytonosan gyengül; 4 hét óta járni is képtelen. A bőr és csontig lesoványodott férfibeteg testsúlya 35·5 kiló; mellkasi szervei felett eltérés nincsen. A has tapintásra kissé érzékeny, időnkint colicaszerű fájdalmai vannak, melyeket a pankreas tájékára localizál. A patellaris reflex itt sem váltható ki. A vizelet szalmasárga; v. h. savi; fajsúlya 1025. Fehérnyét nem tartalmaz. A czukor a vizeletben felvételkor 3·61%. Ez esetben is az előbbiekben említett cautelák megtartása mellett anyagforgalmi vizsgálatokkal kapcsolatban ugyancsak pankreas-beöntéseket alkalmaztunk. Mivel azonban ez esetben a pankreas-therapia alatt az állapot semmi tekintetben sem mutatott javulást, a számadatok részletes közlését elhagyjuk. Megemlíteni óhajtjuk még, hogy ezen betegünk a pankreas-beöntéseket nem oly jól tűrte, a mennyiben néha a beöntések után fájdalmai voltak, máskor ismét csak rövid ideig tartotta azokat vissza.

Már most mily következtetéseket szabad a pankreas klysmák gyógyértékéről diabetesnél ezen, igaz hogy csak 2 eset kapcsán (sajnos hónapok óta több czukorbeteg nem fordult meg a klinikán) levonnunk. A pankreas legnagyobb része ez úton a szervezetbe bevive feltétlenül felszívódásra is jut, ha a beteg székét a beöntések után elég hosszú ideig vissza képes tartani. Azt hiszszük, a pankreas ezen alkalmazási módjának előny adandó úgy az injectiók, mint a pankreas-etetés felett. Az injectiók felett azért, mert ez úton feltétlenül több pankreas-nedvet vihetünk be a szervezetbe, mint ha a pankreas-nedvet injectiók alakjában applikáljuk. A hasnyálmirigy-etetés felett pedig ezen módszernek azon előnye van, hogy amattól a betegek hamar megundorodva, a hosszabb kezelést lehetetlenné teszik.

A pankreas gyógymód értékéről akár pro, akár contra határozottan csak akkor itélhetnénk, ha eseteink oly termé-

szetűek lettek volna, melyek később sectio alá kerülnek. Csak akkor győződhettünk volna meg biztosan a felől, hogy a diabetes pankreatikus eredetű eseteivel állottunk-e szemben, avagy azok egyéb aetiologiával birók voltak-e? Mert természetesen a pankreas-therapiától csak ott várhatók eredmények, a hol a diabetes pankreatikus eredetű. (Egyik esetünkben különben az inanitio már annyira előrehaladt, hogy valószinűleg alkalmunk lesz a közel jövőben a sectio eredményét is ismertetni.) Ámbár eddigi kisérleteink számbavehető javulást nem eredményeztek, a pankreas beöntéseket czukorbetegeknél alkalom adtán a jövőben mégis ismételten alkalmazni fogjuk. A további kisérletezésre feljogosit egyrészt a pankreas klysmák tagadhatatlanul tápláló értéke, másrészt azon reményünk, hogy több eset esetleg kórbonczlani leletekkel kapcsolatban talán meg fogja adni a feleletet arra nézve, vajjon a hasnyálmirigy-therapiának intensivebb gyógyitó hatása van-e ott, hol a diabetes mellett a pankreas megbetegedése van jelen, mint a czukorbetegségek azon esetében, melyeknél más aetiologikus momentum szerepel.

Irodalom.

1. Battistini: Therap. Monatshefte 1893.
2. Comby: Semaine médicale 1893.
3. Fürbringer: Deutsche mediz. Wochenschrift 1894.
4. Knowsley Sibley: Semaine médicale.
5. Mehring és Minkowski: Arch. f. exp. Pharm. u. Path. XXVI. 1890.
6. Mackenzie: Brit. med. Journ. 1893.
7. Wood: Brit. med. Journ. 1893.

A caisson-munkások megbetegedéseiről.

Közlik: *Friedrich Vilmos* dr., a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár főorvosa és *Tauszk Ferencz* dr., I. belklinikai tanársegéd.

(Folytatás.)

Ezen rövid elméleti ismeretek előrebocsátása után szabadjon saját vizsgálati eredményeinkre is áttérni.

I. Vizsgálatainknál mindenekelőtt oly módon jártunk el, hogy felismerni akartuk ama hatást, melyet a caissonban való tartózkodás emberekre gyakorol s pedig olyanokra, kik először jutnak caissonba és ugyancsak olyanokra, kik éveken át s kizárólagosan caisson munkások voltak.

Az egyik vizsgálati egyén (azok közül, kik még fokozott légnyomásnak nem voltak kitéve) egyikünk volt, a másik egy hirlapiró, ki készséggel bocsátotta magát rendelkezésre. Ugyan ez alkalommal mintegy átmenetkép alkalmunk volt vizsgálni egy mérnököt, ki rövidebb-hosszabb időközökben jut caissonba s hat caisson munkást.

Az eljárás az volt, hogy egy a helyszinén rendelkezésre bocsátott kis sátorban, a caissonba való lemenetel előtt, azután magában a caissonban s végtére a caisson elhagyása után előre megállapitott sorrendben s rendszerben végeztük a vizsgálatot.

A mi mindenekelőtt a caissonban való tartózkodás alatt a bennlevőnek tudomására jut, az a *subjectiv érzések* egész sora és pedig a belépésnél a nyomás fokozódás megindításával a halló szerv az, a mely felől a kellemetlen érzetek előtérbe jutnak. Fülzúgás kiséretében azon érzés, mintha a dobhártya beakarna szakadni, s mely ösztönszerűleg arra készteti az embert, hogy zárt ajkak s befogott orr mellett erős s gyakori exspiriumokat végezzen. Ehhez társul kivált azoknál, kik először lépnek be, szédülés, a tapintó érzék tompulása, az egész testnek könnyebbség érzete. Ezeken kivül a légzés nehezbedése, szivdobogás érzete, a beszéd hangjának tompulása emelendők ki.

Ezen tünetek a caissonban való tartózkodás alatt enyhülnek, de különösen a nehéz légzésnek érzete csaknem teljesen elenyészik. De a kilépés után a subjectiv érzeteknek újabb sorozata áll elő, a mely a legtalálóbban „paraesthesia“ névvel jelölhető. Sokan panaszkodnak hidegség érzetről az alsó végtagokban, szúró fájdalmakról a felkarokban. Azon számos munkás, kiket a subjectiv érzés felől megkérdeztünk, legállandóbb tünetekként a hallásra gyakorolt kellemetlen behatást és diffus, az alsó végtagokra irányuló paraesthesiákat, „rheumaszerű“ fájdalmakat emlitik, mely utóbbiakat ők a hideg levegő behatásának tudnak be, holott a caisson levegője s a küllevegő hőfoka közt lényeges differentia nem volt. Tényleg e paraesth. ellen a caisson elhagyása után erősen fütött kemenecze mellett keresnek enyhülést. A subjectiv érzések egyike-másika hosszabb ideig is fennállhat, sőt találtunk olyanokat, kik e paraesthesiáktól sohse mentek. A vállalat egy mérnöke pl. minden caissonban rövid ideig tartózkodás után 10—14 napig nem szabadul kinzó, néha szédüléssel párosult fülzúgástól.

A caissonban való tartózkodás hatása a légzési szervekben mindenekelőtt lassan fokozódó tüdőektasiában nyilvánul s a légvételek számának ritkulásában. E mellett a légzés typusa, úgy a mint az élettani vizsgálatok kapcsán várható volt, megváltozik s pedig a belégzés igen könnyű, alig észlelhető, a kilégzés nehezített, megnyúlt. Ezek mellett a tüdő-respiratorikus kitérései nagyobbak, sem mint azt más alkalommal észlelni szoktuk megfelelő tüdőtágulatnál. A caisson elhagyása után a légzés typusa bizonyos időn keresztül még fennáll, de mig azoknál, kik caissonban már hosszú időn keresztül megfordultak, a kiindulási értékre esik vissza, addig az ily munkához nem szokottnál ez még hosszabb időn keresztül $^1/_2$—1 óráig is fennáll, időnként 1—2 perczig tartó dyspnoë érzetével járó irregularis légzéstől félbeszakitva. A kilégzési s belégzési nyomás pneumatometerrel vizsgálva eseteinkben jelentékeny eltérést nem mutatott. A caissonban fütyülni képtelenek.

A légzések számának ritkulása perczenként a munkásoknál átlag 6-ot tett ki.

Igen fontos s szembetünő volt a vérkeringés szervek részéről tanusitott magatartás.

Közvetlenül a munkakamrába való belépés után a már meglevő szív viszonyokhoz képest bal s jobb szívtágulat fejlődött, mely a caissonban való tartózkodás alatt visszafejlődött a kiindulási értékre, hogy a caissonban való kilépés után újból az előbbinél nagyobb fokú s rövid ideig tartó 2 oldali szívtágulatnak adjon helyet, mely elég hamar a kiindulási értékre fejlődött vissza. A vérnyomás a Basch-féle syhygmomanometerrel meghatározva a caissonban való tartózkodás alatt a nyomás emelkedéséről tanúskodott, mely a caissonban való további tartózkodás alatt némileg csökkent, a caisson elhagyás után az eredeti értéket megközelitette. Az érlökések száma már a légzsilipben ritkul s pedig a nyomás emelkedésével arányban, mely ritkulás az egész idő alatt a caissonban csak csekély ingadozásokat mutatott és az küllevegőben is még rövid ideig fennállott.

Megjegyzendő, hogy a fokozott légnyomás hatása képen az ily fokozott légnyomáshoz nem szokottaknál a változatok a kiindulási értékhez viszonyitva jóval nagyobbak voltak.

Az emésztési szervekre behatás kimutatható nem volt; egyes szerzők fokozott étvágyról tesznek említést. Az érzék szervekre gyakorolt hatás közül a hallás, tapintás, szaglás s izlés csökkenése említhetők. Egy esetben szemkáprázásról volt említés téve.

A mozgás s érzési körben mutatkozó paraesthesiákról, nyilaló fájdalmakról, szédülésről már volt említés téve.

Objectiv vizsgálatnál feltünt, hogy néhány esetben baloldali, többnyire a végtagokon ülő, kisebb helyre szoritkozó, nyomásra érzékeny duzzanatok voltak észlelhetők. Caissonban az izmok s idegek nyomásra érzékenyek, hyperaesthesiájuk van jelen. A reflexek, a felületesek és a mélyek, úgy a caissonban mint caisson elhagyása után fokozottabbak mint kezdetben. Az izomerő egyeseknél némileg csökkent. Ataxia vagy Brach Romberg nem volt észlelhető.

Vizeletben fehérje nem találtatott. A test hőmérséke a caissonban 1—2 tizeddel emelkedést mutatott. Az ütérgörbe magatartását illetőleg *Rózsahegyi* vizsgálataira utalunk, a ki a Thanhoffer-féle készülékkel dolgozott. Eredményeit a következőkben foglalja össze: A sűritett levegőben (1166 mm. higanynyomás) felvett görbék nem mutatnak tompább emelkedési *szöget*; a bennt időzés tartamával arányosan kisebb lett a szív összehúzódásának hulláma; a csúcsa is mindinkább bedomborodott. *A görbe lehágó szakasza csak* $1^1/_2$ óra mulva lett menedékesebb, *azután kisebb lett az állandó másodlagos hullám*

is, de még 1½ óra mulva is látható és csak a rendesen sem állandó számú, legkisebb hullámok, melyek az első fél órában helyenként még felismerhetők, tünnek el végképen a comprimált levegő további behatása alatt.

A caissonban munkaközben bő verejték fedi a testet és a mennyire benn a rossz világitás az arczszín megkülönböztetést megengedi, a környi testrészek halványsága fokozódik. A caisson elhagyása után az erős transpiratio még egy ideig talán fokozódott mérvben áll fenn, rövid idő mulva az arcz s a végtagok kipirulnak, főleg azoknál, kik először voltak caissonban és azok bágyadtság, fejfájás, szédülés s gyengeségről panaszkodnak.

Végeredményképen a caissonban való tartózkodás szembetünőbb eredményeit a következőkben foglalhatjuk össze:

Tüdő ektasia, kétoldali rövid ideig fennálló szívtágulat, vérnyomás nagyobbodás, légzés s pulsus szám ritkulása, paraesthesia, vértódulás a központ felé.

A caisson elhagyása újból szív dilatatiót eredményez, a a vér a centrumtól a peripheria felé tódul.

Azt hiszszük, helyesen járunk el, ha e tünet csoportot acut caissonismus gyüjtő neve alá összefoglaljuk, bár annak létrejötténél a sűritett levegőn kivül más egyéb tényező is szerepel.

II. S most egy további kérdés merül fel, vajjon a szervezet, ha gyakrabban hosszabb időn keresztül lesz kitéve azon insultusoknak, melylyel mint láttuk minden egyes caissonban való tartózkodás jár, közönyösen viselkedik e vagy mutatkoznak-e oly eltérések, melyeket az egyszerűség kedveért *a chronikus caissonismus* névvel szabadna jelölni? A válasz, melyet ez irányban folytatott vizsgálataink adtak, határozottan igenlő.

Minden caisson munkásnál találhatók állandó elváltozások, bizonyos fokozatbeli különbözetekkel, melyek az individuumtól s a foglalkozás tartamától függnek.

Végeredményben tizenhat ily munkást volt alkalmunk végig vizsgálni, kik közül a 2 magyar csak rövid ideig dolgozott. Subjectiv panaszok közül csak azokat említették, melyeket már fenn részleteztünk, de mind kivétel nélkül egészségeseknek s munkabiróknak mondják magukat s a subjectiv kellemetlenségeket a caissonban való tartózkodás szükségképi következményekép tekintik.

Megtekintésnél feltünik a halvány arcz, orr, pofákon tágult hajszál-edényekkel; cyanosis igen gyakori jelenség, mely a caisson hatása után fokozódik, de néha állandó; a tüdő határok kivétel nélkül tágultak, a tüdők respiratorikus kitérései megtartottak, tüdők be- s kilégzési nyomása kisebb. Orr nyákhártyája duzzadt, helyenként polyp-képződéssel, egyes esetében a tüdők felett mérsékelt hurut. A tüdő ektasia daczára egy erősebb bal s kisebb fokú jobb szív hypertrophia mutatható ki, utóbbi csak kezdő-munkásoknál hiányzik, míg igen kifejezett, kik évek hosszú során üzik mesterségüket.

Az ütérlökés állandó feltünő ritkulást mutat, a bradycardia typusa állandó. Több oly munkással találkoztunk, kit hetekkel a caisson munkálatok beszüntetése után újból volt alkalmunk észlelhetni, kiknél az érlökések száma állandóan 40—44 volt. De az ütérlökés még a három hét óta ott caissenban foglalkozó magyar munkásnál nyolcz nappal a munka beszüntetése után 48, s csak aztán egy hét mulva 60 volt. Az ütér görbe alacsony, a visszaverődési lengés ki nem vehető, a magassági lengések kicsinyek. Vérnyomás feltünő eltérést nem mutat.

Részletesen kivánunk még kitérni a vérvizsgálatokra. Mondottuk volt, hogy mi a vérnek a peripheriáról a központ felé való áramlását tételezzük fel, főleg a környi testrészek elhalványulásából. Ezzel kell magyaráznunk azon tényt is, hogy a vörös és fehér vérsejtek száma a caissonban — és pedig ez fontos — arányosan nagyobbodik. Teljes mértékben igazolható ezen feltevésünk a vérsejteknek mechanikus alapon való elhelyezéséből. Az ehhez szükséges feltételek ú. m. véredényszükület, fokozott filtratio, vérnyomás-nagyobbodás, a mint láttuk, kifejezettek. De igazolják feltevésünket a caisson elhagyása után felmerülő viszonyok is. Mi a vérnek a caisson elhagyása után a központból a peripheria felé jutását tételezzük fel. Állításunk támpontja, a környi testrészek pirja mellett, hogy mi a környi véredények tágulatát vagyunk kénytelenek felvenni. Ezt igazolja azon kisérleti eredményünk, hogy a caisson elhagyása után az ujj végből vett vérben az előző adatokhoz viszonyítva a vörös és fehér vérsejtek száma arányosan csökken. A vérsejtek számának ezen csökkenését a véredény-tágulaton kivül, a vérnyomás alább szállásából és a filtratio kisebbedéséből is kell magyarázni.

Látjuk tehát, hogy egyrészt a vérsejtekben beálló változások a mechanikai viszonyok figyelembe vételével jól megfejthetők, másrészt az eredmények physiologiai tények értelmezésére is igénybe vehetők.

(Folytatása következik.)

A serumtherapia értékéről diphtheritisnél.

Irta: *Gerlóczy Zsigmond* dr., a szt. László-kórház főorvosa.

(Folytatás.)

Két igen súlyos diphtheriás esetről óhajtok említést tenni, hol a nagyfokú diphtheriás folyamat jelentékeny vérzésekre vezetett. Az egyik, mely lethalis is lett: Kettinger Károly 3 éves fiúcskára vonatkozik, kit 1895. április hó 14-dikén a következő lelettel vettünk fel osztályunkra:

A gyermek 3-dik napja beteg, száját alig képes kinyitni; nyak mindkét oldalán duzzadt mirigyek; torokban összefolyó lepedék, orrdiphtheria, sopor, környen elnyomható szapora pulsus, perczenként 182 lökéssel. Vizeletben sok fehérje, felvételkor hőmérsék 37·8° C.; kap 1600 Roux-egységet. Április 15-dikén mirigybeszürődés valamivel csökkent, pulsus teltebb, perczenként 156, torok képe változatlan, kap 1600 Roux-egységet. Április 16-dikán garathüdés tünetei. Április 17-dikén torokban még mindig kiterjedt vaskos lepedék, orrdiphtheria jelentékeny, pulsus kicsiny, perczenként 156. Jobboldalt a nyaki mirigybeszürődés visszafejlődött, balon is jelentékenyen csökkent. Április 19-dikén lepedék mindenütt vékonyabb, bal tonsilláról csaknem egészen levált, szájból foetor, pulsus 162, vizeletben sok fehérje. Április 20-dikán lepedék mindenütt leválóban. Április 21-dikén reggel 8-kor mintegy félliternyi vért hányt, mely után negyedóra mulva meghalt.

A sectio nagyfokú diphtheriás fekélyesedéseket mutatott ki. Igy a baloldali sinus pyriformis hátsó falán a középvonaltól 4 cm.-nyi távolságban egy 1½ cm.-nyi hosszúságú ½ cm.-re tátongó orsóalakú anyagveszteség volt, melynek felső csúcsa a szakcsont bal nagy szarvának magasságában fekszik. Az anyagveszteség szélei szélesek, partjai meredekek, pyogen hártyával bevontak. Az anyagveszteség közvetlenül egy a bal carotis communist hosszúságában követő 8½ cm. hosszú, legszélesebb kerületében 5 cm. kerületű űrjáratban folytatódik, melynek falzata egyes kiemelkedő léczek által szabálytalanul reczézetes és a melynek belfelületét 1—2 mm.-nyi vastag szürkés-sárga pyogen hártya béleli ki. Az űrjárat hátsó falában kerületének ¾ részében kipraeparáltan a carotis communis halad. A gyermeknél különben acut tüdő tuberculosis is találtatott.

A másik szerencsésebben végződött eset következő: Jelenfi Lajos 6 éves gyermek, felvétetett 1895. julius 1-sején. 3 nap óta beteg; a mandolák erősen megnagyobbodottak, rajtuk, valamint az uvulán, lágy és kemény szájpadon igen vastag szürkés-sárga lepedék, nagyfokú mirigybeszürődés a nyakon, orrdiphtheria, véres genyes váladékkal. Pulsus: 132, eléggé telt. Vizeletben nincs fehérje, kap 3200 Roux-egységet, hőmérséke a felvételnél 38·4° C. Julius 3-dikán lepedék valamivel kevesebb; d. u. 3 órakor az orron keresztül körülbelül 200 kcm. vért vesztett. Tamponálás Bellocq-kal, miközben az orron keresztül hatalmas álhártya távozik el, mely az orrjárat pontos lenyomását mutatja, 4 mm. vastag és 7 cm. hosszú.

Julius 4-dikén a Bellocq-tampon eltávolitása. Lepedék demarkálódik. Pulsus elég telt, de arythmikus.

Julius 6-dikán jelentékeny lepedék leválás, mirigybeszürődés csökkent, vizeletben középmennyiségű fehérje, nagyfokú gyengeség.

Julius 7-dikén lepedék ismét kevesebb, orrdiphtheria megszünt, garathüdés.

Julius 8-dikán. Vizelet napi mennyisége 200 kcm.; általános hydrops. Pulsus perczenként 78, arythmikus.

Julius 10-dikén torok tiszta. Hydrops 16 nap alatt visszafejlődik.

Augusztus 8-dikán a garathüdés tünetei is eltünnek és augusztus 13-dikán a gyermek gyógyultan hagyja el a kórházat.

A diphtheriás felrakódások gyors demarkálódása és a torok képleteinek gyorsabban bekövetkező feltisztulása mellett *a mirigybeszürődések rohamos visszafejlődése* is egyike azon tüneteknek, mely szemünkbe ötlik. Számtalan esetben láttunk diónyi, sőt még nagyobbra duzzadt nyaki mirigyet rövid pár nap alatt visszafejlődni.

A serumnak *az érlökésre* való hatását részletes és pontos vizsgálatokkal nem jellemezhetem ugyan, de állíthatom, hogy a kezelés előtti kicsiny és szapora pulsus a legtöbb esetben a hártyák demarkálódásával s a mirigy-duzzanatok visszafejlődésével egyidejüleg teltebbé és lassúbbá válik. Egy-két esetben észleltünk cyanosist stenotikus tünetek nélkül, de bár súlyos volt a beteg állapota, 1—2 nap alatt a cyanosis visszafejlődött.

E helyen említek 2 esetet:

Smátyás Anna, 11 hónapos, 1 nap óta beteg, felvétetett 1895. márczius 5-dikén. Uvulán és garatíveken vékonyabb, a megduzzadt tonsillákon igen vastag, szürkés-sárga szétterülő lepedék. Nyak mindkét oldalán erősen beszürődött mirigyek. Pulsus perczenként 120 elég telt. Hőmérséke felvételkor 37·9 C., kap 1440 Roux-egységet; másnap újból 1280 Roux-t.

Márczius 27-dikén lepedék leválóban; mirigyduzzanat alig tapintható; kap 960 Roux-egységet. Vizeletben fehérje nincs. Márczius 29-dikén vizeletben kevés fehérje.

Április 2-dikán torok tiszta.

Április 6-dikán nagyfokú bágyadtság, mérsékelt cyanosis az ajkakon, pulsus kicsiny, arythmikus, perczenként 168, kéztőkön és lábakon apró confluáló piros foltok; tüdők felett mérsékelt hurut. Vizelet kevesbedett. Aetherinjectio.

Április 7-dikén. Cyanosis változatlan, pulsus alig tapintható, inguin. tájakon, boka- és térdizületek körül haemorrhagiák.

Április 8-dikán kiütés halványabb, pulsus elég jól tapintható.

Április 9-dikén. Cyanosis megszünt.

Ápr. 10-én. Vérömlenyek elhalványodtak, közérzet javult.

Április 24-dikén teljesen gyógyultan hagyja el a kórházat.

Ehhez hasonló eset: Horváth-Schlotter Feri 1 éves gyermek esete, ki szintén súlyos torok-diphtheria tüneteivel került 1895. május 7-dikén osztályunkra. Két izben kapott 10—10 kcm. Preisz-féle serumot, több napig tartó bő fehérjevizelés után május hó 18-dikán hüvös végtagok mellett jelentékeny cyanosis mutatkozik az ajkakon, valamint az ujjakon, pulsus alig tapintható, testen elszórtan több kiemelkedő vörös folt. Cyanosis 2 nap alatt eltünik és a beteg közérzete rohamosan javulván, május 27-dikén gyógyultan távozik. Az első 3 napon magas lázak, később teljesen láztalan lefolyás.

A serumnak a diphtheriás betegek *hőmérsékére* vonatkozó hatását illetőleg kétségen kivül áll annak láz csökkentő hatása. 177 diphtheriás esetem volt olyan, a mely az első serumbefecskendés napjától kezdve teljesen láztalanul folyt le, közte több súlyos eset. 42 esetben 2—8 napig tartó magas lázak voltak jelen, a többi esetek 1—8 napig tartó mérsékelt lázakkal folytak le. Croup laryngis 22 esetben teljesen láztalan lefolyású volt, diphtheriás croup pedig 36 esetben.

Feltünő volt, hogy pneumoniák, súlyos bronchitisek, nagyobbfokú mirigyduzzanatok, nephritis és egyéb complicatiók mellett is láz alig mutatkozott. A magas lázak legtöbbször croup laryngis eseteiben voltak észlelhetők.

Valamennyi diphtheriás betegnél naponta pontos vizelet vizsgálatokat eszközölvén, az *albuminuriára* vonatkozólag is részletes adataim vannak.

315 tisztán torok-diphtheriás betegünknél 100 esetben volt albuminuria, a mi 31·5%-nak felel meg. 72 laryngitis crouposában szenvedő beteg közül csak 14-nél találtunk fehérjét a vizeletben (19·4%) s végre 113 diphtheriás croupban szenvedő beteg közül 40 esetben volt fehérje kimutatható (36·3%); ezek szerint tehát a serummal gyógykezelt összes esetek közül 30·8%-ban találtunk fehérjét a vizeletben. E százalék azonban nyilvánvalóan magasabb lesz legalább 12—15%-kal, ha hozzáveszszük azon körülbelül 50 elhalt esetet, a hol vizelet vizsgálat egyszerűen azért nem történhetett, mert a beteg kórházba jövetele után rövid idő mulva meghalt. Feltéve, hogy ezen elhalt esetek valamennyiében volt fehérjevizelés, még akkor sem volt 45%-nál több az albuminuriás esetek száma.

A fehérje a vizeletben az albuminuriás esetek 50%-ában már a beteg kórházban tartózkodásának első napján konstatálható volt, 13%-ában a második napon, 6·5%-ában a harmadik napon, 3·5%-ában a negyedik napon, 8·4%-ában az ötödik napon, 18·8%-ában a 6—14-dik napon, 1·9%-ban 14—21-dik napon. A fehérjevizelés az esetek túlnyomó többségében nem tartott 4—5 napnál tovább; igy az esetek 62·9%-ában már az 5-dik napon fehérje nem volt kimutatható; az albuminuriás esetek 6·5%-ában a fehérje-vizelés négy hétnél tovább tartott. Leghosszabb idő, mely alatt a vizeletben még fehérje kimutatható volt, 40 nap. 2—3 hétig tartó albuminuria 7·8%-ban, 3—4 hétig tartó pedig 7·1%-ban fordult elő.

Ez adatok annak illustrálására szolgálhatnak, hogy az albuminuria a serummal kezelt esetekben túlnyomó részben rövid tartamú volt. Sajnálom, hogy e tekintetben régebbi évek diphtheriás anyagában nagyobb számú pontos észlelésekkel nem rendelkezvén, összehasonlító adatokkal nem támogathatom ebbeli észleléseimet.

E helyen fel kell említenem egy esetemet, kinél a torokbeli folyamat lényeges javulása, sőt majdnem teljes gyógyulása után betegsége 15-dik és kórházban létele 11-dik napján uraemikus tünetek közt következett be a halál.

Az eset következő: Radamkovics József, $2^1/_2$ éves, felv. 1895. január 19-dikén. Négy nap óta beteg, súlyos torok-diphtheria tünetei; kicsiny, szapora pulsus perczenkint 140 lökéssel; vizeletben sok fehérje, hőmérsék felvételkor 39·4 C°. Kap 1000 Behring-egységet és másnap két izben 600—600 egységet; január 11-dikén lepedék kissé fellazult, január 12-dikén ismét 600 egységet kap, január 13-dikán mindenütt jelentékeny lepedék leválás, pulsus teltebb, perczenkint 120; január 17-dikén torok csaknem egészen tiszta; általános hydrops, pulsus perczenként 144, elég telt, vizelet napi mennyisége 300 kcm., benne sok fehérnye; január 20-dikán a diphtheriás folyamat csaknem egészen gyógyult, de a gyermek uraemikus tünetek között meghalt.

Egy másik súlyos nephritises eset kedvezőbben folyt le, ez Ádám Gizella 8 éves leánykára vonatkozik, ki igen súlyos torok- és orrdiphtheria tüneteivel került 1895. május 16-dikán osztályunkra; vizeletben már az első napon középmennyiségü fehérnye, pulsus perczenként 180, kicsiny; kap 1600 Roux-egységet, másnap ismét 1600-at, május 18-dikán lepedék kezd leválni, pulsus még igen kicsiny, május 20-dikán mirigy beszürődés visszafejlődik, május 26-dikán nagyobbfokú garathüdés. Junius 4-dikén csak a bal tonsillán van még néhány plaques, junius 7-dikén torok tiszta, junius 8-dikán arcz kissé pöffedt, kisfokú ascites, anasarka, pulsus arythmikus, perczenként 150, vizelet napi mennyisége 300 kcm., junius 10-dikén már 1000 kcm., junius 14-dikén már 1800 kcm., junius 21-dikén már fehérje csak nyomokban mutatható ki, garathüdés tünetei visszafejlődtek, pulsus telt. Gyógyultan távozik.

Az előbb közöltem már az összehasonlító adatokat a tiszta croup laryngis és a diphtheriás croup esetekre vonatkozólag és kiemeltem, hogy főképen ezeknél látjuk kiválóan érvényesülni a serum gyógyító erejét.

A tiszta larynx croup esetek statistikája igy állott:

1893-ban	35·5%	gyógyult,	64·5% meghalt
1894-ben	37·5%	„	62·5% „
1895-ben	56·9%	„	43·1% „

A diphtheriás croup esetekre vonatkozólag pedig

1893-ban	19·0%	gyógyult,	81·0% meghalt
1894-ben	20·4%	„	79·6% „
1895-ben	65·9%	„	34·1% „

(Folytatása következik.)

Közlemény Herczel Manó dr. egyetemi m.-tanár szt. István-kórházbeli sebészeti osztályáról és sanatoriumából.

A kereszttáji műtétekről különös tekintettel a végbélkiirtásra.

Közli: *Kiss Gyula* dr., a sanatorium alorvosa.

(Folytatás.)

Bár a gyógyulás után ily műtéti eljárások mellett az épületi viszonyok a legjobban meg volnának közelítve, az időleges csonkolással még complicáltabb sebüreg jön létre, mint a műtét egyszerű módjainál. A műtét után a sebűr sokkal több zúggal bir; a sebváladék nehezebben folyik le. A csontfedő szélei rosszul vannak táplálva, különösen még, ha a csontszél a lágyrészek visszahúzódása által részben fedetlenné válik, a mi pl. *Hegar* eljárásánál könnyen megtörténik. A csont nekrosisa, genyedések hosszabbithatják a gyógyulás tartamát. Igy az előnyökért sokat kell koczkáztatni. Herczel még Czerny heidelbergi klinikáján 2 esetben végzett időleges sacrum-resectióval végbélkiirtás műtétet. Mindkét esetben magas lázakkal hosszantartó genyedések, sipolyos úrmenetek képződtek, az időlegesen resecált csontrészlet teljesen necrotizált.

Tekintve azt, hogy az egyszerű resectio után is jöhet és jön létre hiány nélküli gyógyulás, hogy a sipoly, a végbél megtöretése, mely bajok ellen a jelzett műtétek főképen javaslatba hozattak, a legtöbb esetben mégis csak kevés kellemetlenséget okoznak és hogy végre a legfontosabb körülmény, a bélsár-continentia nem ezen, hanem más tényekkel áll oki összefüggésben: az időleges csonkolással szemben *a kereszttáji műtét egyszerűbb módjának adjuk az elsőséget.*

Az összes fent leirt esetekben egy eset (X. eset) kivételével a végbél kifejtése közben a hashártya meg lett nyitva. A megnyitást eleve nem kerültük. A hashártya bő megnyitása után, mint említettem, gyorsabban lehet a belet annyira lehúzni, a mennyire szükséges. A régibb eljárásoknál súlyt fektettek arra, hogy a hashártya meg ne sérüljön. *Genzmer* a végbélnek 13 cm. darabját; *Esmarch* 23 cm.-nyi béldarabot irtott ki tompa kifejtéssel, a hashártya megsértése nélkül. Mi csak arra ügyelünk, hogy szemünk előtt történjék a megnyitás. A hashártya áthajlási redője helyéről előzőleg tájékozódni nem is lehet, mert ez egyes embereknél a végbélnyilástól különböző magasságban van. Ha a kifejtésben előhaladván a hashártyára rábukkantunk és ezt bőven megnyitottuk, lehúzzuk a belet és selyemöltésekkel zárjuk a hasüreget. Ily módon az áthajlási redő nem kerül mélyebbre. Ellenben tompa kifejtés után, vagy ha a megnyitás nem elég bő, a hashártya áthajlási redője mélyebben lekerül. E körülmény a hólyagot tágulásában akadályozza, mint erről *Föderl* is megemlékezik. Ellenben, ha az említett elvek szerint eljárunk, a vizelési panaszok sokkal kisebbek lesznek. Betegeinknél műtét után néha csak pár napig volt szükség katheterre. Vizelési zavar egyetlen egy esetben sem maradt vissza állandóan.

Rinne boncolatnál látta, hogy a hashártya lemezek a kereszttáji műtét után összevarrás nélkül is gyorsan tapadnak össze. Vannak, a kik a hashártyát nem is varrják, hanem kifelé drainezik. *(Kraske, Bardenheuer, Genzmer* stb.)

A sebészek nagyobb része azonban varrattal zárja a hasűrt. Az öltésekre utóbb mindig finom selymet használtunk. Az elzárásra 15—20 csomós öltés volt szükséges.

A bélcsonk ellátásában azon esetekben, midőn a zárizom hiányzott, kerültük a Hochenegg ajánlotta anus praeternaturalis sacralist. A beteg kevésbbé érzi magát nyomoréknak, ha a vastagbélnyilás a természetes helyén van. A keresztcsontnál képezett bélszájadék tapasztalataink szerint a hegeknek centrifugalis vongálása miatt szintén erősen tátong. Bár a csont több szilárd alapot nyujt egy záró pelottának, hig székeletet bármely mechanikus készülékkel visszatartani így sem lehet.

A bélcsonk odaforradása ritkán megy simán végbe. A kivarrt bél a köztakaróval nem nő össze az egész vonalon. A varratok többé-kevésbbé átvágnak és a rosszul táplált bélfal széli részén kisebb elhalások jönnek létre. A gyógyulás később sarjadzás által megy végbe.

Más tekintetek lépnek előtérbe a vastagbél-csonkolás után, midőn tehát a végbél alsó része a záróizommal együtt megmaradt. A continentiára nézve kedvezőbbek a viszonyok. Azonban a műtő helyzete sokkal kényesebb, mint az előbbi esetekben. Ugyanis a körkörös bélvarrat gyógyulása e helyen néha leküzdhetlen akadályokba ütközik. A hasüregen belől végzett bélvarratnál jól táplált falzatok egyesíttetnek, a serosa kerül serosára, a cseplesz és bélkacsok odafekvésökkel támogatják a varratot. Ellenben a végbélcsonkolás után alúl többnyire teljesen hiányzik a bélfal serosája, a falzatban a vérkeringés hiányos, hátfelé pedig varratnak más nincs támasza, mint a sebüreget kitöltő gaze. Hozzájárul, hogy a vastagbél peristaltikus mozgása és keményebb bélsárrögök nyomása és vongálása gátlólag hatnak az összenövésre. Ezért oly teljes egyesülés, mint Hochenegg legelső közölt esetében, nagyon ritka. A varrat hátsó része kisebb vagy nagyobb kiterjedésben felszakad. Mindazonáltal a sipoly gyakran magától is teljesen begyógyul (V. eset), vagy, ha meg is marad, nem okoz kellemetlenséget (IX. eset).

Kraskenek két legelső esete, melyben a rák kiirtás után körkörös varratot végzett, halálosan végződött. Ez esetekben a teljesen felszakadt vastagbél a hasűrbe húzódott vissza. Ha kellőleg lehúzatott a vastagbél, ha a varrat helye felett és alatt erősitő, fesztelenitő varratok tétetnek, ily baleset nem fog előfordulni.

A körkörös bélvarrat nagy előnyeit a legtöbb műtő nem szivesen áldozza fel. Kraske azt ajánlja, hogy a hol a beteg a műtét előtt kellőleg előkészítve van, ott rendes körkörös varratot tegyünk; a hol tökéletes előkészités lehetetlen volt, ott a bél átmetszetek egyesitése után a zárizomrészletet hátul egészen hasitsuk át. Kraske szerint az ily coloboma sarjadzás által jól gyógyul és jó continentia jő létre. Azonban 1891-ben *Kraske*[1] már első helyen az *invaginatiót* ajánlotta, de a kérdést még ekkor is nyiltnak mondta. Első követői voltak *Heinecke, Hochenegg* és újabban ez a legáltalánosabb műtéti mód. Ez eljárást különben még a kereszttáji módszer előtti időben *Esmarch* ajánlotta. Mindezektől függetlenül *Herczel* már 1891 előtt végezte a kereszttáji módszernél. Mint láttuk, az invaginatio abból áll, hogy a bélcsonkot a nyákhártyájától fosztott zárizomrészletben keresztül húzván, végét a bőrhöz levarrjuk. E mellett a zárizmot hátul át is szoktuk metszeni.

Ha a gyógyulás „per primam" bekövetkeznék, lehetne várni, hogy teljesen működésképes zárizom marad vissza. Ily esetet azonban nem láttunk. A vastagbélcsonk vége mindig rosszul van táplálva. Feszüléstől és nyomástól a gyenge szövetet annyira védeni nem lehet, hogy szélein elhalások létre ne jöjjenek.

A zárizomnak azonkivül idegei is sérülve vannak. A rája fektetett bélcsonk sarjadásokkal tapad le hozzá, sőt az izom egy része a szövetelhalások miatt fedetlenül marad. Az izom be lesz vonva az erős hegesedésnek körébe is.

Így magyarázható az, hogy mint a III. esetben történt, daczára annak, hogy a zárizom meghagyatott, tátongó bélszájadék és nyákhártya előesés maradt vissza.

Czélszerűnek látszott tehát az invaginatio mellett ily esetekben is *zárizompótló módszerekhez nyulni.* A zárizom pótlására a *Gersuny*[2] módszere nagyon jól bevált. Oly egyszerű és annyira szembetünő a sikere, hogy újabb közlemények tanúsága szerint mindenütt követik. Az eljárás abból áll, hogy a bélcsonkot alsó végénél 180°-kal tengelye körül megcsavarjuk és ezen „torsio"-ban varrjuk le a bőrhöz. A szövetek épületi rugalmassága fejt ki így a béltartalom kiürülésével szemben ellenállást, mely a continentiát nagyon javítja, sőt majdnem teljessé teszi. Mióta módszerét kipróbáltuk, valahányszor a zárizom hiányzott, vagy ha invaginatiót csináltunk, a Gersuny-féle torsiót nem hagytuk el.

[1] L. Verhandl. d. Gesellsch. d. deutsch. Aertzte u. Naturforscher. 1891.

[2] Sphincterplastik am Darme. Cbl. f. Chirurgie. 1893. XXIV.

Nem ilyen egyszerűek a többi záróberendezést képző eljárások. *Willems*-től (Bonn) találjuk az első ajánlatot[1] közölve. E szerző szem előtt tartotta a *Hacker* módszerét, ki a gastrotomiánál a sipolyt a bal egyenes hasizom kötegei közt készíti, hogy a szájadékot ily módon izomzat környezze. Ennek példájára ajánlotta, hogy a nagy farizom kötegei között készített úton vezessük ki a bélcsonkot és a szájadékot a farpofában készítsük. Ugyanezt az eljárást egy évvel utóbb *Rydygier* is ajánlotta, de csak hullán próbálta ki, *Witzel*[2] ellenben már 1889-ben élőn végrehajtotta és az 56 éves férfinak állandóan jól működő anus praeternaturalisa van.

A VIII-dik esetben ez ajánlatot valóságban követtük, de semmi eredményt nem értünk vele. Valószinűleg a bélcsonk aránylag rövid volta miatt erősen vongálódott, helyéről leszakadt és a sebüregbe visszahúzódott; később sarjadzások által a keresztcsont alatt húzódott ki a köztakaróba. Legalább is az eljárás sokkal complicáltabb, de hibátlan gyógyulás esetén az eredmény szép lehet. Egy nagy előny az is, hogy a béltartalom a nagy sebüregtől távolabbra lesz elvezetve és így a sebfertőzés jobban kikerülhető. Helyén valónak tartom a megjegyzést, hogy midőn a belet beágyazzák az izomzatba, az utóbbi nem functionaliter fejti ki a béltartalom ellenében a kivánt ellenállást, hanem csak a mechanikus akadály növelésére szolgál. Egyszersmind a ferdén lefutó csatorna egy záró pelottával igen jól lenyomhatóvá válik. De a természetnek nagyszerű berendezését, a zárizmot, mint izmot pótolni nem lehet. Ezért *Kehrer*-nek ajánlata, hogy (Berliner klin. Wochenschr. 1894. Nr. 33) a farizmokból képzett izomlebenyeknek keresztezett átfektetése által képezzünk egy zárizmot, még a kisérletre sem buzdit.

Hozzászoktatjuk ahhoz a beteget (többnyire hashajtó segélyével), hogy reggel végezze rendszerint a székelést, nappalra pedig sokszor csak egy gyapotkötés elég biztositékot nyujt. Különben az ily egyén nagyon érzi, hogy mily kintól szabadult meg, jó kinézése, súlygyarapodása oly feltünő, hogy aránylag kisebb panaszait, még a continentia tökéletlen voltát is csak kérdezésre említi.

A gyógyulás tartama műtét után oly hosszú, mint a milyen alig fordul elő másféle műtétek után. A legrövidebb gyógyulási idő is egy hónál hosszabb (V. eset). Azonban a 3-dik hét után a beteg az ágyat el szokta hagyni. Mig a nagy sebüreg sarjadzásokkal egészen kitelik, hetek mulnak el. *Frank* gyógyulási időnek 55 napot számit középértékben.

A legtöbb műtő statistikájában a végbélrák kiirtás műtéte után a kereszttáji módszernél 20% körüli halálozást találunk. *Kraske* 20%; *Czerny* 19·4%; *Genzmer* 23·5%; *Bergman* 11·5%; *Bardeleben* 15·4% halálozást mutat ki.[3] 10 operált esetünk közül csak egy végződött három nap mulva halálosan (IV.), ez is nem a műtét folytán, hanem késő chloroformshok következtében, a mennyiben a rendkivül hájas egyénnél hirtelen szivszélhüdés állott be. A mi eseteinkben tehát az egyes eseteknek aránylag súlyos volta mellett a mortalitás még akkor is, ha a műtét rovására veszszük a halálos kimenetelü esetünket, csak 10%.

A mennyire eddig azt megitélni lehet, az esetek maradandó sikerei is kiválóak. A 9 életben maradt betegünk közül recidiva eddig egyetlen egy se jött létre. Egy esetben 2 év 9 hó, egy esetben 2 év 8 hó, egy esetben 2 év, két esetben 13 illetve 14 hónap, végre 3 esetben félév és ennél rövidebb idő telt el a műtét óta.

A *Czerny* klinikáján[4] 99 sikeres műtét után 2 év multán 21; 3 év után 15; 4 év után 13; 5 és több (egész 11¾) év után 12 egyén maradt recidivamentes.

Harrison Cripps[5] 35 sikeres műtéte után 11 maradt 2 éven túl; kettő 4 éven; egy 5 éven; kettő 6 éven; egy 11 éven túl recidivamentesen életben.

Frank Albert[1] klinikájáról 1891-ben 4 definitiv gyógyulást, *Föderl Billroth*[2] klinikájáról 1894-ben 3 definitiv gyógyulást közöl.

A két éven túl recidiva nélkül élő két esetünket a definitive gyógyultak közé sorozhatjuk.

Az esetek mindegyikében Pertik tanár intézetében végeztek górcsövi vizsgálatot és a carcinoma diagnosisa mindig igazolva volt. (Folytatása következik.)

[1] Ein Vorschlag zur Verstellung des Sphincters nach Mastdarmexstirpation. Cbl. f. Chirurgie. 1893. XIX.

[2] Lásd Centralbl. f. Chirurgie. 1894. XLV. és LI. számait.

[3] Lásd *Stierlien:* Ueber die operative Behandlung des Rectumcarcinoms, deren Erfolge. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. V.

[4] Lásd *Schmidt:* Zur Statistik und operative Behandlung der Rectumcarcinome. Beitr. z. klin. Chirurgie. 1893. Bd. V.

[5] Harrison Cripps: Rectal cancer etc. Brit. med. journ. Ref. Cbl. f. Chirurgie. 183. XXVIII.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XII. rendes ülés 1896. márczius 28-dikán.)

Elnök: **Pertik Ottó**; jegyző: **Imrédy Béla.**

Tomka Samu dr. tart előadást a következő czimen: **„A nervus facialis viszonya a fülbajokhoz“.** (Egész terjedelmében közöljük.)

Magyar dermatologusok és urologusok egyesülete.

(I. szakülés 1895. deczember hó 5-dikén.)

Elnök: **Schwimmer Ernő**; jegyző **Basch Imre.**

Ulcus induratum digiti két esete.

Schwimmer Ernő: Az első eset L. N.-né özv. bábára vonatkozik, a ki 1895. augusztus hóban jobb mutatóujjának körme mellett azon hiszemben, hogy szálka ment belé, a bört tűvel felpiszkálta, azután abortushoz ment, hogy mint bába teendőit végezze. Egy héttel ezen abortus vezetése után észrevette a bába, hogy a körömágya duzzad, 2 héttel később az egész ujja megdagadt, három hétre már a duzzanat az egész kézre kiterjedt és alkarjának alsó harmadán az ulnaris oldalon vörös, lapos, féltenyérnyi, a felkaron a könyökcsúcs felett tenyérnyi, a könyökhajlatban pedig tojásnyi duzzanatok keletkeztek, melyek feszültek, fájdalmasak voltak és a kar használatát fájdalmasság miatt teljesen kizárták.

Bajának kezdetétől fogva orvosi kezelés alatt volt (a bajt *panaritiumnak* tekintették) és ujját több izben vágták, jodoformmal kezelték, lapissal égették, de nem javult. Az alkalmazott borogatásokra csakis a dagadások lohadtak le. November 1-jén igen rosszul lett, magas láza volt, annyira, hogy delirált. Harmadnapra vette észre, hogy alkarján kiütések keletkeztek, melyek néhány nap mulva egész testét ellepték. Eleinte *himlőnek* nézték. A beteg november 15-dikén a bemutató osztályára vétette fel magát. Ekkor nemcsak az állitólagos panaritiumot kórismézhették extragenitalis infectiónak, hanem az egész köztakarót ellepő kiütés nagy kiterjedésü papulosus syphilidnek volt felismerhető. A beteg azonnal a megfelelő antiluetikus kúrában részesült, mire nemcsak az extragenitalis laesio hegedt be gyorsan, hanem a köztakaró bántalma is visszafejlődött. Jelenleg a jobb mutatóujjon mély heg, a köröm hiánya és a visszafejlődésben levő küteg látható.

A második eset X. Y. orvostanhallgatóra vonatkozik, a ki október hóban jelentkezett a klinikán a bal kéz mutatóujján megvastagodással járó fekélyes bántalommal. Állitása szerint a sebészi osztályon mint *panaritium* kezeltetett és több izben operáltatott. A műtéti beavatkozások daczára az állapot rosszabbodott, a fekély nagyobbodott és a köröm leesett, általános lázas tünemények, fejfájás mellett. Ekkor a beteg felkereste klinikánkat, a hol a bajt extragen. infectiónak kórisméztük. Nemsokára reá az általános tünetek is jelentkeztek a köztakarón, úgy hogy kórisménk ez által teljesen igazolva lett. Beteg a megfelelő kezelésben részesült s a tünetek visszafejlődtek. Jelenleg még a volt extragen. infectiónak helyét igen szépen lehet látni, a köröm hiányzik, az ujj utolsó percze kicsit atrophisált és mély heg van az előrement anyagveszteség helyén.

Róna Sámuel felemliti, hogy hasonló esetben legtöbbször a cubitalis mirigyek meg vannak duzzadva, itt azonban ez hiányzik Az osztályán is van egy esete, melyben az ujjon levő ulcus venereum (u. molle) mellett a távolabb fekvő axillaris mirigyek duzzadtak meg.

Justus Jakab megjegyzi, hogy más az ujjakon előforduló lobos bántalmaknál is van reá eset, hogy nem a legközelebbi, hanem a másodszomszédságban levő mirigyek megduzzadtak.

Róna Sámuel ezt a beteg helytől elvivő nyirokerek lefutásának tulajdonitja.

Lupus erythematosus erysipelas folytán gyógyult esete.

Schwimmer Ernő: D. G. asszony 10 év előtt lupus erythem. kezdeti szakában szenvedett, mely bántalom azonban lassú kiterjedésben

[1] Wiener klin. Wochenschr. 1891. (43—48)

[2] Föderl: Beitr. z. Chirurgie des Rectams u. d. Uterus. Wiener kl. Wochenschr. 1894. XIV—XVIII.

az egész arczot ellepte. Kezelés csekély eredménynyel járt. A baj egyre tartott és nemcsak az arcz, homlok, áll bőrére, hanem még a fül bőrére is kiterjedt. Osztályomra már 8 év előtt került, a hol helyenként thermokauterrel megindítottuk a kezelést. A beállott javulás azonban rövid ideig tartott, úgy hogy néhány évvel később a tuberculin befecskendéseket is megpróbáltuk, de minden eredmény nélkül. A beteg néhány évig külföldön is volt s mult évben nagy kiterjedésű l. eryth.-sal visszatért a fővárosba és a mi eddig nem volt látható, a lupus még a két kézre is átterjedt, úgy hogy a feszítő, valamint a hajlító oldalon is látható volt. F. év szeptember havában igen súlyos orbánczban megbetegedett s igy került orbánczos osztályomra. Az orbáncz maga a legsúlyosabb esetek egyikét mutatta és 10 napon át 40·2—41·0° láz volt rajta erőt, sőt míg egy kis javulás beállott, újra orbánczos kiütés lépett fel, mely a betegnek életét is fenyegette. 5—6 heti kórházi ápolásra az orbáncz végleges lefolyásával a beteg gyógyultnak volt tekinthető.

A kiállott súlyos orbáncz folytán az arcz, valamint mindkét kéz lupusa teljesen visszafejlődött, a mennyiben az erős bőrlob folytán a bőr lehámlásával a felső rétegekben székelő lupus bántalom is teljesen eltünt. Az eset érdekességét növeli azon körülmény, hogy az orbáncz csak nagyon ritkán szokott fennálló bőrbántalmakat teljesen gyógyítani.

Cheriopompholyx esete.

Schwimmer Ernő: P. A.-né, 21 éves, mindig csak házi munkákat végzett. 5 év óta minden esztendőben az időszakoktól függetlenül mindkét tenyerén és ujjai közt égető érzés mellett, melyet kisfokú viszketés előzött meg, vízhólyagok keletkeztek. Az első években csak 3—4, később több, most pedig a tenyerét, sőt a kézhátát is ellepték; a hólyagok benneke zavarossá vált, egyesek felfakadtak, mások elszáradtak és orvosi kezelésre 2—3 hét alatt gyógyultak. A mostani baja negyedik hete, hogy fennáll és kezének használatát képtelenné tette, a miért osztályomra felvétette magát.

Jelen állapot: Mindkét tenyéren, de a kezek háti felületén is, bár ott kevésbbé, gombostűfejnyi egész mogyorónyi számos hólyag látható, melyek közül az apróbbak a kézujjak oldalán, nagyobbak a tenyéren láthatók. A hólyagok vastag faluak, a cutisban az epidermis alatt fészkelni látszanak. Tartalmuk részben tiszta savó, részben zavaros. A zavaros bennéknek környékén a bőr többé kevésbbé piros. Itt-ott a pir nagyobb területet foglal el, sőt az egyik alkarra is hosszú sávok alakjában ráterjed. Ezen oldalon a cubitalis és axillaris mirigyek duzzadtak, kissé érzékenyek.

Havas Adolf: Egy betegénél a hólyagok zavarodása után *lymphangoitis* lépett fel lázzal és más tünetekkel. Komoly és önálló bajnak tartja. Kéri a hólyagok bennékének mikroskopiai vizsgálatát.

Török Lajos: Unna már talált bacteriumokat. A bajt ritka esetben tartja komolynak. Érdekes a bemutatott esetben, hogy a kézháton is vannak hólyagok, bár ő a törzsön is látott már.

Róna Sámuel: A Havas által említett lázt complicatiónak tartja. Lymphangoitist lázzal ő is észlelt egy esetben. Egy betegénél az *elhanyagolt* talpi dysidrosis évekig tartó fekélyedő folyamatot vont maga után.

Justus Jakab a klinikai ambulantián évente 8—10 esetet észlel. Tauffer nőgyógyászati klinikáján egy sepsisben haldokló betegen számtalan hólyagot látott a törzsön és végtagokon. Az alsó végtagokon gyakran jelentkeznek. A lymphangoitist ő is complicatiónak tartja.

Török Lajos szerint mindnyájan megegyeznek abban, hogy a cheriopompholyx önálló ártalan bántalom.

Schwimmer Ernő Havas esetét erythema bullosumnak tartja. Complicatiók: mint nagyobb lobosodások ritkán fordulnak elő.

Acne necrotica esete.

Schwimmer Ernő: A 37 éves gépszerelőnek 1891. novemberében sankerje, ezután fején jelentkező kiütése volt, mely ellen 1892. februárban 24 bedörzsölést végzett, azután pedig j. k.-t. szedett.

1892. juliusban újólag kiütés; ellene 12 bedörzsölés, ezek végeztével fülében genyedés támadt, melyet Bécsben Gruber tanár 4 hét alatt meggyógyított. 1892. novemberében kiütés a homlokon, Neumann tur. rea Merc. pp kenőcsöt rakatott és j. k.-t adott. Ezen idő óta a küteg mindig újra jön; utoljára ellene a budapesti Erzsébet-kórházban Zittmann-főzetet adtak. Jelenleg a penis hátán fehéres heg. A lágyékban és a nyakon borsónyi, mogyorónyi indolens mirigyek, a torokban csekély angina, az arczon és különösen ennek szakállas részén nagy papulopustulosus küteg. A tarkón genyedő kifekélyesedett duzzadás és szomszédságában számos vörös-barna papula, közepükön részben hajszállal, részben kisebb-nagyobb varral fedve vagy pedig felületesen kifekélyesedve.

Havas Adolf a bántalmat lues ulceroso-serpiginosa-nak tartja.

Török Lajos a tarkón élesen határolt félkör alakú elváltozást *luesnek* tartja; ezenkivül másnemű pustulosus folyamat van jelen.

Marschalkó Tamás a kóralakból *luesre* következtet.

Róna Sámuel felemlíti, hogy tavaly volt acne necrotica esete, a mely localis kezelésre (kén) meggyógyult. Ezen betegnél a betegség ez évben *kóralakban* recidivált és sublimat injectiókra localis kezelés nélkül gyógyult. Ezzel utal azon nehézségekre, melyek egyes esetekben a syphilis kizárását illetőleg fenforognak. Jelen esetben a genyedő alakot *complicatiónak* tartja s a tarkón levő nagy göböt esetleg tuberculosus syphilidnek. Az arczon levő hegek mindkét folyamatból származhattak.

Justus Jakab az elváltozást ugyanoly természetűnek tartja, mint a minőt sycosis parasitaria eseteiben a szakállon látunk. A felhányt szélű kráterszerű fekélyeket és a genynyel telt göböket gomba infectio is okozhatja, s kizárja a luest.

Török Lajos szerint a hajzat külleme nem szól herpes tonsurans mellett.

Róna Sámuel sem tartja herpes tons.-nak.

Basch Imre szerint a folliculitis jelen esetben a luetikus eredetű bántalom complicatiója s a tályogot gombás infectio eredményének tartja.

Schwimmer Ernő szerint syphilis ellen szól az epilatio után következő gyors gyógyulás és az, hogy más testrészen nincs syph. elváltozás. Különben a kezelés eredménye és a hajszálaknak gombákra való vizsgálata fogja a kérdést eldönteni.

Lichen ruber planus vagy psoriasis punctata universalis?

Schwimmer Ernő: Beteg 36 éves, jó egészségnek örvendő néptanító, nagy kiterjedésű bőrbántalommal került november közepe táján osztályomra.

Előadása szerint a családban csak a nővérénél mutatkozott hasonló betegség, míg szülőinél efféle bántalom jelenvoltáról nem tud semmit.

Jelen baja állítólag 10 év óta áll fenn, de csak a felső végtagokon volt. A jelenlegi kiterjedésében csak fél év óta áll fenn. Az egész köztakarón (a törzs és hát bőrén és a felső végtagokon egész kitorjedésben) sűrűn összeálló gombostűfej egész kendermagnagyságú göbecsés kiemelkedések, melyek helyenként vékony finom pikkelyekkel vannak fedve.

A has, valamint a czombok bőre szétszórtan mutatják az említett elvál ozásokat. Viszketés meglehetős nagyfokú s főkép az éjjeli órákban fokozódott. A kórisme kis ideig az em itett két kóralak között ingadozott, de a pikkelyeknek fürdők következtében történt leválása, valamint egyes pubító és a viszketést csillapító kenőcsök alkalmazása által az egyes göbecsék tisztábban kiemelkedtek, úgy hogy már most kétségtelen, hogy ritkábban előforduló nagy kiterjedésü *psoriasis punctata universalis*-sal van dolgunk.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Sul significato patologico degli elementi coriali e sul cosi detto sarcoma deciduo cellulare. Pel Prof. **Ernesto Pestalozza.**

41 esetet ismerünk, melyben rosszindulatú újképlet keletkezett a placenta tapadása helyén, az uterus izomzatának szétroncsolására s az organismus invasiójára való hajlandósággal.

A bántalom klinikai képe: mindenekelőtt metrorrhagiák lépnek fel rendes szülés, abortus vagy mola-szülés után. A méh gyorsan növekedik, de sohasem haladja túl egy a III. terhességi hónak megfelelő méh nagyságát. A beteg igen rövid idő alatt a cachexia teljes képét mutatja. Ekkor, kizárva a fibroma uterit, mert mindig hiányzik a charakteristikus consistentia, függőben marad még a diagnosis, vajjon nem állunk-e abortussal, abortus maradványok retentiójával vagy corpus carcinomával szemben. Ily esetekben a curette-tel nyert szövetek mikroskopi megvizsgálása tehet jó szolgálatot.

Ezek után nemsokára megjelennek a metastasisok; így a vaginában kékes, kis daganatok, melyek varicosus csomókhoz hasonlítanak a vena lefutása hosszában; rohamosan növekednek s áttörnek a mucosán, néha igen bő vérzéssel, de kimarad a vérzés, ha a tumorban extravasált vér már előbb compact coagulummá vált. A 41 eset közül 18-ban határozottan fel van említve a metastasis ily localisatiója: de hogy ez nem jelenti még a baj gyógyíthatlanságát, bizonyítja Schauta esete, melyben a constatált vaginalis metastasis nem zavarta a hysterectomia jó lefolyását.

Nem mindig jutunk e pontra, mikor már az infectio a vérkeringés útján, egyidejüleg a tüdőkben megsokszorosítja a metastatikus góczokat. Ekkor a már cachexiás nő dispnoicus lesz. A lefolyás gyorsításához most már hozzá járulnak a lázak is, míg a tüdő-tünetek első fellépésétől számított néhány nap alatt az asszony elpusztul.

A sarcoma deciduo-cellulare charakteristikus anatomiai jelei: *a*) óriás-sejtek, melyek az izomrostok között, a véredények hosszában s ezek üregében vannak; *b*) az újképlet közepében kerekded és sokszögü sejtek halmazai, melyeken gyakran élénk sejtoszlás látható; ezeket kötőszövet vagy óriás-sejtek határolják a periferia felé.

Megállapítva azt, hogy az újképlet a placenta tapadása helyén keletkezik, szóba jöttek ennek összes, normalis alkotó elemei, a daganat keletkezése pontjának megtalálására. Elfogadva azt, hogy a placenta decidua-sejtjei s a bolyhok külső, plasmás borítéka, anyai eredetüek, míg a Langhans-féle sejtréteg a foetalis ektodermát képviseli, a bolyhok stromája pedig az embryonalis mesodermából fejlődik, a szóban levő újképletnek más és más

jelentősége lenne, ama réteg szerint, mint a melyből fejlődönek tekintjük. E szerint lehetne anyai eredettel: sarcoma (decidua), vagy epithelioma (plasmaréteg); és viszont foetalis eredettel: epithelioma (Langhans-féle sejtréteg) vagy sarcoma (stroma).

A mi a bántalom therapiáját illeti, az a hysterektomia. A 41 eset közül 25-ben nem történt semmi beavatkozás, ezek közül 23 meghalt; kettőnek a sorsa ismeretlen. Kettőt laparotomia útján operáltak meg, mindkettő meghalt. Egy esetben curettage-t végeztek, ez meggyógyult. 13 esetben hysterektomia történt; 9 gyógyult. Szerző egy esetben, mely szemei előtt végződött halállal, a nagy lázak leküzdésére sublimat intravenosus-injectiókat alkalmazott, de a láz némi csökkenésén kívül semmi más észrevehető javulás nem állott be.

Végül szerző a saját 6 s más szerzők 35 esetéből, a következő conclusiókat állítja fel:

1. A betegedés sokkal gyakoribb, mint azt az ember az első közlemények után gondolná.

2. A szóban forgó megbetegedés eredete: a serotina területén képződő újképlet; gyakrabban mola-terhesség után (38 meghatározott eredetű eset közül 20 mola); kevésbbé gyakran teljesen kihordott terhesség után (38 eset közül 15); még ritkábban abortus után (38 közül 3).

3. A mola gyakorisága, mint aetiologikus momentum, oka, hogy a bolyh megváltozott szerkezetében keresték a betegség kiindulási pontját.

4. A bolyh epithelialis burkának elváltozásai, melyek annyira feltünők a molánál, megtalálhatók még teljesen kiviselt terhesség vagy abortus placentáinak bolyhain is.

5. A nagy analogia, mely az újképlet néhány charakteristikus eleme s az így megváltozott bolyhok epithelialis rétegeinek elemei közt van, úgy látszik azoknak ad igazat, a kik azt hiszik, hogy az újképlet ezekből a rétegekből ered.

6. Ha tényleg részt vesz a decidua is, ennek másodlagos szerepe van, oly értelemben, hogy a placenta maradékok abnormis fejlődése fentartaná az uterusban azt a terhességi izgalmat, melynek befolyása fentartja s folytatja a mucosának activ, decidualis átalakulását.

7. Ezek alapján az újképlet: epithelialis tumor.

8. Az újképlet rosszindulatú volta úgy látszik directebben függ össze a véredények falainak usurulásával, semmint az azt alkotó elemek valamelyes specificitásával.

9. Az újképlet elemeinek emboluskép való jelenléte a véráramban úgy látszik haemolytikus hatással van, a vörös vérsejtek nagy mértékü szétroncsolását s a metastatikus csomók közelében gyakran található pigment massák lerakódását véve tekintetbe.

10. Mai ismereteink alapján úgy látszik igaznak bizonyul a mola hydatitosáról irt munkám conclusiója, hogy fejlődhetik az anyában petei eredetü újképlet.

11. A mi a betegség elnevezését illeti, úgy látszik, a sok ajánlott közül egy sincs, mely a kritikát kiállaná. Noha különben mindenki megérti, ha körülirással egy, a serotina területén fejlődött, rosszindulatú újképletről van szó: mégis észszerü dolog lenne egy correct anatomiai elnevezést utólagos tanulmányoknak fenntartani, melyek majd a normalis placenta szerkezetének exactabb ismeretén alapulnak. Elégedjünk meg addig egy neutralis elnevezéssel, mint a milyen a Marchand ajánlotta serotina-daganat, vagy nevezzük annak tiszteletére, a ki legelőször kiemelte a betegség lényeges ismertető jeleit, Sänger-féle betegségnek.

II. Lapszemle.

Kórtan.

A halál okairól pneumonia crouposánál ir *Bollinger* tanár. A halál okai gyanánt croupos pneumoniánál általában a következőket veszik fel: 1. A tüdő müködéseinek akadályozott volta a lobos folyamat nagy kiterjedtsége miatt; kisebb mérvü lob esetén is bekövetkezhetik azonban ilyen módon a halál, ha az ép részekben oedema jelentkezik. 2. Az infectio súlyossága (septiform pneumonia), a mi főleg a rendkivül erős lázról ismerhető fel. 3. Complicatiók: meningitis, pericarditis, gangraena pulmonum stb. 4. Szivgyengeség, mely vagy már a betegség előtt is fenállott, vagy a betegség folyamán jelentkezik. A kórboncztani leletek pontosabb elemzésekor szerzönek két dolog tünt fel; először az összes szervek, főleg a bör, az agy és az alhasi szervek vértelensége, pedig a tüdőcapillarisok területének megkisebbedése és a szivgyengeség miatt inkább venosus hyperaemiát várhatnánk; másodszor az, hogy collateralis hyperaemia és collateralis oedema az ép tüdőrészletekben nagyon ritkán található. Ebből arra a következtetésre jut, hogy a halál előidézésében a legfontosabb szerepet az játszsza, hogy a rohamos lobos exsudatio folytán a szervezet rendkivül sok vért veszit, a minek folytán a láz miatt amúgy is gyengült szív még gyengébb lesz; ehhez még hozzájárul, hogy az egyidejüleg jelenlevő agyanaemia következtében beálló innervatiószavarok is károsan hatnak a szívre. A therapiát illetőleg ezekből az a következtetés vonható, hogy sok folyadéknak a szervezetbe juttatásával kell iparkodni az oligaemiát megszüntetni és pedig már olyankor, a mikor a szövetek és szervek felszivó képessége még nem igen szenvedett csorbát, tehát a collapsus bekövetkezte előtt. E mellett természetesen a szivet is kell erősíteni és mindazt kerülni, a mi a szervezetet gyengithetné. (München. medic. Wochenschrift, 1895. 32. sz.)

Belgyógyászat.

A dysenteria aetiologiájához szolgáltat adatokat *Gasser*. 153 dysenteria-esetnek körülbelül felében tartalmazott a bélsár amoeba coli-t. Ebből azonban még nem következik az, hogy a dysenteriát az amoeba coli okozza, mert körülbelül minden negyedik egészséges ember bélsarában szintén kimutatható az amoebia coli. Az amoeba tartalmú bélsár átvitele macskára nem bizonyit semmit, mert ugyanazon anyag sterilizálva szintén előidézhet vastagbél-fekélyeket; másrészt pedig a macskák amúgy is gyakran szenvednek vastagbél-fekélyekben. (Arch. de méd. expér. et d'anat. path. 1895. 2. sz.)

A fehér vérsejtek számlálásánál következő higitó és egyszersmind festő folyadékot használják *Barjon* és *Regaud*: 265 kcm. 3%-os konyhasó-oldathoz és ugyanannyi 5%-os natrium sulfuricum-oldathoz 65 kcm. 8%-os gummi-oldatot adunk; ezen keverék 50 kcm.-éhez 5%-os alkoholos gentiana-ibolyát, vagy még czélszerübben hexamethyl-violettet teszünk. A fehér vérsejtek magvait ezen folyadék nagyon gyorsan megfesti; a vörös vérsejtek a festőanyagot nem veszik fel. (Lyon médical, 1895. 38. sz.)

Pleuritis sicca gyógyitására *Cérénville* sterilizált oleum olivarum befecskendezését ajánlja azokon a helyeken, a hol a dörzszörej a serosus felületek egyenetlenségére utal. 1—3 köbcentimetert fecskendez be. Az eljárás nem jár nehézségekkel és nem fájdalmas. Pericarditis eseteiben az eljárás szintén megkisérelhető; szerző egy esetében az eredmény jó volt. Minthogy pleuritis sicca legtöbb esetében egyszerübb módon is czélt érünk: ezen eljárásnak nem nagy jövő jósolható. Lehetséges azonban, hogy ezen eljárással az adhaesiók képződése megakadályozható, a mi mindenesetre kivánatos eredmény volna. (Congrès français de médecine, 1895.)

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Éjjeli izzadás** ellen állitólag nagyon jó eredménynyel használható a hydrastis canadensis; 25—30 csepp adandó este a folyékony kivonatból. Ha ez a mennyiség nem bizonyulna elégségesnek, naponként háromszor veendő be 25—30 csepp. (Practitioner, 1895. deczember.)

2. **Hasmenés** ellen jó eredménynyel használható az argentum jodicum ½—1 centigrammos adagokban: Rp. Argenti jodici 0·15; Boli alb. 4·0. F. c. aqu. destill. pil. Nr. 30. D. ad vitrum. S. Naponként 3—5 labdacsot. Gyermekek számára e vényben az argentum jodicumból annyi centigramm veendő, a hány esztendős a gyermek. (Wiener mediz. Presse, 1896. 8. sz.)

3. **Exsudatum pleuriticum** eseteiben *Segalea* a következő szert dörzsöli be kefével a beteg mellkasfél háti részébe: Rp. Guajacoli 2·0; Tinct. jodinae, Glycerini aa 4·0. A bedörzsölés után impermeabilis kötés alkalmazandó. (Practitioner, 1895. november.)

TÁRCZA.

Hőgyes Endre tanár elnöki megnyitója a magyar orvosi könyvkiadó társulat márczius 26-diki évi közgyülésén.

Tisztelt közgyülés! Társulatunk hatodik cyclusának második évét zárjuk le és a harmadikat nyitjuk meg.

Elüt ez év társulatunk életében elődjeitől abban, hogy egybe esik az ország ezer éves fennállásának ünnepi évével, a mely mint Magyarország kulturalis öntudata megnyilatkozásának éve, bizonyára emlékezetben fog maradni a jelen és reá következő emberöltők elméjében hosszú időkön keresztül.

Bármilyen kicsiny is az a tér, a melyben társulatunk missiója mozog, mégis helyet követelhet magának nemzetünk közmüvelődési törekvései között, és ha az eredmény, mely a mi társulatunk szerény működéséhez füződik, megfelel a társulatunk alakulásakor kitüzött czéloknak, ama nemzeti kulturalis öntudatban nekünk is ki kell jutni a magunk részének.

Megfelelt e valóban társulatunk tevékenysége a hozzá kötött várakozásoknak? megtettük-e mindazt, a mit czéljaink elérésére az adott körülmények között tenni lehetett? oly kérdések, melyeket felvetni a hazai kulturalis contemplatio e nagy esztendejében helyén van, sőt kötelességünk.

Társulatunk első beszámoló ülésén 1865-ben az akkori elnök Balassa következőleg körvonalozta az egy évvel azelőtt megalakult társulat követendő czéljait. Czélunk — úgymond — az óriási mérvü és haladású szaktudományunknak vívmányait szemmel tartva, azoknak legjobbjait nyelvünk tulajdonává tenni s az ennek folytán keletkező és könnyebben megerősödő honi szakirodalmat önálló és eredeti müvek teremtésére buzdítani, szóval szaktudományi életünkben azon eleven mozgalmat elöidézni, mely a tökéleteshez való jutásnak kútfeje. Mint a tökéletesség ideális jövőjét rajzolja Balassa azt a korszakot a társulat életében, a mely akkor fog bekövetkezni, a midőn eredeti kiadványokat is leend szerencsés a társulat „tudományos érték szerinti választottai közé állíthatni".

A miket az első tervezők három évtized előtt társulatunk czélja gyanánt felállítottak, azok lassan bár, de fokozatosan teljesedésbe jutottak. Az *első tíz év* alatt társulatunk a kitüzött munkaprogramm értelmében igyekezett legelőbb is a legjobb és nekünk legszükségesebb külföldi munkákat nyelvünkbe átültetni. Így kapta meg általunk a magyar orvosi közönség a Belgyógyászati tudományok köréből: *Niemayer* Belgyógyászatát, *Mayer* Villamgyógyászatát, *Braun* Vízgyógyászatát, *Gerhardt* Hallgatózását és kopogtatását, *Wunderlich* Testhőmérészetét, *Ultzmann* Húgyvizsgálatát, *Gerhardt* Gyermekgyógyászatát; a sebészeti tudományok köréből: *Billroth* Sebészi kór- és gyógytanát, *Emmerth* Részletes sebészetét; a szemészeti tudományok köréből: *Stellwag* Szemészetét; a szülészeti és nőgyógyászati tudományok köréből: *Sims* Méhsebészetét, *Naegele* Szülészetét; a kórboncztani tudományok köréből: *Förster* Kórboncztanát; a törvényszéki orvosi tudományok köréből: *Taylor* Orvosi jogtudományát; az élettani tud. köréből: *Ranke* Élettanát. A *magyar eredeti könyvirás* praecursorai voltak társulatunk révén ez időben: *Böke Gyula* tagtársunk Fülgyógyászatával, *Schwimmer Ernő* Börkórtanával, *Korányi Frigyes* Az ázsiai choleráról, *Fodor József* Angolország közegészség ügyéről irott monographiáikkal, *Czakó Kálmán* Boncztani eljárásával. Ide tartozik még *Balassa*, kinek *összegyüjtött sebészi kisebb munkáit* ez időszak végén — fájdalom — már csak halála után adhatta ki a társulat. Az első 10 év alatt kiadványaink között 6 magyar szerző neve foglal helyet 15 külföldiével szemben.

A *második decad* hasonló irányban fejtette tovább a társulat működését. Ez alatt ültették át a magyar orvosi irodalomba a következő jeles külföldi müveket. Az elme- és idegkórtan köréből: *Charcot* Előadásait az idegrendszer betegségeiről, *Krafft-Ebing* Bünügyi lélektanát, *Simon* Elmebetegek agylágyulását, *Schuster* Gerinczvelő bántalmait; a belgyógyászat köréből: *Kunze* Gyakorlati orvostanát, *Rossbach* A természettani gyógyrendszerek tankönyvét, *Wagner* Brigth-kórját; nőgyógyászati irodalmunk *Schröder* A női ivarszervek betegségeiről irott munkájával szaporodott; boncztani irodalmunk *Krause* Leíró emberboncztanával; a kórboncztani *Orth* Kórboncztani diagnostikájával; az élet- és kórvegytani *Hoppe-Seyler* Az élet- és kórvegytani elemzés kézi könyvével; közegészségügyi irodalmunk pedig ez idő alatt *Lorinser* Ehető, gyanus és mérges gombáival, *Nowák* Fertőző betegségeivel, *Röll* Állatjárványtanával gazdagodott.

E decadban már több hazai író lépett társulatunk működésének keretében a *könyv és monographia* írás sorompójába. Így: *Bókai János* A garatmögötti tályogokról írta meg jele monographiáját, *Szenger Ede* Mexico felvidékét ismertette meg élet- és kórtani tekintetben, *Balogh Kálmán* A magyar gyógyszerkönyv nagy commentárját tette közzé, *Mihalkovics Géza* Általános boncztanát, *Dollinger Gyula* A massage-t, *Stiller Bertalan* Az ideges gyomorbántalmakat, *Lőri Ede* A garat, gége és légcső különböző betegségek alatti elváltozásait írták meg, *Bruck Jakab* pedig Semmelweis Ignácz Fülöp nagy hazánkfiáról írt tanulmányt. A második 10 év alatt tehát már 8 magyar szerző munkája szerepel kiadványaink között 14 külföldiével szemben.

A *harmadik évtized* munkássága még közelebb hozza társulatunkat a Balassa idealjához, a mennyiben a hazai írók kiadott munkái még számosabbak, mint az előbbi decad alatt. Fordított kiadványaink ez időszakból a következők: a kór- és gyógytan köréből: *Woodhead* Gyakorlati kórtana, *Hoffmann* Általános orvoslástana; a gyermekgyógyászat köréből: *Runge* Az újszülöttek betegségei, *Henoch* Gyermekgyógyászata; a közegészségtan köréből: *Parkes* Gyakorlati egészségtana; a sebészet köréből: *Druitt* A sebészet kézikönyve; a belgyógyászat köréből: *Jaksch* A belső bajok klinikai kórismeje; a szemészet köréből: *Dimmer* A szemtükör diagnostikai használata. Magyar szerzők magyar könyvei ez időből: *Babes Viktor* A bakteriologia kézikönyve, *Boleman István* Fürdőtana, *Petz Lajos* monographiája a győri cholera-járványról, *Klug Nándor* Élettana, *Antal Géza* A húgyszervek sebészeti bántalmai, *Goldzicher Vilmos* A szemészet kézikönyve, *Bókai Árpád* Újabb gyógyszerei, *Jendrássik Jenő* Hátrahagyott iratai, *Irsai Arthur* Útmutató a gége- és orrtükrészetben, *Ónodi Adolf* Az orrüreg és melléküregei, *Ivanchich* Kőmorzsolása, *Róna Samu* Bujabetegségei, *Thanhoffer* Szövettana, *Belky* Törvényszéki orvostana. A harmadik 10 év alatt tehát 14 eredeti munka szerzője szerepel 8 külföldiével szemben.

Társulatunk élete *negyedik évtizedének* első felét nagy magyar *Belgyógyászati kézikönyvünknek* kiadása fogja betölteni. E munkából eddig már két kötet jelent meg, melyben 18 magyar szerző 59 önálló fejezetét dolgozta fel a belgyógyászati tudományoknak. Tagjaink számának örvendetes folytonos szaporodása bizonyítja, hogy az első legnagyobb és legkimerítőbb, modern orvosi kulturánk becsületére váló belgyógyászati munka kiadásának segélyezése — a mely által jelenhetik meg az csak — részünkről czélszerü, helyes és kulturalis jelentőségü cselekedet volt; és előbbi kiadványaink hosszú sorozatával együtt e kiadványaink által is közelebb vittük szakirodalmunkat azon czélokhoz, melyeket társulatunk első elnöke annak idején a fentebb előadottakban körvonalozott.

Társulatunk eddigi működésének emlékezetünkbe hozása, t. közgyülés — azt hiszem — nyugodt öntudatot kelthet fel bennünk az iránt, hogy megfeleltünk a társulatunk tevékenységéhez kötött várakozásoknak, megtettük azt, a mit az adott körülmények között tenni lehetett: így Magyarország életének második milleniuma kezdetét emelt fővel köszönthetjük, annak a reményében, hogy kitartó és nem csüggedő munkásságunk a magyar orvosi szakirodalom felvirágoztatására az eddiginél még sikeresebben, még eredményesebben fog közre hatni.

Ezzel a közgyülést megnyitottnak nyilvánítom.

Heti szemle.

Budapest, 1896. április 2-dikán.

A magyar orvosi könyvkiadó társulat évi közgyülése 1896. márczius 26-dikán.

1. *Hőgyes Endre* elnöklete alatt jelen volt 46 tag.

2. Elnök tárczarovatunk első czikkéül közölt beszéddel nyitotta meg az ülést.

3. Azután *Koller Gyula* I. titkár olvasta fel az *igazgató-tanács* jelentését az 1895-dik évi működésről. A jelentés a következő:

A m. orvosi könyvkiadó társulat 1895-diki illetménye, mint mindnyájunk előtt ismeretes, még a nevezett év folyama alatt elkészült és a társulat tagjainak megküldetett. Az illetményt a következő két mű képezte.

1. *Törvényszéki orvostan.* Irta néhai *Belky János* dr., a törvényszéki orvostan ny. r. tanára Kolozsvártt. A holttest jelenségeiről és a személyazonosságról szóló részt kidolgozta *Genersich Antal* dr., a kórboncztanban ny. r. tanára Kolozsvártt. VI. 736 l., 89 a szöveg közé nyomott ábrával. Budapest, 1895.

2. *A belgyógyászat kézikönyve.* Szerkesztik *Bókai Árpád* tnr., *Kétli Károly* tnr. és *Korányi Frigyes* tnr. *Második kötet. Vérbetegségek. Lépbetegségek. Anyagforgalom betegségei. Gyakorlatilag fontosabb mérgezések.* XVIII. és 946 l. A szöveg közt számos ábrával és három táblamelléklettel.

A két munka ívszáma 108 ív, 117 ábrával és 4 táblamelléklettel. Az ívek száma 8 ívvel meghaladja az 1894. évi kiadványok ívszámát s eddigelé a legmagasabb, melyet a társulat fennállása óta egy év alatt tagjainak juttatott. A dolog természetéből folyik, hogy ily nagy terjedelem mellett a mult évi illetmény előállítási költségei is a szokottnál tetemesebbek voltak és a két kötet beszerzésénél 10,536 frt 74 krra emelkedtek. Mint mult évi jelentésünkben felemlítettük, a társulat alapítványi bizottmánya tekintettel arra, hogy a társulat tagjainak száma 1000-nél többre emelkedett, elhatározta, hogy a kiadványok 1100 példányban szereztessenek be és ennek megfelelőleg a VI. folyam alatt az évenként könyvkiadásra fordítandó összeg átlag 8000 frtra állapíttassék meg, mely határozatot az igazgató-tanács is magáévá tette. Miután az 1894. évben is már 9392 frtnyi összeget vettek igénybe az ezen évben kiállított munkák s e szerint a VI. folyam két első évében a könyvkiadásra fordított összeg 19,929 frt 36 krra, tehát csaknem 20,000 frtra emelkedett, ebből kitetszik, hogy a VI. folyam két első évében az átlagban megszabott évi 8000 frton felül évenként 2000 frttal több adatott ki a könyvilletményre. Figyelmen kivül nem hagyható azon körülmény sem, hogy ezzel párhuzamosan a társulat egyéb kiadásai, így pl. a könyvek szétküldési költségei is aránylag növekedtek. Ámbár a társulat tagjai az 1895. év alatt is örvendetes módon (63 taggal) szaporodtak ugyan, mégis el nem zárkózódhat az igazgató-tanács azon intés elől sem, mely az idézett túlkiadásokban fekszik és kötelességévé teszi, hogy jövőre az alapítványi bizottmány által megszabott évi átalányt szem előtt tartva, annak nagyobb mérvű túlhágásától óvakodjék.

Miután köztudomás szerint társulatunk a Belgyógyászati kézikönyv kiadójával *Franke Pál* könyvkereskedővel kötött szerződés értelmében csak 850 példánynak megszerzésére volt jogosítva, azóta azonban a társulat tagjainak száma oly örvendetes módon szaporodott, hogy az *egyezret* már lényegesen túlhaladta, az igazgató-tanács indíttatva érezte magát a jelen folyam első évétől fogva az összes kiadványokból 1100 példányt beszerezni és pedig sikerült a kiadónál kieszközölnünk, hogy egész 1000 példányig az eredetileg kialkudott áron és csak az utolsó száz példányért kevéssel magasabb áron jutottunk ezen többlet birtokába. Hogy ezen utólagos bevásárlása a két évre járó könyvilletménynek lényeges kiadásokkal terhelte a mult évi budgetet, önként érthető.

Tekintettel arra, hogy a Belgyógyászat kézikönyve a szerkesztők által kilátásba vett idő alatt valóban is elkészüljön, a mi nemcsak a társulat, de magának a munkának érdekében is kívánatos, pedig mint már eddig is tapasztaltuk, néha nem kis nehézségekbe ütközik, birjuk a t. szerkesztő urak igéretét, hogy előre nem látható akadályoktól eltekintve a viszonyainkhoz mérten nagy munka folytatólagos megjelenése ezentúl megszakadás nélkül és rendes időben várható.

A mi az 1896. évi könyvilletményt illeti, annak első részét képezni fogja a Belgyógyászati kézikönyv III. kötete, melynek szedése folyamatban van, úgy hogy megjelenése a nyár elejére bizton várható.

Az ez évi illetmény második része Lechner Károly kolozsvári tanár már mult évi jelentésünkben említett elmekórtani munkája lesz az öntudatlansági és kétes elmebeli állapotokról. Tudvalevőleg Lechner dolgozatára alkalmat szolgáltatott azon körülmény, hogy ezen orvostörvényszéki tekintetben oly nagy fontossággal bíró állapotok b. Belky törvényszéki orvostana keretéből a szerző halála miatt kimaradtak, s az igazgató-tanács ezek megírására Lechner tanár urat kérte meg. Az utóbbi jobbnak találta ezen tárgyat, a mely az elmekórtani munkákban eddig sehol kimerítőbben tárgyalva nincs, önálló tanulmány tárgyává tenni és a mai ismeretek és tapasztalatok nyomán alaposan megvilágítni. Az igazgató-tanács a Lechner tanár úr által beküldött kéziratot szakértő bírálatnak alávetette s az utóbbinak ajánlata folytán kiadását elfogadta. Birjuk szerző igéretét, hogy a már szedésben levő munka a nyár folytán elkészülend s még ez év folyama alatt szétküldhető lesz.

Végül megemlítjük még, hogy az igazgató-tanács által már régebben kilátásba helyezett kórboncztan tankönyve a befejezéshez közel áll és az 1897. évben legalább is annak első kötete az illetménybe beigtattatni fog.

4. Azután *Jendrássik Ernő* másodtitkár mutatta be az *alapítványi bizottmány jelentését a mult év folyamáról*, mely a következő:

Tisztelt közgyülés! Az alapítványi bizottmány az elmult 1895-diki évről is örvendetes jelenségekről emlékezhetik meg a társulat anyagi viszonyait illetőleg. Az alapítványi tőkében változás csak annyiban történt, hogy *Korotnai Árpád* dr. az igazgató-tanács által a b. Ivánchich Victor hátrahagyott iratainak sajtó alá rendezéséért neki megszavazott 200 frtnyi tiszteletdíjat a helybeli szt. Rókus-kórházban alapítandó könyvtár javára kivánta fordíttatni oly módon, hogy ezen összeg mint a *szt. Rókus-közkórház alapítványa* szerepeljen az alapítók sorában s a társulat kiadványai a kórházi könyvtár törzsét képezzék; mi a nemeslelkü adakozó óhajtásának megfelelőleg a szt. Rókus-kórházi igazgatóság beleegyezésével meg is történt. Alapítványát lefizette mult évben a Hoffmann és Molnár czég is 200 frt 4%-os m. járadék-kölcsönnel. Részletfizetéseket tettek továbbá Dirner Gusztáv dr. 30 frt és Weresmarthy Gusztáv 25 frttal. Az alapítványi tőke utáni hátralék jelenleg már csupán 400 frtot tesz.

A társulat rendes tagjainak számában a mult évi közgyülés óta is örvendetes szaporodást jelezhetünk, a mennyiben ezen idő óta 62 új rendes tag és egy résztvevő jelentették belépésüket. Ezen új tagok hozzá- és a mult évben előfordult veszteségek leszámításával a tagok létszáma jelenleg a következő: 137 alapítvány, 7 tíz forintos, 901 nyolcz forintos és 6 résztvevő, összesen 1091 tag.

A társulat bevételei mult évben alapító tagok díjaiból 475, rendes tagok díjaiból 7083 frt, összesen 7558 frtra rúgtak. A f. évi illetmény, t. i. a Belgyógyászat II. kötete és Belky művének költségei 10,536 frtot tettek, azonkivül az eredetileg csak 850 példányban megszerzett 1894-dik évi kiadványok utólagos megvétele 250 példányban is 2000 frtnál nagyobb összeget vett igénybe. A társulat vagyona a pénztári számadásban 64,513 frt 91 krral van kimutatva, mely összegben 1885 frtnyi tagdíjhátralék is foglaltatik. A hátralék mintegy 50%-nyi részletének utólagos befizetése várható. A társulat vagyonának értékpapirokba fektetett része, ú. m. 57,214 frt 30 kr. a m. földhitelintézetnél mint tőke van letéve. A folyó kiadások fedezésére a budapesti takarékpénztár részv. társulatnál 3941 frt, a m. földhitelintézetnél 1129 frt 13 kr. és a társulat pénztárában 344 frt 48 kr., összesen tehát 5414 frt 61 kr. áll jelenleg a társulat rendelkezésére. Ezen összegben azonban az 1896-dik tagsági díjak még csak csekély részben szerepelnek.

A társulat tagjai sorából meghaltak *Hartl Alajos* és *Rózsahegyi Aladár* alapító tagok, kik közül a magyar orvosi tudomány egyik buzgó mívelője, Rózsahegyi tanár fordította le magyar nyelvre *Parkes Edmund A.* a *Gyakorlati egészségtan kézikönyvét* s egyszersmind abban a metrikus mértékre számította át az eredetiben használt angol mértékeket. A rendes tagok sorából, a mennyire értésünkre esett, kimúltak Takács Endre, id Purjesz Zsigmond, ki társulatunk számára magyarra fordította Ranke élettanát, azonkivül Berkovits Zsigmond, Dombay Tádé, Kovács Antal és Velits Lajos. Azonkivül egyéb okokból 5 rendes tag jelentette be kilépését.

Az alap. bizottmány két kiküldött tagja által előlegesen megvizsgáltatta a társulat mult évi pénztári számadásait s vagyonállását, melyek teljes rendben találtatván, *Török Sándor* pénztáros úrnak a szokásos felmentvényt megadatni és fáradságos munkálkodásáért közgyülésileg köszönetet szavaztatni indítványoz.

Az 1895-diki pénztármérleg és vagyonkimutatás a közgyülés tagjai között kiosztatott. A kimutatást itt közöljük.

A magyar orvosi könyvkiadó társulat forgalmi kimutatása 1895. márczius 22-dikétől 1896. márczius 14-dikéig.

Bevételek:	frt
Pénztári egyenleg 1895. márczius hó 11-dikén	328.48
Magyar Tudományos Akademia adománya	1,000.—
Kamatozásra elhelyezett betétekből	36,659.48
Kisorsolt értékpapirokból	7,000.—
Eladott értékpapirokból	12,803.—
Szelvények beváltásából	2,667.71
Kamatokból	195.94
Rendes tagok díjai	7,083.—
Alapító tagok befizetései	475.—
	68,212.61
Kiadások:	
Kamatozásra elhelyezett betétek	35,965.55
Értékpapirok bevásárlása	19,556.42
Titkári kiadások	55.78
Évi jelentés nyomtatása és egyéb költségek	346.39
Lakbér	200.—
Belgyógyászat kézi könyve I. kötet	817.26
„ „ „ II. „	6,304.50
Dr. Thanhoffer L. „Mikroscopia“	514.—
Dr. Belky J. „Törvényszéki orvostan“	3,908.23
Dr. Korotnai Árpád tiszteletdija	200.—
Pénztári egyenleg	344.48
	68,212.61

Vagyon-mérleg:

Kamatozásra elhelyezett betétek:			
a Budapesti takarékpénztár részvénytársaságnál		3,941.—	
a Magyar földhitelintézetnél		1,129 13	5,070.13
Értékpapirok:			
n. é. frt 10,400.— 4% M. földteherm. kötv.	97¼	10,114.—	
„ „ 4,300.— 4% „ földhit.-int. zálogl.	98½	4,235.50	
„ „ 10,000.— 4½% „ regále-kötvény	100·10	10,010.—	
„ „ 11,000.— 4% „ földhit. talajj. kötv.	97	10,670.—	
„ „ 38,800.— 4% „ földhit. k. é. zálogl.	98¾	19,157.50	
„ „ 4,700.— 4% „ korona-járadék	99·10	2,328.85	
Időközi kamatok márczius 14-dikéig		698.45	57,214.30
Hátralékok:			
a) alapító tagok után		325.—	
b) rendes tagok után 1895. évről		496.—	
c) „ „ „ 1894. „		32.—	
d) „ „ „ 1888—93. évekről	1808.—		
Behajthatlan	776.—	1032.—	1,885.—
Pénztári készlet 1896. márczius 14-dikén			344.48
Egyleti vagyon-állomány 1896. márczius 14-dikén			64,513.91

Török Sándor, e. i. pénztárnok.

Alulirottak a fentebbi kimutatást a társulati könyvekkel összehasonlitván, a társulati számadásokat 1895. márczius 22-dikétől 1896. márczius 14-dikéig megvizsgálván és úgy a takarékpénztárban, valamint a m. földhitelintézetnél elhelyezett készpénz és értékpapirok érintetlenségéről meggyőződvén, a pénztár pontos és rendes vitelét elismerjük. Budapest, 1896. márczius 19-dikén. *Böke Gyula* dr. s. k. *Koller Gyula* dr. s. k., mint az alapító-bizottmány által kiküldött számvizsgálók.

5. Jendrássik Ernő titkár felolvasta a mult közgyüléstől kiküldött pénztárvizsgáló bizottság jelentését:

Alulirottak, a magyar orvosi könyvkiadó társulat 1894. évi közgyülése által kiküldött pénztárvizsgálók, mai napon megjelentünk Török Sándor úrnál s kiküldetésünk értelmében az 1893—1894. évi számadásokat átvizsgáltuk, a pénztárkönyv egyes tételeit, úgy a bevételi, mint kiadási rovatot az eredeti okmányokkal összehasonlitván, azokat mindenben egybevágóknak találtuk. Budapesten, 1895. április hó 2-dikán. *Batizfalvy Sámuel* dr., *Szontagh Ábrahám* dr., *Tóth Lajos* dr.

A közgyülés mindezen jelentéseket tudomásul vette és *Török Sándor* pénztárnoknak a társulat pénzügyei körül kifejtett buzgó és fáradságos működéséért jegyzőkönyvileg köszönetet szavazott.

6. Az 1896-dik évre pénztárvizsgáló bizottságul *Batizfalvy Sámuel* elnöklete alatt *Szontagh Ábrahám* és *Tóth Lajos*, a közgyülés jegyzőkönyvének hitelesitésére pedig *Elischer Gyula* és *Jurkiny Emil* tagtársak kérettek fel.

7. Ezek után az alapszabályok értelmében kilépő helybeli és vidéki igazgató-tanácsi tagok választása következett. A szavazatok egybeszedésére felkért és *Böke Gyula* elnöklete alatt *Hirschler Ágoston* és *Preysich Izidor* tagokból álló szavazatszedő bizottság a szavazatokat összeszámlálva, kitünt, hogy a következő három évi cyclusra igazgató-tanácsi tagokul szótöbbséggel a következő tagtársak lettek megválasztva: *Helybeli tagokul: Bókai Árpád, Chyzer Kornél, Klug Nándor, Korányi Frigyes; vidékiekül: Mann Jakab, Purjesz Zsigmond, Szabó Dénes, Tauscher Béla.*

8. Több tárgy nem lévén, elnök megköszönve a tagok szives megjelenését, az ülést berekesztette.

* * *

Az ellenőrző massage. *Falta Marczel* dr. az Orvosi Hetilap 13. számában a szarúhártya homályok feltisztitásáról irván, a következőket irja: „Hogy ..... a szemhéjak segélyével masszálhassunk és ne is dolgozzunk sötétben, hanem lássuk a szem állását, ennek igen egyszerű megoldása van, sőt mert épen ilyen egyszerű, talán azért nem jöttek eddig reá. Az én masszálási módszerem ugyanis abban áll, hogy a masszálandó szemet a felső szemhéjon keresztül egyik kezemmel masszálom, másik kezemmel pedig nyitva tartom a másik szemet stb.“

Ezt az új felfedezést én már 1890-ben leirtam az Orvosi Hetilap *Szemészet* czimü melléklete 4-dik számában: „Nem sokat ér, ha sárga kenőcsöt kenvén a szembe, csak úgy vaktában dörzsölgetjük a behunyt szemhéjat, azt sem tudva, hol éri a szemet a dörzsölés; alig teszünk igy egyebet, mint egyszerüen a kenőcsöt dörzsöljük szét s egészen annak izgató hatására bizzuk, hogy lendítsen valamit a szarúhártya megtisztulásán. A masszálás csak akkor okszerű, ha tudjuk és látjuk, mit és hogyan dörzsölünk. *A másik szem maradjon nyitva*, mindig figyelmeztessük a beteget, hová nézzen, hogyan fordítsa szemét, hogy a masszált szem is úgy forduljon, a hogy a masszálás müvelete kivánja. Igy azután egymás után a szarúhártya minden kóros helyéhez külön-külön hozzáférhetünk.“

Mindössze azt fogadom el új dolognak, hogy Falta úr a másik szembe szemhéjtartót illeszt, ez a kiméletlen eljárás azonban olyan új dolog, a mit sem magam nem követnék, sem másnak nem ajánlanék. Csak olyan, mintha valaki szemhéjterpesztőt tesz a szembe, hogy szemtükörrel vizsgálhassa.

Csapodi István dr., egyetemi tanár.

Vegyesek.

Budapest, 1896. április 2-dikán. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1896. márczius 15-dikétől márczius 21-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 454 gyermek, elhalt 321 személy, a születések tehát 133 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 3, roncsoló toroklob 5, hökhurut 2, kanyaró 7, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz 1, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 24, agyvérömleny 4, rángások 11, szervi szivbaj 19, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 58, tüdőgümő és sorvadás 62, bélhurut és béllob 15, carcinomata et neoplasmata alia 6, méhrák —, Brigth-kór és veselob 8, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 23, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 13, erőszakos haláleset 18. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2352 beteg, szaporodás 736, csökkenés 779, maradt e hét végén ápolás alatt 2309.

— **Cselei János** dr., Komárom sz. kir. város nyug. tiszti főorvosának a király sok évi működése alatt az egészségügy terén szerzett érdemei elismeréseül a magyar nemességet „mária-ligeti“ előnévvel díjmentesen adományozta.

— **Nagy Kálmán** dr.-t a belügyminister a magyar kir. államrendőrséghez fizetés nélküli rendőrorvossá nevezte ki.

— **Austerweil László** dr.-t az igazságügyminister az aradi törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendőknek második törvényszéki orvosi minőségben való rendes ellátásával bizta meg.

— **Budapesti orvosok jogvédő egyesülete** czimmel új egyesület alakult, mely hivatva lesz tagjainak anyagi érdekeit megvédeni; ehhez képest tagjait orvosi ténykedéseikből származó követeléseik tekintetében, valamint az elhunyt tagok özvegyeit és árváit ingyenes jogvédelemben részesiti. Az alapszabályok megvitatása és elfogadása után elnökké *Barbás József* dr.-t, alelnökökké *Goldzieher Vilmos* és *Kéry István* dr.-okat, titkárrá *Mihájlovits Miklós* dr.-t, pénztárossá *Berczeller Imre* dr.-t, ellenőrré *Mátrai József* dr.-t, ügyészszé *Halmai Elemér* dr. ügyvédet választották meg. Azonkivül 16 tagú választmányt alakitottak.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Felső erdősor 5. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Téli kura
rheuma, köszvény, ischias stb. ellen.
Szt.-Lukácsfürdő
r.-t. Budapest.

Kénes iszapfürdő,
douche-massage iszapborogatások. Meghülés veszélye nincs, mert a szállodák és fürdők egy fűtött épülettömböt képeznek. Olcsó pensio. Lift és hordszékek, nehéz betegek számára felvonó a vízben. A fürdő főorvosa: *Bosányi Béla* dr. Prospektust küld az igazgatóság.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-közkórházban 1896. márczius 26-dikától egész 1896. április 1-ig ápolt betegekről.

1896.	Felvett beteg			Elbocsátott gyógy.			Meghalt beteg			Maradt beteg			Az ápoltak közül a Rókusban			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülőnő	heveny fertőző	az üllői-úti kórházban
Márcz. 26	43	46	89	49	47	96	5	6	11	1102	1038	2138	1082	36	79	941
„ 27	60	39	99	36	30	66	5	5	10	1121	1040	2161	1083	36	78	964
„ 28	53	39	92	64	45	109	4	4	8	1106	1030	2136	1078	36	81	941
„ 29	33	28	61	32	31	63	9	4	13	1098	1023	2121	1084	32	79	926
„ 30	67	36	103	34	39	73	2	3	5	1129	1017	2146	1081	32	79	954
„ 31	44	37	81	35	42	77	—	5	5	1138	1007	2145	1080	32	77	968
Ápr. 1	58	31	89	64	36	100	4	1	5	1128	1001	2129	1062	32	72	963

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás. 14

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

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András"

név figyelembe ajánltatik.

Természetes szénsavdús savanyúvíz a **mohai**

ÁGNES

forrás. Legjobb asztali és üditőital. Kitünő szolgálatot tesz az emésztési zavaroknál.

Járvány idején präservativ gyógyszernek bizonyult.

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

Kapható mindenütt.

Dr. KELETI és KULPIN
min. enged. nyilvános borjú-himlőnyirk-termelő intézete
Békés-Csabán.

Szállít biztos, utóbajok nélküli fogamzásért vállalt kezesség mellett, kitünő oltóanyagot a következő árakon:

1 phiola 3 egyénre — frt 30 kr. | 1 phiola 10 egyénre — frt 80 kr.
1 „ 5 „ — „ 50 „ | 1 „ 50 „ — „ 2 „ — „
1 phiola 100 egyénre — 4 frt.

Oltóeszközök ugyanitt beszerzési áron kaphatók. Megrendeléseket postafordultával expediálunk.

Sürgönyczím: KELETI, CSABA. 11

BUDAPEST, V. kerület, Erzsébet-tér 8. szám

DR REICH MIKLÓS
TESTEGYENÉSZETI ÉS GYMNASTIKAI GYÓGYINTÉZETE 14

BUDAPEST, V. kerület, Erzsébet-tér 8. szám

Buziás

elsőrangú gyógyfürdő.
Fürdőidény:
Május 15-től október 1-ig.

Világhírű lápfürdők és aczélforrások

hasonló a Spaa, Pyrmont, Schwalbach és pyrawarthi aczélforrásokkal, kitünő meleg és hideg vasaczélfürdőivel, moor- és ásványfürdőkkel, tükörfürdővel és uszodával. — **HIDEGVÍZGYÓGYINTÉZET** és **MASSAGE.** — **IVÓKURA** kitünő eredménynyel **vérszegénység, idült gyomor-** és **bélhurut, homok-, kő-** és **vesebaj, méh-** és **hüvelyhurut, vérzési rendellenességeknél, magtalanság, idegbetegség, bujakór, csúz, köszvény** és **fejfájásoknál** stb. **Buziás gyógyfürdő vasúti állomás: Temesvár vagy Lugos.** Társaskocsik az állomásnál. Állami hivatalnokoknak kedvezmény. Pazar villamos világitás a 80 holdnyi évszázados parkban. Katonazene. Elsőrendü konyha és kávéházi italok. A fürdőn állandó hirneves nögyógyász van. Mérsékelt árak. Ismertetések kivánatra ingyen.

Fürdőigazgatóság Buziáson.

MATTONI FÉLE GIESSHÜBLER legtisztább egyenes SAVANYUKÚT

Legjobb étrendi és üditő ital
Mattoni és Wille Budapest, Mattoni Henrik Bécs giesshübli Sauerbrunn, Budapest, Franzensbad, Karlsbad és Bécs.

VÉDŐJEGY.

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

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

Dr. PÁPAY VILMOS-féle

VÉDHIMLŐNYIRK-TERMELŐ-INTÉZET

Budapest, Teréz-körút 31. szám alatt.

Igazgató-orvos: Dr. SZÉKELY ÁDÁM.

Alapittatott 1887.

BEJ. VÉDJEGY

Szállít egész éven át biztos fogamzású, friss oltóanyagot következő árakon:

1 phiola	2—3 egyénre	—.50	kr.
5 v. több „	„ „	à—.40	„
1 „	10 „	1.—	„
1 „	20 „	1.50	„
1, 2 v. 5 „	összesen 50 „	2.50	„
1, 2, 5 v. 10 „	„ 100 „	5.—	„

Csomagolásért és szállításért **30 kr.**

Fürdő Thalkirchen-München

Régi hírű legkényelmesebb **vízgyógyintézet** idegbajosok számára a legszebb fekvéssel az Isar völgyében, egész közel Münchenhez. **Morphiumelvonás.** — Prospektusok.
Dr. Scherzberg M. tulajdonos és **Dr. Zimmermann** igazg. orvos.

LIEBIG TÁRSASÁG HÚS-KIVONATA

Szolgál szempillanatnyi huslé előállításhoz, ugy mint mindenféle leves, főzelék, mártalék és husétek javításhoz.

A valodiságnak és josógnak kezességére nézve figyelmezni kell a **Feltalálonak** névjegyére *J. Liebig* **kék** irásba.

***Liebig* társaság**

hús-pepton

egy életrendi táplálmány és erősitőszer **Gyomorszenvedőknek,** előállitatik tanár Dr. Kemmerich modrend szerint, **tanár Dr. M. Pettenkofer** és **tanár Dr. Vojt Károly** uraknak folytonos ellenörsig alatt, Münchenben.

Hús-Pepton kaphato 100 és 200 grammos börbőnczekben.

Liebig féle tarsaságnak osztrák-magyarországnak központi raktára:

C. BERCK, Bécsben, I. Wollzeile 9.

Kaphato minden nagyobb füszerkereskedésekben ugy mint gyogyszerlárokban.

PARÁD

GYÓGYFÜRDŐ

(HEVES VÁRMEGYÉBEN).

Vasas-timsós fürdőkkel, égvényes-kénes és vasas savanyúviz-forrásokkal;

hidegvíz-gyógyintézettel.

Kiváló jó sikerrel használtatik: mindennemű női bajok, vérszegénység, sápkór, az emésztő szervek bántalmai, aranyér, idült csúz és köszvény stb. ellen.

Évad-megnyitás május hó 15-én.

Május 15-től junius 15-ig és augusztus 20-tól az évad végéig a lakások 30%-kal olcsóbbak. Enyhe, pormentes hegyi légkör, kiterjedt és jó karban tartott sétautak, gyönyörű park, festői vidék, födött sétány, olvasó- és zongoraterem, lawntennis, szép és kényelmesen berendezett lakások. Diszes étermek, jó étkezés **Járó György** vendéglős vezetése alatt.

Posta- és távirda-állomás a fürdőtelepen.

Közlekedés: a fürdő csak 20 percznyi távolságra fekszik a Mátrai vasútvonal **Parád** nevű állomásától. A fürdő és vasuti állomás közt a közlekedés kényelmes omnibuszfogattal tartatik fönn. Szállítás személyenkint 30 kr, böröndök, rakaszok darabonkint 10 kr. Külön hintófogat a vasuti állomáshoz csakis előzetes megrendelésre küldetik, ára 2 frt.

Fürdőorvos dr. Brém János. Lakásmegrendeléseket elfogad és a fürdőre vonatkozó minden felvilágositással készséggel szolgál a

Fürdő-igazgatóság.

A parádi ásványvizek budapesti kizárólagos lerakata: **EDESKUTY L.** csász. és kir. és szerb királyi udvari szállitónál **V., Erzsébet-tér 8. szám alatt.**

Utolsó főhuzás.

Magyar

osztály-sorsjáték.

Legnagyobb nyeremény a legkedvezőbb esetben

EGY

MILLIÓ KORONA.

Huzás naponta

1896. Május 12-től 28-ig.

	Nyeremény		korona		korona
1	jutalomdíj		600,000	—	600,000
1	à		400,000	—	400,000
1	„		300,000	—	300,000
1	„		200,000	—	200,000
1	„		100,000	—	100,000
2	„		40,000	—	80,000
2	„		20,000	—	40,000
5	„		10,000	—	50,000
10	„		8,000	—	80,000
34	„		6,000	—	204,000
100	„		2,000	—	200,000
200	„		1,000	—	200,000
2,650	„		200	—	530,000
22,000	„		150	—	3.300,000
25,007		nyeremények és 1 jutalom		—	6.284,000

Ezen 57 nyeremény közül az utoljára kihuzott kapja a 600,000 kor. jutalomdijat.

III. osztályu vételsorsjegyek árai:

1/1	1/2	1/10	1/20
60.—	**30.—**	**6.—**	**3.—** forint.

Ezen eredeti sorsjegy-árakon kivül ajánlott levél portoja és nyeremény jegyzékért 25 kr. melléklendő.

Sorsjegyeket ajánl és szétküld az összegnek postautalványon való előzetes beküldése mellett vagy **utánvéttel**

HEINTZE KÁROLY

Budapest, Szervita-tér 3.

Sürgönyczím: **Lottoheintze Budapest.**

Melléklet az »Orvosi Hetilap« 14. számához. 3. SZ. *Budapest, 1896. április 5.*

KÖZEGÉSZSÉGÜGY ÉS TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTAN.

Szerkeszti FODOR JÓZSEF tanár.

Tartalom. *Rigler Gusztáv* dr.: A szennyes talaj tisztulásáról. — *Jurkiny Emil* dr.: A bujakór terjedésének statistikai kinyomozása. — *Fodor József* tanár: Az országos közegészségügyi tanács felülvéleményezéseiből. A budapesti új honvéd-laktanya. — *Közegészségügy.*

A szennyes talaj tisztulásáról.

Irta *Rigler Gusztáv* dr., közegészségtani tanársegéd, Budapesten.

A talajnak azt a képességét, melynél fogva a beléjutott szerves anyagokat megbontani, nevezetesen pedig oxydálni, mineralizálni képes, nevezzük a talaj tisztuló képességének. Ez főképpen abban nyilatkozik, hogy a szennyanyagok szervi szénjét szénsavvá, szervi nitrogenjét pedig ammoniak, salétromos sav, salétromsavvá alakítja át. A szénsav egy részét megköti a talajon átszivárgó víz, felhasználva azt az útjába eső kőzetek megbontására, feloldására, más része a talajlevegőbe megyen át, melyből az uralkodó áramlások által a légkörbe kerül.

A szervi nitrogen, — ha kedvezők a viszonyok, — vagyis ha elegendő oxygen áll rendelkezésre a bomlásnál, akkor salétromos savvá, majd salétromsavvá alakul át, melyek a talaj mész, magnesia, kali, natron stb. sóival cserebomlás által egyesülve, részben az átszivárgó vizbe jutnak, s azok által lassanként eltávolíttatnak, részben pedig a növényeknek szolgálnak tápláló anyagul. Kedvezőtlen viszonyok, vagyis oxygenhiány alkalmával ammoniak képződik a szervi nitrogenből; ezt és vegyületeit nagyrészben szintén a növények veszik föl vagy a talajon átszivárgó víz viszi tova.

A mily fontos a talajnak ezen mineralizáló képessége a mezőgazdaságra, éppen olyan fontos az a tisztuló képesség egészségtani tekintetben, mert az emberi anyagcsere, háztartás és ipar által sokszor hihetetlen fokban beszennyezett közvetlen környezetünknek, házunk, udvarunk, városunk talajának tisztulását, megjavulását, egészségesebbé válását hozza létre.

Ennek daczára alig találunk az irodalomban néhány adatot, mely ezen érdekes és fontos természeti tünemény lefolyásáról, intensitásáról, s benne a körülmények folytán beállott változásokról szól. *Fodor* a „Hygiene des Bodens“ czímű kimerítő munkájában *Frankland* és *Wollny* kisérleteit, és *Reinhard* meg *Schützenbergernek* az eltemetett hullák szétesése körül tett észleleteit hozza fel. Frankland[1] vizsgálataiból tudjuk, hogy az 1 méter vastag talajrétegre felöntött csatornavízből az átszivárgás rövid időtartama alatt a szerves szénnek 85%-a, a szerves nitrogénnek pedig 95·5%-a tünt el, helyükbe megfelelő mennyiségű szénsav és salétromsav lépvén. *Wollny*[2] pedig bebizonyította, hogy a szerves anyagoknak apróra való szétdarabolása igen elősegiti és sietteti azok szétesését, oxydálódását. *Reinhard* és *Schützenberger* vizsgálataiból végre kiderül, hogy alkalmas talajban a felnőttek hullái, melyek pedig a szerves anyagoknak aránylag nagy tömegét képviselik egy tömegben. 3, 4, 5, sőt kevesebb év alatt is mineralizálódnak. Igy Bécs temetőjének meszes talajában a gyermekhullákból 2—3, a felnőttekéből pedig 3—4 év mulva már csak a csontok és kevés humus-szerű anyag maradt vissza.

Fodor[3] ezen adatokból joggal azt következteti, hogy: „. . . ein nicht übermässig verunreinigter und nicht in Fäulniss befindlicher Boden unter günstigen Verhältnissen sich, namentlich in den oberflächlichen Schichten sehr rasch, vielleicht schon in 1—2 Jahren, seiner Unreinigkeit entledigen kann.

Stehen aber die Verhältnisse ungünstig, ist z. B. der Zutritt von Feuchtigkeit und Luft in den Boden durch Pflaster verhindert, oder die Unreinigkeit massenhaft vorhanden und daher in Fäulniss begriffen, endlich die Unreinigkeit in den tieferen Bodenschichten enthalten, also ein Mangel von Luft und Sauerstoff vorhanden, so wird auch die Zersetzung langsamer von Statten gehen und vielleicht eine längere Reihe von Jahren in Anspruch nehmen.“

A talaj tisztulásának intensitását, lefolyása módját és idejét megismerni volt czélja alább ismertetendő kisérleteimnek.

Összehasonlitás czéljából háromféle talajnemet tettem tanulmányom tárgyává, úgy mint egyrészt aránylag tiszta, tehát kevés organikus szenet és nitrogent tartalmazó homokot, másrészt középmennyiségű szervi szenet és kevesebb szervi nitrogent tartalmazó erdei földet; végül mindkét szerves vegyületben bővelkedő 1 rész homok és 4 rész szárított lótrágyából álló trágyás földet.

Kisérleteimben azonban az anyag különböző volta mellett vizsgálni akartam azon befolyást is, a melyet ezeknek tisztulására a különböző mélység, illetve az itt uralkodó viszonyok gyakorolnak. Végül pedig a vegyi bomlásra, átalakulásra elegendő időt hagyandó, vizsgálatomat két éven át folytattam.

Eljárásom a következő volt: Négy, egyenként 110 cm. hosszú, 12 cm. átmérőjű czink bádogból készült, alul kúpalakúlag szűkülő csőben helyeztem el a kisérletekre szolgáló talajpróbákat, és pedig úgy, hogy az elsőbe, a cső alsó felébe homokat, erre a határ megjelölése végett 2 cm.-nyi vastagságban középszemű mosott kavicsot, a felső felébe pedig erdei földet töltöttem. A második csőben ugyanezen talajnemek kerültek, de fordított sorrendben. A harmadik alsó felébe ismét homok, a felsőbe pedig — a kavicsréteg közbecsatolásával — a trágyás föld jött. A negyedik csőben ugyanaz volt, mint a harmadikban, csakhogy fordított sorrendben. A csövek felső nyilására durva szitaszövetdarabot alkalmazva, alsó, kúpalakúlag megszűkülő végük alá pedig a talajpróbából esetleg lecsurgó víz felfogására, erős, 2 literes üvegeket kötve, valamennyit oly mélyre bocsátottam le az élettani intézet kertjének szabad, gyepes részén fúrt lyukakba, hogy az utóbbiak készitésénél egy darabban leemelt gyepdarabot előbbi helyére visszatehettem.

Czélom ezen eljárással az volt, hogy vizsgálandó talajpróbáimat lehetőleg ugyanazon hatányoknak tegyem ki, mint a melyek a nevezett kertrészletre befolyásukat érvényesitették.

Mint az alább következő táblázatokból látható, kisérleteimet 1893. augusztus elsején a csövek lesülyesztésével, s az azokban elhelyezett talajpróbák organikus szén- és nitrogen-, valamint ammoniak- és salétromsav-tartalmának meghatározásával kezdettem meg. Próbáimat 5 alkalommal emeltem ki és vizsgáltam meg az egészben véve 719 napot kitevő kisérleti idő alatt. Két kiemelés között a legrövidebb idő 67, a leghosszabb pedig 207 napot tett ki.

A csövek kivétele alkalmával a vizsgálatra szükséges, körülbelül $^1/_2$ kilónyi próbák beszerzésénél figyelemmel voltam arra, hogy a csőből az annak felét elfoglaló talajnemeket egyenként és elkülönítve ürítsem ki, s hogy ezekből előzetes és erős összekeverés után kis mennyiségeknek sok helyről való kicsipegetésével lehetőleg az egész tömeg átlagát mutató próbát vegyek ki.

E próbákból azonnal lemértem 100—100 grm.-ot, a többit pedig tiszta papirlapokon vékonyan kiteritve, elzárt szobában kiszáradni hagytam. A fönnebbi 100—100 grm. friss talajban a Schlösing-féle eljárással — mint azt talajvizsgálatainál *Fodor* tette[1] — az ammoniákat határoztam meg. A próbát ugyanis lapos fenekű és reáköszörült üveglappal elzárható,

[1] Reinigung und Entwässerung von Berlin.
[2] Biedermann's Centralblatt 1887.
[3] Hygiene des Bodens, 132. lap.

[1] Fodor: Egészségtani kutatások a levegőt, vizet és talajt illetőleg. II. kötet, 314. lap.

alacsony hengeralakú edényekbe (Ludwig-féle exsiccator) vékony rétegben elterítve, reá mésztejet öntöttem; a kettőt most egymással jól és gyorsan összekeverve, a sűrün folyó anyagba vasdrótból készített asztalkát állítottam, melyre egy 20 cm^3 $^1/_{10}$ normal kénsavval megtöltött lapos üvegcsészét állítottam. Az edényt 24 óráig tartó elzárás után felbontva, a kénsav literének csökkenését $^1/_{10}$ normal natronlúggal megállapítottam, s ebből a talajban foglalt ammoniak mennyiségét meghatároztam. A nyert értékeket 1 kilo száraz talajra kifejezve találjuk fel az alábbi táblázatokban.

A salétromsav meghatározására ugyanezen mésztejes talajkeveréket használtam; ezt ugyanis szűrőpapirral bélelt nagy üvegtölcsérbe öntve, addig mostam utána lassanként feltöltött destillált vízzel, mig az utolsó cseppekben sem kaptam kénsav és diphenylaminra reactiót. A lecsurgott (500—700 m^3) vízben a salétromsavat indigóval való titrálással határoztam meg (Trommsdorff szerint) s a nyert eredményt az előbbihez hasonlóan 1 kilogramm száraz talajra fejezem ki a táblázatokban.

A szervi nitrogén meghatározásánál a *Jodlbauer* által módositott *Kjeldahl*-féle módszert használtam. 10 gramm száraz talajt 30 cm^3 phenolkénsavval (40 gramm kristályos karbolsav + 1000 cm^3 conc. H_2SO_4) mindaddig hevitettem, mig a folyadék fehérré vált. Most fölös natronlúg-oldattal összehozva, az utóbbi által kihajtott ammoniákot $^1/_{10}$ normal kénsavban felfogtam; ez utóbbi titerének csökkenéséből az ammoniak alakjában átment szervi nitrogent kiszámitva, annak mennyiségét az alábbi táblázatokban 1 kiló száraz talajra feljegyeztem.

A szervi szén meghatározására a *Wolff*-féle kalium bichromát és kénsavval való oxydálásban álló módszert alkalmaztam. Előzetes kisérleteimnél azonban tapasztalván azt, hogy a szerző által a képződött szénsav kihajtására előirt időtartam rövidsége miatt az eredmény pontossága sokat szenved, az eljárást annyiban módositottam, hogy a kémszerekkel ellátott talajpróbán a praeformált szénsav kihajtása után mindaddig vezettem át levegőt, a mig az áram útjába csatolt utolsó friss és tiszta baryt-víz fél órai átáramoltatás után sem mutatott többé csapadékot. Erre — 10 gramm talajt véve rendesen a vizsgálatra — a legtöbb esetben 18—24 óra volt szükséges. A talaj szervi szénjéből képződött szénsav lemért mennyiségű erős baryt-vízzel megtöltött Pettenkofer-féle csöveken lett átvezetve. Az $^1/_{10}$-ed normal oxalsavval való titrálás eredményéből meghatároztam a vizsgált próbában levő szént, majd végül egy kiló száraz talajra átszámitott értékét a táblázatokba bevezettem.

Kisérleteim eredményét a következő 1., 2., 3. és 4. sz. táblázatok mutatják.

1. tábla.

Kisérlet felül szervi szénben gazdag, alul tiszta talajpróbával.

A talajpróba lesülyesztésének és kivételeinek ideje	A felül levő erdei föld 1 kgr.-jában				Az alul levő homok 1 kgr.-jában				A talajpróba alatt összegyült vízben a salétromsav
	szervi nitrogen	ammoniak	salétrom-sav	szervi szén	szervi nitrogen	ammoniak	salétrom-sav	szervi szén	
	gramm				gramm				gramm
Lesülyesztés 1893. augusztus 1-én	1·346	0·0340	0·0400	76·954	0·112	0·0370	0·0113	4·432	—
Első kivétel 1893. deczember 22-dikén	1·346	0·06528	0·0084	69·772	0·108	0·0068	0·042	3·883	—
Második kivétel 1894. junius 15-dikén	1·346	0·01993	0·0142	34·779	0·1036	0·0111	0·026	3·217	0·0930
Harmadik kivétel 1894. augusztus 21-dikén	1·232	0·0160	0·0163	25·556	0·1036	0·0019	0·0183	3·171	—
Negyedik kivétel 1895. márczius 16-dikán	1·162	0·0114	0·00746	22·416	0·1027	0·0058	0·00477	3·086	—
Ötödik kivétel 1895. julius 20-dikán	1·092	0·0135	0·0114	21·146	0·098	0·0052	0·00773	2·637	0·00381

2. tábla.

Kisérlet felül tiszta, alul szervi szénben gazdag talajpróbával.

A talajpróba lesülyesztésének és kivételének ideje	A felül levő homok 1 kgr.-jában				Az alul levő erdei föld 1 kgr.-jában				A talajpróba alatt összegyült vízben a salétromsav
	szervi nitrogen	ammoniak	salétrom-sav	szervi szén	szervi nitrogen	ammoniak	salétrom-sav	szervi szén	
	gramm				gramm				gramm
Lesülyesztés 1893. augusztus 1-én	0·112	0·0370	0·0113	4·432	1·346	0·0340	0·0400	76·954	—
Első kivétel 1893. deczember 22-dikén	0·112	0·0084	0·0034	4·694	1·280	0·0612	0·2460	76·954	—
Második kivétel 1894. junius 15-dikén	0·1036	0·0111	0·0094	3·869	1·240	0·0147	0·0960	32·594	—
Harmadik kivétel 1894. augusztus 21-dikén	0·1036	0·0024	0·0061	3·747	1·226	0·0085	0·1460	29·151	—
Negyedik kivétel 1895. márczius 16-dikán	0·1028	0·00193	0·00494	3·571	1·1146	0·0094	0·00955	26·315	—
Ötödik kivétel 1895. julius 20-dikán	0·098	0·00609	0·00721	2·637	1·0815	0·0184	0·0133	25·899	0·002903

3. tábla.

Kisérlet felül szervi szén és nitrogenben gazdag, alul tiszta talajpróbával.

A talajpróba lesülyesztésének és kivételének ideje	A felül levő trágyás föld 1 kgr.-jában				Az alul levő homok 1 kgr.-jában				A talajpróba alatt összegyült vízben a salétromsav
	szervi nitrogen	ammoniak	salétrom-sav	szervi szén	szervi nitrogen	ammoniak	salétrom sav	szervi szén	
	gramm				gramm				gramm
Lesülyesztés 1893. augusztus 1-én	5·230	0·1857	0·00652	193·932	0·112	0·037	0·0113	4·432	—
Első kivétel 1893. deczember 22-én	3·500	0·3862	0·3380	168·245	0·112	0·0068	0·0028	4·216	—
Második kivétel 1894. junius 15-én	2·590	0·02579	1·0046	121·840	0·112	0·01638	0·1130	3·606	0·1083
Harmadik kivétel 1894. augusztus 21-én	2·300	0·0091	0·5760	85·800	0·109	0·0025	0·1360	3·087	0·2386
Negyedik kivétel 1895. márczius 16-án	2·156	0·0123	0·01653	74·999	0·1036	0·0028	0·00826	2·631	—
Ötödik kivétel 1895. julius 20-án	1·960	0·0398	0·0188	47·5794	0·098	0·00241	0·0105	2·3496	0·02457

4. tábla.

Kisérlet felül tiszta, alul szervi szén és nitrogenben gazdag talajpróbával.

A talajpróba lesülyesztésének és kivételének ideje	A felül levő homok 1 kgr.-jában				Az alul levő trágya 1 kgr.-jában				A talajpróba alatt összegyült vízben a salétromsav
	szervi nitrogen	ammoniak	salétrom-sav	szervi szén	szervi nitrogen	ammoniak	salétrom-sav	szervi szén	
	gramm				gramm				gramm
Lesülyesztés 1893. augusztus 1-én	0·112	0·037	0·0113	4·432	5·230	0·1857	0·00652	193·932	—
Első kivétel 1893. deczember 22-én	0·135	0·01768	0·0024	3·843	4·060	0·3971	0·8070	157·306	—
Második kivétel 1894. junius 15-én	0·112	0·01169	0·0108	3·216	2·912	0·04923	0·7604	112·780	0·0579
Harmadik kivétel 1894. augusztus 21-én	0·126	0·0019	0·0036	2·846	2·688	0·0155	0·6404	86·381	—
Negyedik kivétel 1895. márczius 16-án	0·1259	0·0032	0·08085	2·668	2·324	0·0146	0·7219	70·883	—
Ötödik kivétel 1895. julius 20-án	0·112	0·00644	0·02588	2·6433	2·100	0·02975	0·70437	45·8172	0·04396

***

A táblázatok adatait áttekintve, e következők tünnek szemünkbe.

1. A szervi nitrogen.

A (relative) tiszta homokban, a különben is csekély mennyiségű *szervi nitrogén* 2 év alatt mintegy 0—12%-ot fogyott, tehát:

a relative tiszta talajban a nitrogen tartalmú szerves anyagnak végső felbomlása igen lassan megy végbe, akár a felszinhez közel (0—0·55 m.), akár attól valamivel távolabb lefelé (0·55—1·1 m.) fekszik az.

A közepes mennyiségű nitrogent tartalmazó *erdei földben* emez alkotórész már jóval nagyobb fogyást mutat 2 év alatt, t. i. 18—20%-ot; a fogyás a második évben is megközelítőleg annyi volt, mint az elsőben, tehát:

a közepesen szennyezett talajban úgy absolute, mint relative gyorsabban fogy a szervi nitrogén, mint a tisztában; a felbomlás gyorsaságára a 0—0·55 és 0·55—1·1 méter mélység nem gyakorol befolyást.

A szervi nitrogennel erősen szennyezett, trágyás talajban még erősebb és gyorsabb a szerves nitrogentartalmú anyagok fogyása; ugyanis a fogyás két év alatt az eredeti tartalomnak körülbelül 60—62%-ának felel meg.

A tisztulás erősebb az első, mint a második évben.

Ezen kivül a talaj felszinéhez közelebb eső próbában a nitrogenfogyás valamivel nagyobb, mint a 0·55—1·1 m. mélységben levőben.

Mindenik nyomán következtethetjük, hogy:

minél nagyobb mértékben van valamely talaj nitrogentartalmú szerves anyagokkal szennyezve, annál erélyesebben és gyorsabban indul meg annak tisztulási procesusa; mihelyt azonban az utóbbi folytán bizonyos fokú tisztaság előállott, a nitrogentartalmú szerves anyagok felbomlásában csökkenés áll be.

A nitrogenfelbomlás processusának ezen csökkenését nyilván valóan annak tulajdonithatjuk, hogy a könnyebben felbomló szerves anyagok szétesése után a nehezebben bomlók maradnak vissza a talajban. Az a feltevés is jogosultnak mondható, hogy bőséges szerves nitrogen jelenlétében más, gyorsabban tenyésző szervezetek teljesitik a felbontás munkáját, mig a kevés és talán nehezen felbontható nitrogéntartalmú anyagban megint más, lassabban tenyésző de szivósabb szervezetek.

A fogyás a 0—0·55 és 0·55—1·1 meterig terjedő mélységben ugyanazon talajféleségnél nagyjában egyforma marad.

A nitrogentartalmú szerves anyagot az esővíz az alsóbb talajrétegekbe nem mossa le.

Az ammoniak.

Ammoniak-tartalom tekintetében a *tiszta homokban és az erdei földben* a két évig tartó kisérlet alatt lassú de kisfokú fogyás tapasztalható. E fogyásra sem a mélység (0—0·55 és 0·55—1·1 m.-ig), sem az nem látszik befolyással birni, hogy a tiszta homok fölött nagyobb vagy kisebb ammoniaktartalmú talajréteg van-e?

A trágyás földpróba ammoniaktartalma a lesülyesztés után történt első kivételnél némi emelkedést mutatott ugyan, de ez csakhamar lassú fogyásnak adott helyet.

A fönnebbieken kivül a melegebb évszakban találunk némi relativ ammoniak-emelkedést a vizsgált háromféle talajpróbában.

Tehát a talaj ammoniak-tartalma a nitrogentartalmú szerves anyagok fogyásával arányosan kisebbedik; e kisebbedésre a 0—0·55 és 0·55—1·1 m. közötti mélységkülönbözetek nem látszanak befolyással birni.

A salétromsav.

A salétromsav a *tiszta homokban* általában lassú csökkenést mutat, némi kisfokú emelkedéssel a nyári hónapok alatt; ha a homok a szenyesebb talajpróbák alatt van, akkor salétromsav-tartalmában átmenetileg erősebb fokozódás látható, különösen nyáron, a mely azonban szintén általános fogyásnak ád helyet.

Az erdei föld salétromsavában általában lassú, fokozatos csökkenés tapasztalható. Az alul fekvő erdei föld-próbában az első fél év alatt erősebb salétromsav-szaporodás mutatkozott.

A trágyázott talajpróbákban a salétromsav mennyisége gyorsan emelkedik; a felületesen fekvő próbában az erős emelkedést csakhamar erős sülyedés váltja fel, ellenben a mélyebben fekvő próbában az emelkedés csekélyebb, azonban egyszersmind tartósabb.

Valamennyi talajpróba alatt kevés viz gyülemlett meg a nyáron kiemelt csövekben. E vizben az erdei föld alatt kevés, ellenben a trágyázott földet tartalmazó cső alatt több salétromsav mutatkozott, különösen abban, melyben felül volt rétegezve a trágyázott föld.

***

Feltünő és érdekes az előadott kisérleti sorozatoknak az az eredménye, hogy *a szervi nitrogen fogyásával nem szaporodott arányosan az ammoniak és salétromsavnak mennyisége.*

Így például: a 3. táblán a csőben felül levő *trágyázott föld* egy kilójában a szerves nitrogén 1·730 gramm csökkenést mutat a lesülyesztés és az első kivétel (1893. aug. 1-je és 1893. deczember 22-dike) között; azt várnók tehát, hogy ezen nagy csökkenéssel arányosan több ammoniakot vagy salétromsavat fogunk találni az első kivétel alkalmával, mint a mennyi a talajban a lesülyesztéskor mutatkozott.

A 3. tábla azonban mást bizonyit, mert ha az 1893. évi deczember 22-dikén talált 0·3862 gramm ammoniakból és 0·3380 salétromsavból, az 1893. évi augusztus hó 1-én talált 0·1857 gr. ammoniakot, és 0·00652 gr. salétromsavat levonjuk, úgy látjuk, hogy a maradék

0·2005 gramm NH_3-ban van: 0·1651 gramm nitrogen,
0·33148 „ N_2O_5-ban „ 0·08594 „ „

azaz összesen 0·25104 gramm nitrogen, a mi a szervi nitrogenből származott.

Ilyen formán a trágyázott föld szervi nitrogenjéből 1893. évi augusztus 1-je és deczember 22-ike között eltelt idő alatt 1·730—0·25104 = 1·47896 gramm úgy eltünt, hogy annak nyomát sem NH_3, sem N_2O_5 alakjában nem találjuk.

Nincsen az az ezen trágyás föld alatt levő homokban sem, mert hiszen ebben ugyanezen idő alatt az NH_3 0·037 grammról 0·0068 grammra, a N_2O_5 pedig 0·0113 grammról 0·0028-ra fogyott, — sem a víz nem vonta ki belőle, mert hiszen vizet a cső alatt az első kivétel alkalmával (1893. évi deczember hó 22-dikén) még nem találtam.

De vizsgáljuk a viszonyokat oly helyen is, a hol a cső alatt már víz és abban salétromsav gyülemlett meg. Erre igen alkalmas ugyancsak a 3. táblán az első és második kivétel, vagyis 1893. deczember 22-dike és 1894. junius 15-dike között tapasztalható nitrogen fogyás és a helyében úgy a talajban, mint az ez alatt összegyült vízben talált NH_3, illetve N_2O_5 mennyiségének vizsgálata.

1893. deczember 22-dike és 1894. junius 15-dike között fogyott a szervi N 0·910 gr.-ot. Az ammoniak 1894. junius 15-dikén majdnem $^1/_{20}$-ad részére csökkent azon mennyiségnek, melyben 1893. deczember 22-dikén mutatkozott [fogyása (= 0·36041 gr. NH_3) megfelel 0·29680 gr. nitrogennek.] Ammoniak alakjában tehát az eltünt szervi N-t nem találjuk.

Látjuk azonban, hogy ugyanezen talajpróbában a salétromsav 0·6666 gr., az alatta levő tiszta homokban pedig, a mellett, hogy a szervi N mennyisége állandó maradt, a NH_3 0·00958 gr., a N_2O_5 pedig 0·1102 gr. szaporodást mutat és hogy végül az alul meggyülemlett vízben 0·1083 gr. N_2O_5 volt. Számítsuk ki az ezekben levő N mennyiségét és hasonlítsuk össze azt azon N mennyiséggel, a mely egyrészt mint szervi N, másrészt mint NH_3 eltünt.

A 0·6666	gr.	N_2O_5-ban	van:	0·17282	gr. N;
a 0·00958	„	NH_3 „	„	0·00787	„ „
a 0·1102	„	N_2O_5 „	„	0·02857	„ „
a 0·1083	„	N_2O_5 „	„	0·02807	„ „
			összesen:	0·23733	gr. N.

Eltünt tehát 1893. deczember 22-dikétől 1894. junius 15-dikéig talajpróbáknál 0·910 + 0·29680 = 1·2068 — 0·23733 = *0·96947 gr. nitrogen.*

Elhagyva a táblázat közbeeső adatainak kiszámítását, térjünk át egyenesen a végeredmény kimutatására, a melyet a 3. tábla 1893. augusztus 1. és 1895. julius 20. jelzésű rovatoknak összehasonlításával érünk el.

A trágyázott földben szervi nitrogen 1893. augusztus 1-étől 1895. julius 20-dikáig 5·230—1·960 = *3·270 gr.* fogyást mutat. De fogyás tapasztalható az ammoniákban is, és pedig 0·1857—0·0398 = 0·1459 gr., a mi *0·12015 gr.* N-nek felel meg.

A salétromsav ellenkezőleg 0·0188—0·00652 = 0·01228 gr. szaporodást mutat a talajban, a mi *0·0018 gr.* N-nek felel meg. Van még ezenkivül a talajpróba alatt meggyülemlett vízben 0·1083+0·2386 + 0·02457 = 0·37147 gr. N_2O_5, a mi ismét *0·09629 gr.* N-el egyenlő.

Ha most a N fogyást a talált N mennyiségével szembe állítjuk, kitünik, hogy a nitrogen ezen talajpróbában fogyott 3 év alatt 3·270 + 0·12015 = *3·38015 grammal*, maradt pedig benne és a vízben 0·00318 + 0·09629 = *0·09947 gr.* N, vagyis más szóval a nitrogén összes fogyása a trágyás földpróba 1 kilónyi mennyiségében 3·39015—0·09947 = *3·29068 grammot tett ki 2 év alatt*, a mi a kisérletre szolgáló 15 kiló trágyázott földpróbában 49·36020 grammnak felel meg.

Ha már most hozzávesszük még a trágyázott földpróba alatt levő tiszta homok 10 kilójának szervi N, NH_3 és N_2O_5 jeiben mutatkozó nitrogen fogyást,

vagyis

szervi N-nél 0·112—0·098 . . . . . = 0·014 gr. N-t

továbbá az

NH_3-nál 0·037—0·00241 = 0·03459 gr. NH_3 = 0·02848 „ „

végül az

N_2O_5-nél 0·0113—0·0105 = 0·0008 gr. N_2O_5 = 0·00020 „ „

tehát összesen 0·04268 gr. N-t

s ha ezt átszámítjuk a kisérlet anyagát képező 15 kilónyi mennyiségre, úgy a csőben levő homokban a N fogyását a 0·64020 gr. fejezi ki.

Ebből világosan következik, hogy a 3. számú csőben foglalt 15 kiló trágyázott föld- és 15 kiló homokból összesen *50·00040* gr. nitrogen tünt el nyomtalanul a két évig tartó kisérlet alatt.

* * *

De nemcsak a 3-dik tábla adatai mutatják e tüneményt; egyszerű számítás, sőt a táblák gyors áttekintése is azonnal meggyőz bennünket arról, hogy a vizsgálat tárgyait képező összes talajpróbáknál is éppen úgy állanak a viszonyok, mint a hogy azokat a fentebb közölt részletes számadás adatai mutatják.

* * *

Minthogy az eltünt szervi nitrogen sem az alúl fekvő talajrétegben, sem a meggyülemlett vízben sem salétromsav, sem ammoniak alakjában nem volt feltalálható (és nem kétlekedem, hogy salétromos sav alakjában sem foglaltatott bennök, ámbár erre a próbákat nem vizsgáltam), következik, *hogy a szervi nitrogen illó vegyületben, tehát mint ammoniak távozott el a talajlég útján a talajból.*

Ezen tapasztalattal feltünő ellentétben látszik lenni a gazdasági chemia[1] ama megfigyelése, hogy a talaj különféle oldott szerves és szervetlen vegyületeket, az utóbbiak között az ammoniakot is megköti.

Másrészt *Fodor* a budapesti talajok 1 kilónyi mennyiségében 1 méter mélységben maximumban 426 mgr. ammoniákot talált. Ez utóbbit azonban úgy lehet magyarázni, hogy itt a szennyes, ammoniakos talaj mélyebben feküdt s a talaj (physikalis okoknál fogva, nevezetesen a kövezés miatt) kevésbbé volt átjárható, kiszellőzhető a talajlég által, egyszersmind azonban, hogy abban a talajpróbában (szemben az én próbáimmal) szerfölött intensiv rohadás foroghatott fenn.

2. A szervi szén.

A széntartalmú szerves anyag fogyása a talajban a következő viszonyokat mutatja:

A kevés organikus szenet tartalmazó homokból 2 év alatt 40—45% tünt el, tehát a szén gyorsabban fogyott, mint a szerves N. Az, hogy az ilyen tiszta talaj a föld felszinéhez igen közel vagy attól 0·55—1·1 méterre lefelé fekszik-e, nem látszik tetemesebb befolyást gyakorolni a szervi széntől való megtisztulás gyorsaságára, valamint az sem, hogy szervi szénben szegény vagy abban nagyon gazdag réteg van-e fölötte vagy alatta.

Az erdei földnél, (mely húszszorta több szervi szenet tartalmaz a homoknál) a tisztulás még jóval gyorsabb és nagyobb, a mennyiben a szervi szénnek 65—70%-a tünt el belőle 2 év alatt.

A trágyázott talaj (mely körülbelül 40-szerte több szenet tartalmaz a homoknál) tisztulása a vizsgálat 2 éve alatt még gyorsabb és tetemesebb volt, mert a szénnek 75—80%-a tünt el belőle.

A szervi szén tehát az összes talajpróbákból gyorsabban fogyott, mint a szervi nitrogen.

Az összes vizsgálati adatok áttekintésénél azt tapasztaljuk továbbá, hogy a talajnak a szervi nitrogen és szervi széntől való megtisztulása különösen az első évben erősebb. A szénből ugyanis *átlagban* az összes talajpróbákban fogyott az első évben 57%, a másodikban 16%; a nitrogenből fogyott az első évben 43%, a másodikban 11%; ennélfogva a szerves szennyanyagok fogyását az első évben körülbelül 50%-ra, a másodikban pedig körülbelül 15%-ra tehetjük, oly kedvező viszonyok között, mint kisérleteimben fennforogtak és ha a talaj újabb szennyeződésnek nincsen kitéve. A szenny utolsó maradékai mindazáltal igen lassan fogynak.

Ha ezek után *Fodor* vizsgálatai értelmében a budapesti házak 1 kilónyi talajában *átlagban* volt 1 méter mélységben:

a tisztáknál	a szennyeseknél
0·4465 mg. szervi N	1·178 mg. szervi N
4·670 mg. szervi C	11·340 mg. szervi C

akkor könnyen beláthatni, hogy azon óriási mennyiségű orga-

[1] A. Majer: Lehrbuch der Agriculturchemie. 1871. 164—182. lap és P. Deherain: Cours de Chimie agricole 1873. 322. lap.

nikus szenny, mely e vizsgálatok idején Budapest talajában találtatott, 2—3 év alatt oly változáson mehetett volna át a talaj önmagától való tisztulása által, hogy a legszennyesebb háztalajok is tisztákká változtak volna, föltéve, hogy a talajba újabb szenny jutása egészségügyi intézkedések által megakadályoztattatott.

Hogy ez a tisztulás tényleg megtörtént-e, arra más vizsgálatok hivatvák megadni a feleletet.

A bujakór terjedésének statistikai kinyomozása.[1]

Irta *Jurkiny Emil* dr.

Tisztelt bizottság!

Ha valamely fertőző betegség terjedési viszonyait kinyomozni, részletesen tanulmányozni akarjuk és a betegség ellen sikerrel eljárni törekszünk, úgy első sorban megtudandó, hogy hol mutatkozik a betegség, minden kétséget kizáró módon értesülnünk kell arról, hogy minő fokban és minő feltételek mellett terjed a baj és végül, ha az a szándékunk, hogy az ellene alkalmazott prophylaxisunk és leküzdési eljárásunk észszerű és körültekintő legyen, akkor fődolog, kinyomozni, kipuhatolni, hogy volt-e és minő hatása a betegség ellen alkalmazott óvintézkedéseinknek és rendszabályainknak?

Mindaddig, a mig ezeket a körülményeket nem tudjuk, nem fogjuk sem a betegség székhelyét, sem a baj nagyságát felismerni, hanem tájékozatlanul fogunk tapogatózni, a szükséges intézkedéseket elmulasztani, sőt helyesnek vélt eljárásunk talán károkat fog okozni, mig az ártalmas befolyások figyelmünket esetleg még elkerülhetik is.

Tervszerűen és szakavatottsággal készült, mindenre kiterjedő megfigyelésen alapuló statistikai adatokra kell támaszkodni annak, a ki a bajt felismerni és gyógyitani akarja. Mert: *helyes eljárás valamely fertőző betegség prophylaxisa körül nem képzelhető, helyes statistikai adatok nélkül.*

Ez áll minden fertőző betegség, tehát a bujakór felderitésére nézve is.

Az államnak kötelessége, a pusztító fertőző betegségek terjedési viszonyait statistikailag kipuhatolni. A heveny-fertőző betegségekre nézve meg is teszi ebbeli kötelességét az állam, a bujakórról azonban teljesen megfeledkezik.

Sajnos, de való, hogy épen erről a betegségről nem értesül az állam, legalább nem olyan módon, hogy az értesülések alapján az állam praecise megismerné a bujakór terjedési arányait, még kevésbbé olyan formán, hogy az értesülések az államnak vezérfonal gyanánt szolgálhatna a ragály ellen követendő eljárásra.

Hacsak olykor-olykor, talán minden 10—15 esztendőben, egy-egy a tárgy iránt érdeklődő orvos fel nem lebbentené azt a sűrű fátyolt, mely alatt ez a titokteljes betegség akadály nélkül burjánzik, soha meg nem tudná sem a közönség, sem az állam, hogy mily ijesztő mérvben terjed, pusztit és senyveszt a bujakór Magyarországon!

Ezeknek az állapotoknak véget kell vetni, nem szabad ölbe tett kézzel nézni, hogy mint pusztit ez a lassú népjárvány, az államnak erkölcsi kötelessége, szakitani az eddigi indolentiával és a tarthatatlan állapotokat megszüntetni.

De ha mi az államtól azt követeljük, hogy tegyen valamit a veneriás betegségek terjedésének megakadályozására, úgy nem elég megmondani, hogy mit tegyen, hanem meg kell az államnak mutatnunk azt a módot is, azt a statistikai methodust, a melynek segitségével ő a betegség és ennek mily mértékben való dühöngésének felismeréséhez jut. És ha azután az állam csakugyan megtette mindazokat a szükséges intézkedéseket, a melyek üdvösöknek igérkeznek, akkor ismét a statistika segitségével fog az állam meggyőződhetni alkalmazott intézkedéseinek czélszerűsége és helyességéről.

Azok az ellenvetések, hogy hiszen kap az állam úgy is elég statistikai kimutatást, teljesen elvesztik értéküket, ha tudjuk, hogy azokban a különféle statistikai kimutatásokban épen a bujakór van a legfelületesebb módon kitüntetve, oly annyira, hogy ezekből az adatokból soha ki nem derülhet a bujakór állása, emelkedése vagy csökkenése.

A bujakór csak nagyon alárendelt szerepet játszik az államhoz benyujtott kimutatásokban; ezek felületesek, hiányosak, nem czélirányosak, nem egyöntetűek, és a mi a legnagyobb hibájuk, nem kerülnek egy és ugyanazon helyre, hanem különböző ministeriumok osztályaiba, a hol azután a helyett, hogy értékesittetnének, ad acta tétetnek.

Így pl. a belügyministerium közegészségi osztályába érkeznek minden évben a kórházi ú. n. betegedési kimutatások. Ezeknek az alapján a megnevezett osztály soha meg nem tudhatja azt, hogy hány bujakóros beteg ápoltatott. Mert csalódik az, a ki azt hinné, hogy ezek az évi kimutatások a bujakóros betegek létszámáról correct képet nyujtanak. Ugyanis: 1. a blenorrhoeánkról nincsen külön kimutatva a heveny és üdült alak; 2. a „lágy fekély“ diagnosisa éppenséggel egészen hiányzik. Ez a diagnosis a hivatalos, előirt nomenclaturában elő nem fordul. Ha némelyik kórház a „lágy fekély“-t külön kimutatja, akkor teszi azt csak saját jó szántából, de nem azért, mert köteles volna reá. 3. Vannak kórházak, melyek a lágy fekélyben szenvedőket a sebészi bántalmak közé sorolják. Sok lágy fekélyes eset ily módon elvész a statistika számára. 4. Sok olyan bujakóros beteg, a mely sebészileg kezeltetett, vagy valamely sebészi osztályon feküdt, a sebészeti esetek között lesz kimutatva. Pl. herelob, hólyaglob, makkörv, fitymaszor, mirigylob, nyirkedénylob, gégefekély, torok- vagy szájfekély stb. diagnosisa alatt és soha sem lehet tudni, hogy a sebészeti esetek között felsoroltak közül hány volt bujakóros. Ismét egy csoportja a bujakóros betegeknek, mely a statistikára nézve teljesen elvész. 5. Így van ez a nőgyógyászati eseteknél is: nem lehet tudni, hogy hány blenorrhoeás eset volt a kimutatott méhlob, hólyaglob, méhkörüli lob, petefészeklob stb. között. 6. A legnagyobb zürzavar létezik azonban a syphilisben szenvedők kimutatásában. Bátran mondhatni, hogy tényleg sokkal több syphilitikus kezeltetik, mint a mennyi ki van mutatva. Gégelob, gégeporczköri lob, orr-, száj-, torok-, gégefekély, mirigylob, ozaena, iritis, renititis, csontszú, agybaj, onychia, lábfekély és a bőrbetegségek legiója az, a melyeknek czime alatt sok bujakóros eset rejtőzik. A hivatalos nomenclaturában a bujakór, syphilis, az alkati betegségek csoportjában fordul elő. Teljesen a kimutatást-csináló önkényére és belátására van bizva, hogy minő eseteket soroljon ő fel itt és minőket a többi 400 diagnosis alatt. Az a számos eset azután, a melyet ő a többi csoportban és diagnosis alatt kimutat, teljesen és nyomtalanul elvész a statistikára nézve. Szóval, a legnagyobb és eléggé nem kárhoztatható slendrián uralkodik a bujakóros betegségek kórházi kimutatásaiban.

A belügyministerium közegészségügyi osztálya tehát az efféle kórházi kimutatásoknak nem veheti nagy hasznát, nemcsak azért, mert a kimutatott számok nem felelnek meg a valóságnak, hanem még azért sem, mert egyéb fontos tudnivalókról teljesen hallgatnak ezek a kimutatások. Így pl. nem szerezhet magának tudomást arról, hogy a bujakóros nők közül hány volt kéjnő, hány nem, minő foglalkozásuak voltak egyáltalán? Hány volt olyan bujakóros, a ki útról betegen jött és hány, a ki a bajt a kórház székhelyén aquirálta. Hány volt elhanyagolt, idült eset és hány heveny?

A bujakórra nézve fontos kimutatásoknak egy bizonyos része a belügyministeriumnak nem egészségügyi, hanem rendőri osztályába kerülnek; ezek a rendőrfőorvosi jelentések. Ezek igen fontosak, nemcsak a bujakór elterjedtsége, hanem a prostitutio állásának kérdésére nézve.

A honvédelmi és a bécsi közös hadügyministeriumba jutnak a katonák között előforduló bujakórt jelző kimutatások. Rendkivül fontos kimutatások ezek, mert a katonai bujakór exact fokmérője nemcsak valamely vidéken uralkodó bujakórnak, hanem a titkos prostitutiónak is.

De még a kereskedelmi ministerium is részesül bujakórosokról szóló érdekes és fontos kimutatásokban. Nemcsak

[1] Javaslat, előadva a budapesti kir. orvosegyesület által a bujakór prophylaxisa és a prostitutio ügyének tanulmányozására kiküldött bizottság egyik ülésében.

a vasuti, hajózási és postaszemélyzet betegedési kimutatásai, hanem a mindinkább szaporodó ipartestületi, gyári és kerületi betegpénztárak betegedési kimutatásai oda terjesztendők fel.

A mostani kimutatások alapján helyes bujakór-statistikát csinálni nem lehet. A kimutatások felületesek, nem czéliranyosak, nem egyöntetűek, nem tartalmazzák a szükséges adatokat, nem küldetnek feldolgozás és tanulmányozás végett egy és ugyanazon helyre, hanem öt-hat felé. Ezek a kimutatások nem hogy correct képet adnának a legfőbb egészségi hatóságnak, hanem félrevezetik azt. Ilyen kimutatások nyomán nem is kívánhatjuk meg az államtól, hogy az országszerte pusztító járvány állását felismerje és ellene helyesen intézkedjék.

Helyén való dolognak tartom tehát, tisztelt bizottság, hogy álljunk elé javaslattal, a mely a kormányt útbaigazítja arra nézve, hogy mi módon kellene behozni a bujakór statistikáját, hogy milyenek legyenek a kimutatások és minő helyekről jöjjenek azok.

Ez iránti javaslatom a következő:

Mindenekelőtt hangsúlyozandó, hogy a heveny fertőző betegségek statisztikájának alapját képező köteles betegbejelentések nem alkalmazhatók a bujakórra nézve is, és nem képezhetik alapját a bujakór statistikájának. Több oknál fogva nem. Még pedig leginkább a baj titkos volta miatt; mert ha valahol, úgy erre a betegségre nézve érvényesül az orvosi titoktartás kötelessége teljes mértékben.

Nemkülönben azért, mert ha tudomására jutna a közönségnek az, hogy a bujakór bejelentendő, akkor sokan nem fognak orvoshoz folyamodni, hanem bajukat elhanyagolni vagy kuruzslókkal kezeltetni. Jól tudjuk továbbá azt, hogy egy és ugyanazon bujakóros beteg több orvosnál, 4—5, sőt 10-nél is megfordul egy és ugyanazon bajával és e szerint a bejelentések alapján készült statistika mindennek inkább, mint megbizhatónak mondható. Kötelező általános betegbejelentések által tehát nincsen elérve az a czél, a mely felé törekszünk.

A lehetőségig pontos és megbizható, minden körülményt figyelembe vevő statisztika a bujakórról a következő methodus szerint állítandó össze. Ugyanis:

Intézkedjék az állam, hogy minden negyedévben a következő helyekről, a következő schema szerint készült statistikai kimutatások nyujtassanak be, még pedig csakis a belügyministerium közegészségi osztályába.[1]

Azok a helyek, melyek ily negyedévi kimutatások benyujtására kötelezteessenek, a következők:

1. Az állami rendőrség;
2. az összes kórházak;
3. az összes nyilvános rendelő intézetek;
4. az összes betegpénztárak és betegsegélyző egyletek;
5. valamennyi törvényhatóság;
6. a katonai hatóságok.

I.

A rendőrség negyedévi kimutatásai a következő adatokat tartalmazza:

1. Hány rendőri felügyelet alatt álló kéjnő van?

És pedig:

a) Hány bordélyházi?
b) Hány magánbárczás?
2. Hány bordélytelep létezik?
3. Hány új kéjnőbejegyzés történt?
4. Hány orvos vizsgálja a bárczás nőket?

} kerületek szerint.

És hányszor hetenként?

5. Egy-egy orvosra hány bárczás nő esik megvizsgálásra? A minimum, a maximum és az átlagos szám kimutatásával.
6. Hány bujakóros megbetegedés fordult elő?
a) a bordélyháziaknál?
b) a magán-kéjnőknél?

} A betegség neme és kerületek szerint

7. Hány letartóztatott nőszemély lett orvosilag megvizsgálva, és ezek közül hány volt bujakóros, még pedig hány heveny, hány idült és hány elhanyagolt eset? A betegek kimutatása, a betegség neme és a kerület szerint, nemkülönben életkor, családi állapot és foglalkozás szerint.
8. Hány letartóztatott férfi lett orvosilag megvizsgálva, és ezek közül hány volt bujakóros, még pedig hány heveny, hány idült és hány elhanyagolt eset? A betegek kimutatása, a betegség neme és a kerület szerint, nemkülönben életkor, családi állapot és foglalkozás szerint.

II.

A kórházi negyedévi kimutatások.

Minden kórház kivétel nélkül, legyen az klinika, országos, köz- vagy magánkórház tartozik negyedévenként következő kimutatást felterjeszteni.

1. Hány bujakóros férfibeteg vétetett fel?
a) foglalkozás szerint kimutatva;
b) családi állapot szerint kimutatva;
c) útról betegen jött-e vagy helyben betegedett meg?
d) heveny, idült vagy elhanyagolt állapotban?
e) alább következő kórjelzések szerint.
2. Hány bujakóros nőbeteg vétetett fel?
a) hány bordélyházi kéjnő?
b) hány bárczás magánkéjnő?
c) hány egyéb és minő foglalkozásbeli?
d) családi állapot szerint;
e) útról betegen jött-e vagy helyben betegedett meg?
f) heveny, idült vagy elhanyagolt esetben?
g) alább következő kórjelzések szerint.

A kórházak kimutatásainál a következő kórjelzés és sorozat állapitandó meg:

I. Csoport. *Kankós betegségek és szövődményei.*
1. Heveny vagy idült gonorrhoea az ivarszervekben.
2. „ „ „ „ egyéb helyen és hol?
3. „ „ „ szemblenorrhoea felnőtteknél.
4. „ „ „ „ újszülötteknél.

II. Csoport. *Sanker (lágy fekélyes) bántalmak és szövődményei.*
5. Sanker (lágy fekély) az ivarszerveken.
6. „ „ „ egyebütt és hol?

III. Csoport. *Syphilitikus bántalmak.*
7. A syphilis első nyilvánulása az ivarszerveken.
8. „ „ „ „ egyebütt és hol?
9. „ „ a II. stadiumban.
10. „ „ „ III. „
11. Örökölt syphilis.

A kórházak utasitandók, hogy az összes veneriás betegek mutatandók ki ekként, tekintet nélkül arra, hogy mily osztályokon feküsznek.

III.

A klinikai, kórházi, poliklinikai és egyéb nyilvános rendelő intézetekben megfordult veneriás betegekről szóló negyedévi kimutatások a II. alatt felsorolt betegség-nomenclatura szerint tartalmazzák azt, hogy hány veneriás férfi és hány nő lett bejegyezve, életkorúk, családi állapotuk és foglalkozásuk szerint, valamint a szerint, hogy útról betegen jöttek-e vagy helyben betegedtek meg?

IV.

Az összes betegpénztárak és betegsegélyző egyletek negyedévi kimutatásai hasonlók legyenek a III. alatt emlitettekkel.

V.

A valamennyi törvényhatóság részéről negyedévenként beterjesztendő kimutatásokban a bujakór és a prostitutio állapota külön ki legyen tüntetve.

Kimutatandók tehát: *a)* a hatósági orvosok által kezelt bujakórosak a 3 főalak, a nem és a foglalkozás szerint és *b)* a prostituáltak hasonló módon, mint az az I. sz. alatt történik. A megyékben városok, járások és községek szerint kimutatandó a hatósági orvosok által kezelt veneriás betegek száma és neme.

[1] Mert meg kell adni a lehetőséget annak, hogy az egészségügyi központi közigazgatás *közvetlenül* értesülhessen az országnak statistikailag felvett közegészségi viszonyairól, hogy gyorsan közbeléphessen ott, hol a közegészségi viszonyokban kedvezőtlen fordulat jelentkezik. (Rózsahegyi A., 1885-iki kongresszus.)

VI.

Végül negyedévenként kimutatás adandó be *a katonai hatóságok által* úgy a sorozások alkalmával észlelt szerzett és örökölt bujakórosokról és egyéb veneriásoknak találtakról, — tekintettel a foglalkozásra és illetőségre — valamint a veneriában szenvedő katonákról, a betegség neme szerint, utóbbiaknál még a tényleges katonalétszámhoz viszonyítva, nemkülönben az illető csapattestek garnisonja szerint.

* * *

Csakis ilyen kimutatások alapján készült statistika segítségével fog magának a legfőbb egészségi hatóság az ország lakosainak legalább $^3/_4$ részében előforduló bujakór terjedési arányairól, arról, hogy az ország melyik részein uralkodik és pusztit leginkább, a behozott rendszabályok üdvös voltáról, a prostitutio állásáról, esetleg ennek miként való szabályozásáról, biztos tudomást illetőleg tájékozódást szerezni.

Kérem tehát a tisztelt bizottságot, hogy az elkészítendő elaboratumában az ezen javaslatomban foglaltakat szíves figyelmébe vegye.

Az országos közegészségi tanács felülvéleményezéseiből.

A budapesti új honvéd-laktanya.[1]

A honvédelmi minister úr a budapesti honvéd gyalogsági csapatok számára, az egyátalán meg nem felelő Kőbányai-úti „fegyvergyár-laktanya“ helyébe új, a közigényeknek minden tekintetben megfelelő laktanyát óhajtván építeni, a fővárostól e czélra ingyen telket kért. A főváros 3 telket ajánlott meg, melyek közül azonban csakis az egyik, a honvédhuszár-laktanyával, az Üllői-úton, szemben fekvő találtatott katonai szempontból megfelelőnek.

Ezen telekre nézve azonban egészségi tekintetből aggodalom merült fel, minthogy a heveny-fertőző betegek számára rendelt fővárosi szent László-kórház a közelében van.

A minister úr ennélfogva, a bemutatott vélemények kapcsán, irányadó véleményt kíván a tanácstól arra nézve, *vajjon a szent László-kórház nem veszélyeztetné-e egészségi szempontból a fölépítendő laktanyát?*

A szóban forgó telek az Üllői-út délnyugati oldalán, szemben a lovassági laktanyával, fekszik. Közötte és a szent László-kórház között egy utcza (út) az elválasztó. A kaszárnya bejáratát az Üllői-útra tervezik, míg a teleknek a kórház felé eső részére fészereket és raktárakat építenének. A kórház első pavillonjai (a diphtheria-pavillonok) ily módon körülbelül 200—250 méternyire esnének, észak-keleti irányban, a laktanya lakott részeitől; a kórház leghátsó himlő-pavillonja pedig 300—350 méternyire.

A telek helyszini szemléjénél, a fölmerült különféle egészségügyi aggodalmakkal szemben, a honvédség orvosi szakértője kijelentette, hogy a kőbányai sertés-szállások bűze és legyei, a mióta a sertés-szállásokon a trágya lerakása megtiltatott, a szóban forgó telek környékén megszüntek alkalmatlanok lenni, a mit az illető abból következtet, mert a szállásokhoz sokkal közelebb eső „fegyvergyár-laktanyában“ sem észlelhető immár semmi bűz és légy-alkalmatlanság. A kórházat sem tartja aggályosnak az orvosi szakértő, minthogy annak pavillonjai elég nagy távolságban vannak a laktanyától, úgy hogy onnan a ragályozás veszélye át nem terjedhet; továbbá minthogy az elkülönítés a kórházban annyira teljes és szigorú, hogy minden érintkezés a fertőző betegekkel — és véleménye szerint csakis ezen úton terjedhetne a fertőzés — teljesen ki van zárva.

A szent László-kórházzal szomszédos szent István-kórház gondnoka kijelentette, hogy e kórházban még nem tapasztaltatott fertőzés esete, a mely a szent László-kórházból származott volna. A szent László-kórházba idegenek bemenetele tiltva van, az ápoló személyzet pedig mindenkor csakis megelőző fertőtlenítés után hagyhatja el a kórházat.

[1] Előadó *Fodor József* tanár.

Végre kiemelik, hogy Budapesten az uralkodó szélirány észak-nyugati, míg a laktanya fekvése ez iránytól eltér (észak-keleti).

Vélemény. A tervezett laktanya telke közvetetlen szomszédja a heveny-fertőző betegek kórházának; mindössze egy út és az illető épületcsoportok udvarai választják el egymástól a diphtheriás, skarlátos, himlős, typhusos pavillonokat és a laktanya szobáit.

Vajjon ez a távolság, továbbá a szélirány minősége, a fertőző-kórház elővigyázati rendszabályai, a laktanya kapujának az Üllői-útra való fekvése elégségesek lesznek-e fertőzéseknek meggátlására? E kérdésnek apodiktikus megoldása nem lehetséges.

A közvélemény kétségen kivül bizonyos aggodalommal, borzongással tekint egy heveny-fertőző betegekkel népesített kórház-telepre, s a kaszárnyának a kórház mellé építését rosszalni fogja; a legelső fertőző-betegedés esetén pedig, a mely a laktanyában idővel esetleg előfordulna, azonnal vádolná azokat, a kik a kaszárnyát a kórház mellé építették, habár talán az az eset nem is volna semminemű összefüggésben a kórházzal.

A közönségnek eme idegenkedésével azonban nyugodt lélekkel szembe lehetne szállani, ha a tudomány avagy a tapasztalás kétségen felül bebizonyitaná, hogy a szóban forgó viszonyok között a fertőzésnek áthurczolása, átszállása, a kórházból a laktanyába, ki van zárva. De vajjon miképpen szól erre nézve a tudományos elmélet és a gyakorlati tapasztalás?

Tudjuk, hogy a diphtheria, himlő, skarlát és több más fertőző betegségnek csirái a beteg testében képződnek, szaporodnak, és hogy ama csirák a beteg testét elhagyják, és elporladva, elhurczolva, levegőben elszállva, hosszú időn keresztül megtartják fertőző képességüket s a betegségre hajlamos egyénnek testébe jutva, betegséget okozhatnak. És igy, tudományos szempontból úgy kell nyilatkoznunk, hogy a heveny-fertőző betegek kórháza, a mely a legnagyobb számmal tartalmazza az egész városban a heveny-fertőző betegeket, a legnagyobb mértékben is alkalmas a fertőzésnek környezetbe való terjesztésére, még pedig úgy levegő, szél, mint elhurczolás útján. A heveny-fertőző betegségek szempontjából olyan kórház elméletileg veszedelmesebb a laktanyára nézve a gyáraknál és bármi efféle telepnél és veszedelmesebb bármiféle szomszédságnál.

És vajjon mit mond a fertőzésnek elhurczolására nézve a gyakorlati tapasztalás?

Sajnálattal kell legelőbb is konstatálnunk, hogy igen szegények vagyunk alapos, gondos tapasztalásokban arra nézve, vajjon mily viszonyok között és mily mértékben folynak be olyan kórházak a környezet fertőzésére.

Ilynemű megfigyeléseket és kutatásokat állam és társadalom nem igen végeznek, nem végeztetnek sem nálunk, sem — kielégítő mértékben, — a külföldön sem nem úgy, mint pl. csillagászati, meteorologiai és egyéb megfigyeléseket, melyek czéljára nagy és jól dotált állami intézeteket állitanak fel és tartanak fenn. Magános szakemberek pedig ily természetű járványtani kutatásokat alig végezhetnek —, nincs hozzá sem költségük, sem munkájuk, sem elég erejük.

Tényleg csupán a himlős kórházakra nézve ismerünk némileg megbizhatóbb olynemű megfigyeléseket. E kórházak adatait mindazáltal megnyugvással elfogadhatjuk irányadókul a diphtheriára, skarlátra, foltos hagymázra és még más heveny-fertőző betegségre nézve is, mert ezeknek fertőző anyaga, ezeknek fertőző módja hasonlit a himlő fertőzéshez.

Bertillon Párisban megfigyelte a himlő-kórház befolyását a szomszédság himlős megbetegedéseire nézve, s azt tapasztalta, hogy annak környékén — különösen az uralkodó szél irányában — erősen mutatkozott a himlő. Szerinte a fertőző csirák, jó távolra elhurczoltatnak, még pedig a szél, levegő által is.

A londoni „*Hampstead Small-pox Hospital*“ ellen a környék lakossága panaszt emelt s a „Queen's Bench“ betiltotta ama kórházat; éppen igy protestáltak 1887-ben a heveny-ragályosak kórháza ellen Párisban, illetve Aubervilliersben. (*Arnould.*)

Sheffieldben a himlős kórház körül egész 1000 angol lábnyi távolságban 87-szerte, 1000 egész 2000 lábnyi távol-

ságú területen 25-szörte, 2000—3000 lábnyi távolságban 7-szerte és 3000—4000 lábnyi távolságban $2^1/_2$-szerte gyakoribb volt a himlő a népesség között, mint 4000 lábnyi távolságon túl. (*Gärtner.*)

A himlő tehát — és hozzá hasonlóan több más heveny-ragályos betegség — úgy látszik, tényleg veszélyezteti a környezetet, még pedig jóval nagyobb távolságra is, mint amilyen távolságban az Üllői-úti laktanya a kórháztól terveztetik.

Mindazáltal vannak az említettekkel szemben megnyugtatóbb megfigyelések is. Ugyanis, míg *Bertillon* és mások is lényeges szerepet tulajdonítanak, a fertőző anyag szerte szórásában a levegőnek, szélnek, addig mások sokkal nagyobb súlyt fektetnek az elhurczolással, a közlekedéssel való fertőzésre, ezt a közlekedéssel való elhurczolást pedig, mondják, ma már, megfelelő administrativ intézkedésekkel (közlekedés betiltása, desinficiálás stb.) korlátozni lehet. Az Aubervilliers-kórház egyes pavillonjai között állítólag azonnal megszünt a himlőnek elhurczolása, a mint szigorúan ügyelni kezdtek arra, hogy az ápolók fertőtlenítés nélkül ne hagyhassák el a himlős pavillont. Ugyanígy állítólag sikeresnek tapasztalták a himlő elhurczolása ellen az ápolóknak gondos desinficiálását a londoni himlős hajókon (úszó-kórházakon), a leicesteri kórházban és egyebütt. (*Arnould.*)

Ezen utóbbi tapasztalásokból tehát az következnék, hogy — legalább a himlőre nézve — nem forog fenn oly nagy fertőzés veszedelem a kórház környezetében, a mint azt régebben föltételezték, — nevezetesen, hogy nem forog fenn veszedelem akkor, ha a kórház szigorú igazgatás és ellenőrzés alatt áll.

Mindazáltal úgy véljük, hogy korai és esetleg igen káros optimismus volna az imént említett megnyugtató tapasztalásokban való teljes bizalom, a túlzó bizakodás. Ezt eme adatok épenséggel nem érdemlik. Egyrészt, mert elvégre mégis csupán a himlőre vonatkoznak és nem a diphtheriára, foltos hagymázra, stb.-re; másrészt minthogy olynemű hygienikus megfigyelésekre, minők az imént közlöttek, kivált ha azok a tudományos elmélettel ellentétben is állanak, nem szabad túlságos súlyt fektetni, minthogy azok rendszerint igen felületesek. A mikor egyesek, bizottságok, hatóságok, kórházi gondnokok stb. kijelentik, hogy ők nem tapasztaltak fertőző eseteket ebből vagy abból eredő forrásból, akkor rendszerint nem alapos kutatás, megfigyelés képezi ama kijelentések basisát, hanem csupán a mindennapi életből vett felszines benyomás, a melyről elég gyakran kiderül utóbb, alaposabb utána járáskor, hogy téves volt.

És igy, habár mi sem tartjuk jogosultnak a közérzületnek túlságos rémületét a fertőző kórházakkal szemben, és habár azt véljük, hogy azok közelében az elméletileg gyakran lehetséges fertőzés ma már tényleg csak ritka esetben valósul meg: mégis a fertőző-kórházat a közvetetlen szomszédsággal, illetve alig 2—300 méternyire eső környezetével szemben — még a legjobb administrativ intézkedések esetén is — *nem tartjuk veszélytelennek*. Ki kell emelnünk azonban azt is, hogy ez a positivnak jelzett fertőzés veszedelem kisebb egy kaszárnyára mint magán-lakásokra nézve, melyekben pl. gyermekek is laknak. Ama kórházban rendszerint és túlnyomólag előforduló betegségekkel szemben ugyanis a katonaság ellentállóbb, mint pl. a gyermekek. A katonaság továbbá a himlő ellen is sokkal ellentállóbb mint a népesség, mert a himlő ellen való védőoltás a katonaság között gondosabb, elterjedettebb, mint a lakosság közt. Egyszersmind a katonaság kevésbbé van kitéve, mint a polgári lakosság annak, hogy a kórház személyzetével érintkezzék, közlekedjék; végre, ha a katonaság között fertőző eset mutatkozik — bár honnét eredett légyen —, az könnyebben, gyorsabban ismertetik fel, mint a népesség között és, nevezetesen, a fertőzött katona kevésbbé terjeszti környezetében és a város népessége között a fertőzést, mint a polgári beteg, a ki a mindennapi életviszonyoknál fogva folytonosan és ezerszeresen érintkezik más polgártársaival az egész város területén mielőtt isoláltathatott volna.

Mindezek nyomán egészségügyi tekintetekből nem tartjuk veszélytelennek a laktanyának a kórház szomszédságában való fölépítését, mert nem zárhatjuk ki positive a fertőzésnek a laktanyába áthurczolhatását, illetve levegő útján átszállását, habár másrészt azt a veszélyt a laktanya katonáira, illetve ezek útján a főváros népességére nézve nem tartjuk teljesen bebizonyítottnak, nevezetesen pedig nem tartjuk oly szerfölött nagy fokúnak, a milyennek a közönség tartja, egyrészt előítéletből, másrészt olyan régi megfigyelések alapján, a melyek idején még nem voltak kellő figyelemmel a ragályos betegeknek, az ő ápolóiknak, használati tárgyaiknak stb. kellő isolálására és fertőtlenítésére.

Végül bátrak vagyunk megemliteni, hogy értesülésünk szerint a fővárosi járvány-barakkok is a szent László-kórház mellett fognak épülni, a mi, ha tényleg megtörténnék, a kaszárnyára nézve a fertőzés veszedelmét jelentékenyen fokozná.

KÖZEGÉSZSÉGÜGY.

Romlott meszes tojásokat vett bakteriologiai vizsgálat alá *Schrank*, a ki egyúttal az eltartásra szolgáló mész-oldatot is megvizsgálta. A romlásnak az volt az oka, hogy a mészvízből a levegőn állás folytán kicsapódott a mész s a víz rohadásba ment át. Úgy a vízből, mint a romlott tojásokból a Hauser által felfedezett *proteus vulgaris* nevü csíra tenyészett, mely a záptojásnak a bélyegző kénhydrogen szagot adta. A tojásnak mészszel való eltartásában tehát igen ügyelni kell arra, hogy a folyadék mindig szabad mészhydratot tartalmazzon, máskülönben a tojások azonnal romlani kezdenek; az ily félig romlott, de még használhatónak látszó tojás pedig ártalmas az egészségre, sőt veszedelmessé is válhat, a mennyiben szerves méreg képződik benne, mely hatás tekintetében igen hasonló a kolbász- vagy hurkaméreghez, mely — miként ismeretes — a piszkosan készített és rosszul eltartott hentes-specialitásokban fordul elő, s a mely számos esetben volt halálos mérgezés okozója. *R.*

A napfénynek bakterium-ölő hatásáról érdekes újabb vizsgálatokat közölnek *Billings* és *Peckham*. Kisérleteiket typhus-bacillussal és *bacillus coli*-val végezték, melyeket egyenlő mennyiségben öntöttek ki Petri-csészékben agar-lemezekké. A csészéket részint úgy a hogy voltak, részint egy részüket fekete papiros lappal vagy különböző színü üveglemezekkel letakarva tették ki a napfény hatásának. Hogy nem annak hőfoka tette a pusztító hatást, kitünik abból, hogy a csészék mellé tett vakuum-hőmérő sohasem mutatott 34° C.-nál nagyobb hőmérséket. Az eredmény az volt, hogy 15 perczig tartó napsütés után a typhus-bacillusok 17%-a, a coli bacillusok 25%-a s 2 órai napsütés után pedig az előbbiek 98%-a, az utóbbiaknak pedig 99%-a elpusztult. A szétszórt napfény, valamint a közönséges gáz és az izzó gázfény egyátalán semmi ölő hatást nem mutatott. A különböző színü üveglapokkal letakart tenyészeteken csak 6—8 óra mulva mutatkozott némi kevesbedés a vörös, narancsszín, sárga és zöld üveg alatt; a kék és ibolyaszín üvegek alatt ellenkezőleg majdnem oly gyors volt a bakteriumok pusztulása, mint a födetlenül napsütötte lemezeken. Ezen kisérleteket utóbb *Dieudonné* is végezte, s az eredményt meg is erősítette. *R.*

A porosz vágóhidak működéséről szóló és Schmaltz által közzétett jelentésből a következő érdekes adatokat ismertetjük. Poroszország 290 nyilvános vágóhidján az 1894. évben összesen 673,328 szarvasmarhát, 978,204 borjút, 1.098,140 juhot és kecskét és 2.324,945 sertést vágtak le. A húsvizsgálatnál a fogyasztásra teljesen alkalmatlannak találták 3965 szarvasmarha húsát (0·57%) 5315-ét pedig részben vetették el. A borjak közül 1829 húsa (0·18%) tiltatott el az árúba bocsátástól. Tuberculosisos volt 67,989 szarvasmarha, vagyis az összes vágómarhák 10%-a; ezek közül teljesen hasznavehetetlen volt 3020-nak és részben használhatatlan 2616-nak húsa. A tuberculosisos marhák száma a különböző kerületekből származók között különböző volt; legkevesebb (0·9%) volt a Münszterből, legtöbb pedig (30·07) a Stralszundból származók között. A sertések között 15,877-et találtak tuberculosisosnak (0·68%), a borjak között 504-et (0·05%), a birkák között pedig 853-at (0·07%). Borsókás volt 710 vágómarha (0·1%) és 5569 (0·23%) sertés. Trichinásnak találtak 603 sertést (0·025%). A húsvizsgálat folytán az elárúsításnak betiltása miatt Poroszországnak 1894-ben körülbelül 5 millió márka kára volt. *R.*

Budapest, 1896. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető: Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.

Negyvenedik évfolyam. 15. szám. *Budapest, 1896. április 12.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Tauffer Vilmos egyet. r. tanár vezetése alatt álló II. szülészeti és nőgyógyászati klinikáról.

Kiviselt méhenkivüli terhesség operált esete élő magzattal.

Közli: *Reismann Adolf* dr., egyetemi tanársegéd.[1]

Klinikai működésünkben a közel multban alkalmunk volt egy méhenkivüli terhesség esetét operálni, mely a terhesség végén, a szülőtevékenység megkezdése után jutott észlelésünk alá és úgy anyára mint magzatra nézve szerencsésen végződött. Az ez irányu casuistika gazdagitása érdekében esetünk közlését érdemesnek tartom, annyival inkább, mert hazai irodalmunkban hasonló eset leirását nem találtam.

Az esetnek rövid anamnesise a következő:

M. B., 30 éves, III. szülő, megelőző két szülése 4 és 2 év előtt rendes terhesség után rendesen folyt le. Jelen terhességét megelőző utolsó menstruatiója 1894. deczember 22 dikén volt, magzatmozgást junius 15-dikén érzett először. Terhessége III. hónapjában (husvét napján) hirtelen rosszul lett, nagy fájdalmak léptek fel bal alhasában, ugyanott tyúktojásnyi csomót érzett és ezen időtől fogva gyakrabban és fájdalmak között vizelt. Lázas is levén, a szt. István-kórházba vétette fel magát, hol 18 napig feküdt; állapota itt annyiban javult, hogy az említett csomó eltünt, vizelési panaszai is csekélyebbek lettek. Terhessége további lefolyását rendesnek mondja, időközönkénti gyengélkedésektől eltekintve jól érezte magát, fenn járt, házi teendőit is megszakitás nélkül végezte.

Szeptember 19-dikén éjfél után látjuk először a beteget; bábája poliklinikus segélyünket kérte harántfekvés miatt. A szülőtevékenység állitólag már megelőző nap kezdődött, fájások azonban ritkák. A megejtett külső és belső vizsgálat valószinüvé tette az extrauterin graviditást, miért is a klinikára szállittatjuk.

A klinikán felvett vizsgálati lelet vázlatosan a következő: asymmetrikusan tágult has, a hasüri kitölti egy 3 részletből álló tumor, melynek középső, jobban a bal alhasfélben helyet foglaló része valamivel a köldök felé ér, jól contourirozható, legömbölyített, gyermekfej nagyságú, palpatiónál — de spontan is — megkeményedik, ettől balra találunk egy másik, sokkal puhább, magasabbra érő, jobbra pedig a legnagyobb harmadik tumort, mely a has jobb felét kitölti, felfelé a bordaivig terjed, rugalmas tapintatú, benne — bár gyengébb mértékben — contractiók szintén észlelhetők. A két oldalsó tumor a medenczéből emelkedik fel, a középső ezek előtt foglal helyet, velük összefügg, de felettük mérsékelten elmozgatható.

A jobboldali tumor felső részletében egy nagy, legömbölyített puha rész tapintható, a köldök felett pedig könnyen mozgó, apró részeket találunk, melyek helyüket változtatva, a középvonaltól balra is tapinthatók.

Hallgatódzásnál jobb oldalt alul búgó zörejt, mely a középvonalban élesen határolt helyen végződik, bal oldalt a köldök magasságában rythmikus, az anya üterénél gyorsabb, szivhangokat hallunk.

Belső vizsgálat: hüvely megszükítve egy a Douglast és a hátsó hüvelyfalat mélyen ledomborító tömött képlet által, mely a medencze hátsó felét teljesen kitölti, absolut medencze szükületet okozva.

E tumor előtt, a symphisis mögött, találjuk a mell- és felfelé dislocált sarlóalakú mellső méhajkat; portio mint ilyen — a hátsó hüvelyboltozat lefejtett volta miatt — nem létezik. A középső contractilis tumor combinált vizsgálatnál a nagy uterusnak bizonyult, melyet a mögötte kifejlődött tumor előretolt és egyúttal felemelt.

Vizsgálatunk eredményét összefoglalva találtuk: 1. hogy a terhességnek biztos jelei meg vannak, 2. hogy a nagy uterus a tumortól jól elkülönithető és 3. hogy a magzat nem a méhben, hanem a leirt tumorban foglal helyet, mind meg annyi támpont a méhenkivüli terhesség diagnosisára.

A terhesség idejére vonatkozólag mondhattuk, hogy az végéhez közel van, a mennyiben úgy a havi baj kimaradása, valamint az először érzett magzatmozgás alapján számitva, szeptember végét nyerjük a szülés terminusának.

A magzatra nézve pedig — észlelvén annak szivhangjait és mozgásait — megállapithattuk, hogy életben van.

A terhesség normalis végét csaknem elért méhenkivüli terhesség esete élő magzattal állott tehát előttünk.

A diagnosis felállitása magában foglalja egyúttal a mütéti beavatkozás indicatióját is.

Werth után ugyanis ma csaknem általánosan elfogadott álláspont — a véglegesen megállapodott és tüneteket nem okozó esetektől eltekintve —, hogy a méhenkivüli terhesség mint rosszindulatú álképlet tekintendő és azért a szervezetből eltávolitandó.

De ha magára a mütétre nézve nem is, úgy annak idejének megválasztására nézve még mindig eltérők a vélemények. Vannak szerzők, kik feltétlen hivei a rögtöni beavatkozásnak tekintet nélkül a terhesség idejére és a magzat életviszonyaira, mig mások előrehaladt terhességi esetekben a magzat elhalását akarják bevárni, illetve elősegiteni, arra hivatkozva, hogy a néhány héttel a magzat elhalása után végzett müteteknél a vérzés csekélyebb volta folytán az eredmények sokkal jobbak.

A statistikai adatok kétségkivül Werthnek, mint az utóbbi nézet főképviselőjének, adnak igazat. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy ezen bizonyító számadatok a régibb időkből származnak. Az utolsó évek eseteinek pontos összeállitása azt mutatja, hogy az élő magzat mellett végzett mütétek mortalitási statistikája már csak kevéssel rosszabb, mint a magzat elhalása után végzetteké. És a mennyiben várható, hogy az ez irányú eredmények még továbbra is javulni fognak, valószinünek tartjuk: hogy az extrauterin terhesség mütéti indicatiója is oly irányban fog változni, hogy a megfelelő esetekben, a mennyire lehet, a magzat érdekeit is szem előtt tartsuk.

Jelen esetünkben a mütét idejének megválasztására nézve sem lehettünk kétségben. A mikor a beteg szemeink elé került, akkor a szülési tevékenység már megindult, a méhben valamint a petezsákban is contractiókat észleltünk. A hosszabb várakozás, avagy a magzat elhalásának elősegitése, csaknem biztosan a petezsák rupturáját okozta volna, a mikor azután mindenesetre kedvezőtlenebb viszonyok közt lettünk volna kényszeritve a laparatomiát végezni.

Ezeknek tekintetbe vételével fogott Tauffer tanár úr — a szükséges előkészületek megtevése után — mindjárt a laparatomiához.

A hasnak megnyitása után meggyőződtünk, hogy a viszonyok teljesen megegyeznek a supponáltakkal, a mennyiben az uterussal összefüggésben és mögötte mindkét oldalra terjedőleg találjuk az ép petezsákot, mely magában foglalja a magzatot. A petezsák jobboldali felét az ezen oldali széles méhszálag boritja, óriási edényzetével azon területet foglalva el, hol előbb a rendkivül erős búgó zörejeket élesen elhatárolva hallottuk. A petezsákot balról, közvetlenül az uterus felett, nyitjuk meg és a magzatot extraháljuk. A magzat ferdén volt elhelyezkedve, úgy hogy fara jobbra és felfelé, feje pedig balra lefelé — az uterus hátsó falá-

[1] Bemutatta a kir. orvosegyesület 1895. november 16-dikán tartott gyülésén.

hoz és a gerinczoszlop közé beszorítva — feküdt. A petezsák viszonyai olyanok voltak, hogy jobboldalról a felhúzott és ernyőszerűleg kivongált lig. latum, baloldalról peritonealis álhártyák, mellülről pedig az uterus hátsó fala képezte azt, melynek fundusához a peritonealis álhártyák tapadtak. Az élő magzat extractiója után nagyobb vérzés áll fenn, miért is a részben már úgy is levált placentát — mely a Douglas peritoneumán és a keresztcsonton tapadt — gyorsan leválasztjuk és eltávolítjuk. Egyúttal a különösön az uterushoz szorosan tapadó burokrészleteket is leválasztjuk, mi azonban nem sikerül teljesen, a mennyiben kisebb-nagyobb részletek visszamaradnak.

Ezután a petezsák reductiójához fogunk, mit az erősen szaggatott és vérző lig. latum partiekbani lekötése és a lekötött részletek eltávolításával végzünk. A mennyiben a lig. latum tágult edényeiből még mindig tetemesebb vérzés áll fenn, az art. spermaticát, valamint utóbb az art. uterinát is in situ körülöltjük.

A gyógyulás érdekében szükségesnek látjuk a teljesen ki nem irtható petezsákot a hüvely felé drainirozni. A mennyiben azonban ennek részben útját állja az igen nagy uterus, a mely a jobboldali lig. latumától meg van fosztva, uterinája egyik oldalon körül van ö:tve, s ennek daczára a lecsupaszított hátsó falból tetemesen vérzik, úgy, hogy a vérzés csillapítása csak a többi üterek körülöltése útján volna lehetséges; továbbá, minthogy a hátsó lecsupaszított falán erősen tapadó burokrészletek a gyógyulást szintén károsan befolyásolhatnák: az uterus total exstirpatióját végezzük, a hüvelyboltozati körülöltések fonalait a hüvelyen át kivezetve. A visszamaradó űrt steril gaze-zel drainiroztuk a hüvely felé, végül pedig a hasscbet zártuk.

A műtétnél talált viszonyok alapján mondhatjuk, hogy valószinűleg abdominalis terhességgel volt dolgunk. Azt eldönteni, hogy primaer, vagy csak secundaer abdominalis terhesség volt-e, nem voltunk képesek, minthogy egy oldalon sem tudtunk adnexákat találni.

Valószinűnek tartjuk, hogy a kezdetben tubaris terhesség a tuba megrepedése után — mit az említett hirtelen bekövetkezett rosszulléttel összeesőnek vehetünk fel — vált csak abdominálissá. Nem zárhatjuk ki azonban a tubo-abdominalis terhesség lehetőségét sem.

Az 1¾ óráig tartó, aethernarcosisban végzett műtét után a beteg aránylag elég gyorsan tért magához. A további lefolyás is kedvező volt, magasabb temperaturát a VI. napon 38·9 és a XIV. napon 39·0 észleltünk; különben egy-két 38·1—2-nyi emelkedéstől eltekintv·, normalis hőmérséket mutatott.

A drainage-ra szolgáló gazet a hüvelyből a II. napon, a hasvarratokat a VII. napon távolítottuk el, az egyesülés teljesen linearis. A hüvelyboltozati varratokat részletekben a 16. és 26. nap között vettük ki.

Reconvalescentiája némi meghosszabbítást szenvedett a bal alsó végtagban lefolyt thrombotikus folyamat által, mely miatt csak a 34. napon kelhetett fel; teljesen gyógyulva a műtét utáni 58-dik napon hagyta el a klinikát élő magzatával együtt.

A caisson-munkások megbetegedéseiről.

Közlik: *Friedrich Vilmos* dr., a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár főorvosa és *Tauszk Ferencz* dr., I. belklinikai tanársegéd.

(Folytatás)

De merül fel egy további adat, mely figyelmünket nagy mérvben leköti. Ez azon vérsejt számlálási eredmény, melyet épen az I. belkórodán hosszabb időn keresztül észlelés tárgyául szolgáló három caisson beteg szolgáltatott. Ha azon 16 egyén között, kiket mint caissonban munkálkodókat megvizsgálhatni alkalmunk volt, találtunk is hasonló adatokat: azokra, miután a vizsgálat csak egyszeri volt és pedig közvetlenül oly időben, midőn a mechanikus viszonyokat feltételező körülmények — caisson direct hatás — feltétlenül jelen voltak, itt tekintettel nem leszünk.

	Vörös vérsejt	Fehér vérsejt	Viszony
Fabro	6.160,000	107,500	1 : 56
Farioli	6.200,000	95,000	1 : 65
Epstein	5.347,000	66,000	1 : 80

Fenti esetekben a feltüntetett értékek a klinikára jövetel értékeit képviselik. Hosszabb klinikai tartózkodás után távozás alkalmával ezen adatok lényeges változást nem mutattak.

Eredményképen mondhatjuk, hogy a vörös vérsejtek száma rendes, tehát anaemiáról a szó szoros értelmében szó sem lehet. A fehér vérsejtek száma jelentékenyen megszaporodott. A vörös és fehér vérsejtek egymáshozi viszonyának figyelembe vétele mutatja, hogy ezen eredmények mechanikus viszonyokból meg nem fejthetők. Mi itt a fehér vérsejtek tényleges megszaporodásával állunk szemben.

Fontos kiemelni, hogy a fehér vérsejtek ezen megszaporodása állandó és az állapot azok értelmében, kik leukocytosis név alatt a fehér vérsejtek nem túlságosan nagy és csak transitorikus megszaporodását értik, a leukocytosis névvel nem jelölhető. De *Rieder* a leukocytosis fogalmának meghatározásánál ide sorolja úgy a rövid, mint a hosszú ideig fennálló (langandauernd) fehér vérsejt megszaporodási eseteket és jobb beosztás hiányában a leukocytosishoz leszünk kénytelenek sorolni eseteinket, ha a fehér vérsejtek morphologiáját veszszük szemügyre.

Eljárásunk az *Ehrlich*-féle száraz készitményeken alapul. Figyelemmel voltunk az eosinophil, mononuclearis és polynuclearis sejtekre.

	Eosinophil	Mononuclearis	Polynuclearis
Fabro	1·6%	18·0%	80·4%
Farioli	2·1%	14·0%	83·9%
Epstein	1·7%	21·0%	77·3%

Ezen eredmények a több izben eszközölt vizsgálatok középértékét képviselik. Eredményképen felemlithetjük, hogy az eosinophil sejtek némileg, a polynuclearis sejtek igen jelentékenyen megszaporodtak és épen utóbbi a támpont arra nézve, hogy leukocytosissal jelöljük az állapotot és tiltakozzunk a leukaemia elnevezés ellen még ott is, hol a fehér vérsejtek megszaporodása még jelentékenyebb, a minthogy annak egyik jellegző tünetét, a fehér vérsejtek polymorphiáját sohasem észleltük.

A leukocytosis azon magyarázata, melyet *Rieder* megkisért, hogy a vérben a fehér vérsejtek összmennyisége csak kevéssé van megszaporodva és csak a vérsejtek abnormis elosztódásán alapul, itt már fent érintett okok alapján semmi körülmény között el nem fogadható. Mi itt a fehér vérsejtek absolut megszaporodásával állunk szemben, bár a tényt értelmezni nem tudjuk. Nem mint magyarázatot, csak talán mint esetlegest akarjuk felemliteni, hogy a leukocytosis főleg a bradycardiás esetekben volt nagy és kifejezett.

A vér haemoglobin tartalma átlag 60—70 volt és pótlólag felemlítjük, hogy a caisson direct hatása alatt csak csekély ingadozásokat mutatott.

A szív állapotának, az anyagcserének megitélésére a *Korányi Sándor* m.-tanár által meghonosított eljáráshoz folyamodtunk, mely a fagypont meghatározásán alapul. Az eljárás lényegének ismertetését e helyen mellőzni vagyunk kénytelenek és e tekintetben Korányi Sándor m.-tanár ide vágó dolgozataira utalunk.

Megjegyezni kivánjuk, hogy a módszer technikai okok miatt csak három, klinikán ápolás alatt álló caisson munkásnál volt alkalmazható és ezen eredményeket a következő táblázat tünteti fel:

Név	Idő	Vizelet-mennyiség	Δ	NaCl %	a	m	$\frac{\Delta}{NaCl}$
Fabro	Nov. 16.	1050	2·02	1·36	34·65	0·57	1·48
	„ 17.	570	2·20	1·15	20·52	0·54	1·91
	„ 19.	1560	1·56	1·04	39·0	0·57	1·51
	„ 20.	1820	1·39	0·87	40·04	0·56	1·50
Farioli	„ 19.	950	2·04	1·18	31·35	0·55	1·72
	„ 20.	720	2·11	1·05	24·48	0·54	2·00
	„ 21.	1100	2·05	1·19	36·74	0·55	1·75
Epstein	Decz. 4.	1420	1·49	1·09	34·08	0·58	1·36
	„ 6.	1760	1·23	0·83	35·2	0·57	1·60
	„ 7.	1380	1·29	0·79	28·98	0·56	1·63
	„ 9.	1260	1·26	0·92	25·83	0·58	1·36
	„ 13.	1400	1·20	0·68	27·44	0·55	1·76
	„ 18.	1100	1·47	0·88	26·4	0·55	1·67

Jegyzet: Δ = fagypont
NaCl = százalékos konyhasó tartalom
a = vizelet szilárd alkatrészeinek konyhasó egyenértéke
$m = \frac{\Delta\ 0{\cdot}9}{2\ \Delta - 0{\cdot}613\ NaCl}$

A vizelet átlagos napi mennyisége (mint a fentebbiekből kivehető) a normalist megközelíti. A fagypont valamennyi esetben a rendes határokon belül mozog. Az *a* ugyancsak a rendes körülmények között található értékeket tünteti fel és a rendes anyagcsere jeléül tekinthető. Az *m* rendes szívműködés és ép vese mellett, feltéve, hogy az anyagcsere is normalis, 0·58.

Eseteinkben az *m* a normalis érték alatt van többnyire. Tekintve, hogy az összadatokból a vesét épnek, az anyageserét az *a*-ból következtetve rendesnek kell mondanunk, az *m* kisebbedésének oka a véráram sebességének alább szállása.

Az érzékszervekre gyakorolt befolyások közül mindenekelőtt kiemelendő, hogy a fül az, mely leggyakrabban s legsúlyosabbnak érintetik a caissonnak tartós s ismételt behatása folytán. Így dobhártya perforatiót ismételten lehetett megállapitani. A szem részletes vizsgálatát *Grósz* m.-tanár úr végezte, de oly eltérések, melyek a caissonnal összefüggésben lennének, megállapithatók nem voltak. Az étvágy a munkások állítása szerint jó, sokan obstipatióban szenvednek; fokozott reflexen kivül egyeseknél állandó hyperaesthesia van, azonkivül valamennyinél az idegek s izmoknak érzékenysége nyomás iránt. Vizeletben idegen alkatrész nem találtatott.

Ezen általunk talált eredményekkel szemben az irodalomban (főleg Hirt munkájában) talált, a mienktől némileg eltérő jelenségekről akarunk megemlékezni. Igy egyesek orrvérzést, vérzéseket a bőrön, chron. fülbántalmakat, hyperaemiát a belső szervekben észleltek. Mi egy esetünkben radialis hüdést, más eseteinkben ulnaris paresist észleltünk. Mások cerebral s spinal hüdést láttak. *Leyden* s *Schultze* gerinczagy vérzésekről tesznek említést, de az irodalomban hirtelen halál-esetek is vannak feljegyezve, melyek eszméletlenség, cyanosis, dyspnoe s collapsus tünetei közt következnek be.

A cyanosis az által jellegző, hogy az egész test livid szineződésén kivül sötét-kék márványozásokat mutat. *Hoffmann* (Bécs) halálokul tüdőhyperaemiát s oedemát talált. *Heibert* (Kopenhága) halálos esetet közöl. Ezen hirtelen halál-eseteket úgy magyarázzák, hogy midőn a vér hirtelen a peripheria felé tódul a caisson elhagyása alkalmával, a vér a felhalmozott O-t hirtelen elveszti, a mi légbuborék képződéshez vezet, emboliát eredményezve.

III. De ha már láttuk ama hatást, melyet a caissonban való tartózkodás minden alkalommal gyakorol a szervezetre, ha láttuk, hogy van ezen ismételt hatásnak mintegy állandósult alakja, a chron. caissonismus: úgy további válfajként említjük azt a tünetcsoportot, mely kivétel nélkül azoknál fordul elő, kik a chron. caissonismus typikus képet mutatják, s a mely tünetcsoport mindig a caisson-munka befejezte után bizonyos idővel lép fel, néhány napig tart s eddigi tapasztalatunk szerint jó prognosist nyujt, s talán nem tévedünk, ha *ezt a chronikus caissonismus acut eruptiójának tekintjük.*

Czélszerűnek tartjuk kivonatban közölni ama három caisson-munkás kórtörténetét, kik hosszabb-rövidebb ideig a klinikán ú. n. caisson-megbetegedéssel, a mi nézetünk szerint az idült caissonismus heveny kitörésével feküdtek. Három teljesen hasonló esetet, köztük egy radialis hüdést (mely a fájdalmak enyhültével visszafejlődött) ambulatorice észleltünk.

I. Fabro Alajos, 26 éves, római katholikus, híd- és bányamunkás, született: Primiero (Tirol), lakik Ujpesten; beteg lett 1895. november 10-dikén, felvétetett 1895. november 14-dikén, távozott 1895. november 20-dikán.

Kórelőzmény. Szülei és két testvére élnek és egészségesek, ő maga nem emlékszik vissza semminemű kiállt betegségre. 1887. óta dolgozik bányákban, alagút építkezésnél, caissonokban. *Jelenleg 2 hónap* óta az újpesti hídépitésnél dolgozik megszakítás nélkül. *5 nappal ezelőtt, a beteg előadása szerint, kimelegedve jött fel a caissonból* és közvetlenül a friss levegőre menvén, röviddel reá rázóhideg és borzongás, szédülés lepte meg, mely ágyba kényszerítette. Ugyanekkor heves, minden legcsekélyebb mozdulatra erősbödő fájdalmak léptek fel úgy felső mint alsó végtagjaiban, különösen erősen a jobb térdizületben és a kereszttájon.

Jelen állapot. A középtermetű elég jól táplált és fejlett férfibeteg csontrendszere ép, alakja eltérést nem mutat. Izomzata középtérfogatú, kissé petyhüdt, felette a bőr csekély mértékben ránczba szedhető; arczbőr szine rendes, csak a járomcsont feletti részen láthatók tágult hajszáledények. Ajkak gyengén cyanotikusak. Pupillák egyenlők, középtágak, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Nyelv kissé bevont, nyelés szabad. Nyak középhosszú és vastag, részarányos. Mellkas jól alkotott domború, a bordaközök jól kitöltöttek, az intercostalis izmok érintésre nagyon érzékenyek. Légzésnél mindkét mellkasfél egyenlően vesz részt, typusa hasi és mellkasi jellegű, száma perczenként 12. Szívcsúcslökés baloldalt a bimbóvonalon valamivel kivül az V. és VI. borda között van. *Pulsus lassú, telt, középhullámú, száma 44.*

Kopogtatás: Tüdők felett mindkét oldalt a kulcscsont feletti és alatti árkokban teljes éles, nem dobos a kopogtatási hang, mely mint ilyen jobboldalt leterjed a parasternalvonalban a VI. borda alsó, a bimbóvonalban a VII. borda felső s a mellső hónaljvonalban a VII. borda alsó széléig; az itt kezdődő tompulat mély légvételnél leszáll, de a bordaivet meg nem haladja.

Az absolut szívtompulat a bal parasternalvonalban a IV. borda alsó szélén nyerhető, mely kifelé a szívcsúcslökés helyéig, befelé a szegycsont közepéig tart, mint relativ pedig a szegycsonton 1 cm.-rel terjed túl. Léptompulat rendes.

Spirometria: a tüdők vitalcapacitása 3300 kcm.

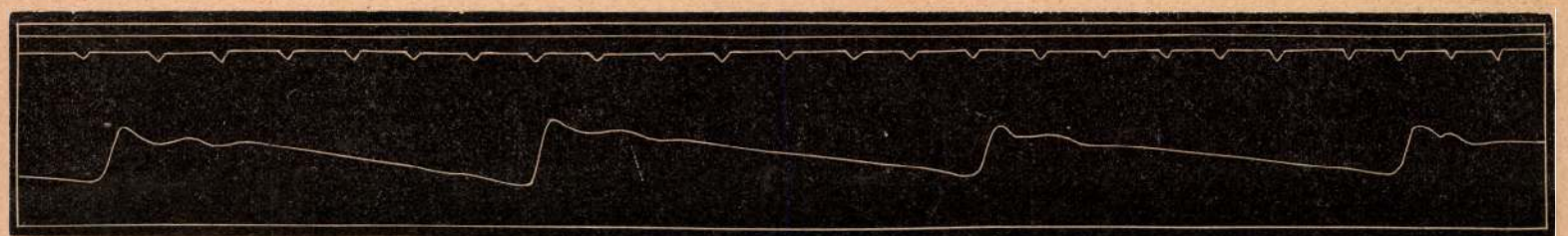
Hallgatódzás. Tüdők felett mindenütt érdes, sejtes légzés hallható. Szivhangok tiszták, nagy edények II. hangjai kellően ékeltek.

Vizeletvizsgálat: a vizelet napi mennyisége 1600 kcm., borsárga, áttetsző, üledéket nem mutat, fajsúlya 1018, vegyhatása savi; idegen alkatrészeket nem tartalmaz.

Vérvizsgálat: vérsejtek számlálásának eredménye:

vörös vérsejtek 6.160,000
fehér „ 107,500
} arányuk 56 : 1

Idegrendszeri vizsgálat: A mozgási körben annyiban mutatkozik eltérés, hogy a szándékolt mozgásokat a felső végtagokkal vontatva, nehézkesen végzi. Időnként csekély remegés mutatkozik. A kezek nyomó ereje csökkent. Izomzat és környi idegek nyomásra érzékenyek. Activ és passiv mozgatásnál diffus fájdalmak, melyek nem az izületekre localizálódnak. Az alsó végtagokkal a mozgásokat jól végzi. Ataxia nincs. Térd és bőr reflexek fokozottak. *Hyperaesthesia és hyperalgesia az egész testén. Szaglási képessége csökkent.*



Fabro ütérgörbéje; ütérlökések száma perczenként 44.

Hallóérzéki vizsgálat. (Tomka S. dr.) Mindkét oldali fülkagyló és külső fülnyilás rendes, a külső hallójárat mindkét oldalt elég tág, mindkettőben mérsékelten fülzsir.

Jobboldalt: *dobhártya igen behúzódott, átlátszatlan, homályos, a fénykúp nem látható, a kalapács rövid nyujtványa nagyon kiemelkedik; hyperaemia sehol sem észlelhető.* Siegle-tölcsérrel a dobhártya egész kiterjedésében mozdulatlan marad.

Baloldalt: *Ez oldali dobhártya is igen behúzódott, az umbo táján besüppedt, mellső alsó része redős, a fénykúp nagyon meg van szélesbedve, beléveltség ez oldalon sem észlelhető, de a jól átlátszó dobhártyán át kis vérömleny látható.* Siegle-tölcsérrel a dobhártya minden része jól mozog.

Hangvillalelet: Rinne mindkét oldalt positiv, Weber balra lateralozódik.

Hallásvizsgálat	jobb	bal
Politzer hallásmérő	7 m.	8 m.
suttogó beszéd	4 m.	7 m.
conversatio	7 m.	9 m.

Mindkét tuba jól átjárható. Beteg felvételkor láztalan, panaszát végtag fájdalmai, bizsergés érzete, szédülés és bágyadtság képezik.

II. Farioli Nándor, 36 éves, római katholikus, napszámos, született Castel-Vitro-Piacenza, lakik Újpesten, beteg lett 1895. november 7-dikén, felvétetett 1895. november 16-dikán, távozott 1895. november 21-dikén.

Kórelőzmény. Atyja előtte ismeretlen betegségben halt el, anyja és hat testvére élnek és egészségesek. Gyermekkori betegségeket nem állott ki, 14 éves korától 20 éves koráig földmíveléssel, azontúl rövidebb-hosszabb félbeszakításoktól eltekintve, *caisson-munkás* volt; 2 hó óta minden nap dolgozott.

Ez időközben említést érdemlő betegségen keresztül nem ment, míg 1895. november 7-dikén a beteg előadása szerint, *midőn a caissonból a felszinre került, hirtelen rosszul lett, lábaiban és karjaib n villámszerű fájdalmak lepték meg. Szédülés, fülzúgás fogta el, arczát, homlokát hideg verejték lepte el, úgy hogy kénytelen volt lefeküdni és három napig az ágyat őrizni. A fájdalmak különösen a bal felső és alsó végtagra szorítkoztak. November hó 11-dikén ismét munkaképes lett, de 15-dikén éjjel a caisson elhagyása után az előbbihez hasonló fájdalmak léptek fel nála*, csakhogy most jobb felső és alsó végtagjában székeltek. A fájdalmai még fokozódtak, jobb karját hajlítani nehezen tudta, miért másnap, azaz november 16-dikán kórodánkat kereste fel.

Jelen állapot. A középtermetű, jól fejlett, jól táplált férfibeteg csontrendszere ép, alaki eltérést nem mutat. Bőralatti kötőszövet zsírtartalma megtartott; izomzat középtérfogatú, tömött. A jobb kar alsó harmadában jelentékenyen duzzadt, nyomásra érzékeny, a bőr itt az ujjbenyomatokat megtartja.

Ajk, orrcsúcs, ujjvégek, fülek cyanotikusak. Pupillák egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Nyelv nedves, piros, étvágy megtartott, szomj nem fokozott, székletét rendes.

Nyak középhosszú, részarányos. Mellkas domború, hordóalakú, rövid, széles, légzésnél mindkét fél egyenlően veszen részt. A légzés hasi jellegű, száma perczenként *20. Pulsus feszes, nagy hullámú, rythmikus, száma 49.* Szívcsúcslökés az V. és VI. borda között a bimbóvonalban homályosan tapintható. Hasban resistentia nincs.

Kopogtatás: A tüdők teljes éles, nem dobos kopogtatási hangja jobboldalt a parasternalvonalban a VII. borda alsó, a bimbóvonalban a VII. borda alsó, a mellső hónaljvonalban a VIII. borda felső széléig ér, mely pontokon kezdődő tompulat mély légvételnél leszáll.

Absolut szívtompulat az V. bordán kezdődik, befelé a szegycsont közepéig, kifelé a bimbóvonalig ér. Relativ tompulat a jobb szegyszélt valamivel túlhaladja. Hátul a tüdők teljes éles, nem dobos kopogtatási hangja leér a XI. borda alsó széléig

A tüdők vitalcapacitása 3800 kcm.

Hallgatódzás: A tüdők felett mindenütt érdes sejtes légzés hallható. Szívhangok tiszták, valamint a nagy edények hangjai is; a pulmonalis II. hangja nem ékelt.

Vizelet napi mennyisége 1200 kcm., vegyhatása savi, fajsúlya 1015, idegen alkatrészeket nem tartalmaz.

Vérvizsgálat:

vörös vérsejt 6.200 000 \
fehér vérsejt 95,000 / arányuk *1 : 65.*

Beteg panaszát felvételkor végtagjaiban érzett heves fájdalmak, bágyadtsága képezik. Beteg felvételkor láztalan: 36·9° C.

Idegrendszeri vizsgálat. Homlok redőzése jól kivehető. Mindkét arczfél beidegzése rendes *Mindkét oldalt, de kifejezettebben jobboldalt a kéz hajlítási, valamint a három utolsó ujj hajlítása tökéletlen, míg az utolsó ujj első phalanxait hajlítani, utolsó phalanxait feszíteni alig képes. A kezek nyomó ereje jelentékenyen csökkent. Alsó végtagjait nehezen emeli. Egyik láb sarkának a másik láb öregujjára való illesztése úgy nyitott, mint csukott szemek mellett jól sikerül. A jobb kar, kevésbbé a bal kar és alsó végtag izomzata nyomásra érzékenyek.* Úgyszintén érzékenyek nyomásra *az összes peripherikus idegek, de főleg a nerv. supra- és infraorbitalis és facialis. Térdreflexek fokozódottak. Az egész testen hyperaesthesia.*

Hallóérzéki vizsgálat: (Tomka S. dr.) A fülkagyló és a külső halljárat nyilása mindkét oldalon normalis.

J. o. a külhalljárat elég tág, felső cerumennel nem borított fala vöröses.

A dobhártya nagyon behúzódott, peripheria homályos, a többi rész is átlátszatlan, a fénykúp kis mértékben kifejezett, a kalapács mentén belövelt edények húzódnak végig. A dobhártya a Siegle-tölcsérrel nem mozgatható.

B. o. a külső halljárat meglehetős tág, a felső fal kissé vörös, a többi fal cerumennel borított.

A dobhártya egész terjedelmében igen behúzódott, a kalapács rövid nyujtványa nagyon kiáll. A dobhártya diffus fehér, átlátszatlan, fénytelen, a fénykúp nem vehető ki, a kalapács markolata belövelt. *A dobhártya a Siegle-féle tölcsérrel nem mozgatható. Mindkét fülben zúgás.*

A hangvilla vizsgálat következő:

Rinne-féle kisérlet jobb o. positiv, b. o. negativ.

Weber-féle kisérlet jobbra lateralozódik.

Hallás vizsgálat: suttogó szavak ... .. j. o.: 1¼ m.
b. o.: 30 cm.
társalgó beszéd (szavak) j. o.: 2½ m.
b. o.: 1¼ m.

(Folytatása következik.)

A serumtherapia értékéről diphtheritisnél.

Irta: *Gerlóczy Zsigmond* dr., a szt. László-kórház főorvosa.

(Vége.)

Ha közelebbről akarjuk megvilágitani ezen érdekes adatokat, néznünk kell azt is, hogy az egyes esztendőkben hány operált (intubált) eset fordult elő és milyen volt az intubált eseteknél elért eredmény?

a) *Tiszta larynx croup.*

1893-ban 31 tiszta larynx croup eset közül intubáltatott 26 (83·9%), ebből gyógyult 7, vagyis az intubáltak 26·9%-a, meghalt 19, vagyis az intubáltak 73·1%-a. *1894*-ben 32 tiszta larynx croup eset közül intubáltatott 23 (71·9%), ebből gyógyult 4, vagyis az intubáltak 17·4%-a és meghalt 19, vagyis az intubáltak 82·6%-a.

A *serum*-therapia alkalmazása mellett 72 tiszta larynx croup eset közül intubáltatott 55 (76·4%), ebből gyógyult 27, azaz az intubáltak 49%, meghalt 28 vagyis 51%.

b) *Diphtheriás-croup esetek.*

1893-ban 42 diphtheriás-croup eset közül intubáltatott 27 (64·3%), ebből gyógyult 3, vagyis az intubáltak 11·1%-a, meghalt 24, vagyis az intubáltak 88·9% a.

1894-ben 54 diphtheriás-croup eset közül intubáltatott 28 (51·8%), ebből gyógyult 2, vagyis az intubáltak 7·1%-a, meghalt 26, vagyis 92·9%.

A *serum* alkalmazása mellett 113 diphtheriás-croup eset közül intubáltatott 82 (72·5%), ebből gyógyult 39, vagyis az intubáltak 47·5%-a, meghalt 43, vagyis az intubáltak 52·5%-a.

Ez adatok legfényesebben szólnak a serum értéke mellett.

Tiszta croupnál csupán az intubált gyógyult serumos esetek 49·0%-ával szemben a serum nélkül gyógyult esetek 26·9%-a, illetőleg 17·4%-a áll.

Diphtheriás-croupnál pedig a serummal kezelt és intubált gyógyult esetek 47·5%-ával szemben a serum nélkül gyógyult intubált eseteknek csak 11·1 illetőleg 7·1%-a áll. Ezek az adatok, kell, hogy meggyőzzenek mindenkit a serum kitünő gyógyhatásáról.

Hogy a serum alkalmazása mellett a tubus bennlétének időtartama is megrövidült, az a jó eredményből önként folyik. Serummal kezelt intubált eseteimben 14-nél 24 óránál rövidebb ideig volt a tubusra szükség, 8 esetben 24—36 óráig, 11 esetben 36—48 óráig, 18 esetben 48—72 óráig, 6 esetben 72—96 óráig volt a beteg rövidebb-hosszabb ideig tartó pausák mellett intubálva. Hat esetben az intubatio tartama 96 óránál (4 napnál) több időt igényelt. Leghosszabb intubálási időszak a gyógyult esetekben 174 óra volt, legrövidebb 5 perez. A serum előtti időszakban az intubatio tartama valamivel hosszabb volt, 1 gyógyult esetben 422 óra. Álhártyákat űrítettek a tiszta larynx-croupos betegek közül 15-en, a diphtheriás croupos betegek közül 27-en.

Postdiphtheriás garathüdések a tiszta diphtheriás esetek közül 14 esetben észleltettek; tartamuk 3—25 nap között ingadozott s intensitásuk igen mérsékelt volt, úgy hogy zsongitó kezelésen kivül egyéb beavatkozásra szükség nem volt. Croupos eseteim közül 3-nál jelentkezett garathüdés és diphtheriás-croupos eseteim közül 8-nál. Egy esetünkben az alsó végtagok hüdését is észleltük, mely 8 hét alatt teljesen meggyógyult.

Az eset a következő: Winkler Anna, 7 éves, felvétetett 1895. szeptember 12-dikén. 6 nap óta beteg, nagyfokú elesettség, foetor ex ore. Jobb mandolán piszkos szürke vaskos lepedék, mely a lágy szájpadra is átterjed, bal mandolán, valamint az uvulán kevésbbé vaskos lepedék. Pulsus szapora, alig tapintható. Orrból bő genyes folyás, nyak jobb oldalán diffuse beszürődött mirigy. Vizeletben középmennyiségű fehérnye. Kap 3200 Roux-egységet.

Szeptember 14-dikén a mandolákon és lágy szájpadon a lepedék kevesebb, uvula mindkét széle lepedékkel még erősen bevont. Újból kap 1600 Roux-egységet.

Szeptember 15-dikén lepedék az uvulán is kevesebb, mirigybeszürődés csaknem teljesen visszafejlődött. Pulsus kicsiny, elesettség nagyfokú.

Szeptember 22-dikén torok tiszta. Vizeletben még középmennyiségű fehérnye.

Szeptember 30-dikán pulsus alig tapintható. Vizeletben igen sok fehérnye.

Október 1-sején garathüdés és alsó végtagok hüdésének tünetei.

Október 8-dikán pulsus napról napra javul, vizelet napi mennyisége október 17-dikétől kezdve jelentékenyen csökkent, de már október 27-dikén a diuresis megindul, s a beteg közérzete jelentékenyen javul.

November 2-dikán garathüdés kezd visszafejlődni. A gyermek ágyában már ülni képes.

November 10-dikén rövid időre már fel is tud állni.

November 12-dikén pár lépést jár és november 17-dikén egészen biztos léptekkel járkál, miért is, az erőbeli állapot teljesen kielégítő lévén, a kórházból elbocsáttatott.

A serum alkalmazása mellett elég gyakran látunk az első befecskendés utáni napokban a testen *különféle erythemákat*. Így a mi 500 esetünk közül 133-nál (26·6%) észleltünk kiütéseket. A kiütések csaknem mindig a közérzetnek legcsekélyebb megzavarása nélkül jelentek meg. Itt-ott csekély conjunctivitis, garathurut, mérsékelt hörghurut és lázas mozgalom mutatkozott, de mindez ephemer volt. Egy esetünkben, a már előbb is említett Smátyás Anna (11 hónapos) esetében az első serum-befecskendést követő 12. napon nagyfokú cyanosis, a vizelet mennyiségének jelentékeny csökkenése mellett a bokák körül livid foltok jelentek meg, melyek más napra a térdizület körül és az inguinalis tájakon is megjelentek, s valóságos haemorrhagiáknak bizonyultak. E haemorrhagiák azonban 6—7 nap mulva a beteg közérzetének folytonos és rohamos javulásával teljesen felszívódtak.

A mi a kiütések minőségét illeti, a 133 serumkiütéses eset között diffus erythema (főkép a beszúrási területek körül) volt 60. Morbilliformkiütés 24, scarlatiniform 15, polymorph 14, urticariaszerű 13, roseolaszerű 7. Kilencz esetben a kiütés pár napi szünet után újból előállott s a legváltozatosabb alakot mutatta. A kiütés 25 esetben az első befecskendés után 5 napnál hamarább következett be. Ezek a korai kiütéses esetek többnyire csak circumscript erythemák voltak az oltási terület körül. A kiütés 11 esetben a 6-dik napon, 13 esetben a 7., 20 esetben a 8., 12 esetben a 9., 4 esetben a 10., 15 esetben a 11., 10 esetben a 12., 5 esetben a 13., 5 esetben a 14-dik napon jelentkezett, s végül 13 eset olyan volt, a hol a kiütés 14 napnál későbbi időben mutatkozott. A kiütés néha csak pár óráig volt látható, máskor ellenben 3—4 napig is intensiv maradt.

Az észleléseim tárgyát képező 500 diphtheriás esetben különböző gyártmányú serumokkal dolgoztam. Az első 50—60 serumos esetben a höchsti-gyárból hozatott ú. n. Behring-féle serumot alkalmaztam, majd miután a höchsti-gyár serum készlete csökkent, ellenben ára rohamosan felszökött, Roux-féle serumot használtam, a melyet mindig igen könnyen kaptam meg a kivánt quantumban, miután Filó János helybeli gyógyszerész a Roux-féle serum főelárusitását magára vállalván, azt pontosan szállította. Majd a Preisz tanár úr felügyelete alatt gyártott állami serummal dolgoztam, s végül a szt. László-kórház istállójában Pertik tanár úr, illetve később Nékám dr. úr felügyelete alatt immunisált ló serumával oltottam.

A különféle gyártmányú serumok hatékonyságát igen nehéz volna egész pontosan megállapitani; ez csak azon esetben volna lehetséges, ha különböző serumokkal gyógykezelt meglehetősen egyforma intenzitású eseteket lehetne egymással párhuzamba vonni. Ezért nem is akarok az alább felhozandó kimutatásnak semmiféle jelentőséget tulajdonitani, csakis statisztikailag óhajtom kimutatni azt, hogy melyik serummal hány beteget gyógykezeltem.

Serum		Diphtheritis faue, (et narium)	Croup laryngis	Croup-diph heria	Összesen	%
Behring	Gyógyult	31	11	7	49	70·2
	Meghalt	4	5	11	20	29·8
	Összesen	35	16	18	69	
Roux	Gyógyult	138	20	38	196	79·4
	Meghalt	18	14	19	51	20·6
	Összesen	156	34	57	247	
Preisz	Gyógyult	54	9	17	80	83·4
	Meghalt	2	4	10	16	16·6
	Összesen	56	13	27	96	
Pertik-Nékám	Gyógyult	51	4	12	67	76·2
	Meghalt	5	6	10	21	23·8
	Összesen	56	10	22	88	

Mint e kimutatásból látszik, valamennyi serum átlag egyforma jó hatású, sőt véletlenül a hazai gyártmányú Preisz-féle serummal a legkedvezőbb eredmény (83·4%) látszik. Ismételve kijelentem azonban, hogy ez adatoknak bizonyító értékük nincs, de az mindenesetre kitünik belőlük, hogy a hazai serum nem áll mögötte a külföldi serumnak.

A serum-befecskendések után általában csak elvétve mutatkozott tályogképződés. Eleintén az állami serum legelső üvegcséivel végzett oltásoknál több tályogképződés volt, de később tisztább anyagot nyervén, a tályogképződés elmaradt. A serum-befecskendésnél használt fecskendőket és tűket 5%-os bór-oldatban tisztitjuk meg, magát a befecskendés területét az antisepsis szabályai szerint látjuk el.

A serumnak mint *védő oltó* anyagnak hatásáról nagyobb számú adatok hiányában nem nyilatkozhatom és azt hiszem még igen hosszú ideig kell várnunk arra, míg e kérdésben érdemleges nyilatkozatot hallhatunk.

T. uraim! Tekintélyes beteganyagon nyert észleléseim alapján alkottam meg véleményemet a serum értéke felől, a mely nagy anyagot szerencsés voltam a serum előtti időszaknak két teljes esztendei hasonló beteganyagával minden tekintetben párhuzamba állitani. Levont következtetéseim tehát kifogás alá nem eshetnek, s így, ha azt mondom, hogy a serumnak kivétel nélkül minden diphtheriás esetben való *korai* alkalmazása mellett a diphtheritis gyógyulási százaléka 25%-kal javul, tévedni nem fogok.

Végül még egy factorról kell megemlékeznem, a melyet a serumtherapiával elért kitünő eredménynél okvetlenül számitásba kell vennem, s ez a kórház segédorvosi személyzetének mindenkor pontos és lelkiismeretes szolgálata, mely nélkül, különösen a legsúlyosabb operált esetekben, lehetetlen volna ily eredmény elérése; s e helyen külön köszönettel tartozom még László Adolf dr. alorvosnak, Germán Sándor dr. és Fränkel Lipót dr., segédorvosoknak, kik ezen nagy anyagnak oly sokoldalú feldolgozásánál több éjjelen át voltak szivesek nekem segédkezni.

Közlemény Herczel Manó dr. egyetemi m.-tanár szt. István-kórházbeli sebészeti osztályáról és sanatoriumából.

A kereszttáji műtétekről különös tekintettel a végbélkiirtásra.

Közli: *Kiss Gyula* dr., a sanatorium alorvosa.

(Vége.)

II.

A végbél fekélyesedések által okozott szükületeinek gyógyitásában a kereszttáji módszerrel végzett végbélresectiónak ma már sok híve van.

Már 1891-ben franczia sebészek *(Richelot, Ferrier, Quénu)* mellette nyilatkoztak.[1] *Herczel*[2] egy műtett esete alapján szintén már 1892-ben ajánlotta az eljárást. A mult év elején a berlini sebészek egyletében bővebben tárgyalták e baj gyógyitását[3] és majdnem egybehangzóan a radicalis gyógyitás, a csonkolás mellett nyilatkoztak.

Legutóbb *Schede*[4] referál 15 ily műtett esetről. Minden közölt esettel bizonyosabbnak látszik, hogy a kereszttáji módszerrel a végbélszűkületek gyógyulását biztosabban el lehet érni.

Ezen betegség aetiologiájában még sok a bizonytalanság. *Ponfick* szerint a szűkületek legtöbbször coitus praeternaturalis folytán jönnek létre, ha azt syphilitikus fertőzés követi. Vannak, a kik állitják és épen a sebészek azok (*Schede*), hogy a műtétre kerülő fekélyes végbélszűkületek mindenkor csakis

[1] Lásd: Orvosi heti szemle X. kötet 25. sz.-ban a „Société de chirurgie"-ban lefolyt vita referatumát.

[2] Luetikus végbélszűkületnek Kraske-féle sacralis exstirpatio által gyógyult esete. Orvosi Hetilap, 1892.

[3] Lásd Deutsch. med. Wochenschr. 1894. V. 77. l.

[4] Ueber die Resection des Mastdarmes bei den strictururenden Geschwüren desselben. Arch. f. Chirurg. 1895. IV. f.

*

syphilitikus eredetűek. Nem lehet azonban tagadni, hogy más alapon, így dysenteriánál fejlődő fekélyek is okozhatnak végbélszűkületet. *Hahn* szerint gonococcus infectio is lehet az oka. A végbél körüli szövet idült lobja. Bartholonitis szintén szolgálhat a folyamat kiindulásául. Nőnél a szülés által okozott sérülés is szerepel az aetiologiában.

Mindenesetre feltünő, hogy a sebészi kezelés alá került esetek közt eddig egyetlen férfi sincs. *Schede* Hamburg közkórházaiban 54 fekélyes végbélszűkületet talált, *mind nőnél*. A saját 15 operált esetében pedig syphilisre csak kettőnél hiányzottak a biztos adatok. Azonkivül csak 21—39 éves korban levő nők voltak a betegei. Ezek szerint, ha a dolog természeténél fogva a bizonyítás itt nehéz, nem zárkózhatunk el azon vélemény elől, hogy a coitus praeternaturalisnak nagy aetiologiai szerepe van.

A heges végbélszűkületek által okozott tünetek teljesen megegyeznek a rák által okozott szűkületnek fent leirt tüneteivel. Első időben itt is a makacs székszorulás jelentkezik és a baj súlyosodásával a béltartalom kiürülése majdnem legyőzhetlen akadályokba ütközik. A beteg hasa állandóan puffadt; a fájdalmak, a kinzó székelés-ingerek miatt nagyon elgyengül. Nem hiányzik még a nyákos, sőt véres kifolyás sem, mely a szűkület felett felhalmozódott bélsárrögök állandó ingerlése folytán jő létre.

Ha a bántalom kisebb fokú, eredményre vezethet a szűkületnek lassú tágitása és a localis gyógyszer alkalmazás. Nagyobb hosszkiterjedéssel biró fekélyedések és erősebb fokú stricturáknál különösen, ha (mint az gyakran előfordul) a szűkület környezetét sipoly-menetek járják át, a tágitás lassan mehet előre és ha több-kevesebb sikert el is érnek vele, a visszaesések oly gyakoriak, hogy a beteg állandóan sinylődik és orvostól orvoshoz vándorol, hogy bajára gyógyitást keressen.

Ha az ily fekélyes heges bélrészlet kiirtatik, a beteg egyszer és mindenkorra meggyógyult és a gyógyulást rövid idő alatt éri el. Ha vagyontalan, nem válik a kórházak állandó lakójává.

A súlyosabb eseteknél már régebben is látták behatóbb műtéteknek szükségét. Már Dieffenbach végzett teljes végbélkiirtást heges szükület miatt. De csak a palliativ műtétek voltak általánosak. Ezek közül a végbél felhasitása *(rectotomia posterior)* a beteget teljes incontinentiával sújtja. *A colostomiá*nak ellenben hathatós gyógyitó befolyása van a betegségre magára is. Ez által ugyanis el van érve az, hogy a vastagbélnek alsó részébe bélsár nem jut, a fekélyek nem lesznek izgatva és e mellett helyi kezelésre jól hozzáférhetők. A colostomiát ma sem lehet nélkülözni ott, a hol a fekélyedések igen magasra felterjednek, vagy a beteg elgyengült állapota súlyosabb beavatkozást meg nem enged.

Azonban kimutatta a rendelkezésére álló statistikából *Knecht*[1] is, hogy colostomia által csak az esetek 10%-a gyógyult, holott végbélcsonkolás után eddig az esetek 30%-a 2 év multán is gyógyultnak találtatott.

A mortalitásra nézve a végbélcsonkolás műtéte semmivel sem kedvezőtlenebb, mint a colostomia. Az eddig közölt összes 36 műtétnél, mely összeg a mi 4 még nem közölt esetünkkel 40-re megy fel, 2 haláleset fordult elő.

Az esetek következők:

I. Sch. R., 31 éves, jassyi születésű, énekes neje. (Felvétetett Herczel dr. sanatoriumába 1892. márczius 17-dikén.) 20 éves korában ment férjhez. Röviddel házassága után férje paederastiát üzött rajta, mire eleinte végbelében s a körül, majd szeméremajkain is syphilitikus fekélyeket kapott. Öt éven keresztül használt kenőkúrát. E mellett a végbélnyilás körül bő váladékot ürítő sipolymenetek képződtek, melyek először 6 évvel ezelőtt, de azóta is gyakran tárattak fel, s kapartattak ki. 2½ év előtt beteg egy 3 hóig tartó méh és körülírt hashártyagyuladáson ment keresztül. Betegségének kezdete óta szenved székrekedésben és székürülés közben főleg jobboldalt érzett nagy fájdalmakat. Négy év előtt végbélszűkület lett nála constatálva, mely azután folyton növekedve, 2 év előtt majdnem lehetetlenné tette betegnél a székelést. E miatt Billroth tnr. operálta. Az ő rendeletére kellett betegnek azután magát 2 ujjnyi vastag rugalmas végbéltágitókkal bougieroznia, mi azonban mindig igen nagy fájdalmakat okozott neki. Már 1 évvel ezelőtt csak kisujjnyi bougiekat vezethetett végbelébe. Azóta is a szűkület folyton fokozódott, a csak tökéletlen székürülések a végbélben s alhasban nagy kólikaszerű fájdalmakat okoztak; a bélsár irónvastagságú volt. A beteg rohamosan lesoványodott s közel 25 kilót fogyott. Vizeletürítés fájdalmas, néha ½ óráig. A has meteoristikus. A bal hypogastrium valamivel resistensebb.

A kutató ujj 4½ cm.-nyire a végbélnyilás felett gyűrűalakú hegtömegre akad, mely a végbél lumenét diaphragmaszerűleg hollótollszárnyira szűkíti. Bogyós kutatóval végzett vizsgálatnál a strictnrált részlet 7—8 cm. volt.

Műtét chloroformnarkosisban. A raphen 14 cm. hosszú metszés, mely a keresztcsont jobb szélén kifelé hajlott el; a farkcsikcsont kizelése után a keresztcsont a foramen sacrale IV. felett levésetik. A periproctalis sejtszövet kérgesen volt beszüremkedve és az elvékonyodott végbélcső e szalonnaszerű, kemény massába beágyazva.

Műtét közben a beteg collabált, ezért a műtét gyorsan befejeztetett és a végbélcsonk kivarratott a seb felső zúgába. A szűkület hossza 7½ cm. A betegnek 6-dik napon fájdalmatlan széke volt, óriási mennyiségű részben alaktalan, részint alakult bélsártömegek ürítésével. A seb gyógyulása is normalis lefolyású volt. Gyógytartam 64 nap. Állandóan gyógyult. Kereszttáji anus praeternaturalis. Continentia nincs. (Műtét óta 3½ év.)

II. eset. P. Zs., 35 éves, napszámosnő Borándról, (felv. szt. Istvánkórházba 1894. évi 8722. sz. alatt) 7 év óta szorulásban szenvedett úgy, hogy állandóan hashajtókat kellett használnia. 2 év előtt 6 hétig feküdt eszméletlenséggel és hasmenésekkel összekötött lázas betegségben (typhus? dysenteria?). 1894. év nyarán pedig 2 napi hányás után hasmenést kapott, mely nehezen volt csillapítható. Székelése utóbbi időben már gilisztavékonyságban jött és oly erővel kellett szorítania, hogy sokszor orra vére elindult. Beteg bajának tartama óta nagyon lesoványodott.

Hasa erősen puffadt, dobos kopogtatási hangot ad. A végbélnyilás felett 4 cm.-nyire egy merev, circularis, csak vékony tollszárat átbocsátó szükület van jelen, melynek megfelelőleg a hüvely felőli vizsgálatnál egy kötegszerű resistens képlet tapintható. E képlet fel- és lefelé, valamint oldalirányban elég jól mozgatható.

A végbél váladékában gonococcusok nem találtattak. Lues felvételére támpont hiányzik. Az eredeti fekélyesedés valószinűleg dysenteriás eredetű.

Műtét 1894. év október 24-dikén aethernarkosisban. A keresztcsont jobb oldalán ívhajlással a farbevágányhoz haladó metszés. A keresztcsont ferdén történt átvésése után 3 cm. széles darabja a farcsikcsonttal együtt el lesz távolítva. A végbél kiszabadítása közben a hashártya meg lesz nyitva és a bél lehúzása után a hasűr 22 finom selyemöltés segélyével elzáratik. A hegesen szűkült részlet kiirtása után a 3 cm. magas visszamaradt zárizomrészlet nyákhártyájától megfosztatott és hátul átvágatott. A végbél centralis csonkja a végbélnyilás eredeti helyére a Gersuny által ajánlott 180°-os torsioban levarratik. A sebűr steril gaze-zel kitöltetik. A kiirtott bélrészlet egy 2 ujjnyi vastag szivós hegköteggé alakult át, mely 4 cm. hosszúságban csak hollótollszárat enged át. Egész hossza 9 cm.

A lefolyás teljesen láztalan. A 3-dik héten a beteg felkelt. Continentiája már akkor annyira kifejlődött, hogy a lágy széket és szeleket is vissza tudta tartani. Közérzete igen jó. Műtét után súlygyarapodása 8⅓ kgm.-ot tett ki. Gyógyulási idő 36 nap. Teljes continentia.

III. eset. K. Teréz, 30 éves, nemes-apátii cseléd (a szt. Istvánkórházba felv. 1895. év május elején) 17 éves kora óta van hószáma. Háromszor volt terhes, mindegyik esetben terhessége 8-dik hónapjában elvetélt. Utolsó elvetélése 4 év előtt volt. Három év óta mindinkább makacs székrekedésben szenvedett; székletétnél igen nagy fájdalmakat érez és a bélsár csak irónvastagságban ürül ki. Egy év előtt antiluetikus kezelés alatt állott. A lesoványodott nőbeteg hasa erősen puffadt. A végbélnyilás felett 3 cm.-nyire a végbél annyira szűkült, hogy ujj számára sem járható át. A vagina felől a szükületnek megfelelő kemény köteg felső határa elérhető. Bujakórnak nyilvánvaló jelei hiányoznak.

Műtét 1895. május 25-dikén. Chloroform-aethernarcosis. Előműtét *Kraske Hohenegg* szerint. Keresztcsont resectiója rézsútosan jobbról balra lefelé a III-dik keresztlik alatt. A végbél kifejtésénél a hasűr 10 cm.-nyire nyittatott meg és a bél lehúzása után tovafutó selyemvarrattal záratott el. A végbél kiirtása a zárizom visszahagyásával történik. Bélcsonk 180°-os torsióban levarratik a zárizom felett a természetes végbélnyilás helyére.

A kiirtott bélrészlet 11 cm. hosszú, egész terjedelemben nyálkahártyától fosztott, ellenben a felső határán egészséges nyálkahártyában van átmetszve. Alsó részén 4 cm. terjedelemben a szükület csak sonda számára járható át. Gyógyulás tartama 3 hónap. Elég jó continentia, csak egész híg székeletet nem tud tartani.

Górcsövi vizsgálat (Krompecher dr.) a fekélyedés luetikus eredetére vall.

Recidiva eddig nincs (7 hó).

IV. eset. P. Paula, 32 éves kisgarami munkásnő (a szt. Istvánkórházba felv. 1895. évi 9476. sz. a.). Egyszer szült. Hosszabb idő óta van fehér folyása. 4 év óta erőltetéssel járó székelései vannak, midőn apró kecskeszékhez hasonló rögök távoznak, néha csekély vérzés kiséretében. Hasa puffadt, nagyfokú szél- és székrekedés. Végbélnyilás körül függölyök, a végbélnyilásba a kisujj kúpja sem vezethető be,

[1] Ein geheilter Fall von stricturirender Mastdarmverschwärung. Vereins-Beilage d. Deutsch. med. Wochenschr. 1894. Nr. 10.

csak tollszár vastagságú puha katheter megy rajta keresztül. A hüvely felől a végbél szűkült részének megfelelőleg egész a hátsó boltozat fölé felterjedő, 2 ujj széles, tömött, heges részlet tapintható.

Műtét szeptember 23-dikán aethernarkosisban. Ívalakú bőrmetszés. Keresztcsont a III-dik keresztlik alatt részsútosan resecáltatott. A végbélnek felszabadítása nehézségekbe ütközött. A peritoneum áthajlási redője igen mélyen volt. A peritoneum megnyittatik és 16 selyemvarrattal bevarratik. A zárizomrészlet a heges bélrészlettel együtt el lesz távolítva a zárizom nehány ép rostjának meghagyásával. A végbélcsonk 180° os csavarásban a régi végbélnyilás helyébe lett varrva és a seb részben egyesítve. Kiirtott bélrészlet hossza 12 cm. Gyógyulás még nem teljes (2 hó). Continentia jó. Górcsövi lelet: a submucosában fekvő edények hatalmas gömbsejtekből álló köpenyektől vannak körülvéve, melyek egész lefutásukban kisérik, a bélizomzatba is hatolnak. Hízó sejt is nagy számban található. A górcsövi kép *luetikus stricturának* felel meg. (Krompecher dr.)

V. eset. S. J., 37 éves, budapesti cseléd (felv. a szt. István-kórházba 1893. augusztus 7-dikén.) Három gyermeke közül egy sem él; egyik 27 napos; második 22 hónapos korában halt meg; harmadik pedig koraszülött volt. Hat év óta állandó székszorulása van, úgy hogy néha 6—8 napig is elmaradt, ha pilulákat, ricinus olajat nem szedett; nagy erőltetései vannak, miközben nyálka jön végbeléből, mely vérrel volt keverve. Étvágya rossz. Hasa folyton korgott, csikarásai vannak. Erősen lesoványodott nő. Végbélnyilása körül koszorúalakban aranyércsomók. A végbélbe vezetett ujj körülbelül 3 cm. magasságig tud behatolni, hol oly akadályra talál, melyen keresztül hatolni az ujj kúpja sem tud.

Bár a luesnek egyéb jelei fenn nem állottak, a szűkület valószinűséggel luetikus alapon fejlődöttnek volt tekinthető. Műtét augusztus 7-dikén aethernarkosisban. A metszés a jobb spina post.-tól félívben a középvonalhoz. A keresztcsont a IV. keresztlik alatti magasságában átvésetett. A végbél kifejtése közben a peritoneum meg lett nyitva. A bél kellőleg lehúzatván, a peritoneum körüskörül a bélhez lett varrva 13 selyemvarrattal. Bélcsonk ellátása: invaginatio a nyákhártyájától megfosztott zárizomrészletbe a bélnek 180°-os csavarásával. Gyógyulás tartama 3 hónap. A górcsövi vizsgálat a szűkület luetikus eredete mellett szól. (Krompecher dr.)

Mind a négy esetben tehát nőbeteggel volt dolgunk. Kor szerint 30, 31, 32, 35 és 37 évesek voltak. A syphilis felvételére négy esetben az anamnesis és a górcsövi vizsgálat alapot nyujtanak, ellenben a II. esetben az aetiologia homályos marad, ha csak a dysenteriát nem veszszük a betegség okául.

Az első esetben a coitus praeternaturalist a nő bevallotta, a többinél ellenben az ezen irányban tett kutatás eredménye negativ volt.

Mindegyik esetben a legnagyobbfokú szűkületek és kiterjedt periproctitikus lobfolyamatok voltak jelen, mely körülmények a stricturás részlet kikészítését jóval fáradságosabbá teszik, mint azt a végbélráknál tapasztaltuk.

A műtéti eljárás különben mindenben a fentebb tárgyalt elvek szerint való.

A műtétek közvetlen eredményei igen kielégítők; a követett eljárásokkal jó continentia volt elérhető. Az első műtett nő jelenleg is jól érzi magát. (Értesítése Bécsből 1895. deczember.) A többinél gyógyeredmény állandóságáról itéletet még nem alkothatunk. A betegség kiújulása ellenében a biztosítékot abban kell keresni, hogy a műtét által a bélből minden fekélyes rész ki legyen küszöbölve és ez összes eseteinknél lehetséges volt.

A hol a kórfolyamat igen magasra felterjed, a mire példákat *Schede* mutatott, ott a colostomiának megmarad a jogosultsága. Ily esetünk nem volt.

III.

A kereszttáji módszert *Hochenegg* és *Herzfeld* csakhamar ismertté válása után a *rákos méh kiirtására alkalmazták*. Hogy kettőjük közül kit illet a prioritás, az úgy látszik nem lesz eldönthető. Eljárásaik el is térnek egymástól. *Herzfeld* a Centrbl. f. Gynaekologie 1893. évi 2. számában, *Hochenegg* a Wiener kl. Wochenschr. 1893. évi 41—48. számaiban irják azokat le részletesen; e helyen az ő emlitett közleményeikre utalhatok. A műtét javallataira nézve a legtöbben megegyeznek.

E szerint megállapitottnak látszik, hogy a kereszttáji módszerrel a méhrák oly eseteit is lehet műteni, melyek a hüvely felől már inoperabilisak vagy nagy veszélylyel és rosszabb kilátásokkal volnának operálhatók. Ily esetek azok, midőn a méh újképlete a környezetre átterjedt, vagy a beteg méh fixálva, a parametriumok nagyon rövidültek, vagy pedig a méh nagysága és a műtét tere között a medencze vagy hüvely szűkülete miatt aránytalanság áll fenn.

Másrészről a kereszttáji kiirtásnál a rákbeoltásra kevesebb az alkalom, mint a hüvely felőli műtétnél, hol az újképlet a seb felületével érintkezik. Ezek szerint várható az is, hogy a műtét közelebbi és távolabbi eredményei jobbak lesznek. Az új módszer a régi kipróbált vaginalis kiirtást teljesen egyáltalában nem fogja pótolni, hanem a mellett saját különös javallatait megtartja. A vaginalis műtétnek iként emlitett hátrányai még fokozottabb mértékben tünnek elő olyankor, midőn a rák a méhről a hüvely falára is átterjedt. A hüvelyrák elsődleges alakjánál pedig épen kirivóan nagyszámú és gyors volt az eddigi műtétek után a kiújulás. Vajjon a hüvelyfalzatnak széles alapon való összeköttetése a medencze kötszövetével, avagy épen a hüvely felőli műtét tökéletlen volta képezi-e inkább e tények okát, az nem volt eddig eldönthető. Annyi bizonyos, hogy a hüvelyrák a lehető legrosszabb prognosissal birt.

Különös érdekességgel bir ennélfogva egy kiterjedt elsődleges hüvelyráknak alább leirt esete, melyben 17 hó előtt kereszttáji módszerrel lett az újképlet kiirtva. Kiújulásnak mindeddig nyoma sincs.

Körmöczbányai bányatulajdonos 38 éves neje (felv. Herczel sanatoriumába 1894. julius 10-dikén). Beteg családjában mellbetegség vagy az övéhez hasonló baj elő nem fordult. Egyszer typhust állott ki. 14 éves kora óta rendesen monstruál. Öt terhességen ment keresztül, rendes szüléssel és gyermekágygyal; első szülése 21 éves korában volt; utolsó 4 év előtt. 4½ hó előtt büzös hüvelyfolyást kapott, mely mindeddig semmi különös nehézséget nem okozván, csak 4 hét előtt lett nyilvánvaló, hogy a hüvelyében levő újképlet által okoztatik. Felvételnél nagyon jól táplált, különben teljesen egészséges nő. A gát egy régi repedés miatt 1½ cm. keskeny; a hüvely tág; a bemenettől 4 cm.-nyire a hüvely hátsó falán egy gyermektenyérnyi területen, a hüvelynek jobb oldalfalára is átterjedve vérpiros, karfiolszerű, dudoros, igen kemény képlet fog'al helyet, mely felfelé a portio vaginalisig ér, de magára a portióra nem terjed át. A méhszájból nyulós, genyes váladék ürül.

A végbél nyálkahártyája sima, mellső falán keresztül a képletnek megfelelő resistentia jól átérezhető, de ahhoz erősen fixálva nincs.

Műtét julius 20-dikán: chloroform-aethernarkosisban. Baloldali oldalfekvés. 18 cm. metszés, mely a jobb spina post. sup.-tól ívalakban a farvágányhoz és innen le egész a végbélnyilás felett 2 cm.-nyire halad. A faresikcsont kiizelése után vésővel a keresztcsont a IV-dik keresztlik alatt harántul leválasztatik. Vérzés paquelinisatio útján hamar szünik. Praeparalás tompán a végbél jobb oldalán, e közben csekély vérzés. Sikerül a végbelet a vagina hátsó faláról leválasztani. Egy segéd kutaszt dug a hüvelybe és az újképletet a sebüregbe elődomborítja. Ollóval resecáltatik a daganat által elfoglalt részlet. A méh kikapartatik. Ezután a támadt anyaghiányt sikerül silkworm-öltésekkel összevarrni, úgy hogy egy majdnem harántul álló, de felfelé domború sebvonal jő létre. A seb részben silkworm-varratokkal egyesittetik. A kiirtott daganatrészlet átmérői 3 és 4 cm., körüskörül 1—2 cm.-nyi egészséges szövet van vele összefüggésben.

Górcsövi lelet: Ulcus rodens jellegével biró epithelioma (Pertik tnr.). Teljes gyógyulás 3 hónapot vesz igénybe. Teljesen gyógyult Feja dr. főorvos (Körmöczbánya) szives értesítése szerint (1895. nov.) teljesen jól érzi magát; recidivamentes.

Olshausen, ki a kereszttáji módszert kerüli, a hüvely felőli műtétnek hiányossága által mégis arra lett indítva, hogy egy módszert állapitson meg, mely különösen a hüvelyrák, de a méh kiirtására is felhasználható. A gátat harántul bemetszve felfelé halad és leválasztván előbb a hüvelyfalat az újképlettel együtt a végbélről, ezen úton végzi az újképlet kiirtását. Három ily műtétet közöl.[1]

Fritsch nőgyógyászati tankönyvének 1894-diki kiadásában a hüvelyrák kiirtására a kereszttáji módszert ajánlja, melyet azonban eddig magának végrehajtani alkalma nem volt.

A műtét egyszerű; a beavatkozás bár súlyosabb, de az újképletet bőven az egészségesben lehet kiirtani.

A nagy kiterjedésű daganat kiirtása óta már eddig annyi idő mult el, hogy a módszer eredménye miatt is követésre méltó.

A műtétnek a nőgyógyászok közt sok az ellenese, de van számos híve is, mint: *Hegar*, *Fritsch*.

***

[1] Cbl. f. Gynaecologie ez évi I. száma.

A kereszttáji műtét javallatai e főbb pontokkal kimerítve nincsenek. *Herczel*[1] még 1889-ben ajánlotta e módszert a húgyhólyag-végbélsipoly műtevésére. A keresztvájulatban és a kis medenceze mélyében fekvő egyéb daganatok kiirtására is használható, Czerny[2] 2 esetben dermoidok kiirtására alkalmazta. Még mindig várhat a módszer újabb indicatiókat. Méltán mondhatjuk, hogy a kereszttáji módszer a sebészetben a legutolsó évek legnagyobb vívmánya.

Herczel magántanár úr, kinek megbizásából a közleményt írtam, fogadja nekem adott tanításaiért és a beteganyag szives átengedéséért e helyen köszönetemet.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

A budapesti kir. orvosegylet gynaekologikus szakosztálya.

(I. tudományos ülés 1896. február 11-dikén.)

Elnök: **Kézmárszky Tivadar**; jegyző: **Tóth István.**

A szakosztály tisztikara kiegészittetvén, következőkép alakult meg: Elnök: Kézmárszky Tivadar; elnökhelyettes: Tauffer Vilmos; jegyző: Tóth István; titkár: Temesváry Rezső; pénztáros: Liebmann Mór; könyvtáros: Bruck Jakab.

Elnöki megnyitó.

Tisztelt gynaekologikus szakosztály! Működésünket nem kezdhetjük meg méltóbban, mint azzal, hogy kegyelettel emlékezzünk meg arról a férfiúról, a ki szakmánk uralkodó eszméjének magvát elültette. E magból immár gondos kezek ápolása alatt terebélyes fa fejlődött s gyümölcse számtalanoknak biztosítja, ezreknek visszaadja egészségüket.

Szakmánk ez uralkodó eszméjének, *a tisztaságnak,* súlypontja a megelőzés, a prophylaxis s ez gyakorlatilag különösen két irányban nyilvánul: egyfelől a szülőnőt óvja meg legveszedelmesebb ellenségétől, a fertőzéstől, másfelől beavatkozásainknak, operatióinknak veszedelmességét csökkenti. Fölösleges volna azt a bámulatos haladást csak futólag is érintenem, a mely szakmánkat az elmult két évtized alatt mindkét irányban, különösen az operatiók terén előbbre vitte. A tisztaság védelme alatt a műtételek eredménye csaknem kizáróan a technikai kiviteltől látszott függni, a minek az lett a természetes következménye, hogy a beavatkozások javallatai tetemesen megbővültek. S ezzel az operativ gynaekologia oly lendületnek indult, a melyet még néhány lustrummal ezelőtt alig lehetett sejteni. Ámde e lendület helylyel-közzel túl is csapott a határon és az asepsisben való bizakodás a polypragmasiát szülte, nem mindig a szenvedők javára. Imitt-amott elfelejtették, hogy nem betegségeket, hanem betegeket kell gyógyítanunk, hogy nem minden, a mi a rendestől eltérő, egyúttal kóros is, hogy az operatiók az általános therapiának csak egy kiegészítő része s hogy nem egy sikeres műtételnek olyan károsak is lehetnek a későbbi következményei, melyek az eredeti baj okozta szenvedésekkel szemben komolyan fontolóra veendők.

Azonban mindezek olyan alárendelt árnyékok, melyek korunknak vívmányait csak annál fényesebb világításba helyezik s a lelkiismeretesen törekvőben csak az elfogulatlanságot s józanságot ébren tartják s óvatosságra intik, hogy zavartalanul folytathassa az észszerű haladás útját.

Ily értelemben fogom fel azt az irányt, melyet szükebb társulásunk munkálkodása számára maga elé tűzött. Ha mindegyikünk elfogulatlan tapasztalásainak eredményét, bármily szerények- és jelentéktelenneknek látszók is legyenek, a szakosztály szine elé hozza s ha a megbeszélésekben mindenkor szigorú tárgyilagossággal iparkodnak az ügy tisztázásához hozzájárulni, lehetetlen el nem érnünk azt, a mi után mindannyian törekszünk: hogy szakosztályunkat a hazai gynaekologia góczpontjává fejleszszük, melyből magunk oktatást meritsünk, szakmánk ellenben gyarapodást nyerjen. Hogy úgy legyen, azt teljes szivből kivánom.

Ezzel első tárgyaló ülésünket megnyitom.

Foetus papyraceus.

Bäcker József foetus papyraceust mutat be, melynek anyja 28 éves, I P., egy 48·5 cm. hosszú, 3070 gm. súlyú érett leánygyermeket szült. A placentán közös chorion van, melynek magzati felszinén, a placentától körülbelül tenyérnyire, egy külön amnionban a II. hó végének megfelelő nagyságú összenyomott embryo foglal helyet.

A bemutató az eset kapcsán felhivja a szakosztály figyelmét a formalinra (formaldehyd), melynek 4%-os oldata, mint a szöveteket nem zsugorító, igen jól conserváló folyadéknak bizonyult.

Három nehéz hólyagsipoly esete.

Tauffer Vilmos a következő három esetet mutatja be: I. T. J.-né, 20 éves, I P., 1894. decemberben fogó-kisérlet után perforatio egy közönséges ollóval; közvetlenül műtét után vizeletcsurgás. Vidéki kórházban 2 hóig feküdt, operálták, sikertelenül; a műtét nyomaként selyemvarratot találunk. A bal alsó végtag luxatiója folytán ferde medencze sp. 21·0; cr. 22·7; conj. ext. 17·5 cm.; nagy roncsolás, az egész mellső hüvelyfal hiányzik, az urethra peripherikus részletéből 1—1·5 cm.-nyi van megtartva; sipolyszélek a lehágó szeméremcsonton rögzítve, heges szűkülés a hüvelyben; mellső ajk, mint ilyen, hiányzik, uterus hátul rögzítve izzadmány által. Az uterus lehúzása s a megmaradt urethraszélhez való direct varrása, nem adna continentiát; ezért az urethrát meghosszabbítandó, oldalról igyekezett szövetet kapni, akként, hogy kétoldali bemetszés után a megmaradt lágyrészeket lepraeparálja a csontról (elevatorral, késsel), a metszést kifelé is vezeti és igy az egész sipolykörületet szabaddá, mozgékonynyá teszi. A sipolyszéleket lapszerinti felhasítás után egyesíti. A leválasztási területen erős vérzés van, körülöltés a csont közelében lehetetlen, 24 órán át Péan-féle csipőt hagyunk rajta.

Néhány napig continentia (fekvő helyzetben); felkeléskor ismét vizeletcsurgás, a varrat csak részben egyesült, de a sipoly jóval kisebb, az urethra hosszabb, úgy, hogy újabb műtétre kedvezőbb a kilátás.

II. F. J.-né, 36 éves, IX P., 5 élő, négy halott magzat; az élő és halott magzatok váltakoztak; minden szülés spontán, kivéve utolsó szülését 8 hó előtt, melyet fogóval fejeztek be. Vizeletcsurgás a gyermekágy 7-dik napján kezdődött.

Urethrája teljesen hiányzik, két oldalon rudimentumok; húgyhólyag előesik; a sipoly magasan terjed a hüvelyboltozatba, ennek csak kis része van meg. A nagy defectus pótlására kétoldali mély discissio után lehúzza a cervixet s a megmaradt hüvelyboltozati részt, s a symphysis alsó széle közelében készített sebfelülethez varrja. E műtéttel a sipoly nagy részét sikerült fednie.

Egy második műtéttel mesterséges urethrát képezett oldalról s részben a kis ajkak szövetéből vett lebenyeknek a középvonalban való összevarrása által. Sikerült egy körülbelül 4½—5 cm. hosszú, hámmal bélelt csövet (urethrát) képeznie, a mely a symphysis alsó szélénél szöges megtörést szenvedett, a mit a későbbi continentia szempontjából előnyösnek lát.

A harmadik műtét útján a képzett urethra tövében levő ujjnyi sipolynyilást akarta zárni, sikertelenül.

Újabb műtét feladata e sipoly zárása. Nagy kérdés, continentiát fog-e elérni akkor is?

Hasonló esetben (teljes urethrahiánynál) sikerült az urethra-képzés s a képzett urethra szűkítése, perineoplastika útján alulról való megtámasztása által sikerült a betegnél teljes continentiát is teremtenie.

III. P. F.-né, 23 éves, III P., 2 első spontán, rendes, utolsó 2 hó előtt orvosi beavatkozással (decapitatio). Szülés után vizeletcsurgás. Tölcsérszerű nagy defectusa a hüvelyfalnak, a mélyéá krajczárnagyságú hólyagsipoly, mely közvetlenül a szeméremcsont mögött fekszik, nagy hegesedések. A heges sipolyszélnek a csontról való felszabadítása közben látja, hogy a sipolynyilástól 16—18 cm. távolra egy uretersipoly is van. Magát a hólyagsipolyt sikerül operálhatóvá tennie a felszabadítás után, bár tisztán csak a hólyagfal varrható (a nagy hüvelyi defectus folytán összehozható hüvelyfal nincs); kérdés, most mit tegyen az ureter-sipolylyal? Minő tervet válaszszon ennek zárására? Szóba jöhet:

1. *tunnel képzés* (nem lehetséges, nincs kellő hüvelyfal);
2. *ureter-hólyagsipoly* képzése s ez úton az ureter bevezetése;
3. *ureter implantatio,* laparotomia útján;
4. *nephrectomia.*

Bemutató azt hiszi, az ureter-hólyagsipoly képzése a legegyszerűbb út s csak ennek sikertelensége esetén végezné az ureter implantatiót vagy a nephrectomiát.

Adatok a női gonorrhoea kór- és gyógytanához.

Schultz Henrik a szt. Rókus-kórház XI-dik fiók- (Róna) osztályának egy évi anyagáról s az ebből szerzett tapasztalatairól számol be.

Nevezett osztályon az 1895-dik év folyamán 174 betegnél végezett gonococcus vizsgálatot. A női gonorrhoeának összes nyilvánulási helyei, igy vulva, vagina, urethra, cervix, uterus, Bartholini-mirigy vezetéke s rectum képezte a vizsgálat tárgyát. Mindezen helyekről váladékot vett, melyet a Bumm-féle eljárás szerint vizsgált gonococcusokra. A vulva s vagina nyákhártyájáról közvetlenül vette a váladékot, a többi helyekről előzetes tisztogatás után, mely abból állott, hogy a környezetet előbb 1‰ sublimat-oldattal mosta le. A gonococcusoknak csak górcsői vizsgálata történt mindezen esetekben, a Gram-féle elszintelenítési eljárást ritkán alkalmazta, a gonococcusoknak kimutatását tenyésztés útján eddig még nem végezte. A górcsői vizsgálat minden esetnél többször és pedig mindannyiszor az említett helyeknek sorozatos vizsgálata történt. Negativ esetekben legalább háromszor ejtette meg a váladékok vizsgálatát, positiv esetekben a kezelés alatt hetenként történt gonococcus vizsgálat. A betegeknél ezenkivül genitalis vizsgálatot végezett több izben s végül a cervix s uterus egyéb bacteriumaira is kiterjeztette a vizsgálatot. Ezen utóbbi czélból alkohollal mosta le a portio felületét s csak azután vett a cervix s uterustól váladékot.

A kórházi anyagon kivül a „nyilvános ambulatorium" anyagát is felhasználta, melynél hasonló eljárásokat foganatosított.

A kórházi 174 beteg közöt volt 74 ellenőrzött kéjnő, s 100 más beteg, kik részint maguktól jöttek be, részint titkos prostitutiót üztek.

Ezen betegek közül 104-nél talált *gonococcusokat* a górcső alatt; és pedig a *kéjnőknél 64 8%-ban,* s a többi betegnél 56%-ban. A nyilvános ambulatoriumban 42 betegnek váladékát vizsgálta, a kik közül 20-nál talált gonococcusokat. Ezek között volt 10 gyermek is vulvovaginitis-szel, a kik közül 9-nél gonococcust tudott kimutatni.

[1] Adatok a húgyhólyag végbélsipoly műtéti kezeléséhez. Gyógyászat 1889.

[2] Ueber sacrale Operationen. Verh. d. deutsch. Gesellschaft f. Chirurgie 1893.

Az előfordulási helyet tekintve, a következő eredményre jutott a kórházi anyagnál 104 gonorrhoea esetében:

Az urethrában talált gonococcust	78	betegnél
A cervixben „ „	81	„
A vulva és vaginában talált gonococcust	9	„
A Bartholini-mirigy vezetékében „	14	„
Az uterusban talált gonococcust	7	„
A rectumban „ „	14	„

Az urethra s cervix gonorrhoea legtöbb esetben együttesen fordult elő, de néha külön-külön is, mint ezt a következő táblázat feltünteti:

Mindkettőben volt gonococcus	55	betegnél
Csak az urethrában	22	„
Csak a cervixben	27	„

Látott colpitis granulosát folyással, urethritist, melynél a húgycsőből genyecseppet lehetett kinyomni s látott genyes cervix váladékot, melyekben gonococcust nem tudott kimutatni, viszont oly esetekben, a melyeknél a klinikai kép semmivel sem árulta el a gonorrhoea jelenlétét, gonococcust kimutatni. Azon következtetésre jutott ennek alapján, hogy a gonorrhoea diagnozisához nem elegendők a klinikai tünetek, hanem szükséges a gonococcus kimutatása.

A kéjnőknek mintegy $^2/_3$-a szenved gonorrhoeában és pedig részben urethralis, részben cervicalis gonorrhoeában. Azon körülmény, hogy tükör bevezetésénél az urethrából gyakran genyecsepp ürül ki, valamint azon vizsgálat által támogatva, hogy a húgycső váladékában rendszerint sokkal több a gonococcus, mint a szívós cervicalis váladékban, azon feltevésre készteti előadót, hogy az urethralis gonorrhoea fontosabb, mint a cervicalis s hogy valószinű, hogy az infectio ez úton történik legtöbbször.

Az uterus váladékát aspiratio útján vette 26 oly esetben, melynél a cervicalis váladékban gonococcust mutatott ki; s mindössze csak 7 esetben tudott az uterusból vett váladékban gonococcust kimutatni.

A tubáknak megbetegedését 37 esetben találta, a midőn a tuba vagy vastagodott volt, vagy az ovariummal együtt conglomeratumot vagy daganatot képezett. Ezen adnex megbetegedéseknél a cervicalis váladékban 10-nél ismételt vizsgálattal sem tudott gonococcust kimutatni.

Ebből azon következtetést vonja le, hogy cervicalis gonorrhoea, valamint adnex megbetegedés mellett nem mindig tudta kimutatni az uretusnak gonorrhoeáját.

A cervicalis csatorna és méhűr egyéb mikroorganismusaira nézve vizsgálata alapján szerző azt hiszi, hogy Stroganoffnak igaza van abban, hogy üvegszerű nyák mellett a cervix csatorna s az uterus űr csirmentes.

A női gonorrhoea gyógytanáról szólva, szerző a gonorrhoea gyógyításának két feltételét tartja szükségesnek. Egyik és pedig a fontosabb a prophylaxis, másik a helyi kezelés.

A prophylaxis érdekében szükségesnek tartja a gonococcusok vizsgálatát nemcsak kórházi anyagnál, hanem különösen ellenőrzött kéjnőknél. A kéjnők gonorrhoeáját ne a kórházban fedezzék s ismerjék fel, hanem az ellenőrzést gyakorló hatósági közegek s ezt oly módon tartja elérhetőnek, ha a hetenkint 2-szer végzett vizsgálatnál a gonococcusok kimutatására is kiterjeszkednek.

A helyi kezelésre vonatkozólag megjegyzi, hogy a Playfair-féle sondánál jobb a Braun-féle fecskendő aluminium-kanüllel felszerelve, melyet ki lehet égetni minden kezelés előtt.

Minden cervicalis gonorrhoeánál intrauterin befecskendést végzett, természetesen a legnagyobb elővigyázat mellett, hogy lehetőleg csak $^1/_2$ gm. folyadék jusson az uterusba és ennek is felesleges része visszafolyjék.

A befecskendésre 10% argentamint használt, melylyel a legjobb eredményt érte el, a mennyiben a genyes vagy zavaros s bő váladék üvegszerű s kevés lett, a gonococcusok pedig eltüntek a cervicalis váladékból.

Összesen 47 esetben alkalmazta ezen intrauterin kezelést, a melyek közül 38-nál az említett eredményig vezette azt végig, 9 esetben félbe hagyta részint fájdalmasság, részint disciplinaris ok folytán történt áthelyezés miatt.

A kezelést az adnex megbetegedések mindazon eseteiben is alkalmazta, a hol a folyamat már régi volt. Acut esetekben az intrauterinkezelést nem végezte.

A méhűri kezelést követő görcsök nem voltak gyakoriak s oly esetekben állottak be, a melyeknél a külső méhszáj szűk volt.

A kezelés kapcsán szerző azt hiszi, hogy a női gonorrhoea és pedig úgy a cervicalis, mint az uterinalis folyamat kellő türelemmel és szakértelemmel az esetek nagy számában gyógyítható s az esetek legnagyobb részében javítható annyira, hogy a contagiositás veszélye a minimumra száll alá. Adnex megbetegedést csak operativ úton gyógyíthatunk, de ezzel a lehetőségig várjunk, miután a tubaris folyamat kialhatik.

A vita az idő előhaladta miatt a következő ülésre marad.

Temesváry, titkár.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve. 1894. Közrebocsátja a szt. Rókus-közkórház igazgatósága. Budapest. Pesti könyvnyomda-részvénytársaság.

Az immár rendesen kibocsátott évkönyvek ezen legutóbbika a megszokott gondos összeállításban tartalmazza a főváros közkórházainak forgalmára vonatkozó adatokat, valamint azok gazdászati viszonyait. Nagyon messze vezetne, ha az itt található, sok tekintetben nagyon érdekes adatok részletezésébe bocsátkoznánk és azért csak a terjedelmes kötet III., vagyis tudományos részéről kívánunk megemlékezni, mint a mely évről évre nagyobb számú közleménynyel gyarapítja orvosi irodalmunkat és fényes tanúbizonyságául szolgál annak, hogy fővárosi közkórházaink nem csupán a szenvedő emberiséget, hanem a tudományt is szolgálják. A kötetben foglalt értekezések címei a következők: *Perlik Ottó:* A kórházi bonczolatoknál talált ritkább kórboncztani elváltozások. *Farkas László:* Adatok a hydrocele gyökeres műtéthez. *Elischer Gyula:* Incontinentia urinae esete; urethroplastica, ventrofixatio uteri és castratióval. *Székács Béla:* Intermittáló lázakkal járó gyomorrák esete. *Róna Sámuel:* Hólyagtuberculosis miliaris gümőkkel. *Minich Károly:* Anthrax két esete embernél. *Ifj. Siklóssy Gyula:* A szt. Rókus-közkórház szemosztályának működése az 1894. évben. *Takács Endre:* Lichtheim-féle centralis vezetési aphasia kóresete. *Herczel Manó:* Teljes orrképlés esetei. *Feuer Nathaniel:* Distichiasis-műtétek a szt. István-közkórház trachoma-osztályán. *Gyurmán Emil:* Myelitis syphilitica praecox. *Grossmann Lipót:* Néhány egyoldalú megvakulási esetről, mely dynamit robbanás folytán következett be. *Nagy Béla:* Klinikai megfigyelések a psychiatria köréből. *Ranschburg Pál:* Transitorikus elmezavarok. *Berks Aurél:* Veleszületett kékkór, kapcsolatban dextrocardiával.

II. Lapszemle.

Kórtan.

A typhus-bacillus viszonya a genyedéshez. Még mindig vitás kérdés, vajjon a typhus-bacillus képes-e genyedést előidézni. Egyes szerzők igenlőleg válaszolnak e kérdésre, míg mások azt hiszik, hogy azokban az esetekben, melyekben állítólag typhus-bacillust találtak a genyben, tulajdonképen nem typhus-bacillus volt jelen, hanem b. coli commune, mely az előbbivel nagyon könnyen összetéveszthető. A kérdés tisztázására újabban *Dmochowszki* és *Janowszki* végeztek kisérletes vizsgálatokat. Azt találták, hogy typhus-bacillusoknak egészséges kutya bőre alá fecskendezése nem okoz genyedést; vérszegény állatoknál azonban, valamint olyanoknál, melyeknél valami localis laesio van jelen, könnyen képződik genyedés typhus-bacillusok befecskendezése után. Másrészt a kutya szervezetén áthajtott typhus-bacillusokkal nyúlnál szintén könnyen előidézhető genyedés. Ha a tenyészet virulentiája nagyon csekély, akkor csak kisfokú lob képződik; ha a virulentia szerfelett erős, akkor az állat hamarább hal meg, még mielőtt lokális változások létrejöhetnének. Ha typhus-bacillusok és pyogen coccusok egyidejü befecskendezése után tályog képződött, a genyből a typhus-bacillusok hamarább eltünnek, mint a pyogen coccusok; ha tehát valamely esetben a genyben csupán typhus-bacillusokat találunk, akkor nem valószinü, hogy a genyedés egy korábbi szakában pyogen coccusok voltak jelen, a melyek e genyedést megindították. (Ziegler's Beiträge, XVII. kötet.)

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Görcsös köhögés elleni orvosság:** Rp. Kalii bromati 4·0; Vini ipecacuanhae, Tinct. belladonnae aa 6·0; Syr. tolut. 20·0; Aquae destill. ad 120·0. M. D. S. Evőkanalanként többször naponként. (Practitioner, 1896. január.)

2. **Terhesek hányása** ellen *Weill* is jó eredménynyel használja a mentholt, melyet következőképen rendel: Rp. Mentholi 4·0; Ol. olivarum 16·0. D. S. Hányási inger jelentkezésekor 10 cseppet czukron bevenni. (Practitioner, 1896. január.)

TÁRCZA.

Az orvoslás reformtörekvései és sebészeti értékük.

Irta *Ihrig Lajos* dr, műtő.[1]

(Folytatás.)

A szorosabb értelemben vett organotherapia szerveket nyujt gyógyszerképen, azonban nem szöveti szerkezetükről, vagy annak elemeitől, hanem egyedül működésük termékeitől várható észszerüen hatásuk. A mivel körülbelül ki van mondva, hogy mirigyes szerkezetü szervek szerepelnek a rendszer szertárában.

Csaknem egy évtized óta van már alkalmazásban a *hasnyálmirigy*, mint a *czukorvizelés ellenszere* és tulajdonképen ennek az iránynak tudományos alapon első képviselője. A diabetes mellitus maga is csak tüneti képe egy ismeretlen eredetü és székelésü bántalomnak, a hasnyálmirigynek pedig élettani szerepét is homály takarja, következésképen a kölcsönhatásról sem tehető fel, hogy tudományos szabatossággal tisztázva legyen. Ez a hatás egy megbizonyosodott tény, habár nem oly mértékben, a hogy az első sikerek várakozásokat füztek hozzá, s a mennyire talán lényegénél fogva, ennek értelme mellett, fel volna jogosítva; a tény magyarázata ellenben ez ideig csak hypothesiseket termelt. Ezt a tulajdonságot körülbelül osztja az organotherapia valamennyi képviselőjével, mindamellett eredetére nézve nem mondható tapasztalati ténynek, miután ugyanabból a hypothesisből származott, mely ma is hatásának magyarázata, épen úgy a hogy többi társai is e fajta életvegytani speculatio eredményei. A hasnyálmirigynek az emésztésben nyilván szerepe jut, habár *Gussenbauer* kimutatta róla, hogy hiánya emésztési zavart nem okoz. Ez azonban csak zavart zár ki, de nem hiánytalan emésztést jelent e zavartalan lefolyásban, melynek következményei a szerves élet másnemü nyilvánulásaiban, mint állomásokon juthatnak érvényre kórtünet képében, a nélkül, hogy az okozati vonatkozás kapocs által jelezve volna. A megfigyelések egész sora mutat fel czukorvizeléssel egyidejü pancreasmegbetegedést, legújabban *Rumpf* közöl egy egészen szembeszökő esetet, úgy hogy kölcsönös vonatkoztatásuk nagyon csábító. De e lehetőségtől eltekintve, a hasnyálmirigy feltétlenül élettani hivatásra tarthat igényt az emésztésben, ha nem is szembeszökő effectussal, s ha mint ilyet a *szénhydratok feldolgozását* ruházzuk reá a szervezet nedvrendszerében, nyilván a szervezet czukortartalmának beteges kiválasztását ennek vegyi átalakítása által is gátolni fogja. És ezen az igazságon mitsem változtat, hogy annak a czukorszürő szerkezetnek (banálisan szólva) melyik részén van a hiba. Legyen az akár az emésztés hiánya pancreas-megbetegedés folytán; legyen a visszatartás hiánya a veseszerkezet működésében; legyen az a glycogen termelő szervnek magának — a májnak — helybeli bántalma; legyen központi, vagy reflex ideginger által közvetített túltermelés: a hasnyálmirigy, szénhydratot-reducáló képességénél fogva, minden esetben mennyisége mértékében fogja a szervezet számára fölös czukortartalmát áthasonítás által megmenteni. És ez az értelmezés egyszersmind meg is szabja ama mirigyhatás értékét és határát. Szerinte sem az ok, sem az alapbántalom gyógyítása nem várható töle, csupán a betegség képét uraló tünetnek, a czukorkiválasztásnak, relativ befolyásolásáig vállalkozhatik. Ha ebben diaetetikus eljárás, a szénhydratok megvonása által, vele versenyez, ha ásványvíz, milyen a karlsbadi, az emésztés gyökeres módosítása által, túlszárnyalja, mindez legkevésbbé sem lephet meg, de nem is szolgál ellenbizonyítékul. Csakhogy még egy másik felfogás is létezik, mely a hasnyálmirigynek activ szerepet tulajdonít a diabetes kórszármazásában, olyan formán, hogy a mirigy kóros váladékához köti a bántalom keletkezését. *Toepfer* és *Freund*, többek közt, *diabetikus székletétel dialysatumát mérgező* hatású anyagnak találták, mely állatokon czukorvizelést okoz és szerintük, mint kóros mirigyváladék az ú. n. *pancreasdiabetes* magyarázata.

Sokkal nagyobb praetensióval járja be a világirodalmat és legnagyobb mértékben divatos tárgya kutatásnak és kisérletezésnek a *pajzsmirigy és hatása*. Tulajdonképen *Brunsnak* tavaly a bécsi congressuson előadott közlése, strumának 9 gyógyult esetéről thyreoidin kezelés alatt, indította meg ezt a lavinát, mely ma hihetetlen méretekben pusztít végig irodalmon és laboratoriumokon egyaránt. Pedig a felfedezés kora immár az évtizedet is meghaladja, eredetre nézve pedig angol, lévén honában az endemikus myxoedema orvos szere, melyet kisérlet a strumára is átruházott. Míg azonban a practikus angol és a felületesebb franczia a gyakorlati értékkel beérte, az alapos német a hatás gyökerére törekszik lemenni és a mirigyműködés egész mysteriumait felturkálta. És ez a nagy nekigyürközés még ez ideig az élettani működés kérdésén sem segített túl bennünket, legfeljebb annyi gyakorlati haszna volt, hogy az angol tablettákat a hatásosabb nyers mirigygyel leszorította a piaczról. Az igaz, hogy a megoldás nem is olyan egyszerü, valamint az is igaz, hogy a kérdés maga nagyon érdekes és lényegébe hatolva minden lépéssel bonyolódik. Mert nem ott fekszik a megoldás nehézsége, hogy az élettani működésre nézve semminemü adatunk nincsen, a hatásra vonatkozó hypothesisek számára pedig nincsenek elegendő támaszpontjaink; a mi összes combinatióinkat újra meg újra halomra dönti, az *a tapasztalati tényeknek kölcsönös ellenmondása*, melyeket nem hogy magyarázni, de összeegyeztetni sem sikerül. Hogy a cardinalis pontokat érintsem csupán, hallunk pajzsmirigyhatásról *strumánál*, *myxoedemánál* és *Basedow-kórságnál*.

A *struma* túltengése ugyanannak a pajzsmirigynek, melynek hatásáról annak sorvasztását feltételezzük és tapasztaljuk. Melyik az a pathophysiologikus folyamat, mely struma keletkezéséhez vezet, azt épen olyan kevéssé tudjuk, mint azt, hogy mi az a mirigyhatásban, a mi saját túltengésének ellenszere. Egyelőre csak annyi bizonyos, hogy a struma kóros folyamata a szervnek s valószinű, hogy ellene egészséges működése terméke vértez. Bármi legyen ama folyamatot megindító ártalmas tényező — a hogy pl. a vizet és benne talajviszonyok befolyását gyanusítják ilyenképen —, a mentesítő mirigytermék viszonyos mennyisége arányában lesz képes a szerv ama tényező morbid hatásának ellenállni. Nyilván e termék az, mely a mirigy- és thyreoidinhatásban specifikus, részben az által, hogy a morbid ingert közömbösíti, részben olyanképen, hogy termékeinek sorvadásához vezet. Egyelőre ennek a feltevésnek semminemü bizonyítékát nem birjuk sem a szövettani, sem a vegyi vizsgálatokban. Az előbbiek még ez ideig a strumában sem tudták felfedezni a lényeges elemet, a hatást pedig olyan bonyolult és ismeretlen szöveti viszonyokkal találták társultan (*Goldmann*, *Roloff* folyamatban levő kisérletei), melyeket sem értelmezni, sem okozati összefüggésbe hozni nem sikerült. A vegyi analysis szintén nem tudott hatóanyagot izolálni, sem morbidot, sem gyógyító erejüt, legalább nem megbizható szabatossággal, a hogy alább látni fogjuk. A nehézség azonban az értelmezés számára még csak nem is *ezen* és nem is *egy* bántalom keretén belül van, hanem ott kezdődik, a hol két különbözőnek ellentétes értelmezése találkozik. Elég világos bizonyítéka ennek a *myxoedemához* való vonatkozás, a mint erről az első tekintet meggyőzhet.

A *myxoedema*, mint betegség, *a pajzsmirigy hiányával* legszorosabb okozati összefüggésben lévőnek találtatott, lett légyen az veleszületett, vagy operativ úton támadt. A modern műtéti eljárás, mely a mirigy teljes kiirtását perhorrescálja, épen ezzel a ténynyel számol. Ugyanezen myxoedema ellen a mirigy és kivonatának adagolása hatásos szernek bizonyult. A dolog természeténél fogva ebben nincsen semmi meglepő, sőt magában véve legtermészetesebbnek látszik, hogy a szerv hiánya által feltételezett bántalom, annak más úton való pótlása által gyógyítható. Az értelmezés azonban megakad, mihelyt a másikkal állítjuk szembe. Hogyan képzelhető, hogy ugyanaz a tényező legyen a hiány ellenszere, mely a túltengéssel szemben annak bizonyult? Igaz, hogy az ellenvetéssel szembe állítható az a magyarázat, hogy lényege szerint mind a két esetben kóros ingert közömbösít az egészséges mirigyváladék, ingert, mely egyik esetben az elégtelen mirigy localis megbetegedéséhez, szöveti túltengéséhez vezet, mirigyszerkezete rovására, a másik esetben a szervezet általános intoxicatiójával a myxoedema tünet-csoportját hozza létre. Kétségtelenül szabad a mirigyváladéknak ilyen antitoxikus hatást tulajdonítanunk, sőt szerepe a szervezet czélirányos háztartásában

[1] L. Orvosi Hetilap 1896. 12. sz.

ilyen magyarázatot megkövetel. Csakhogy ha egységes mirigyváladékról akarunk szólni, akkor e magyarázat létfeltétele, hogy *egységes ingert* állítsunk amazzal szembe, miután specifikus hatás különböző mérgekkel szemben fel nem tehető. Hogy pedig a struma és myxoedema közös aetiologikus momentum különböző nyilvánulása, vagy kifejlődésének foka lenne, a legvállalkozóbb értelmezés sem merte lelkére venni, daczára annak, hogy bizonyos fokban endemikus előfordulásuk erre csábítana. Mert hiszen odáig a magyarázat még elmehet, hogy a meglevő mirigy helybeli megbetegedéssel — struma — állja útját az általános mérgezésnek — myxoedema —, mely annak hiánya esetén, a toxikus inger eredménye, de a további következtetés elől meg kell hátrálnunk. *Átmeneti alakokat* a két bántalom között senki sem látott, a mint ilyennek, közös eredet mellett, feltétlenül származnia kellene, a mirigyszövet felemésztése fokában, vagy után. Mindamellett valami vonatkozás a két bántalom között valószinű, s ha az hypothesis alakjában még ez ideig kifejezésre nem jutott, csak onnét ered, mert nyilvánulásaikban kapcsot eddig felfedezni nem sikerült.

Több értelmezőre és követőre talált ellenben az a nézet, hogy a két bántalom eredetében *két különböző toxikus hatány* szerepel és az egészséges mirigy antitoxikus hatása velük szemben *két különböző termékének* befolyása. *Notkin* tehén, birka, disznó és kutya pajzsmirigyeiből vegyi úton kivont egy összetett fehérjenemü testet, mint egységes vegyületet, mely a colloid legnagyobb részét képezi és *thyreoproteid* neve alatt jelenik meg a nyilvánosság előtt. Ez az anyag fontos szerepre tart igényt a pajzsmirigygyel kapcsolatos betegségek pathogenesisében. Állatkisérlet mindenekelőtt nagy mértékben toxikus tulajdonságát mutatta ki, s ez abban áll, hogy nagy adagban görcsöket és fokozatos átmenettel paralytikus halált okoz; kisebb adagban ellenben az ideges jelenségek elmosódásával a thyreopriv cachexia tüneti képét nyujtja. A jelzett hatás rohamosan emelkedik deletaer természetében a pajzsmirigy hiánya esetén és ilyenkor nyujtja legjellegzetesebb képeit, míg részleges hiányakor a maradék compensatorius túltengése előzi meg. Felfedezője szerint a *thyreoproteid nem pajzsmirigy váladék*, hanem az *általános anyagcsere terméke*, melyet a véráram a pajzsmirigyben, mint kiválasztó szervében, rak le és az egészséges mirigyváladék kevéssé ismert *fermentuma (enzym) közömbösit*. E szerint a myxoedema kórokozója, a thyreoproteid képében, a szervezet anyagcseréjének állandó terméke, annak ellensúlyozása azonban szintén a szervezet működése körében fekszik, a mennyiben ez meg a mirigyműködés állandó hivatása. De viszont az is világos, hogy a pajzsmirigy hiánya szükségképen a thyreoproteid toxikus hatásának érvényre jutását vonja maga után, vagyis thyreopriv cachexiához vezet minden esetben; és a szerző azt tapasztalta e hatásról, hogy cumulativ. Végül pedig érthetővé válik a pajzsmirigy myxoedema-ellenes hatásában az ingadozás, egész az eredménytelenségig, miután a gyógyszerképen alkalmazott mirigy a beleraködott thyreoproteidet és ellenmérgeül szolgáló saját termékét individualiter ingadozó arányban tartalmazza. Világos, hogy az esetlegesen túlsúlyban levő thyreoproteid nem járul a bántalom enyhítéséhez, mely saját toxikus hatásának eredménye, vagyis önmaga termelése. Ez eddig tiszta munka és szép eredmény, csak az a baja, hogy a szerző elfelejtett róla felvilágositani, micsoda viszonyban áll thyreoproteidje és fermentuma a strumához? illetőleg az egészséges mirigy golyva-sorvasztó hatásához? Ez a fejezet a munka számára nem létezik, habár szoros vonatkozása a pajzsmirigyhiány és pótlás elvi kérdéséhez ezt legalább is kivánatossá tenné. Először is jut-e szerepe és mi szerepe jut a thyreoproteidnek a golyva pathogenesisében? A munka szelleme szerint és józanul semmi, miután a struma kóroka a szervhez kötött hatásában és nem lehet a szervezetben állandóan termelt, de valószinüleg külső keletü, ártalom. És vajjon amaz erjesztő, mely, mint ellenméreg, a myxoedema-ellenes mirigyhatás kulcsa, ugyanaz-e a golyva-sorvasztás számára is? vagy ha nem az, mint állandó mirigytermeknek, mi a befolyása itt? Az első kérdésre bizvást nemmel felelhetünk, miután egyetlen vegyi egység különböző hatányoknak nem lehet ellenszere; a második kérdésre ellenben a szerzőnek is nehezére eshetnék a felelet. Vagy talán épen fordított sorrendben volna a két tényezőnek szerepe a golyva-keletkezésben és gyógyulásban? Ha pedig ezeket a kalandos combinatiókat kizárom, akkor nincs más módja az eligazodásnak, mint újabb kórokot a golyva számára és még egy ellenmérget e kórok számára feltételeznünk a mirigytermékben. Hogy ez micsoda képtelen következményekhez vezet, nem szükséges fejtegetnem. A Notkin thyreoproteidje lehet vegyileg helyes termék, hozzáfüzött fejtegetése is ügyes combinatio, csak az a baja, hogy látköre a thyreopriv cachexián túl nem terjed, a mirigyhatást egy erre korlátozott termékhez köti s ezzel a szerv élettani működésének egységét szétforgácsolja. A myxoedemával kapcsolatban megemlítendőnek tartom, hogy bizonyos bántalmak hasonlatossága, vagy távoli vonatkozása a pajzsmirigy szerepkörének kibővítéséhez vezetett. Igy az *idiotismus* külső képe, minden okozati kapocs hiánya daczára, thyreoidin-szereléshez vezetett, valamint a *sklerodermia*, külső hasonlósága révén a myxoedemás tünetcsoport egyik tagjához, nagyon gyarló jogczimen jutott a pajzsmirigy-kezelés rovatába. Arról a sorozatról felesleges megemlékeznem, mely ellen, minden értelem nélkül, alkalmazásra talált, s nem csupán kisérlet, de ajánlás alakjában is napvilágot látott.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1896. április 9-dikén.

Külföldi egyetemek. *Franczia egyetemek.* (Folytatás.) A klinikai oktatás a 6-dik inscriptióval kezdődik. A hallgatókat, mint *stagiaires*-eket az összes közkórházakba felveszik, s e berendezés a gyakorlati képzés nagy előnyére szolgál. Viszont az is megtörténik, hogy a kórházi főorvos nem sokat törődik a hallgatókkal. Nagy előny az *internes*-ek és *externes*-ek nagy száma. Ezeket is pályázat útján töltik ki; utóbbiak a mi gyakornokainknak, előbbiek az assistenseinknek felelnek meg. Praxist már azért sem folytathatnak, mert állásaikat csak addig tarthatják meg, míg a doctori gradust el nem érték. Az externisták állásukban 1—2 évig, az internes-ek 3—4 évig maradnak. Rendesen 100 betegre s 100 orvostanhallgatóra 5 externe és 1—2 interne esik. Az osztályokat sorban szolgálják. Az *externes*-eknek nincs díjazásuk, az *internes*-eké 600—1000 frank és *teljes ellátás*. A legtöbb klinikán s kórházi osztályon *chef de clinique* is van (1200 frank fizetéssel). Ez állást is pályázat útján töltik be és pedig rendesen 6 évre. A klinikán lakása is van, cursusokat tart, sőt egyszersmind agrégé is lehet.

Párisban nincsenek önálló klinikák. Régi szokáson alapul az a berendezés, hogy tanitásra a kórházi osztályok szolgálnak. Ilyen körülmények között e klinikák is az *assistance publique* főhatósága alatt állanak. Ez egy specialis igazgatóság, melynek élén a Szajna-prefectusok, a belügyminister és egy igazgató áll. A *conseil de surveillance*-nak kiterjedt hatásköre van. A klinikai osztály élén álló tanár egyenrangú a többi osztályok főorvosaival. A főorvosi fizetés igen csekély, mert jövedelmező magángyakorlatot tételeznek fel. Évente 1200—1500 frank tiszteletdijat kapnak. A klinikusok ezenkivül a tanári fizetést: 15,000 frankban is kapják. A tanárok ugyan a fakultáshoz tartoznak, de azért nagyon is érzik az assistance publique hatalmaskodását. Az internes-eket és externes-eket ugyancsak az assistance publique osztja be, míg a chef de clinique a közoktatásügyminister alatt áll.

Az assistance publique budgetje évente körülbelül 42 millió frank, *melynek felét Páris városa egymaga fedezi*. A klinikákra körülbelül 1.361,251 frank jut, ezzel szemben az állam jóval kevesebbet költ, a tanári fizetéseken kivül dologi kiadásokra legfeljebb 125,000 frankot. Hozzászámitva a tanári fizetéseket még mindig csak a felét áldozza annak, a mit a város ad.

Az egyes klinikákra évente kiadott összeg biztonsággal nem határozható meg. Hozzávetőleges számitás szerint a *Hôtel Dieu*-ben elhelyezett 3 klinika (199 ágy) 297,645 frankba kerül, a *Pitié* 2 klinikája (187 ágy) 217.397 frankba, a *Charité* 2 klinikája (128 ágy) 151,581 frankba, a *Necker* 3 klinikája (188 ágy) 211,621 frankba, a *Saint Louis*-é 25,697 frankba, a *Baudelocque* 96,845 frankba, a *szülészeti klinikáé* 180,150 frankba, a *beteg gyermekeké* 52,239 frankba, a *Salpetrière*-é 138,123 frankba kerül. Tehát a 15 klinika 1316 ágygyal 1.361,251 frankba. Az assistante publique e kórházakra (9 kórház 8000 ágygyal) összesen körülbelül 7 millió frankot költ évente.

A városok s első sorban Páris nagy áldozatkészségén kivül leginkább figyelemre méltó a *nagy tanári kar a sok s jó segéderővel. Hogy a gyakorlati kiképzésre ez elengedhetetlen feltétel, az nem szorul bővebb bizonyitgatásra.* (Joessel és Nadbyl után.) *G. E.*

* * *

Körrendelet. (Valamennyi törvényhatóságnak.) A fertőző betegségek elterjedéséről a törvényhatóságok által szerkesztett és ide beküldött időszaki kimutatásokból azon sajnálatos feltünő jelenségről szereztem tudomást, hogy a hólyagos himlő az utolsó időkben az ország több vidékén, több törvényhatóság területén fellépett és még most is terjed; továbbá, hogy e betegség folytán mutatkozó halálozások száma messze túlhaladja azon népesebb művelt országokban mutatkozó halálozások számát, melyekben a himlő elterjedésének meggátlására a mieinkhez hasonló intézkedések vannak használatban és a hol a törvényes oltási kényszer kevésbbé szigorú, mint nálunk. Az 1887: XXII. t.-cz.

és az annak végrehajtására vonatkozó szabályzatok és rendelkezések, ha pontosan végrehajtatnak, minden eszközt megadnak arra, hogy a hólyagos himlő az országban teljesen elfojtható legyen.

Ha tehát a védhimlőoltást szabályozó törvény és szabályzatok teljesen megfelelő voltának és annak daczára, hogy a védhimlőoltás foganatosítására az állam évenként tetemes összegeket fordít, a kivánt siker t. i. a himlőben való megbetegedések teljes megszünte, vagy legalább a külföldi példák szerint csekély minimumra való leszállítása az 1887. évi XXII. t.-cz. majdnem tíz évi fennállása után sincs elérve, akkor ennek a balsikernek az oka bizonyára csak a törvény rendelkezéseinek hiányos végrehajtásában kereshető és található fel. És hogy a hatóságok és hatósági közegek csakugyan nem teljesítik megfelelő módon e részben teendőiket, annak bizonyítékául vehető már magában az itteni tapasztalatokból megbizonyosodott tény is, hogy a közigazgatási közegeknek a hólyagos himlőben történt halálozásoknak csak 1/6 része jut tudomására.

Így állván a dolog, el kell ismernünk, miszerint az a tény, hogy a hólyagos himlő Magyarországon még mindig fogékony talajra talál, nem a legkedvezőbb színben tünteti fel közegészségi intézményeinket; de tarthatunk attól is, hogy a külföld, mely viszonyainkat e tekintetben is éber figyelemmel kiséri s a tapasztalt jelenségekből az indokolt következtetéseket levonja, előbb-utóbb oly védelmi rendszabályokat fogna ellenünk a saját érdekében foganatosítani, melyek a személy- és árúforgalom korlátozása által nagy anyagi kárt is okozhatnak közgazdasági tekintetben.

Ezeket előre bocsátva felhivom *(czímet)*, hogy közegeit az 1887. évi XXII. t.-cz. és annak végrehajtására kibocsátott szabályzatok és rendelkezések mindenre kiterjedő pontos és szigorú végrehajtására utasítsa. Különös gondot fordítson (czím) arra, hogy az oltásra és újraoltásra kötelezettek a himlőoltási helyeken pontosan megjelenjenek, úgy az oltás, mint az utószemle napjain, s a hol az oltóorvosok részéről e tekintetben panaszok merülnének fel, őket eljárásukban esetleg karhatalommal is támogassa, hasonlóképen ügyeljen fel arra is, hogy az oltó orvosok eljárása, különösen az oltóanyag hatályossága, illetőleg az oltások sikere szempontjából ellenőríztessék s e végből utasítsa tiszti főorvosát, hogy az oltóhelyeket és az oltások időpontjait már előzetesen az oltóorvosokkal egyetértőleg megállapítván, azt nyilvántartsa és annak alapján koronként felügyelet és ellenőrzés czéljából előlegesen bejelentés nélkül jelenjen meg egyik-másik helyen s ezen felügyeleti szemléinek számáról és eredményéről az oltási jegyzőkönyvek beküldésekor tegyen hozzám külön jelentést.

Ezenkivül *(czím)* figyelmébe ajánlom még a következőket: Tapasztaltatott, hogy a hólyagos himlőt az országban sok esetben a vándorló czigányok hurczolják szét, kiknek beoltása és a beoltás foganzásának ellenőrzése nehézségekbe ütközik. A vándor czigányokra tehát e tekintetben különös figyelem fordítandó. Intézkedjék a *(czím)* az iránt, hogy tekintettel az ország számos vidékein ép most tényleg mutatkozó hólyagos himlőre, a törvényhatósági bizottsági közgyülés, a vándor czigányoknak, felnőtteknek úgy mint gyermekeknek kényszeroltását az 1887. évi XXII. t.-cz. 10. §-a alapján határozatilag elrendelje s ezen határozat alapján, a melyhez jóváhagyásommal eleve is hozzájárulok, a vándor czigányok, ott a hol találtatnak, a legközelebbi hatósági orvos által, ha náluk az előrement oltás nyomai ki nem mutathatók, beoltassanak, vagy szükség esetén, még ha az előző oltás nyomai meg vannak is, újra oltassanak. Ezen szabály foganatosításához szükség esetén karhatalom is igénybe vehető.

Gyakori fészkei a járványnak a kültelkek, tanyák, mely helyeken — miután a hatóság közegeinek nehezebben hozzáférhetők — az oltások, mint arról illetékes közegeim ismételten meggyőződtek, nagyon hiányosan vagy egyáltalán nem hajtatnak végre. Midőn e helyeken az oltások keresztülvitelének szigorú végrehajtására a *(czímet)* nyomatékkal figyelmeztetem, egyúttal felhivom, hogy a fertőzés ilyen lehető kisebb fészkeiben is a felnőttek iránt az 1887. évi XXII. t.-cz. 10. §-ának keretében olyformán intézkedjék, hogy a szükséghez képest lehető gyorsan foganatosítható legyen.

Ezekre súlyt fektetve hatáskörében minden lehetőt tegyen meg a *(czím)*, hogy az országban terjedő hólyagos himlő elhatalmasodásának törvényhatósága területén gátat vessen. Felmerült betegedéseknél a szükséges elkülönítést és fertőtlenítést minden esetben pontosan foganatosíttassa, a tapasztalt mulasztásokat szigorúan torolja meg s a mennyiben ebbeli rendelkezéseinek foganatosítása közben valamely nehézségbe ütköznek, tanácsért és támogatásért haladék nélkül ide forduljon.

Részemről intézkedtem az iránt is, hogy illetékes közegeim a törvényhatóság ez irányú eljárását szigorúan és gyakrabban ellenőrizzék és kijelentem, hogy általlok a himlőoltás körül észlelendő minden mulasztás vagy hanyagság esetében a törvény teljes szigorát fogom alkalmazni.

Budapesten, 1896. április 1-én.

A minister helyett:

Latkóczy Imre s. k., államtitkár.

* * *

Az ellenőrző massage. *Válasz Csapodi tanár úrnak.* Csapodi tanár úr az én masszálási módszeremről azt állítja, hogy ez új „felfedezést“ már 1890-ben megírta. Ő 1890-ben írta a következőt: „A masszálás csak akkor okszerű, ha tudjuk és látjuk mit és hogyan dörzsölünk. A másik szem maradjon nyitva, mindig figyelmeztessük a beteget, hogy nézzen, hogyan fordítsa szemét, hogy a masszált szem is úgy forduljon, a hogy a masszálás művelete kivánja stb.“

Én 1896-ban ezt írtam: „a masszálandó szemet a szemhéjon keresztül egyik kezemmel masszálom, másik kezemmel pedig nyitva tartom a másik szemet, széttárva hüvelyk- és mutatóujjammal a szemhéjakat.... Így azután a nyitva tartott szem mozgásait *figyelve*, ellenőrizhetjük a másik szem állását is..... Követhetjük a csukott szemet is a massage alatt, úgy hogy mindig a kivánt hely lesz a massagenak kitéve“.

Engedelmet kérek, de ez a két eljárás sohogysem állhat meg egymás helyett. A tanár úrét csakis felnőtteknél, de ezeknél is csak, ha értelmesek és erős akaraterővel birnak, alkalmazhatjuk; pedig hát a cornealis homályok feltisztítását legnagyobbrészt gyermekeknél kell eszközölnünk. Az én eljárásom segélyével kivétel nélkül czélt érhetek, mert nekem mindegy, akár merre is tetszik a betegnek szemét forgatnia. Különben is gyermekeket és a felnőttek jó részét is hiában figyelmeztetném a massage alatt, hogy erre vagy arra nézzenek, vagy tartsák nyitva szemüket. Én a masszáló kézzel követem a masszálandó szemet, a másik szem *tetszés szerinti* állása szerint; a betegnek semmi teendője.

Hogy e két eljárás közötti lényeges különbség a tanár úr figyelmét elkerülhette, kizárólag annak tulajdoníthatom, hogy — ideje hiján — csak átfutotta dolgozatomat, annál is inkább, mivel a második, már kissé keményebb megjegyzése egyedül ebből folyhatott. Ez így hangzik: „Mindössze azt fogadom el új dolognak, hogy Falta úr a másik szembe szemhéjtartót illeszt, ez a kiméletlen eljárás azonban olyan új dolog, a mit sem magam nem követnék, sem másnak nem ajánlhatnék.“ Hát ez bizony nem kiméletlen, hanem barbár eljárás volna, de én ezt nem is teszem. Én dolgozatomban azt írtam, hogy általánosságban ujjaimmal tartom nyitva a szemet, csak *blepharospasmus* esetében veszek igénybe szemhéjtartót a felső szemhéj részére s tanár úr természetesen csak helyeselheti azt, hogy ekkor, ha látni akarjuk a szemet, csakugyan nincs más út. Azonban ez esetben is kis ügybuzgalommal a leggyengédebben lehet eljárni.

Falta Marczel dr., szem- és fülorvos.

Vegyesek.

Budapest, 1896. április 9-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1896. márczius 22-dikétől márczius 28-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 446 gyermek, elhalt 309 személy, a születések tehát 137 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2309 beteg, szaporodás 715, csökkenés 814, maradt e hét végén ápolás alatt 2210. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1896. április 1-jétől április 8-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 11 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 13, vörhenyben 15 (meghalt 1), kanyaróban 131 (meghalt 4), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 24 (meghalt 4), trachomában 20, hökhurutban 10 (meghalt 1), orbánczban 13 (meghalt 2), gyermekágyi lázban 1.

○ **Kitüntetés.** Ő Felsége *Felletár Emil* dr. országos művegyésznek e minőségében, különösen az igazságszolgáltatás érdekében szerzett érdemei elismeréséül a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

△ **Lippe Albert** dr. jászberényi gyakorló orvost Jász-N.-K.-Szolnok vármegye főispánja az *Eördögh Oszkár* dr. járási orvosnak a jászberényi közkórházhoz kórházi orvossá való kinevezése folytán megüresedett jászsági felsőjárási orvosi állásra kinevezte.

○ **Stomatologikus szakosztály** alakítását kért orvosegyesületi tag urak legyenek szívesek f. hó 15-dikén 6 órakor alakuló ülésre megjelenni. Helyiség: kir. orvosegyesület.

— **A budapesti Császárfürdőben** 1896. január 1-jétől márczius 31-dikéig 73 személy lakott és 56,254 személy fürdött.

— **„Máramaros vármegyei orvosgyógyszerész-egyesület“** czímen az e megyebeli orvosok és gyógyszerészek a mult év folyamán egyesületet alakítottak, melynek első tisztikara következőleg állíttatott össze: *elnök: Budzey László* dr., vm. t. főorvos; *alelnökök: Ábrahám Béla* dr., cs. és kir. ezredorvos; *Szilágyi István* dr., kórházi igazgató; *szaküléselnök: Novák Károly* dr., kincstári főorvos: *titkár: Lengyel Soma* dr., közkórházi orvos; *pénztárnok: Péterfi Imre*, gyógyszerész. *Választmányi tagok: Ágoston Gyula*, gyógyszerész; *Bukovszky Endre* dr, tb. főorvos; *Buzáth Márton*, gyógyszerész; *Hegyessy Béni* dr., járásorvos; *Heller Jakab* dr, tb. járásorvos; *Kádár László* dr., kincstári orvos; *Kozma Sándor* dr., városi t. orvos; *Munkácsy Pál* dr., vm. tb. főorvos. Az egyesület tagjainak száma 49. Üdvözöljük az új egyesületet és működéséhez sikert kivánunk. Minden ilyen egyesület keletkezése rendünk igazi tekintélyét öregbíti.

— **Huszonötéves orvosi jubileum.** *Breuer Ármin* dr., temesvármegyei t. főorvos tiszteletére, orvosi működésének 25-dik évfordulója alkalmából, a törvényhatóság orvosai Temesvártt márczius 25-dikén szép ünnepélyt rendeztek, melynek folyamán a járási, községi és körorvosok, valamint a vármegyei gyógyszerészek testületileg tisztelegtek az ünnepeltnél s érdemeit méltató beszédek kiséretében szép emléktárgyakat adtak át neki. A városi orvosok Tauffer dr. városi tiszti főorvos vezetése alatt szintén üdvözölték az ünnepelt kartárst. Este fényes banket volt, melyen Molnár dr. főispán, Déschán alispán, Bessenyei képviselő, Hajós dr. egészségügyi felügyelő stb. s mintegy 120 orvos és gyógyszerész vett részt és meleghangú felköszöntőkben ünnepelték az érdemes főorvost. Fogadja részünkről is üdvözletünket.

— **A jászberényi „Erzsébet“ közkórházban,** mint azt *Király Gáspár* dr., városi t. főorvos és kórházi igazgató kimutatásából olvassuk, az 1895. évben 285 egyén ápoltatott 8077 ápolási napon. Műtét volt 17. A pénztár forgalma volt: 7620 frt 20 kr.

† **Späth József**, a bécsi egyetem volt hírneves szülészet-tanára, március 29-dikén 73 éves korában elhunyt.

† **Elhunyt**: *Nádudvari Soltész József* szigorló orvos e hó 4-dikén 27 éves korában hirtelen elhunyt.

—r. **Kitüntetés.** A 40 év óta fennálló és mindenütt ismert ásványvíz czég: *Mattoni Henrik Giesshübl-Karlsbad-Franzensbadban, Bécs* és *Budapesten*, azon kitüntetésben részesült, hogy firmáján és pecsétjében a császári sast használhatja.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Felső erdősor 5. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Téli kura
rheuma, köszvény, ischias stb. ellen.
Szt.-Lukácsfürdő
r.-t. Budapest.

Kénes iszapfürdő,
douche-massage iszapborogatások. Meghülés veszélye nincs, mert a szállodák és fürdők egy fűtött épülettömböt képeznek. Olcsó pensio. Lift és hordszékek, nehéz betegek számára felvonó a vízben. A fürdő főorvosa: *Bosányi Béla* dr. Prospektust küld az igazgatóság.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-közkórházban 1896. április 2-dikától egész 1896. április 8-ig ápolt betegekről.

1896.	Felvett			Elbocsátott			Meghalt			Maradt			Az ápoltak közül			
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülőnő	hevenyfertőző	az üllői-úti kórházban
Ápr. 2	50	40	90	43	45	88	10	5	10	1125	991	2116	1058	32	69	957
„ 3	41	36	77	40	32	72	7	2	9	1119	993	2112	1045	32	68	967
„ 4	49	39	88	46	29	75	8	4	12	1114	999	2113	1058	32	63	960
„ 5	25	35	60	36	33	69	3	4	7	1100	997	2097	1044	33	62	958
„ 6	41	28	69	31	32	63	10	6	16	1100	987	2087	1042	33	62	950
„ 7	88	75	163	47	43	90	3	1	4	1138	1018	2156	1081	33	67	975
„ 8	54	51	105	31	36	67	3	3	6	1158	1030	2188	1092	33	71	992

HIRDETÉSEK.

BILINI SAVANYÚKÚT
legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.
10,000 részben: szénsavas natron 33·6339, kénsavas natron 7·1917, szénsavas mész 4·1050, chlornatrium 3·8146, szénsavas kali 2·3496, szénsavas Magn. 1·7157, szénsavas Lithion 0·1089; szilárd alkatrészek, 53·3941 összes szénsavtartalom 47·5567, hőmérsék 12·30° C.
Régóta hires gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomorbántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérnél stb.
Kitünő diaetetikus itál.
Savanyúkút gyógyintézet.
Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.
Fürdőorvos: **Med. Dr. REUSS VILMOS**
A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban. 2

Dr. DOLLINGER GYULA
TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE
BUDAPEST
VII., KEREPESI-ÚT 52. 15

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai 15
ORVOSI LABORATORIUM
Budapesten, V. ker., Váczi-körút 60. sz.
Foglalkozik *vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudatum* valamint *bakteriologikus vizsgálatokkal.*
Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

Dr. HORVÁTH MIHÁLY
operateur 15
TESTEGYENÉSZETI INTÉZETE
Budapest, VIII., Kerepesi-út 17. szám alatt.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUMBAN
mindennemü **ép és kóros váladéknak** (ú. m.: **vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex-** és **transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi,** mint **górcsői** és **bacteriologiai** vizsgálatára vállalkoznak 15
dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratorium vezetői.
Poliklinika: VII., Dohány-utcza 31. szám.

CSÁSZÁRFÜRDŐ
BUDAPESTEN.
Elsőrangú kénes hévvízű gyógyfürdő **páratlan gőzfürdővel,** legmodernebb **iszapfürdőkkel,** pompás **ásványvíz-uszodákkal, kő-** és **kádfürdőkkel,** 200 kényelmes lakószobával. A legszolidabb kezelés.
Prospektusok kivánatra ingyen és bérmentve. 2

Dr. DREISZKER JÓZSEF
VÍZ-GYÓGYINTÉZETE
Kőszegen (Vas m.)
vasúttal ¾ óra Szombathelytől.
Egész éven át nyitva. ★ Mérsékelt ár.

Dr. PÁPAY VILMOS-féle
VÉDHIMLŐNYIRK-TERMELŐ-INTÉZET
Budapest, Teréz-körút 31. szám alatt.
Igazgató-orvos: Dr. SZÉKELY ÁDÁM.

Alapíttatott 1887.
MENS SANA IN CORPORE SANO
BEJ. VÉDJEGY

Szállít egész éven át biztos fogamzású, friss oltóanyagot következő árakon:

1 phiola		**2—3**	egyénre	—.50	kr.
5 v. több „		„	„	à—.40	„
1 „		**10**	„	**1.—**	„
1 „		**20**	„	**1.50**	„
1, 2 v. 5 „	összesen	**50**	„	**2.50**	„
1, 2, 5 v. 10 „	„	**100**	„	**5.—**	„

Csomagolásért és szállításért **30 kr.**

Első magyar általános biztosító társaság Budapesten.

I. TŰZ-, SZÁLLITMÁNY- és JÉGBIZTOSITÁSI ÜZLET.

KIADÁSOK. Harmincznyolczadik évi zárszámla 1895. január 1-től deczember 31-ig. **BEVÉTELEK.**

	forint	kr.	forint	kr.
I. Tüzbiztositás.				
Kifizetett károk a viszontbiztositott rész levonása után	1668590	07		
Függőben maradt károk tartaléka	95019	—		
Szerzési költségek a viszontbiztositott rész utáni bevétel levonásával	251792	09		
Jövedelmi adó és bélyegilletékek	129208	36		
Postabérek	48349	56		
Adakozások közhasznú czélokra 5920 frt 75 kr. tartalék levonása után	94	25		
A tüzbiztositási üzletet terhelő igazgatási költségek	505046	63		
Behajthatatlan követelések leirása	5588	81		
A következő évek készpénz-díjtartaléka a viszontbiztositott rész levonása után és minden megterhelés nélkül	2000000	—	4703688	77
II. Szállitmány-biztositás.				
Kifizetett károk a viszontbiztositott rész levonásával	45603	81		
Függőben maradt károk tartaléka	23667	75		
A szállitmány-biztositási üzletet terhelő szerzési és igazgatási költségek	20550	06		
A következő évnek díjtartaléka a viszontbiztosit. rész levonásával	20000	—	109821	62
III. Jégbiztositás.				
Viszontbiztositások és törlések	206612	89		
Kifizetett károk a viszontbiztositott rész levonásával	1246030	67		
Szerzési és igazgatási költségek a viszontbiztositások utáni bevételek levonásával	202589	94		
Behajthatlan követelések leirása	1321	38	1656554	88
1895. évi nyeremény			827189	03
			7297254	30

	forint	kr.	forint	kr.
I. Tüzbiztositás.				
Az 1894. évről áthozott készpénz díjtartalék a viszontbiztositott rész levonásával és minden megterhelés nélkül	2000000	—		
405.633,145 frt 03 krnyi kötött biztositások után, valamint a folyó évben lejárt díjrészletekből befolyt díjak 5,480,520·26 levonva: törlesztett díjak 531,059·79 viszontbiztositási díjak 635,021·93 lejárt visszbiztositási díjrészletek 1.168,547·59	3145890	95		
Az 1894. évben függőben maradt károk tartaléka	115197	51	6261088	46
II. Szállitmány-biztositás.				
Az 1894. évről áthozott díjtartalék	20000	—		
35.367,436 frt 27 krnyi kötött biztositások utáni díjak 223,000·08 levonva: törlesztett díjak 11,191·96 viszontbiztositási díjak 126,459·18	85348	94		
Az 1894. évben függőben maradt károk tartaléka	15686	78	121035	72
III. Jégbiztositás.				
72.825,789 frt 24 krnyi kötött biztositások utáni díjak	1453578	30	1453578	30
IV. Egyéb bevételek.				
Beváltott szelvények után, valamint egyéb befolyt kamatok és árfolyamnyereség eladott értékpapirok és idegen pénznemek után	271275	74		
Társasági házak tiszta jövedelme	30276	08		
Erzsébettéri házak eladásából eredő nyereség	160000	—	461551	82
			7297254	30

VAGYON. Mérlegszámla 1895. deczember 31-én.

	forint	kr.	forint	kr.
Elhelyezett tőkepénzek takarékpénztáraknál és bankoknál			1741907	79
2.085,900·— Magy. földh.-int. 4%-os korona ért. zálogl. à 98·75 =	2.059,826 frt 25 kr.			
580,000·— M. kir. italm. jog kártalanit. 4½%-os kötvények à 100.— =	580,000 „ — „			
480,000·— Pesti m. k. b. 4½% zálogl. à 100·— =	480,000 „ — „			
320,000·— M. földh.-int. 4%-os talajjav. és szab. záloglevelek à 97·— =	310,400 „ — „			
225,000·— M. jelz.-hitelb. 4½% zálogl. à 99.50 =	223,875 „ — „			
195,000.— Egyes. budap. főv. takarékpzt. 4½%-os záloglevelek à 100·— =	195,000 „ — „			
11,924 db. M.-francz. bizt. r.-t. részv. à 100 =	1.192,400 „ — „			
1209 db. Bécsi bizt. társ. részvények à 240.— =	290,160 „ — „			
16,400·— Pesti Lloyd-társ. kötvények à 100.— =	16,400 „ — „			
A fenti ért.-pap. után az év végéig esedékes kam.	25,765 „ 15 „		5373826	40
Leszámitolt, visszleszámitolt és egyéb váltók			809216	34
A társaság házai			660000	—
Erzsébettéri házak jelzál.-kölcsön számla			510000	—
Különféle adósok:				
a) Pénzkészlet és maradványok a képviselőségeknél			852394	90
b) Maradványok idegen bizt. intézeteknél			300088	23
Jégbiztositási osztály folyó számlán			213658	23
Központi pénzkészlet			71208	61
A következő években lejáró díjváltók és díjkötelezvények összege 13.922,748 frt 76 kr.				
			10532300	50

	forint	kr.
Részvénytőke: teljesen befizetett 2000 egész részvény à 1000 frt	2.000,000.—	
Részvénytőke: teljesen befizetett 2000 fél részvény à 500 forint	1.000,000.—	3000000 —
Társasági tartaléktőke		3000000 —
Külön tartalék*		500000 —
Tüzbiztositási díjtartalék készpénzben a viszontbiztositott rész levonásával és minden megterhelés nélkül	2.000,000 frt — kr.	
Szállitmány biztositási díjtartalék készpénzben a viszontbiztositott rész levonásával és minden megterhelés nélkül	20,000 „ — „	2020000 —
Tüzbiztositási függő károk tartaléka		95019 —
Szállitmány biztositási függő károk tartaléka		23667 75
Különféle hitelezők		338312 69
Előbbi évekről eddig fel nem vett osztalékok		2908 —
Első magyar általános biztositó-társaság Lévay-alap		82871 01
Tisztviselők nyugdijalapja		524838 43
Életbiztositási osztály folyó számlán		117494 59
1895. évi nyeremény		827189 03
		10532300 50

* A külön tartalék az 1895. nyereményből **600.720** frt **80** krra emelkedett.

II. ÉLETBIZTOSITÁSI ÜZLET.

KIADÁSOK. Harmincznharmadik évi zárszámla 1895. január 1-től deczember 31-ig. **BEVÉTELEK.**

	forint	kr.	forint	kr.
Törlesztett kötvények díja	244584	43		
Visszaváltott kötvényekért	287498	11		
Halálesetek után kifizetett kárösszeg	1108930	03		
Lejárt kiházasitási tőkékért	896187	69		
Kiházasitási biztositásoknál haláleset következtében díjvisszatérités	61758	85		
Függőben levő károk tartaléka.	400588	50		
Évjáradékokért	96049	03		
Viszontbiztositási díjak	99882	37		
Bélyegekért	82894	50		
Irodai bér, postadijak, nyomtatványok, úti és egyéb költségek	190409	25		
Tiszti fizetések	82552	63		
Jövedelmi adóért	5319	30		
Orvosi dijakért	37395	88		
Szerzési és dijbehajtási költségek	375049	10		
Kisorsolt biztositások tartaléka	17000	—		
Behajthatlan tartozások leirása	14032	46	4000132	13
Dijtartalék ez év végén			27779598	49
1895. évi nyeremény			180018	97
			31959749	59

	forint	kr.	forint	kr.
A mult évből áthozott dijtartalék			25910035	66
Befolyt dijak: ez évben kiállitott kötvények után	494758	01		
az előbbi években kiállitott kötvények után	3947734	60		
a biztositott töke emelésére forditott nyereségek	18022	68	4487515	29
Mult évi függőben volt károk tartaléka			297759	33
Illetékek			92650	53
Kamatjövedelem			1171788	78
			31959749	59

VAGYON. Mérlegszámla 1895. deczember 31-én.

	forint	kr.
Értékpapirok 24.820,705 frt 46 kr. ugyanis:		
92.700 kor n. é. m. kir. 4%-os kor.-jár. 98 frt 25 krjával	45538	87
33,700 frtnyi m. kir. 4%-os aranyjáradék 121 frt 25 krjával	40861	25
6.699.500 frtnyi magyar földhitelintézeti 4%-os záloglevelek 98¼ frtjával	6582258	75
6.282,600 frtnyi m. földhitelint. 4% talajjavitási és szabályozási zálogl. 97 frtjával	6094122	—
1.418,000 kor. n. é. m. földh.-int. 4% záloglev. 98 frt 75 krjával	700137	50
251,000 frtnyi pesti m. keresk. bank 4½% zálogl. 100 frtjával	251000	—
68,000 frtnyi pesti m. keresked. bank 4½%-os községi kölcsönkötvényei 100 frtjával	68000	—
101,000 frtnyi kisbirtokosok orsz. földhitelintézete 4½% záloglevelei 100 frtjával	101000	—
5000 frtnyi kisbirtokosok orsz. földhitelintézete 5% zálogl. 100 frtjával	5000	—
97,000 frtnyi kisbirtokosok orsz. földhitelintézete 5½% zálogl. 100 frtjával	97000	—
144,000 frtnyi magy. orsz. közp. takarékpénztár 4½% zálogl. 100 frtjával	144000	—
100,000 frtnyi egyesült bpesti föv. takarépénztár 4½% zálogl. 100 frtjával	100000	—
30,000 frtnyi m. jelz.-hitb. 4% ny.-kölcs. kötv. 126 frtjával	37800	—
64,000 frtnyi m. jelzálog-hitelbank 4½% záloglev. 99½ frtjával	63680	—
2.495,000 frtnyi Bpest föv. 4½% kölcsönkötvények 100 frtjával	2495000	—
1.699,500 frtnyi m. kir. áll.-vasuti ezüstkölcsön 4½% kötvények 100 frtjával	1699500	—
98,600 frtnyi m. k. kel. v. államkölcs. 5% aranykötv. 121 frtjával	119306	—
199,900 frtnyi m. kir. 4% földtehermentesit. kötv. 96 frtjával	191904	—
4.719,600 frtnyi m. kir. italm. jogkártal. 4½% kötv. 100 frtjával	4719600	—
Beszterczeb.-brezovai és piski-vajdahunyadi vasuti els. kötv.	1033071	41
34,500 frtnyi egyesitett államadósság 4²¹/₁₀%-os papirjáradék (május—november lejár) 99 frt 60 krjával	34362	—
498,379 Lire 05 c. olasz 5%-os járadék és kamatai	197563	68
1895-ben esed. kamat. és elszám. pénzküldemények	271521	51
Jelzálog-kölcsönök	456660	53
Kötvény-kölcsönök	2881349	—
Viszontbizt. kötvény-kölcsönök	9363	89
A központ tartozása folyó számlán	117494	59
Vezér- és főügynökségek s mások tartozásai	663058	90
	29220427	88

	forint	kr.
Dijtartalék 28.391,646·05 levonva a viszontbiztositási dijtartalékot 612,047·56	27779598	49
Biztossági alap	212259	48
Kiházasitási tőkék nyereménye	519824	48
Függőben levő károk tartaléka	400588	50
Dijleszállitásokra vonatkozó nyeremények tartaléka	447	44
Előre fizetett dijak 1896—1897. évekre	1471	08
Fel nem vett nyeremények 1894. évről	97	45
Kisorsolt biztositások tartaléka	17000	—
Viszontbiztositó intézetek és mások követelései	109121	99
1895. évi nyeremény	180018	97
	29220427	88

Budapest, 1895. deczember hó 31-én.

Ágoston József, aligazgató, mint az életbiztositási osztály főnöke.

A z i g a z g a t ó s á g:

Báró Harkányi Frigyes. Jeney Lajos. Lévay Henrik. Ormody Vilmos. báró Schosberger Zsigmond. gróf Zichy Nándor.

Szende Károly, a központi könyvelés főnöke.

A fenti zárszámlákat és mérlegeket megvizsgálván, azokat a törvényben s az alapszabályokban meghatározott elvek szerint készülteknek és azok egyes tételeit a fő- és segédkönyvekkel teljesen megegyezőknek találtuk.

Budapest, 1896. márczius 19-én.

A f e l ü g y e l ő b i z o t t s á g:

Gróf Batthyány Géza. Giczey Samu. Jekelfalussy Lajos. László Zsigmond, Szitányi Izidor.

Kaczvinszky János, életbiztositási könyvvivő.

Negyvenedik évfolyam. 16. szám. *Budapest, 1896. április 19.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Tauffer Vilmos egyet. r. tanár vezetése alatt álló II. szülészeti és nőgyógyászati klinikáról.

Méhenkivüli terhességből származó csecsemőnél észlelt veleszületett cerebralis diplegia esete.

Grósz Gyula dr., gyermekorvostól.

A méhenkivüli terhességből származó élő gyermekek sorsáról vajmi keveset tudunk, a mi különben a dolog természetében rejlik, a mennyiben az ily gyermekek laparotomia útján a világra hozatván, többnyire a szülészek észlelése alá kerülnek, a kik pedig figyelmüket főleg ezen esetek statistikájára fordítják. Innen magyarázható az, hogy a szülészeti közleményekben a gyermekeken esetleg észlelt tüneményekről alig van szó.

Harris[1] 27 élő gyermek mellett végzett laparotomiáról tesz említést; 2 gyermek torz volt, a többi 25 közül 13 az első 50 óra alatt meghalt; sok a gyengén fejlett gyermek, gyakori a torz.

Olshausen[2] újabb 10 esetet gyüjt össze, melyekben élő magzat mellett hasmetszést végeztek; a gyermekekről alig hallunk valamit, legfeljebb csak a koponyán észlelt difformitásokról szól. *Tóth István*[3] nemrég megjelent közleményében azonkivül még 16 esetet említ, a melyeket az irodalomból összegyüjtött. Ezen 16 eset közül 10 élő gyermek hozatott a világra, 3 gyermek meghalt és 3 gyermek sorsáról nem tudunk semmit.

A mi a méhenkivüli terhességből származó gyermekek egészségét és fejlettségét illeti, úgy *Rein*[4] azon általánosan elterjedt nézetet, a mely szerint az ilyen gyermekek többnyire betegesek, rosszul fejlettek és eltorzultak, nem oszthatja. *Rein* egyik esetében a jól fejlett 3200 gm. súlyú gyermek koponyáján csekély asymmetria volt észlelhető, a mely az egyik os ileum nyomása folytán jött létre.

Tekintettel azon gyér közlésekre, a melyek a méhenkivüli terhességből származó gyermekekre vonatkoznak, mindenesetre érdekkel fog birni az általunk észlelt eset leirása, annyival is inkább, mert a szóban forgó csecsemőnél veleszületett cerebralis diplegiát észleltünk úgyszólván a világra hozatala első perczétől kezdve néhány hónapon át haláláig és az életben észlelt tünemények a szövettani vizsgálat által nyertek teljes beigazolást.

Az általunk észlelt gyermek azon anyától származik, a kiről *Reissmann* dr. czikke[5] már kimerítően megemlékezett, úgy hogy ezúttal kizárólag csak a gyermeken észlelt tünemények leirásával és azok értelmezésével foglalkozunk.

Az extrauterin terhességből származó gyermek 1895. szeptember 19-dikén laparotomia útján hozatott a világra.

A status praesens szeptember 20-dikán a következő volt:

A leánygyermek súlya 2660 gm., hossza 45 cm., a fej kerülete 34·5 cm. A koponya általában véve hosszúkás (dolichokephal) alakú; baloldalt erős ívalakú compressiót mutat, a mely compressio a homlokcsont hátsó, részben a falcsont mellső és a halántékcsont pikkelyes részére vonatkozik. A baloldali falcsontdudor hátrafelé nagyobb fokú kidomborodást mutat. A koponyának ezen ívalakú compressiója onnan ered, hogy a magzat koponyája baloldalt az anya hasüregében az uterus hátsó falának domborulatához feküdt és a koponya a petezsák által ezen helyzetben rögzítve tartatott.

A homlok keskeny, a jobboldali homlokdudor erősebben van kifejezve, mint a baloldali; a homlokdudorok egymástól való távolsága 4 cm. A frontooccipitalis átmérő 13 cm.; a fej haránt átmérője a compressio helyén 7·5 cm., a parietalis dudorok helyén 8 cm. A nagy kutacs úgy hossz-, mint haránt átmérője 3 cm.-nyi; a homlok- és korona-varrat nyitott, 2—3 mm.-nyi átmérőjű; a kis kutacs, a nyil- és a lambda-varrat záródott.

A jobb szemrés valamivel tágabb, mint a baloldali; a láták középtágak, egyenlők, fényre jól reagálnak; pislogás mindkét szemen jól megy végbe, a szemizmok részéről — a mennyire azt a vizsgálat kideriti — eltérés nem észlelhető. A sulcus naso-labialis mindkét oldalt jól kifejezett; a jobb szájzug lejebb áll, mint a baloldali, sírásnál a száj és az arcz némileg balfelé való deviatiót mutat. A kemény szájpad keskeny és magasan ivelt boltozatot mutat.

A gyermek fejét állandóan a jobb válla felé csavarva tartja, a baloldali stanocleidomastoideus kötegszerűleg erősen kidomborodik, míg a jobboldali alig tapintható; a helyett azonban a jobboldali cucullaris erősebben összehúzódott állapotban van. Ha a fejet ezen helyzetből balfelé csavarjuk és elereszt jük, ismét az eredeti helyzetbe visszaugrik.

A jobb felső végtag a könyökizületben be van hajlítva majdnem derékszög alatt, az alkart a felkartól ezen helyzetből csak kevéssé mozdíthatjuk el, az izmok hypertoniában vannak. Az alkar pronatióban tartatik, a kéz a kéztőizületben be- és kissé az ulnaris oldal felé van hajlítva; az ujjak a metacarpophalangeal-izületben behajlítva tartatnak és a hüvelykujjat fedik. A jobb felső végtag csak csekély fokú motilitást tüntet fel.

A bal felső végtagot a gyermek jól mozgatja.

Az alsó végtagok állandóan keresztbe vannak téve egymáson, úgy hogy a bal alsó végtag a jobbat fedi. A bal alsó végtag motilitása zavartalan; a gyermek sírásnál a bal alsó végtagjával rugdalódzik, behajlítja és ismét kinyujtja, ellenben a jobb alsó végtag majdnem mozdulatlan, állandóan a térdizületben kissé behajlítva és befelé rotálva tartatik, ezen helyzetből az alsó végtagot kiegyenesíteni nem lehet az izmok nagy fokú hypertoniája miatt. Az izmok hypertoniája vonatkozik az adductorokra és a flexorokra, a mely utóbbiaknak spasmusa következtében a jobb lábon kifejezett „equino-varus“ állás van jelen.

A patellar-inreflexek — a mennyire megitélhető — fokozódást nem mutatnak.

A gyermeknél egyéb szervi elváltozások ki nem mutathatók. A gyermek közérzete kielégítő, láztalan. Az anya súlyos állapotára való tekintettel a gyermek sterilizált tejjel táplálta tik, a táplálékot jól veszi.

A csecsemőt a klinikán körülbelül még két hónapon át észleltük, a mely idő alatt a fejlődése csak nagyon lassan haladt előre, súlyban alig ½ kilót gyarapodott.

Az idegrendszerbeli tünetek főbb vonásokban a következő változásokat mutatták:

Az észlelésnek körülbelül 8—10-dik napján a jobb kézben athetosisszerű mozgásokat vettünk észre, a mely mozgások azonban csak időnkint léptek fel és csak néhány másodperczig tartottak. Ezen athetosisszerű mozgások az ujjaknak azon ismeretes lassú, rhythmikus, egymásután való mozgásában állottak, az ujjak majd flectálva, majd extendálva tartattak. A mellett a felső végtag mozgási képessége mindjobban helyreállott és ezzel párhuzamban az athetosisa az ujjaknak mind kifejezettebbé vált. Az athetosisszerű mozgások legerősebben léptek fel akkor, a mikor a gyermek kezét a szájához közelítette.

A facialis-paresis az egész idő alatt változatlanul fennállott.

A jobb alsó végtag contracturája és mozgási képessége csak annyiban mutatott változást, hogy az izmok hypertoniája kissé engedett; a lábujjakon, a melyek azelőtt erős plantar-flexiót mutattak, időnkint némi mozgást vettünk észre. A lábnak „equino-varus“-állása azonban állandóan megmaradt.

[1] The mortality of primary laparot. in cases of extra-uterine pregnancy. Med. News 21.

[2] Deutsche med. Wochenschrift, 1890.

[3] Orvosi Hetilap, 1895.

[4] Centralbl. f. Gynaek. 1890. Nr. 50.

[5] Orvosi Hetilap, 1896. 15. sz.

A mig az észlelés második hónapjában a jobb felső végtag mozgási képessége mind jobban helyreállott, addig a bal felső végtagé mind inkább csökkent és lassan kifejlődött a felkar izmainak hypertoniája, a melynek következtében az alkar hajlított helyzetben tartatott. Egyszersmind a bal kéz ujjainak athetosisszerű mozgásai is léptek fel időnkint.

Ily tünetekkel vétetett fel a gyermek a „Stefánia"-gyermekkórházban 1895. november 25-dikén.[1] A gyermek súlya a felvételkor 3100 gm. volt és a kórházban való tartózkodásának első idejében a gyermek fejlődése eléggé jól haladt a Gärtner-féle kövér tej mellett, úgy hogy deczember 12-dikén súlya 3400 gm. volt.

A kórházi tartózkodás ideje alatt a már észlelt tüneteken kivül még a következők említendők:

Úgy a patellar-, mint az achilles-inreflexek kissé fokozódottak. A bőrérzékenység, a mennyire az a gyermek korához képest általában véve megitélhető, eltérést nem mutat; a tűszúrásokat mindenütt jól érzi.

A csecsemő állapota deczember 14-dikétől kezdve rosszabbodott, bélhurut fejlődött, a melynek következtében lassan az atrophia tünetei léptek fel. Ez alatt az izmok hypertoniája mind jobban kifejlődött: így *a bal alsó* végtagon is, még pedig a czombon az adductorok, az alszáron pedig az extensorok hypertoniája, a mely utóbbi azt eredményezte, hogy a láb calcaneus-állásba jutott. Az atrophia előrehaladtával az izmok contracturája mind kifejezettebbé vált és az összes végtagokon észleltetett; az erősen összehúzódott izmok kötegszerűleg emelkedtek ki: így különösen a felkarokon a bicepsek, a czombokon az adductorok, a jobb alszáron a flexorok, a bal alszáron az extensorok. Az izmok hypertoniája oly nagy fokúvá vált, hogy a végtagokat kiegyenesíteni, valamint a czombokat egymástól távolítani nem lehetett. A jobb facialis paresise és a fej ferdetartása mindvégig észleltetett.

Az atrophia folytonos előrehaladása mellett a gyermek táplálkozása mindinkább rosszabbodott, úgy, hogy a gyermek 1896. január 9-dikén kimerülés következtében meghalt.

A január 10-dikén megejtett boncolat, a melyet *Preisz* tanár úr végzett, a következőket derítette fel:

A koponyaboltozat nyilirányban erősen meghosszabbodott, különösen a baloldali homlokcsont és halántékpikkelynek megfelelőleg erősen lelapított. A bal fali dudor erősebben kidomborodik, míg a jobb fali és nyakszirttáj lelapult. A mellső kutacs mintegy krajczárnyi. A koponyaboltozat legnagyobb átmérője (jobb homlokcsonttól a bal nyakszirtcsontig) 13 cm., harántátmérő 9 cm.

A kemény agykér jobb oldalt sima, ezüst színű, baloldalt úgy a domborúságon, mint az agyalapon, finom edénydús álhártyákkal fedett, mely utóbbiak lencsényi egészen félkrajczárnyi sötétvörös vérömlenyeket tartalmaznak. A lágyagyburkok vérdúsak, az agy középvértartalmú, mérsékelten tömött. A baloldali félteke fali és hátsó homloklebenyi részlete erősen lelapított, tekervényei az ellenoldaliak hasonló tekervényeinél jelentékenyen keskenyebbek, laposabbak; a bal látóideg az ellenoldalinál valamivel vékonyabb, tömöttebb, a metszlapon szürkés-vörös, kissé áttetsző.

A gerinczagy nyaki részének metszlapján a baloldali oldalsó kötegek hátulsó külső részlete, valamint a mindkét oldali hátulsó kötegek egy részlete szürkésnek, áttetszőnek látszik; a háti rész metszlapja szabad szemmel látható eltérést nem mutat.

Diagnosis: Plagiocephalia cum compressione hemisphaerii sinistri cerebri, atrophia nervi optici sinistri, degeneratione descendente medullae spinalis ex compressione capitis propter graviditatem extrauterinalem. Pachymeningitis interna chronica haemorrhagica sinistra.

(Folytatása következik.)

Gégescleroma egy esete.

Közli: *Moskovitz Ignácz* dr.

A sok subacut és chronikus gégehurut, valamint a gyakran előforduló gégegümő esetek között, miket a szakorvosnak rövidebb-hosszabb idő folyamán megfigyelni alkalma van, önkénytelenül is megragadja annak érdeklődését a rendestől eltérő gégekép, melynek leírás által való megismertetése már azért is czélszerű, mert a ritkább gégelelet amúgy is felkelti a szakorvos érdeklődését, másrészről pedig, hogy az esetleg megindúló eszmecsere a tárgy megvilágosításához járul többékevésbbé, a mi a ritkább eseteknél majd mindig kivánatos.

Az általam megfigyelt és leírni szándékolt kóresetet tekintve, nem a kórkép az, mire nézve az észlelők véleménye elágazó, mert a leírt hasonló esetek klinikai megfigyelése és a gégetükri lelet összhangzó mindegyiknél, csak a kórt előidéző *ok* az, mire nézve a különféle észlelők véleménye nem egészen egyező.

Azt hiszem leghelyesebben járok el, ha az eset ismertetését bocsátom előre és azután fűzök ahhoz némi megjegyzést.

[1] A további adatokat *Bókai János* tanár úr szivességének köszönhetem, a melyért e helyen is hálás köszönetemet fejezem ki.

A 14 éves fiúbeteg, kinek szülei élnek és egészségesek, épen így testvérei, foglalkozásra nézve nyomdász; elég jól táplált, egészséges külsővel bir, soha előbb beteg nem volt; előadja, hogy állitólag két hó előtt nyelési fájdalmakkal megbetegedett, ezen betegsége idején pár napig lázai voltak és száraz köhögés jelentkezett; náthás soha nem volt; a nyelési fájdalmasság rövid pár nap mulva megszünt, hogy helyet adjon a rekedtségnek, mely rekedtség folyton intensivebb mérveket ölt és ezen körülmény folytán határozta el magát szakorvosnál segélyt keresni. A jelen alkalommal a beteg semmi legcsekélyebb fájdalmasságról a torokban nem panaszkodik, hangja tökéletesen rekedt, s hangos szót csak nagy megerőltetéssel tud hallatni. Miként feutebb már megjegyeztem, a fiú korához képest jól kifejlett, jól táplált, egészséges kinézést mutat.

Az orr vizsgálata ép nyákhártyát tüntet fel, az alsó kagylók csekély hypertrophiájával, váladékot nem mutat; a rhinoskopia posterior a garatűri nyákhártya csekély hypertrophiáját eredményezi, rajta csekély beszáradt váladékkal. A torok nyákhártyája kissé belövelt, a lágy szájpad igen jól emelkedik phonatiónál, szintén normalis nyákhártyával fedett.

A gége vizsgálata a következőket tünteti fel:

Az epiglottis kissé belövelt; a *jobb* hangszálag hurutos állapotban, kissé fellazult, egyenletes felületű; úgy a phonatiónál, mint a respiratiónál normalis mozgásokat végez, a jobboldali kannaporcz normalis.

A *bal* hangszálag erősen belövelt, egyenetlen szélű és felületű, az alatta lévő mucosa és submucosa megvastagodva erősen beszűrődött, mely infiltratumon beszáradt váladék látható; a bal hangszálag teljesen rögzített, úgy phonatio mint respiratiónál visszamarad, a kannaporcz kis-é duzzadt. A beteg kilégzése igen penetrans, az ozaenára emlékeztető bűzt terjeszt; itt megjegyzem, hogy az orrban semmi legcsekélyebb szagot felfedezni nem tudtam. A beteg ritkán száraz, ugatószerű köhögést hallatt és váladék csak olykor, különösen reggelenként jelentkezik. A tüdők semmi rendellenességet nem mutatnak. Tekintve a gégeleletet, egy kóralakkal állunk szemben, melyet közönségesen a subchorditis hypertrophica, vagy laryngitis subglottica, vagy chorditis vocalis inferior hyperplastica néven ismerünk.

A legelső kérdés, mely elénk tárul, a kór okra vonatkozik, t. i. mi az, mi ezen hyperplastikus folyamatot a gégében előidézte, vajjon egyoldalú perichondritis, scleroma, vagy a Störk által leírt chronikus blenorrhoea egyik stadiuma, vagy talán egy chronikussá vált hurut az, mely ezen megvastagodáshoz a gégében vezetett?

Igen természetesnek találom, ha egy kórképpel állunk szemben, hogy azt minden oldalról megvilágitsuk; kell pedig ezt tennünk még inkább akkor, ha, mint ez esetben, az aetiologia kissé homályos.

Ha a fent elősorolt aetiologikus okokat egyenként veszszük sorra, a feltevés a bántalom lényegére nézve a következőkép idomul:

Ha felveszszük, hogy ezen megvastagodás a gyűrűporcznak egy egyoldalú lobja lehetne, az vagy syphilitikus vagy tuberculotikus eredetűnek volna tekintendő; minek eldöntésére igen fontos a köpet, tüdők vizsgálata, valamint a nyomozás oly jelek után, melyek vagy acquirált vagy öröklött syphilisre vonatkozhatnak.

Hogy vajjon egy chronikussá vált gégehurut ilyen megvastagodásokat a gégében előidézhet-e, egész bizonyosan eldönteni nem lehet; mindenesetre kétséges, vajjon egy genuin hurut egyedül szolgáltathat-e erre okot. Két év előtt egy hasonló eset ismertetése alkalmával, mert a megejtett bakteriologiai vizsgálat egész negativ eredményt szolgáltatott, azon véleményt koczkáztattam, vajjon nem létesülhetett-e ezen porczhártyalob egy chronikus hurutos folyamat behatása alatt, az egyén különös dispositiójának és külső körülményeknek befolyása mellett? Ezt azért vetettem fel, mivel a daganatból kivett részlet górcsői vizsgálata egy genuin porczhártyalob termékének tüntette fel a kiirtott részt. Egész más véleményt alkottam volna magamnak az esetet illetőleg, ha a bakteriologikus vizsgálat a jellegzetes bakterium fajt mutatta volna ki; mert nem lehet tagadni azt, hogy chronikus és recidiváló hurut következtében nyákhártya megvastagodások előfordulhatnak, csakhogy nem ilyen kemény, porczszerű beszüremkedés alakjában és ha tényleg közönséges hurut folytán előfordulna, gyakrabban kellene azt megfigyelnünk, a mi pedig nem áll. A bacteriologiai kutatások eredménye gyanánt fel kell tennünk tehát, hogy recidiváló hurutok ilyen elváltozást a gégében elő nem idézhetnek. Hogy mily viszonyban áll a leírt gégekép a scleromához és Störk-féle blenorrhoeához, igen érdekes ismerni a különféle szakorvosok véleményét a két bántalomra vonatkozólag.

Störk szerint a chronikus blenorrhoea kifejlődése a felső légutakban, nevezetesen azon gégebeli elváltozások, melyeket a chronikus blenorrhoeával szoros oki összefüggésbe hozunk, minden körülmények között az orr megbetegedését teszik szükségessé, úgyannyira, hogy ha az orr nyákhártyája egészséges, a priori ki van zárva a gége chronikus blenorrhoeája; szerinte az orr nyákhártyája ezen különös megbetegedése a fő aetiologikus momentumot képezi a gége és légcső megbetegedéseinél; ő állitólag a rhinoscleromára emlékeztető elváltozásokat, az általa leirt chronikus blenorrhoea eseteknél, sohasem észlelte, azonban minden esetben az orr megbetegedését, melynek váladéka szerinte a gége és légcső elváltozásához vezet, mely kóros állapotot ő a scleroma laryngis vagy trachealis jelzővel illeti.

Störk olykép véli ezen másodlagos bajok létrejöttét kimagyarázni, hogy az orrváladék azon helyeken a gége és légcsőben, hol hosszabban időz, eszközli ugyanott az elváltozásokat is, hozzájárulván még az egyének úgynevezett individualis dispositiója, faji és más életviszonyok, klimatikus befolyások stb.; a kiket Störk e bántalommal megfigyelt, mind a legalsóbb néposztályhoz tartoztak, kik a tisztaság fogalmával nagyon keveset törődtek.

Schrötter a chronikus blenorrhoeát azon esetekben, a hol a mucosa és submucosa hegesedését láthatni, a rhinoscleromához hasonló folyamatnak tekinti.

Ganghoffner, Chiari és *Riehl* a chronikus blenorrhoeát identikusnak tartják a scleromával, *Wolkowits* egyenesen úgy nyilatkozik, hogy a Störk-féle blenorrhoea nem egyéb egy gége sclerománál; *Paltauf* pedig a chorditis vocalis inf. hyperplasticát a rhinoscleromával identikus megbetegedésnek tartja.

Vannak sokan, mint például Semon, Matlakowsky, a kik Störkkel egy nézetet vallanak a légutak chronikus blenorrhoeáját illetőleg, tekintvén azt egy önálló megbetegedésnek, mások szerint csak modificatióját, fokát és bizonyos stadiumát jelzi a chron. blenorrhoea a felső légutak egy más megbetegedésének; *Gottstein* laryngitis submucosa chronica névvel illeti azt, *Ganghoffner, Catti* a gége idült hyperplasiáit aetiologikus kapcsolatba hozzák a chronikus blenorrhoeával; *Bresgen* a chron. blenorrhoeát az orr-, gége vagy légcső hosszabb ideig tartó gyuladásának tekinti, mely gyuladásnak az csak bizonyos stadiumát és alakját jelképezi.

Ha tekintjük a különféle szerzőknek annyira szétágazó véleményét e bántalomra vonatkozólag, nem lehet csodálkozni a felett, ha egy ugyanazon kóralak a legkülönfélébb elnevezéssel illettetik; de az bizonyos, hogy a scleroma és Störk-féle blenorrhoea között nehéz a differential diagnosis, mert hegesedések, hypertrophikus folyamatok, összenövések épen úgy előfordulhatnak a sclerománál, mint a chronikus blenorrhoeánál; különbséget csak a genyedés képez, mely a chron. blenorrhoeát jelképezi, míg a sclerománál vagy egyáltalán elő nem fordul, vagy csak igen kis mértékben.

A legfontosabbnak tartom e téren Paltaufnak kisérleteit, a ki 1886-ban Eiselsberggel eszközölt igen beható kutatásokat a rhinoscleroma aetiologiájáról sok eset kapcsán; és felemlít egy esetet, a hol a scleroma primaer a gégében fejlődött, még pedig Schrötter kórodáján 1884-ben lett kezelve egy fiatal egyén, a ki chorditis subvocalis hypertrophica következtében gégeszűkületben szenvedett, orr és garat akkoriban egészen normalis állapotban volt, azonban 1887-ben már az orrban is lehetett a scleromát constatálni.

Feltünő a hasonlatosság ez eset és az általam most leirt kóralak között, hol az orr és garat egészen ment a megbetegedéstől és a folyamat primaer a gégében fejlődött, sőt a kor tekintetében is hasonlit a két eset egymáshoz, a mennyiben feltünő a fiatalkor, melyben a bántalom constatálva lett. *Paltauf vizsgálatai után azon következtetéshez jut, miszerint a scleroma a gégében primaer a leggyakrabban a chorditis subvocalis hypertrophica alakjában lép fel és pedig symmetrikusan;* a hangszalagok is képezhetik a primaer scleroma kifejlődési helyét, mely esetben azok megvastagodnak és megrövidülnek; ritkábban vonja maga köré a folyamat az epiglottist és az ary-epiglottikus redőket.

Esetemben állitólag csak két hó óta áll fenn a folyamat, valószinűbb, hogy a beteg figyelme csak akkor lett felhiva gégéjére, a midőn már hangját teljesen elveszitette; sokkal inkább hihető, hogy a rekedtség már hosszabb idő folyamán áll fenn, de a beteg ezt figyelembe sem vette; tekintve az erős megvastagodást a gégében, okvetlen feltehető, hogy a folyamat, tekintettel annak csak egy oldalon való kifejlődésére, 3 vagy 4 havi tartamú. Igen érdekesnek igérkezik a kóreset további megfigyelése azon okból, mily viselkedést tanusit a scleroma további kifejlődését illetőleg, ugyanis mikor lép fel a scleroma a gége jobb oldalán és vajjon az orr és garatban fel fog-e lépni, ha igen, mily idő után?

Majd minden szerző megegyezik abban, hogy a scleroma létrejöttét egy specifikus agensnek köszöni, még pedig a Fritsch által 1882-ben felfedezett rhinoscleroma bacillusok tekintendők a scleroma ható anyagának, a mennyiben ezen bacillusok a scleroma szövetében minden alkalommal kimutathatók voltak és azok pathogenetikus tulajdonságát minden szerző elismerte. A bacillus hasonló a Friedländer-féle pneumonia bacillushoz, pálczikaszerű és tokkal ellátott.

Az 1891-dik évben egy 52 éves nőbeteg kóresetét ismertettem, mely talán egyedüli a megfigyelt scleroma esetek között, melyre méltán rá illett a *scleroma respiratorium* elnevezés, a mennyiben kezdve az orron a scleroma kifejlődött a szájűrben, a garaton, a gége és a légcsőben; Budai dr. kartárs végezte a bacteriologikus vizsgálatokat és azok eredménye gyanánt a Friedländer-féle pneumococcusra nézve is jellemző úgynevezett szögkulturát nyert és ezen kulturából készült góresői készitmény ovalis mikrococcusoknak vagy a mi ezzel egyre megy, rövid legömbölyitett végű bacillusoknak tiszta tenyészetét mutatta, az egyes bacteriumok jól kivehető tokkal birtak; ezen bacteriumok a szövetben is kimutathatók voltak, nevezetesen elég nagy számmal fordultak elő ezek mint részint tok nélküli, részint tokkal ellátott diplococcusok a sarjadzásos szövetben, jóval kisebb számban magukban a sejtekben, itt-ott még a véredényekben is.

Jelen esetben a bacteriologikus vizsgálat tárgyát csupán az orr és garatűri váladék, valamint a köhögés kiséretében kiválasztott köpet képezte. Kelen Béla dr. kórboncztani tanársegéd úr volt szives a köpet vizsgálatát két izben is eszközölni, az azonban mindkét esetben negative végződött annyiban, hogy a scleromára jellegzetes bacillust feltalálni nem volt képes; a köpet nagy mennyiségben tartalmazott rothadási bacteriumokat, nevezetesen strepto- és staphylococcusokat.

Daczára ezen negativ leletnek, a kórisme helyességét az meg nem dönti, a mennyiben kizártnak tekintendő a lues és a köpetvizsgálat eredményekép a gümőkór, mit különben a tüdők normalis állapota is bizonyit, tehát a két kórfolyamat, mely esetleg a gyűrűporcz egyoldali lobját előidézhette volna; hátramarad tehát a scleroma, mint a mely folyamat a hangszálag alatti kötszöveti megvastagodást egyedül előidézni képes.

Beigazolja esetem Paltaufnak azon feltevését, hogy a scleroma primaer a gégében, még pedig a subchorditis hyperplastica alakjában léphet fel, ellene szól pedig a Störk által felállitott azon tételnek, hogy gégescleroma csak is az orr primaer megbetegedése esetén constatálható.

Mindent egybevetve nem nehéz elfogadni azok nézetét, kik a Störk-féle blennorrhoeát mint egy önálló betegséget tagadják, hanem tekintik azt úgy, mint egy alakját illetőleg stadiumát egy megbetegedésnek, melyet annak jellegénél fogva a scleroma elnevezéssel illettek.

A caisson-munkások megbetegedéseiről.

Közlik: *Friedrich Vilmos* dr., a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár főorvosa és *Tauszk Ferencz* dr., I. belklinikai tanársegéd.

(Vége.)

III. Epstein Ignácz, 30 éves, izraelita, caisson-munkás, született Zentán, lakik Újpesten; beteg lett 1895. november 22-dikén, felvétetett 1895. november 30-dikán, távozott 1895. deczember 18-dikán.

Kórelőzmény. Szülei korán, előtte ismeretlen bajban haltak el, két testvére él és egészséges. Gyermekkorában himlőt állott ki, azóta jelen bajáig mindig egészséges volt. Ezen megbetegedését az utolsó caissonban való működésével véli összefüggésben lenni. *T. i. onnan való kijövetkor csakhamar nyilaló-szaggató fájdalmak léptek fel mellkasának mindkét oldalán, úgyszintén hátában és végtagjaiban is; ezzel együtt járt nagyfokú gyengeség, elesettség és étvágytalanság.* Ezen állapota azonban nem engedett egyhamar és bajától megszabadulandó, négy nappal később vétette fel magát a kórodára. Megjegyzendő, hogy a caissonban circa 23 m.-nyire dolgoztak a víz szine alatt, s hogy a beteg előbb pék volt és csak két hónapja munkálkodik caissonban.

Jelen állapot. A középtermetű, mérsékelten fejlett és táplált férfibeteg csontrendszere ép, alaki eltérést nem mutat. Bőralatti kötőszövet zsírtartalma kissé megfogyott. Izomzat kis térfogatú, kissé petyhüdt.

Bőr színe rendes, úgyszintén a látható nyák- és kötőhártyáké. Az arcz mindkét oldalán, a járomcsont mentén kitágult hajszáledények észlelhetők. Az ajkak gyengén cyanotikusak. Pupillák középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Nyelv kissé bevont; garat mérsékelten belövelt, nyelés szabad, étvágy csekély, székletét rendes Nyak középhosszú, részarányos. Mellkas elég jól alkotott, részarányos, légzésnél mindkét fél egyenlő kitéréseket végez. Légzés hasi és mellkasi jellegű, nyugodt, száma perczenként 16.

Szívcsúcslökés az V. és VI. bal borda közt a bimbóvonalhoz közel igen gyengén tapintható.

Ütérlökés középhullámú, mérsékelten telt és feszes, száma perczenként *44*.

Kopogtatás. A kulcsfeletti és alatti árkokban mindkét oldalt teljes éles, nem dobos a kopogtatási hang, mely mint ilyen leterjed jobb oldalt a parasternalvonalban a VII. borda felső, a bimbóvonalban a VII. borda alsó, a mellső hónaljvonalban a VIII. borda felső széléig; az itt kezdődő májtompulat a bordaívet egy ujjnyival meghaladja. Bal oldalt a szívtompulat a parasternalis vonalban a IV. borda alsó szélén kezdődik, mely leterjed a VI. bordáig; kifelé a bimbóvonalat nem éri el, befelé mint absolut a bal szegyszélig, mint relativ a jobb szegyszélen körülbelül 1·5 cm.-rel túlterjed. Hátul a kopogtatási hang teljes éles és nem dobos és leterjed egész a XI. bordáig. Vitalcapacitás 3600 kcm. Léptompulat rendes. Has felett váltakozva dobos a kopogtatási hang.

Hallgatódzás: Tüdők felett érdes-sejtes légzés hallható. Szív és nagy edények hangjai tiszták, az utóbbiaké kellőképen ékeltek.

Vizeletvizsgálat: A vizelet n. m. 1400 kcm, fajsúly 1017, borsárga színű, átlátszó, kevés üledékkel, vegyhatása savi, idegen alkatrészeket nem tartalmaz.

Vérvizsgálat: vérsejtszámlálás eredménye:

vörös vérsejtek 5.347,000 | 80 : 1 arány
fehér vérsejtek 66,000 |

Idegrendszeri vizsgálat: A n. facialis terén eltérés nincsen, szemmozgás rendes, nyelv kinyujtáskor középállást foglal el, kissé remeg. A mozgási körben nincs semmi rendellenesség.

Patellaris reflex kissé fokozódott, lábclonus nem váltható ki.

Érzési körben eltérés annyiban van, hogy helyenkint, különösen a mellkas két oldalán, továbbá a manubrium sterni felett és a gerinczoszlop mentén, a végtagokon némely helyein hyperaesthesiás helyek vannak.

Fülvizsgálat (Tomka S. dr.): Jobboldalt kissé homályos ép dobhártya, bal oldalt otitis externa és a dobhártya perforatiója; hallás mindkét oldalt normalis.

A beteg panaszát felvételkor elesettsége, fájdalmai képezik.

Ezekkel röviden beszámoltunk ama eredményekről, melyeket saját tapasztalatainkból meritettünk.

És ha mindezek után a physiologia nyujtotta azon észleleteket, melyeket nagyobb légnyomás esetén tapasztalnak, szembeállitjuk ama eredményekkel, melyek fokozott légnyomás mellett a caissonban tartózkodóknál s a caissonban hosszú időn át dolgozóknál mutatkoznak, úgy egész határozottsággal kinyilatkoztathatjuk, hogy az eredmények mások, hogy számos oly tünet, sőt egész tünetcsoportok vannak a caissonismus kórképében, melyek nem azonosok ama hatással, melyet a nagy atmosphaerikus nyomás a szervezetre, állatoknál s embereknél gyakorol.

A caissonismusnak nevezett kórkép *előidéző oka* tehát valószinűleg *nem egyszerű*, hanem *abban többféle a szervezetre káros befolyással biró tényező szerepel.* Ezen okok közt *első* helyen említést érdemel a *fokozott légnyomás*, melynek nevezetes osztályrész jut a tünetcsoport kiváltásában. De ép oly fontosnak és ép oly kártékony befolyásúnak kell tekintenünk a *levegőnek szenyezettségét szénsavval.* A munkások által kilégzett szénsav, melynek eltávolításáról caissonunknál gondoskodás nem történt, a caissonban felhalmozódva a szervezetre ismert kártékony hatását előidézte. A szellőzésre vonatkozólag *Rózsahegyi* és *Schmoll* nézetei nem fedezik egymást teljesen. Előbbi a hiányos szellőzésnek s annak, hogy a levegő vízgőzzel telitett, nagy jelentőséget tulajdonit. A szervezetbeni szénsav csak akkor távozhatik, ha a szénsav feszülése a vérben nagyobb mint a környező levegőben, úgy hogy fokozott szénsav kilehelésnél az elzárt helyen nemcsak szénsav retentio áll be, de végtére is szénsav felvétel létesül, oly időben, midőn még az életre elégséges oxygen foglaltatik. A mi eseteinkben tehát a szénsav intoxiatióra a kellő mód s feltétel meg van adva. „Minél nagyobb a CO_2 százaléka“ mint ezt *Bókai A.* mérgezésekről szóló könyvében mondja „a belégzett levegőben, annál nagyobb a légútak s tüdőkben a CO_2 partialis nyomása, s ezért annál kevesebb CO_2 léphet át a venosus vérből a tüdő alveolusokba; ebből következik, hogy nemcsak CO_2 fog a vérbe felvétetni, a tüdőkön át, ha ugyan a belégzett levegő CO_2 tartama nagyobb mint a véré, hanem a szervezetben elégési produktumként képződött CO_2 kiürülése a vérből is gátolva van.“

Ezen a vérben ilykép felhalmozódott szénsav (Hirt) a légző központra hüdítőleg hat, előidézve a légvételek számának csökkenését; a vagus izgalma folytán beáll az ütérlökések lassúbbodása, míg a nyult agyi vasomotrikus centrumra gyakorolt hatásnak tulajdonitható a vérnyomás nagyobbodása.

Hogy a caissonban mennyire szokott a szénsav mennyisége szaporodni, az még eddig tudtunkkal meghatározva nincs, ez még a jövő vizsgálatokra vár. De bármilyen is legyen annak mennyisége, tény, hogy veszélyes voltánál s nagyobb fokú mérgező hatásánál fogva ép oly veszedelmes s kártékony befolyású, mint az ily caissonban található egyéb respirabilis és irrespirabilis gázok, melyek mint kártékony tényezői a caissonismusnak figyelmen kivül nem hagyhatók. E gázok közül a *szénélegen* s *vízgázon* kivül a *kénhydrogen* (H_2 S) az ú. n. kloaka gáz az, mely még aránylag kis mennyiségben is belégezve néha fulminans tüneteket okoz. Pedig ezen gáz a caissonnak eléggé hiányos berendezése folytán (mivel a munkások szükségleteiket len végzik, nem akarván megzavarni munkájukat s nagy és terhes utat megtenni) ott állandóan fejlődik a faekaliák s a vizelet rothadásakor.

Mivel a sűritett levegő a talajon keresztül távozik a vízbe, könnyen belátható, hogy a caissonban összegyült gázok, annál inkább halmozódnak fel a munkakamrában, minél nehezebben távolodhatik az onnan.

A talaj impermeabilitása ilyen ok lévén, természetes, hogy a talaj minőségétől is függ a levegőnek többé-kevésbbé szenyezett volta s igy ezzel kapcsolatosan a megbetegedések súlyossága s esetleg azok hirtelenül fellépő nagy száma.

A nyirkos talaj, melyben a caisson munkáskamrájában a munkások dolgoznak, a *nedvesség* s hosszabb időn át a *világossághiány* elősegitik még inkább az előbb emlitett káros tényezők hatásának kifejlődését. Hisz maga a fokozott nedvesség, világosság hiány okozzák a szénsavval egyetemben a bányászok betegségét és határozottan befolyásolják a vérképződést, vérszegénységet idézve elő.

És ha mindezek után ama súlyos s hosszas munkától eltekintenénk, melyet a caissonban dolgozók többnyire szilárd talaj kiásásával s a kiásott anyag eltakarításával végeznek, nem lehet közömbös az amúgy is kimerült szervezetre ama nagy munka, midőn a hosszú ideig tartó, bevégzett munka után a meredek lépcsőkön kénytelenek testüket 23, sőt több méter mélységből felhúzni. Ha látjuk, hogy az egészen ép szívnél az igen nagy teher felemelésekor heveny szivtágulat fejlődhetik, ha tapasztaljuk, hogy az állandóan nehéz munkával foglalkozóaknál jó viszonyok mellett s direct kártékony anyagok távolmaradásával is idővel beáll az idült szivtúltengés, melyet már kisebb, a megszokottnál erősebb munka elvégzésekor is muló szivtágulás követ, úgy könnyen érthető, hogy e rossz viszonyok közt dolgozó kimerült szervezetben a hosszú időn át elvégzett nehéz munka után a napontai egyszer, sőt néha 2 s 3-szor is felmászás illetve felkapaszkodás, a szív dilatatiónak egy új s újabb alakját idézi elő.

Azt hiszszük tehát, hogy *helyes, midőn a caissonismus képe alatt előttünk fekvő tünetcsoportot ama behatásokon felül, melyeket a sűritett nagyobb nyomású levegő, a szénsav mérgezés, respirabilis és irrespirabilis gázok belégzése, világosság hiány s*

nedvesség okoz: még a nagyfokú munkának a szívre való káros hatásának tudjuk meg.

A caissonokban foglalkozók közt néha szorványosan, de néha egyszerre nagyobb számban fellépő megbetegedés az ú. n. *caisson betegség* tehát *egy ipar megbetegedés.*

Ezen a maga sajátos, jellegző tüneteivel biró kóralak gyakoriságot csökkenteni s a tünetek hevességét korlátok közé szoritani a praeventiv hygienia van hivatva.

Mint minden ipar megbetegedésnél, úgy ezen kóralaknál is úgy a kártékony anyagok távoltartásával, valamint az előidéző okok elhagyásával lehetne az ezen nehéz foglalkozással birók ebbeli megbetegedéseinek számát jóval redukálni.

Ily intézkedések pedig a következők volnának:

I. Csak feltétlen egészséges 24—38 éves munkások alkalmaztassanak ily vállalatoknál. E végből a munkások felvételük előtt orvosilag megvizsgáltassanak s 4—4 hetenként újbóli orvosi vizsgálatnak vettessenek alá.

II. A munkarendbe, mely minden munkásnak a munkába lépéskor kézbesitendő, s melyre különösen felhivandó a munkások figyelme, felveendők a caissonismus első tünetein (szédülés, fejfájás, stb.) kivül ama veszélyek, melyek a hosszú ideig tartó caissonmunkától erednek és felsorolandók ama segédeszközök, melyekkel a fokozott légnyomást ellensúlyozni lehet (befogott száj s orr mellett erőltetett kilégzés, glycerinbe mártott fültampon alkalmazása a caissonba lépés előtt, lassú s mély belégzés), valamint ama körülmény, hogy sem éhgyomorral, sem azonnal bő étkezés után ne szálljanak a caissonba.

III. Csak maximumban négy óra egyhuzambani munka engedélyeztessék; a munkaszünet 8 órába állapittassék meg. A vasárnapi munkaszünet pontos betartása.

IV. A légzsilip oly tág legyen, hogy abban 8—10 ember számára ülőhely, pad legyen, hogy a munka megkezdése előtt s a munka bevégzése után, mig t. i. a comprimált levegőt bebocsátják s kibocsátják, leülhessenek.

V. A comprimált levegő be- s kibocsátására a biztositó szelepek oly módon szerkeztessenek, hogy a levegő rendes körülmények közt csak igen lassan s fokozatosan bocsátható be vagy ki.

VI. Az előkészitő s munkakamra villamos izzó- s ivlámpákkal, a leszállásra alkalmazott vashenger izzólámpákkal szereltessék fel. E mellett czélszerű volna szükséglámpákról, ha t. i. a villamosság felmondja szolgálatát, gondoskodni.

VII. A munkások egy egyenletes gyorsasággal működő fel- s lehúzó gépen szállittassanak a munkakamrából a légzsilipbe s fordítva. A vashenger szélein alkalmazott vaslétra csak szükség esetére engedélyeztessék, ha t. i. a felhúzó gép elromlott

VIII. A romlott levegő eltávolitására külön készüléket hozzanak használatba, miként azt Angolhonban már teszik.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Otogen perisinosus és a hátsó koponyaűr periduralis tályogjának operált és gyógyult esete.

Lichtenberg Kornél dr., m.-tanártól.[1]

Az 58 éves nőbeteg november 28-dikán jelentkezett először a poliklinikán. Tiz hét előtt Kassán betegedett meg jobboldali fülén, nagy fájdalmakkal, a megbetegedés 4—5-dik napján az óriási fájdalmak hátfelé húzódtak a csecscsont tájékára és azóta mindig fennállanak szünet nélkül. A fülből a bántalom második hetében kevés geny kezdett folyni, de a beteg állitása szerint már hetek óta kifolyást nem, vagy alig tapasztal. Hőmérsék felvételéről Kassán nincs tudomásom. A fül tárgyilagos vizsgálatánál a külhalljáratot rendes kaliberünek találtam, a mélységben a dobhártya előtt és rajta csekély, sürű, felhámmal vegyített váladékot. A fül mögött és pedig nem a csecscsonton, hanem hátrább az os basilare occipitalis részében felette nagy nyomási érzékenység volt jelen; a beteg a spontan fájdalmakat is oda lokalizálta, de niveau különbség akár oedema, akár infiltratio alakjában, legalább minden kétségenkivüli módon, nem volt kimutatható sem a csecscsonton, sem hátfelé rajta túl. A fül kifecskendezése után a genycsészében, mint említettem, kevés felhámmal vegyített geny. Most a dobhártyát már lehetett látni, egyenletes diffus pirt mutatott és hátsó felső negyedében kis perforatiót. Evidens lévén az, hogy heveny perforativ genyező dobürlob van jelen, továbbá az, hogy a kis perforatio már fekvésénél fogva is insufficiens a dobüri lobtermény kiürülésére, azonnal első teendőm az volt, hogy a lyukat fel- és lefelé tágitottam és katheterrel a fület jó átfujtam. Ekkor a nyálkás geny nagy tömegekben kiürült és a fül a műtétig mindig folyt. A kezelő orvost megkértem, hogy napjában 3-szor mérje meg a beteget, jégborogatásokat és másnap 4 pióczát rendeltem, de kijelentettem már az első látás alkalmával, hogy nézetem szerint nagyon komoly megbetegedéssel és pedig otitikus perisinosus tályoggal van dolgunk és valószinüleg a csecscsont typikus felvéséséhez kell folyamodnunk, ha a beteg életét meg akarjuk menteni. Csak néhány napi megfigyelést kérek. Négy napi hőmérés hőemelkedést nem adott; nadályozás után mutatkozott ugyan 12 órai javulás a fájdalmak hevében, de azután megint előbbeni vehementiájukban léptek fel. Igy a beteget szerdán deczember 4-dikén operáltam a Grünwald-sanatoriumban.

A műtét technikájának és a műtéti eredmény egyes phasisainak leirásával nem akarom fárasztani szives türelmüket, csak a fontosabb adatok felemlitésére szorítkozom, melyek a bántalom deletaer, életveszélyes és pusztító jellegét ad oculos demonstrálják. Hagyjuk el azonban most néhány perczre a beteget és vessünk az eset könnyebb megérthetése érdekében egy rövid pillantást a dobür topographiájára; ez, a bántalom mechanikáját, azaz annak létrejöttét és terjedését legjobban fogja illustrálni. Ismert dolog általánosan, hogy a dobürnek 6 fala van. Egynek, a dobhártyának kivételével, mely kifelé vezet, valamennyi öt fal vitalis szervekkel áll összeköttésben, akár befelé, lefelé, vagy felfelé és mellfelé. Itt bennünket csak a hátsó fal érdekel és ezzel a hátsó fallal, mely az antrum- és onnét a csecscsont sejtjeibe vezet, a dobür felső része egy nagy nyilás által áll intim viszonyban a csecscsonttal nemcsak szomszédságánál fogva, hanem azért is, mert a dobür nyálkahártyája egyenesen és folytatólagosan átmegy a csecssejtek nyálkahártyájába. A dolog természetében fekszik ezek szerint, hogy a csecscsont többé-kevésbbé osztozkodik a dobür sorsában és minden dobürlob kisebb-nagyobb arányokban *átmehet* a csecscsontra. Ha már most heveny dobürlobnál geny képződik a dobürben, mely ott be van rekedve, ez ceteris paribus egy betokolt tályog jellegével bir és ha ez a geny vagy magának utat nem tör kifelé, *de még clég jókor*, vagy ha mi mesterségesen neki nem nyitunk utat, *de ideje korán*, akkor az esetek nagy százalékánál ez *magának* hódit teret, arra megy a merre tud és ekkor neki az a 4 mm.-nyi háromszögü nyilás, az úgynevezett aditus ad antrum a dobür hátsó falában legkényelmesebb, hogy betelepedjen a csecscsont sejtjeibe. *Innét az esetek legnagyobb részénél már többé ki nem jöhet* és kész a veszedelem: az ostitis mastoidealis suppurativa, a csecscsont empyema, hol a geny merev csontfalak közé és között van bezárva.

A bántalom ezen stadiumában csak a csecscsont typikus felvésése és az antrum megnyitása segithet. Vannak azonban esetek, melyeknél ez nem történik meg, gyakran azért, mert a baj nem lesz kórismézve, máskor azért, mert a beteg távol van szakszerű tanácstól, vagy azért, mert a baj rejtettségénél fogva nehezen ismerhető fel, vagy más okok miatt, melyeknek fejtegetése nem tartozik ide. Most mi történik? a geny, a flogogen és pyogen anyag tért hódit, pusztítja az őt környező csontfalat, vagy felfelé, akkor a középső koponyaűr felé iparkodik, vagy lefelé, akkor a jugularist fenyegeti, vagy hátfelé, akkor a sinus transversus és a hátsó koponyaűr van veszélyben, mert a folyamat halad, a vérkeringés, a csont táplálkozása szenved, caries, sarjadzások jönnek létre és mindent megpuhitanak, megolvasztanak, mit útjukban találnak.

A folyamatnak ezen utoljára leirt menetét látjuk az operált betegnél és most térjünk vissza a műtéthez. A csecscsont egész kiterjedésében cariosus és sarjadzásokkal telt; az egész vastag

[1] Előadás a budapesti általános poliklinika I. bemutató estélyén, 1895. deczember 8 dikán.

*

mély csont egy puha, szétesett, nem is ür, hanem detritus. Ez a sarjadzó detritus elpusztította a sinus transversus sigmoidalis részének csontfalát, a sinus fala tele sarjadzásokkal, melyeknek óvatos lekaparása után a sinus körülbelül 3 cm. hosszban és egész szélességében feküdt előttünk minden jelenlevő collega által felismerve, kékes-szürkefehér színe és sonda segitségével érzett rugékonysága által. A sinus tehát még egészséges volt, usura vagy elszínesedés nem volt látható. Most egy nagy, talán 4 cm. hosszú és közel 3 cm. széles csontüreg volt előttünk, melynek hátsó határát a sinuson túl az os occipitale képezte, mellső határát pedig a csontos külhalljárat hátsó fala. Nem *én* csináltam ezt a nagy lyukat, hanem a folyamat vezette a kezemet, a hol geny, sarjadzás és caries volt, mindent el kelletett venni. És most t. uraim a mütétnek egy érdekes phasisa következik. Sokan talán befejezettnek tarthatták volna a mütétet, mert a trepanatio szempontjából *nagyon* is elég lett téve. Én azonban a mütét tanuinak kijelentettem, hogy nem vagyok megelégedve az eredménynyel, itt még valami el van rejtve, én tovább fogok menni és fel fogom nyitni a hátsó koponyaüreget. Egy tünet indított reá, melynek fontossága és jelentősége talán nincs még eléggé ismerve és ezen tünet abból állott, hogy a galea cranii a pericraniummal együtt a nyakszirtcsontról fel volt emelve és én az ujjammal mélyen hátfelé tudtam bemenni. Itt a csont táplálkozása meg van zavarva, különben nem vált volna le róla a csonthártya és én ezen helyesnek bevált praemissából kiindulva, az öt fogú éles kampóval erősen hátfelé huzatva a fejbört — a bőrmetszés hossza ezt megengedte — a hátsó koponyaüreget □-cm. nagyságban felvéstem és most *gyermek kisujj vastagságban ömlött a tejfölsürü geny*, mely ott a durát nyaldosta és igy nemcsak általam kórismézett perisinosus, hanem nem diagnostizálható, klinikai tünet nélküli hátsó koponyaüri periduralis tályog is volt jelen. A dura szinte egészségesnek mutatkozott. A beteg élete csak most volt megmentve és a mütét befejezve. Typikus kötés. Történelmi igazság érdekében felemlítem, hogy nálunk Magyarországban ez az első eset, hol perisinosus tályog klinikailag lett kórismézve, megoperálva és meggyógyitva.

Azt mondtam t. uraim, hogy egy klinikailag nem diagnostizálható hátsó koponyaüri tályog volt jelen. De milyen tünetből lett a perisinosus tályog kórismézve? Önök joggal kérdezhetik tőlem ezt és erre nekem felelni is kell és még azt is, hogyan lehet egy beteget egy veszélyes mütétnek alávetni, ha a fájdalmon kivül a csecscsonton semmi és a semmit eláruló dobürlobon kivül sem láz, sem agynyomás, vagy egyéb bármilyen néven nevezendő intracranialis tünet, vagy más látható és felismerhető fenyegetés nem volt constatálható? Erre az én feleletem az: A csecscsontnak megbetegedései kivételes állást foglalnak el a sebészetben. Az egy vastag csont, melynek lobja vagy genytartalma nem esik a pír, az oedema és fluctuatio kriteriuma alá, mert a folyamat a mélységben van és nem éri el mindig a külső periferiát; itt csak a fájdalom árulja el a fenyegetést és *ez* sem mindig; az otogen complicatióknál csak a tünet-complexus ad direktivát, melynél minden legcsekélyebb momentum latba veendő: a bántalom tartama, a fül tárgyilagos képe, a láz hiánya vagy jelenléte, a fülgeny minősége, mennyisége, minőségének és mennyiségének ingadozásai, a bántalom makacssága, a fájdalom hevessége, localisatiója és még sok egyéb meg nem fogható incommensurabilis reflexio és az a bizonyos valami, a mi a helyes orvosi gondolkodásban és a kórképnek szerencsés felfogásában nyilatkozik. Ezzel nem akartam többet mondani *mint azt*, hogy én ebben az esetben szerencsésen intézkedtem.

És most forduljunk ismét a beteghez. A lefolyás a képzelhető legjobb volt. Láz egyáltalában nem jelentkezett. A mütét után 4 napig még voltak fájdalmak, egyszer éjjel szerfelett nagyok. De az első kötésváltozás után, 5 nap mulva, a fájdalmak teljesen el voltak törülve és nem is tértek többet vissza. A beteg közérzete kifogástalan, jól eszik, jól alszik és semmi panasza nincs. A seb szépen sarjadzik, a sinust 24 napig nagyon lehetett még kitapintani a kutaszszal, most már teljesen besarjadzott. A hátsó koponyaüri nyilást a hátrahúzott galea és pericranium előrebocsátása után ezek befedték, de a nyilás a mütéti canalisba nyilt és igy a még képzendő koponyaüri genynek meg volt a szabad lefolyása. Az utókezelésből még kiemelendő, hogy a beteg 10 nappal a mütét után, a zord téli idő daczára már a poliklinikára járt kötés végett; hogy a niveaun túl emelkedő sarjadzásokat kétszer kellett elvenni villanyos égetéssel, és hogy a dobüri genyedés az első kötésváltozásnál már megszünt és a perforatio behegedt. A beteg hallása a jobb oldalon, a mi különben egy vitalis mütétnél irrelevans, elég jó, legalább a beteg állitása szerint.

Még néhány epikritikus megjegyzésre venném igénybe szíves figyelmüket és ekkor azt két körülményre lennék bátor irányítani. Először arra, hogy a baj komolyságával nem korrespondáltak a tünetek. Pedig ezen nincsen semmi feltünő. Mert ha egyszer a folyamat elérte azt a stadiumot, melyet a mütéti lelet mutatott, akkor a betegség fészke könnyen accomodálódik a puha sarjadzáshoz vagy genyhez és a meddig a geny vagy a granulatio extraduralis, addig nincs is alkalom klinikai tünetek létrejöttére és a dura, ez a fibrosus, nagy ellentállósággal és tolerantiával biró hártya soká nem mutat izgatási tüneteket és csak akkor lép fel egyelőre pachymeningitis, ha a dura usurálva lesz és ez gyakran igen soká tart, mint ennél a betegnél is láttuk. Érdekes továbbá azon kérdés, hogy mi lett volna a dolog vége mütét nélkül. Ez az eddigi fejtegetésekből könnyen következtethető. Ha előbb a sinus lesz felmarva és beveszi a septikus anyagot, akkor sinus phlebitis minden consequentiáival, ha a sinust passirozza a baj, mint mellőzte itt tényleg ebben az esetben és túl ment rajta, és ha áttöri a hátsó koponyaür duráját, akkor meningitis basilaris suppurativa, vagy ritkább esetekben agytályog.

Azért t. uraim: ubi pus ibi vacua; ezt már rég mondta Astley Cooper, ez örök igazság marad és habár most egy, helytelen álláspontból és hozzá is tehetem, éretlen tapasztalatból kiinduló irány a dobüri genyet elkezdi bennthagyni, míg az magától át nem törik és engedi terjedni, merre neki tetszik, galenusi módon cseppektől és kenőcsöktől várva a baj gyógyulását, akkor én ezt az irányt nem tudom megérteni.

A modern sebészet a fent említett elv és az asepsis törvényei szigorú figyelembe vételének köszönheti legszebb, legáldásosabb diadalait; ezen elvnek köszönheti a hasüri, a mellüri therapia minden sikereit és mert a dobüri genyezés ugyanazon kategoriába esik, annak minél sürgősebb eltávolítása mint egyetlen igazi prophylactikus eljárás mindig és kivétel nélkül indikálva van. Mert sohasem lehet tudni, hogy a dobür genyezése meddig tart és merre veszi útját és nincs hely az egész organismusban, a hol egy kis genyretentio a veszedelmes tüneteknek oly sokféle sorozatát hozná létre, mint a dobür, a mit nemcsak ez az eset, hanem most már százezrekre menő tények megdönthetlenül bizonyítanak.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XIII. rendes ülés 1896. április 11-dikén.)

Elnök: **Kétli Károly**; jegyző: **Temesváry Rezső.**

Hemianopsia bitemporalis egy esete.

Goldzieher Vilmos rk. tnr.: A bemutatandó különös kórkép csak kevés és főleg subjectiv tüneményekkel bir, de azok olyan jellegzetesek, hogy a diagnosis kielégitő pontossággal felállítható, s pedig egy a *chiasma nervi optici tájékán levő kóros góczra.* A 42 éves, erőteljes asszony mindeddig teljesen egészséges volt, több egészséges gyermek anyja; syphilise sohasem volt. Körülbelül két hónap óta rosszul lát és nagyfokú, typikus fellépéssel *nem* biró fejfájások gyötrik. A mi a látást illeti, a binocularis látás elég jó, V = $^{20}/_{40}$; mindkét szemet külön megvizsgálva kiderült, hogy a látás a bal szemen tetemesen rosszabb és némileg excentrikus. A láttér azonban igen charakteristikus elváltozást mutat; a jobb szem látterében hiányzik a temporalis (azaz külső v. lateralis) fél; a bal oldalon szintén a külső (temporalis) fél és hozzá még a belső láttérfél felső quadransa, úgy hogy csak az alsó belső láttérnegyed maradt meg. A megmaradt láttérrészletek határvonala nem élesen megy a fixatiós ponton keresztül, hanem csekélységgel a vak oldal felé hajlik; mindkét oldalon még egy kis paracentralis scotoma van. A *szemtükri* vizsgálat a két papilla mérsékelt elszínesedését deriti ki, normalis éles határokkal, a bal papillán azonban a macularis negyed feltünően halvány. A leirt kórkép tehát teljesen megfelel azon eseteknek, melyeknél kóros gócz volt észlelhető a chiasma táján és pedig vagy az elülső, vagy a hátulsó szögletében, vagy pedig annak felső felületén, de mindig a kereszteződés axisán. Ez a gócz vagy syphilitikus izzadmány volt, vagy valamely tumor, aneurysma stb.; a kórkép boncztani alapja mindig egy olyan kóros képződmény volt, mely nyomást gyakorolt a chiasma belső részletére, azaz a kereszteződött rostnyalábokra.

Előadó áttér az irodalomban eddig észlelt eseteknek összehasonlítására és kifejti, hogy a bemutatott eset legjobban akként értelmezhető, ha felveszszük, hogy *tumor hypophysis* van jelen. Előadó még két általa észlelt esetet említ, melyeknek egyikében aneurysmát kellett felvenni a Willis-féle arteriosus körben; a másikban azonban egy, az influenza után fejlődött exsudatumot a chiasma körül.

Mi a prognosist illeti a hemianopsia bitemporalis eseteiben az annyiban jó, hogy a betegek majdnem kivétel nélkül több, sőt sok éven át életben maradtak; a mi a kimenetelt illeti, a prognosis a legrosszabbakhoz tartozik, mert a legtöbb esetben tumorképződés forgott fenn. A baj természetéből folyik, hogy valódi gyógyulás csak akkor érhető el, ha idejekorán felismert syphilitikus bántalmakkal volna dolgunk, vagy a mi igen ritkán előfordult, valamely a chiasma körül létrejött, felszívódásra képes izzadmánynyal.

A paralysis spinalis spasticáról.

Jendrassik Ernő rk. tanár: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

A magyar dermatologusok és urologusok egyesülete.

(II. szakülés 1896. január hó 19-dikén.)

Lupus és sarcoma esete.

Schwimmer Ernő: *Kórelőzmény:* 10 esztendő előtt a jobb láb öregujján a láb középcsont alsó harmadára átterjedőleg a bőr meglobosodott; ez ellen eleinte borogatásokat alkalmazott, később megnyittatott A kezelés elhanyagolása következtében felette egy viszkető bőrbántalom keletkezett, mely a lábhát alsó felére is átterjedt. Két hónap mulva az alszár bőre alatt apró csomók keletkeztek, melyek eleinte nem voltak fájdalmasak, de idővel rohamosan nagyobbodván fájdalmasak lettek, végre felettük a bőr szétesett s nagy fekélyek lettek láthatóvá, melyek gyógyulására körülbelül egy esztendő volt szükséges.

Jelenleg a hasfal jobb oldalán a bőrben ép oly csomó tapintható, mint a milyenek kezdetben az alszárakon voltak. Ezen csomó határa éles, felülete síma, az alappal összenöve nincs. A nagyujj bőrében is voltak csomók, melyek azonban a bőr nivcauja fölé emelkedtek, ezen csomók 2 év előtt visszafejlődtek. A beteg atyja tüdővészben halt meg, testvérei közül egy szintén tüdőbajban halt el. Betegnek venerikus baja nem volt.

Jelen állapot: A 45 éves férfi jobb lábhátán a 4-dik lábközépcsontig terjedőleg, valamint az öreg ujjon a bőr kékes-pirosan elszínesedett; felette nehezen leválasztható igen vékony és apró felhámlamezekből álló pikkelyek és helyenként felhámhiányok láthatók. A bőr ezen terjedelemben beszüremkedett. Ezen beszüremkedés az első középcsont talpi felületére is átterjed. A láb és az alszár csontok érintkezési helyén, tehát az izületnek megfelelően a bőr hasonló elváltozást mutat, azonban itt már sávszerű vonalban, a mennyiben helyenként a képletek már összeolvadtak, s így az izületnek megfelelőleg babnyi, borsónyi, sőt az Achilles-in tapadási helye felett mogyorónyi göbök láthatók, melyek a bőr színe fölé emelkednek. Ezen csomók éles határúak, puha tapintatúak, felettük pedig a bőr szederjesen elszínesedett. Az alszár egész terjedelmében megnagyobbodott. Baloldalán kiterjedt hegedések vannak, melyek a kórelőzményben említett fekélyek után maradtak vissza. A czomb baloldalán szintén hegedések láthatók, melyek azonban piros udvarral vannak körülvéve. A jobboldali lágyékmirigyek diónyiak.

A *kórisme megállapításánál* csak a körül forgott a kérdés, vajjon a szederjes színű mogyorónagyságú göbök képezik-e a bántalom főjellegét, vagy a vöröses, részint hámmal fedett, részint pedig hámtól fosztott kivirágzások tekintendők-e a bántalom jellegzetes tüneményei gyanánt? Tehát az a kérdés, hogy vajjon sarcoma idiopathicum multiplexel, vagy lupus tuberculoticussal van-e dolgunk?

Mindkét föltevés mellett lehetett egyes kórmozzanatokat fölhozni, szükségessé vált tehát a górcsövi vizsgálat. A vizsgálat által, mely — sajnálatomra — csak a lábujjon levő sötétebb színű, de nem a térden levő szederjes színű dagból történt, miután a beteg a több helyről való kimetszést nem engedte meg, arról győződtem meg, hogy tiszta sarjadzó folyamattal van dolgunk, a mennyiben a cutis egész mentében úgy a kötőszöveti, mint a mélyebb rétegek felé is kiterjedőleg erős kissejtű beszüremkedés mutatkozik. Jellegzetes sejteket több metszet átvizsgálása daczára sem lehetett találni. A szövettani vizsgálat tehát kiderítette, hogy itt tényleg *lupusos* alakkal van dolgunk, daczára annak, hogy a klinikus kép helyenkint a sarcomatosus bántalom fennállása mellett látszott szólani. A kórisme megállapitása utóbbi időben megkönnyebbült, ugyanis a beteg kórházi tartózkodása alatt egy újabb eruptiót kapott a láb ujjain kendermag-nagyságú göbcsék alakjában, mint azt a lupusnál szoktuk látni. A szederjes göbök mindenesetre figyelemre méltó tünemény gyanánt tekinthetők és ha a lábujjakon lévő elváltozást lupusnak is kell tartani, mégis szükségessé válik a sötét göbök további fejlődését észlelni, vajjon nem fog-e egy complicált bántalom fejlődni t. i. nem képződik-e a lupus mellett sarcoma cutis multiplex idiopathicus.

Havas Adolf azon nézeten van, hogy a többi göb is lupusos, így a lábháton látható szederjes göbök is, melyek határozott lupusos göbök mellett vannak. Per analogiam a térden látható nagyobb szederjes göböt is lupusnak tartja, s a pigmentatiókat haemorrhagiákból magyarázza, a milyenek chronikus folyamatoknál elő szoktak fordulni.

Róna Sámuel a göböket szintén lupusnak tartja.

Schwimmer Ernő tekintettel arra, hogy a lábháton levő szederjes göbök egyikének szövettani vizsgálata lupust eredményezett, a térd felettire sem tartja kizárhatónak a lupus diagnosist, annál is inkább, mert észlelt oly eseteket, a hol a lupus göbök néha évekig egy stadiumban maradtak. A bemutatotthoz hasonló esete van a kórházban, mely azonban sarcoma; a göbök arsenre visszafejlődtek, de jelenleg nagy kiterjedésű sarcomával in extremis van.

Lichen ruber után fejlődött általános bőrelszínesedés.

Schwimmer Ernő: A bemutatott férfibetegnek bőre azon sajátságos tüneményt mutatja, hogy az egész köztakaró kevés ép hely kivételével saepiabarna egész violaszinű foltokat mutat, melyek egymásba folynak és az ép bőrből alig egy tizedrészt hagynak szabadon. A bőrnek tüzetesebb szemlélése azt mutatja, hogy ezen elszínesedésen kivül semmiféle kivirágzás nem található rajta. A beteg két izben huzamosb ideig feküdt osztályomon, a hol is nagy kiterjedésű lichen ruber planus ellen csak belső szerelésben részesült. A beteg kórházi tartózkodása alatt 8—10 héten át tisztán csak arsent vett, mire a bántalom annyira visszafejlődött, hogy a göbcsék eltünése után csak az említett foltok maradtak vissza. A különben is nagyon érdekes lichen bántalom ezen igen rejtélyes tüneményt gyakran idézi elő s nem ritkán nyilik alkalmunk az említett bőrbetegség mellett a visszafejlődés időszakában ily színű folt képződéssel találkoznunk. Ezen esetben a rendesnél feltünőbb ezen nagy kiterjedésű színelváltozás és önkéntelen arra gondolhatunk, vajjon a tiszta arsenkezelés nem segitette-e elő a nagyfokú pigmentatiót, mert ismeretes, hogy ezen szer adagolása után egyes egyéneknél efféle pigmentatio szokott a bőrön fejlődni.

A lichen fennállása alatt jelen volt tünetek, viszketés stb. teljesen elmultak, s jelenleg csak nagy kiterjedésű pigmentatio képezi az előbbi bajnak maradványait.

Róna Sámuel látott arsenkezelés után egy psoriasisban szenvedőnél nagyfokú melanosist kifejlődni; de viszont látott többször *nem kezelt* lichen planusnál is hasonlót.

Justus és *Török* a lichen következményének tartják a pigmentatiót.

Tuberculosis cutis.

Schwimmer Ernő: A bemutatott férfi egyénnél az orron egyes lapos hegeket, kevéssé felemelkedő széllel lehet látni, a mellett az orrsövény legnagyobb része hiányzik és az orr belfelülete itt-ott barnásfeketés pörkkel van fedve. Göbcséket sehol nem találni a kóros felületen és kérdésesnek látszott, vajjon egy lefolyt syphilitikus alakkal, vagy tuberculosus bántalommal van-e dolgunk. A megejtett vizsgálat a genyben bacillusokat nem mutatott fel, de ez még nem bizonyit semmit, a mennyiben még jellegzetesebb bőrtuberculosis eseteiben is ezen bacillusokat csak ritkán lehet feltalálni. Miután pedig a betegnek sem anamnesise, sem pedig jelen állapota nem nyujtott olyan adatokat, melyek a syphilis mellett szóltak volna, mi csak a kórképnek jellegzetes helyeire, a vékony — e hegeket környező — beszüremkedésre és a gyors, az orrsövényt elpusztító folyamatra voltunk tekintettel; és azért is a bántalomnál a lupus alakkal rokonságban levő bőrtuberculosis kórismét állapitottuk meg.

Havas, Róna és *Török* syphilisnek tartja, utóbbi kezelte is ellene, de a beteg elmaradt, s így végeredményről nem referálhat.

Schwimmer Ernő is eleinte luesnek tartotta, de antiluetikus curára nem mult el a bántalom. A beteget tovább fogja kezelni és azután bemutatni.

Pityriasis rubra pilaris vagy lichen ruber acuminatus.

Havas Adolf: A pityriasis rubra pilaris (Besnier, Richaud, Devergie) vagy lichen ruber acuminatus (Kaposi) esetét mutatja be. Mint ismeretes e megbetegedés elnevezése és osztályozása felett évek óta folyik a vita a dermatologusok közt. *Manapság már bebizonyított tény, miszerint a pityriasis rubra pilaris és a lichen ruber acuminatus egy és ugyanazon megbetegedést jelez.* Kétségtelenné tétetett e körülmény akkor is, midőn a bécsi nemzetközi dermatologiai congressust látogató franczia bőrgyógyászok Budapestre jövén, az általam annak idején az orvosegyesületben lichen ruber acuminatusnak jelzett esetet mint pityriasis rubra pilarist jelezték. Vitás azonban még miudig, vajjon a lichen ruber planus (Wilson) és a lichen ruber acuminatus azonos megbetegedések-e? *Én ma a megtértekhez csatlakozom és kijelentem, miszerint megfigyeléseim azon meggyőződésre tereltek, hogy e két megbetegedés nem azonos, hogy a lichen ruber planus Wilsoni és a lichen ruber acuminatus Kaposi nem együvé tartozik, ezek két különböző kórfolyamatot jeleznek.* Úgy a histologiai mint a klinikai lelet és lefolyás ezt immár kétségtelenné teszik. Míg az egyik a bőr infiltratiójával járó megbetegedés, a másik kizárólag egy hyperkeratotikus folyamat, a melynél a hámképlet excessiv módon történő elszarúsodása praedominál és a bőr infiltratiója alig észlelhető. Míg a lichen planus az arsenadagolásra biztosan és azonnal visszafejlődik, a lichen acuminatusra ez semmi behatással nem bir. Minthogy pedig a lichen elnevezés mindig tévedésekre vezethet, helyeslem Lewin propositióját, hogy minden félreértés kikerülése czéljából a lichen elnevezés ezen betegségnél egészen elhagyassék, ép úgy a semmit sem mondó pityriasis rubra pilaris név is és használtassék kórfolyamatnak megfelelő denominatio: „Keratosis universalis multiforme“, az erythema exsudativum multiforme analogiájára. Ezen elnevezés annál inkább elfogadható, mert itt a keratohyalin szaporodása és az eleidin fogyása is a keratosis mellett szól.

Betegemnél a kórfolyamat egy év óta áll fenn, ezen idő alatt a beteg feltünően fogyott és rendkivül kinzó viszketésben szenved. Arsen adagolása semmi eredménynyel sem járt, csakis a topikus kezelés muta-

tott fel, habár csak muló eredményt. Ez idő szerint a beteg kautschuk ruhát visel, és csak ezen ruhában mozgathatja szabadon tagjait.

Róna Sámuel véleménye, hogy az eset jelenleg nem mutatja a Besnier-féle pityriasis rubra pilaris typust, s kívánja, hogy az eset még többször legyen bemutatva; R. nem hiszi, hogy az a pityriasis rubra pilaris, melyet Havas annak idején az orvosegyesületben és a franczia-nak bemutatott, kezelés folytán ennyire elváltozzék; óhajtaná, hogy Havas ezen beteget is mutassa be újból.

Török Lajos is azt tartja, hogy a jelen állapotban nem lehet biztosat mondani, mert a pityriasis pilarisra jellegző csomókat sehol sem látja. A praedisponált helyeken sem találja őket. A hason lévő elváltozások nem felelnek meg szerinte csomóknak, mert szarúnyulványt sehol sem lehet kivenni. De azért ki nem zárhatja, hogy a kezelés folytán eltüntek. Szeretné az esetet akkor látni, a mikor a csomók változatlanul megvannak. A jelen kép után ítélve inkább az erythrodermia universalis egy alakjának tartja. A pruritus kezelésére vonatkozólag ajánlja a zinkgelatint.

Schwimmer Ernő: 30 év előtt hasonló kinézésű esetet pityriasis rubra universalisnak neveztek. Nem tagadja, hogy ezen kórismével sok esetet illettek, melyek alapbántalma lehetett psoriasis, eczema stb. Kezelésre jónak tartja Török ajánlatát azon módosítással, hogy a testnek legfeljebb felét kenessék be egyszerre zinkgelatinnal.

Havas Adolf szerint az ujjakon láthatók voltak conusok. A hason lévőkre ő sem fektet nagy súlyt. A kisfokú ectropium is pityriasis rubra pilaris mellett szól.

Lichenoid syphilid két esete.

Róna Sámuel: A két esetet különböző szempontokból mutatja be. Az első eset differentiál diagnostikus szempontból érdekes. A mint tudjuk, a lichenoid syphilid egy lymphatikus, vagy recte lymphomákban szenvedő egyénen ideig-óráig alig leküzdhető diagnostikai nehézséget okozhat a lichenoid scrophulomával szemben. Ezt majdnem minden szakember tapasztalta már. Ugyanilyen diagnostikai nehézséget okozhat egy ideig, bár aránytalanul ritkábban, a lichenoid syphilid a *lichen planussal* szemben. Ilyen volt a bemutatandó. I-ső eset. M. K., 23 éves, hajadon cseléd 1895. deczember 16-dikán spontan jött be a kórházba, egy a köztakaró nagyobb részét elboritó kiütés miatt, mely 5 hét előtt keletkezvén, rohamosan terjedt. A kiütés lichenoid volt, nem viszketett, számos közülük teljesen hasonlított a lichen planus lapos sokszögletű viaszfényű köldökös papuláihoz. E mellett sem a genitaliákon, sem azonkivül primaer laesio nyoma, sőt a genitaliákon és a nyákhártyákon hiányzottak a túltengett syphilidek. Azonban azon körülményből, hogy a beteg bejövetelekor a nagyajkak élén egy-egy kendermagnyi élénkebb vörös papulás felemelkedés volt, mely már helyenként hámját kezdé veszíteni, abból, hogy a genitaliákon sehol jellegzetes lichenpapulákat nem leltem, abból, hogy a kiütés nem viszketett, hogy egyes helyeken a lichenoid kiütés a lichen planussal nem azonos színt, ki- és visszafejlődési statust mutat, hanem olyant a mint syphilideknél észlelünk, abból, hogy az arcz és a homlok is feltünően ki volt ütve és hogy az orrczimpák tövén hyperaemiás alapon seborrhoikus folyamat látszott, végül abból, hogy kifejezett polyadenitis volt jelen és pediglen főleg a syphilis infectióra jellegzetes tájakon, az inguinalis tájakon és a tarkón, a syphilis kórismèjét állítám fel és az ellen kezeltem is a beteget. A primaer laesiót a cervix spontan gyógyult erosiójára supponáltam, bár tekintve az inguinalis mirigyek nagy beszűrődését, nem tartom lehetetlennek, hogy a hüvelybemenetben volt valahol a betörés helye, de az már fel nem lelhető. Megvallom, hogy egyes tünetek miatt a diagnosisomban sokáig nem biztam teljesen, hogy többszöri kétely merült fel bennem és mindig tüzetes vizsgálatra volt szükségem, hogy az összképből indulva ki, megnyugtassam magamat. Ma a betegség négy 5%-os calomel-injectio után tetemes változást mutat, a visszafejlődés mindenütt folyamatban van, most már toroktünetek is jelentkeznek, de mindazonáltal azon kartárs urak, a kik sok lichen rubert láttak, még most is igazat fognak adni nekem ezen esetből kifolyólag, hogy egyes esetekben a lichenoid syphilis kórismèje a *lichen planussal* szemben is nagy nehézségeket okozhat.

A II-dik esetet a lichenoid syphilid *aetiologiája* szempontjából mutatom be. K. J., 27 éves, hajadon, cseléd, a ki 2 évvel azelőtt holt, de kiviselt magzatot szült, 1895. november 1-jén vétetett fel osztályomra. 6 hóval ezelőtt egy másik osztályon feküdt. Én a beteget ott láttam először. Akkor az egész köztakarón elszórt psoriasiform lenticularis syphilid volt. Ez ellen 90 bedörzsölést à 2 gm. végzett amaz osztályon és tetemesen javulva távozott.

Minálunk néhány nagy papulás syphilid mellett, melyek szintén több lichenoid göcs egymás mellé sorakozásából eredtek, kiválóan kerekded csoportokban elrendezett tühegynyi egész gombostűfejnyi perifollicularis papulákat láttunk elszórtan a háton és vállakon. Ennek a betegnek édes anyja hosszas szenvedés után *tüdővészben* halt el. Ezért ez a beteg alkalmasnak tünik fel nekem arra, hogy bemutatása kapcsán itt a lichenoid syphilid aetiologikus momentumaira kitérjek és tapasztalataik szives közlését kikérjem. Az *én* eddigi tapasztalataim ugyanis megerősítik Kaposiét, hogy a lichenoid syphilidet főleg tuberculosus családokból származóknál észleljük. Ezen betegen kivül még egy fiatal nő fekszik osztályomon hatalmas nyaki scrophulosus lymphomákkal, a kinél szintén miliaris syphilid volt jelen. Kiemelem, hogy „főleg"; mert nem tagadom, hogy egyszer-máskor akadunk olyan esetre, a hol a tuberculosus terheltség felvételére semmi támpontunk. Ilyen pl. a most bemutatott I-ső eset is.

Havas Adolf szerint is a lichen syph. és lichen scrophul. közt gyakran nehéz a differential diagnosis. Szerinte a lichenoid syphilid alakok mindig a syphilis késői formájának felelnek meg és helyesnek tartja Kaposi nézetét, mely szerint ezen alakok lymphatikus egyéneken fejlődnek.

Róna Sámuel azt észlelte, hogy a lichenoid syphilid nőknél gyakoribb és ezt arra vezeti vissza, hogy a nők gyengébb szervezetűek.

Előleges jelentés pemphigus-vizsgálatokról.

Török Lajos: *Gerinczagymetszeteket* demonstrál, melyek egy *pemphigus vegetans* esetből származnak. Az esetet Stiller tanár osztályán észlelte. Az egész gerinczagyon végig Weigert-féle festésnél színtelen likacsok tünnek fel, még pedig igen nagy számmal és sűrű elrendeződésben; a fehér állományban sokkal kevesebb van, mint a szürkében. Nissel-féle methylenkék festéssel a likacsok helyén sötétkék gömbszerű képletek látszanak, melyek egy bizonyos idő mulva (a praeparatumban) színüket többé-kevésbbé elveszitik. Ilyenkor sok helyen bizonyos szerkezet mutatkozott rajtuk, t. i. durva rétegzettség. Vannak ugyanis egyesek, a melyeknél egy világos centrum körül sötétkék gyűrű s e körül ismét világos gyűrű látszik. A testecseken egyelőre nem sikerült a corpora amylacea reactio (jod-oldat-kénsav).

Egy *pemphigus foliaceus* esetben az új hólyagok eruptióját kisérő láz alatt a vérben a staphylococcus aureus és albus volt kimutatható, még pedig úgy fedőlemez készitményen mint tenyésztés útján.

Erythema scarlatiniforme recidivans egy esete.

Török Lajos: W. J., 28 éves magánhivatalnok 1895. október 12-dikén keresett fel magánrendelésemen. Családjában az övéhez hasonló baj nem fordult elő. Ő neki magának más bőrbaja nem volt. Más betegségre sem emlékszik. Jelenlegi bőrbaja ezelőtt 12 évvel jelentkezett. Úgy emlékszik, hogy akkor gyomrát elrontotta, mire csekély viszketés kisèretében diffus pir jelentkezett a törzsön és a végtagokon, a kezek és lábak kivételével és egy-két nap mulva hámlás lépett fel. A roham körülbelül két hét alatt véget ért. Azóta többször volt hasonló kiütése. A rohamok néha borzongatással és lázzal kezdődtek, sőt ez utóbbi egyszer-másszor oly fokot ért el, hogy a beteg miatta egy-két napot ágyban volt kénytelen tölteni.

A pir és hámlás eddigelé mindig megkiméltе a kezeket és lábakat. A rohamok tartama átlag két hét volt. A kiütés rendszerint teljes egészség közepette lepte meg a beteget a nélkül, hogy valami alkalmi okot lehetett volna kimutatni. Úgy emlékszik azonban betegünk, hogy az első rohamon kivül még egy másik esetben is úgy lépett fel a kiütés, hogy a beteg előzetesen jól megterhelte a gyomrát. Egyébként nem igen tulajdonitott bajának nagyobb fontosságot, mivel a rohamok közönségesen nem jártak kellemetlen subjectiv tünetekkel és tapasztalta, hogy azok maguktól minden kezelés nélkül is elmultak. Épen ezen okból nem is emlékszik pontosan a rohamok számára, de azt hiszi, hogy legkevesebb nyolczszor jelentkeztek. A rohamok bekövetkeztének időpontjára sem igen emlékszik, de azt tudja, hogy télen is nyáron is voltak attaque-jai.

A jelenlegi roham ezelőtt 4 nappal október 8-dikán lépett fel minden kimutatható ok nélkül. A beteg teljesen jól érezte magát, emésztése és egyéb functiói rendben voltak, semmiféle gyógyszert nem vett be, a mire különben oka sem volt, a midőn hirtelen borzongatás fogta elő, melyet csakhamar nagyobb meleg érzése (láz!) követett. E mellett torka kissé fájni kezdett s a hason a köldök tájékán csekély viszketés lépett fel, a melyet csakhamar pirosság követett. Egyidejűleg arcza is megduzzadt, piros lett és kis fokban viszketni kezdett. A láz és torokfájás csakhamar elmult, ellenben a pir szétterjedt egész testére. Az arcz duzzadt volta is gyorsan fejlődött vissza; itt, valamint az alsó végtagokon és a felkarokon már körülbelül 24 órára csekély hámlás lépett fel és e helyeken a pir is kissé engedett.

Jelen állapot. A beteg középtermetű, kissé szikár, de elég izmos. Belszervei részéről sommi rendellenesség nem konstatálható. Vizelete normalis. Egész bőrfelületét, az arczot, kezeket és lábakat is beleszámítva, hyperaemia lepi el, melynek intenzitása a testregiók szerint különböző. Az arczban, mellen, háton, a nyak elülső felületén, a felkarokon és alsó végtagokon halványabb, alig rózsás pir látszik az előbb emlitett helyeken, valamivel sötétebb pir az alsó végtagokon. Sötétebb, de még mindig élénk téglavörös pir látszik mindkét hónaljárok elülső falának mellső felületén, a penisen, a borékon és a tarkón. Legsötétebb, kissé barnás a hyperaemia színe az egész hason. A hyperaemia pirja egészen diffus, csupán a karokon, a könyökhajlatok táján kissé márványozott. Az arczban, különösen pedig a homlokon és a halántékon igen kevés és finom pikkely látható, úgyszintén a nyakon, hol egy-két fehéres pikkelyhalmazka is képződik már. Finom üvegszerű épen képződő pikkelyréteg látható az alsó végtagokon is, valamint a felkarokon. Ez határozottabban akkor tünik elő, ha körmünkkel végig vakarjuk az illető regiókat. Ekkor kevés finom pikkelyke válik ugyanis le.

A torokban ma már semmi elváltozás nem konstatálható. Beteg közérzete jó. Alig van egy kis viszketése, főleg csupán a sötétebben hyperaemiás helyeken.

Rendelés: zinkkenőcs, hintőpor.

Október 15-dikén. A pir mindenütt igen halványodott, de azon helyeken, a hol intensivebb volt a hyperaemia, még ma is igen élénk rózsás elszinesedés látható. Nagyban fokozódott a hámlás, még pedig különösen a hajzatos fejbőrön, a hol igen finom lemezű a pikkelyképződés; a mellen, háton, hason, felkarokon és nyakon, a hol igen finom selyemfényű, kissé felgöngyölődő több □cm.-nyi lemezekben válik le a szarúréteg. E lemezkék többnyire egyik szélükkel letapadtak, de minden határozott rendszer nélkül, úgy hogy a beteg bőre egészen bolyhos ki-

nézést vesz fel, mintha gyapjúval vagy vattával volna boritva. Az alkarokon, alsó végtagokon és az arczban inkább csak üvegszerüen fénylő száraz a szarúréteg s helyenként finoman hámló. A tenyerek és talpak szarúrétege vastag, száraz, merev; a bőrbarázdák itt erősen kifejezettek, kissé fehéresek. A láb ujjairól nagyobb czafatokban húzta le a beteg a szarúréteget, mely alól friss rózsás bőr került elő. A tenyér és talp egy-két helyén az elemelődött és az alatta levő réteg között kevés ma már kissé zavaros serum található. A viszketés az erősebben hámló helyeken kissé fokozódott. A beteg újabb kikérdezésre határozottan tagadja, hogy bárminemű gyógyszert vett volna, vagy hogy életmódjában és életrendjében bárminemű változás állott volna be az utóbbi időben. A beteget október hó végéig, a roham befejeztéig, még vagy 4-szer láttam. Ezen idő alatt a hámlás végig ment egész testén és a pir teljesen eltünt. A törzs legnagyobb kiterjedésében elmult volt már a hámlás, a midőn az alsó végtagokon finom lemezű, boholyszerű exfoliatio fejlődött csak ki. Az arczban igen kisfokú, korpaszínű volt a hámlás; a tenyereken és talpakon pedig nagy és vastag szarúczafatokat szedett le a beteg.

A kezelés mindvégig zinkkenőcscsel, hintőporral történt. A beteg a mellett gyakrabban vett langyos korpás fürdőket.

Róna Sámuel ajánlja, hogy a discussio elhalasztassék addig, míg esetleg Török dr egy referáló előadásban az erythema scarlatiniforme tanának mai állását fejtegeti.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Hueppe: Naturwissenschaftliche Einführung in die Bakteriologie. Wiesbaden, C. W. Kreidel's Verlag, 1896.

A jó hirü prágai bakteriologus ezen legújabb munkája körülbelül harmadfélszáz lapon főleg biologiai részére a bakteriologiának fektet súlyt, vonatkozással nem csupán az orvostanra — noha a fősúlyt erre fekteti, a mint azt a munka főfejezeteinek alább közlendő czimei mutatják —, hanem a botanikára, chemiára stb. is. Ez által mintegy kiegészítéseül szolgálhat a ma már nagy számmal létező, részben nagyon jó bacteriologiai tankönyveknek, melyek tudvalevőleg főleg a bakteriumok morphologiájára fektetik a súlyt. A munka főfejezeteinek czimei a következők: *A bakteriumok alakjai. A bakteriumok életnyilvánulásai. Rövid leirása a legfontosabb kórokozó bakteriumoknak. A járványok okai. Lehet-e a kórokok elleni küzdéssel járványokat megszüntetni. Immunitás, védő és gyógyító oltások. Járványok megelőzése a kórokok elleni küzdéssel. A bakteriologia története.* A mint ezekből kitetszik, rendkivül nagy anyagot ölel fel ezen aránylag kicsiny terjedelmü munka. Kimerítő tehát nem is lehet minden fejezete, noha némelyik — mint például a bakteriumok alakjairól szóló — annak mondható. És épen az egyes fejezetek ezen aránytalanságában találjuk az egyedül kifogásolhatót a könyvben: egyes részek fontosságukkal nem arányos szükszavúságban szenvednek. Ez azonban nem von le sokat a könyv értékéből, mert azt különben a helyes felfogás, a józan itélő képesség és a gyakorlati fontosságú részeknek előtérbe juttatása nagyon is előnyösen jellegzi. Épen azért a könyvet nyugodtan ajánlhatjuk mindazoknak, a kik a tudományos bakteriologia alapjaival és törekvéseinek mai állásával aránylag könnyü szerrel megismerkedni óhajtanak. Ára 6 márka.

II. Lapszemle.

Sebészet.

A gyomorfekélyek kiirtása utáni tökéletes gyógyulás egy esete. Bruns a diagnosist gyomorrákra tette. A műtétkor, melyet assistense Hofmeister végzett, kiderült, hogy egy a gyomor fundusából kiinduló, a hasfallal, a májjal és a léppel összenőtt fekély van jelen. A fekélyt csak úgy volt képes tökéletesen eltávolítani, hogy a homokóra alakját utánzó gyomor, máj és a lépből is resecált bizonyos darabot. A beteg asszony, a ki azelőtt igen heves fájdalmaktól gyötörtetve ételeket magához venni képes nem volt, a műtét után fájdalmaitól megszabadítva, rendes tápanyagokkal él. Hasonló esetet Mikulicz és Eiselsberg is közölt. (Centralblatt für Chirurgie 1895. Nr. 42.) *B—s* dr.

A hydrocele kezelése concentrált carbolsav-oldat befecskendezésével. Bruns Tübingában 47 beteget kezelt ezen módon. Ezek közül 40-et az operatio után 1—5 évre alkalma volt felülvizsgálni s ekkor négynél oly csekély fokú recidivát talált, hogy újolagos operatio szükségét fennforogni nem látta. Voltak esetek, a melyekben az előzetesen alkalmazott jodinjectióra javulás nem mutatkozott, míg carbolsavra igen. Mérgezést nem tapasztalt s míg a carbolinjectio fájdalomnélküli beavatkozásnak mondható, az a jodról nem állitható. Munkáját a beteg a kúra alatt folytathatja. (Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. XIX. Heft 3.) *B—s* dr.

Az idült hólyaghurut gyógyítása a nyálkahártya kikaparása által. Guyon klinikumán a chronikus cystiteseket a következőkép kezelik. A hólyagot másodnaponként 10 ccm. 3—5%-os lapis oldattal edzik; ha gyanú forog fenn tuberculosus folyamatra, akkor lapis helyett 1—2000—5000 sublimat-oldatot alkalmaznak. Ha hat hét mulva javulás nem mutatkozik, úgy nőknél a hólyag az urethrán át lesz kikaparva éles kanál segélyével, férfiaknál a gáton ejtett nyiláson keresztül. Ezután draint alkalmaznak. A fájdalmak szinte spontan szünnek meg, kinzó bajuktól pedig teljesen megszabadulnak a betegek. (Centralblatt für Chirurgie, 1895. Nr. 45.) *B—s* dr.

Bőr- és bujakórtan.

A nicotinszappan alkalmazásáról értekezik *Taenzer P.* A dohány kilúgozása által nyert nicotinnal készült szappan, mely 60 gm. súlyú és 0·42 gm. nicotint tartalmaz, különösen a parasitikus bőrbántalmaknál bizonyult hatásosnak és ezek között különösen a scabiesnél. A beteg, kivéve arczot és nyakot, az egész testet naponként kétszer beszappanozza és az első napokon a szappanhabot nem mossa le. Később, midőn a bőr érzékenynyé válik, elég csak egyszer naponta alkalmazni és pedig addig, míg a viszketés teljesen megszünt. Ezen szappant annál is inkább ajánlja, miután szagtalanságánál és olcsóságánál fogva az ambulatorikus kezelésre igen alkalmatos, a fehérneműt pedig nem piszkítja. Jó hasznát vette továbbá a herpes tonsuransnál, favusnál, pityriasis versicolornál és a parasitikus eczemánál. A nedvedző eczemánál és pustulosus kiütéseknél egyenest contraindikálva van. Ezeken kivül igen jó hatást látott az ideges alapon származó viszkető bajoknál, így különösen a pruritus különféle alakjainál. Miután más oldalról hallotta, hogy egy gyermeknél nikotinmérgezésnek tünetei léptek fel, bár magának tapasztalatai e téren nincsenek, mindenesetre óvatosságot ajánl. *Aschner Arthur* dr.

Chromsav-lapis edzések a syphilis-gyakorlatban. *Boeck* a chromsav és argent. nitr. edzéseket számos éven át jó sikerrel használta. Ezen edzések különösen makacs syphilitikus szájmegbetegedéseknél, melyek egyszerű argent. nitr. edzésekre nem akarnak visszafejlődni, továbbá idült, száraz és tömött nyálkahártyapapuláknál javasoltatnak. Az eljárás abban áll, hogy a syphilitikus plaque-okat először 10%-os vizes chromsav-oldattal beecseteljük, közvetlen utána a lapisrúddal megérintjük. Ezen két szernek combinálása az itt létrejövő vegyi folyamat következtében az, a mi ezen erősebb hatást előidézi, a fájdalom pedig sokkal enyhébb. A lágy sanker kezelésénél némelykor meglepő eredményekhez jutott, gyakran sikerült egyszeri étetéssel még igen kiterjedt sankert is gyorsan a reparationalis stadiumba hozni. Kis papillomákra is, különösen ha igen nagy számban fordulnak elő, igen jó befolyással van. Dermatologiai esetekben, pl. a lupus erythematosusnál kisebb sikerrel alkalmazta. *Aschner Arthur* dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Asthma** elleni orvosságok: Rp. Chloroformii 4·0; Aether. sulf. 6·0; Syr. acaciae 20·0; Tinct. cardam. compos. 6·0. M. D. S. Egy kávéskanálnyit vízben félóránként a roham megszüntéig. — Rp. Ammonii jod., Tinct. belladonnae āā 6·0; Extr. grindel. rob. fluid., Tinct lobeliae āā 8·0; Syr. pruni virgin. 20·0; Aquae destill. ad 60·0. M. D. S. 3-szor naponként egy-egy kávéskanálnyit. — Rp. Syr. ipecacuanhae, Spir. aether., Natrii bromati āa 15·0; Tinct. belladonnae, Aquae laurocerasi āā 8·0; Aquae destill. ad 120·0. M. D. S. Két kávéskanálnyit a roham kezdetén; ezen adag szükség esetén negyedóránként ismétlendő. (Practitioner, 1896. január.)

2. **Brown-Séquard vénye epilepsia ellen**: Rp. Kalii jodati, Kalii bromati āā 8·0; Ammonii bromati 4·0; Kalii bicarbon. 5·0; Inf. calumbae 360·0. M. D. S. Minden étkezés előtt egy-egy kávéskanálnyit és lefekvéskor 3 gyermekkanálnyit. (Practitioner, 1896. január.)

TÁRCZA.

Az orvoslás reformtörekvései és sebészeti értékük.

Irta *Ihrig Lajos* dr, műtő.

(Vége.)

Külön említést csupán a *Basedow-kórság* érdemel, melynek tüneti háromságában a pajzsmirigy-túltengés nemcsak első helyen szerepel, hanem sokfelől kiindulási pontnak is tekintetik. A kórkép közös megfejtésére tulajdonképen csupán hypothesiseink vannak, ezek támogatására azonban semmiféle organikus elváltozásban alapjaink nincsenek. Hogy a struma ilyenül nem szolgálhat, legalább is fölötte valószinü, miután egyrészről maga is okozat, másrészről tünetei mint a szervhez kötöttek ismeretesek, minden távolabbi vonatkozás nélkül. Mindamellett okozati összefüggés nem volna képzelhetetlen, de csupán esetlegesen, szomszédos idegágak (vagus, recurrens, sympathicus) mechanikus ingerlése által, a részükről kiváltott reflex közvetítésével. Igy *Drobnik* egyenesen sympathicus nyomására vezeti vissza a struma részéről az egész tüneti képet. Ma az *ideges eredet* áll a megfejtések között előtérben és kétségtelenül legnagyobb valószinűséggel is bir. Hogy a közös kórkép egész tünetcsoportja csupán *központi ingerre*, mint közösre, vezethető vissza, magától értetődik, arra nézve azonban még számos az eltérés a nézetekben, hogy a gerincz, a nyult, vagy a nagy agyvelő, s az utóbbinak magvai vagy kéreg központjai tekintendők-e az inger kiindulási pontjául. Utóbbi időből eredő vizsgálatok a nagy agyvelőig vezettek s egyelőre ezzel a valószinűséggel, mint legtudományosabbal beérhetjük, annyival inkább, mert therapeutikus irányban a többi sem jelent haladást s a gyakorlatra nézve elméleti harczuk közönyös. Sokkal lényegesebb a tapasztalatnak az a meglepő ténye, hogy a *Basedow-kór képben a struma kezelése*, akár operativ úton, akár mirigyszereléssel, *a betegség egész tüneti képét előnyösen befolyásolja*. Ezt a hatást a német sebészek legutóbbi berlini congressusán a kiváló sebészek egész sora igazolta és hangsúlyozta, a nélkül, hogy a hatás eredetébe és folyamatába bepillantást nyerni sikerült volna. Mindamellett e tapasztalati tény egyszersmind elméleti fontosságú, miután azt a kérdést hordja magával, vajjon a golyva-kezelés révén érvényesült előnyös hatás részjelenség-e csupán és nem-e talán mégis okozati összefüggés kifolyása? Ez az utóbbi gyanú a gyakorlat részéről csakugyan többszörösen jelentkezett, sőt nem csupán gyanú képében látott napvilágot, hanem jól indokolt elméletnek szolgál alapul *(Möbius)*, mely a kórképet a *túltergett pajzsmirigy túltermelése általi mérgezésre vezeti vissza*. Az idegelmélet azonban álláspontjából nem enged s a sebészet eredményeit tünetieknek tartja. Az bizonyos, hogy gyógyulást elérni e módon nem sikerült.

A május hóban tartott lausannei orvos-congressuson *Combe* tanár még egy organotherapeutikus kisérletről referált. Nem egyébről van szó, mint a *csontvelő* alkalmazásáról minden oly esetben, melyben egy *a vér összetételét alteráló* folyamat a mirigyszerkezetü szerv neki tulajdonított vérképző hivatását szükségessé teszi. Ezzel meg van mondva, hogy a szernek elég nagy lenne a szerepköre és csakugyan egész sorozat már a bántalom, mely ellen kisérlet tárgyát képezte. Egyelőre eredményről csak *leukaemia* és *pseudo-leukaemia* eseteinél hallunk, kilátásba helyezték azonban a vérkeverékkel vonatkozásban álló minden bántalomnál, chlorosistól a rachitisig, sőt kalandos remények, mint afféle ujdonsághoz, meginl csak universalis hatást füznek hozzá.

És végül még egy organikus terméknek szenteljünk egy pár sort, mely, ha müvi termék is, szervtől és a szervezet életmüködéséből származik. *Brown-Séquardnak*, a nagynevü franczia physiologusnak, egész reputatióját veszélyeztető felfedezése volt a *spermin*, mint a here és termékének kivonata, mely állitólag az életmüködés összes nyilvánulásait fokozza, az izométől az idegrendszerig. Ezen a réven képezné hatásának részjelenségét a nemi képesség fokozása vagy élesztése és nem erre szoritkozik, a hogy rosszindulat gyanúsította és franczia jelentőségénél fogva gúny tárgyává tette. A mester nem érhette meg eszméje érvényre jutását, ma pedig már több oldalról jelentkeznek értékét igazoló kisérletek. A jelenleg forgalomban levő spermint *Schreiner* állította elő tisztán. Mindenekelőtt pedig *Poehl* az, ki saját termelésü sperminje érdekében veri a vasat (hogy ne mondjam dobot). Fejtegetései különben elég érdekesek, kiemelem közülök a következőket. A szövetek regressiv metamorphosisának főtermékei, a leukomainok, oxydatio által távolodnak el a szervezetből, mely a szervezet önvédelmi folyamata azok felhalmozódása ellen (talán még egyéb is). A testben a légzés oxygenjén kivül ennek más forrását is fel kell tételeznünk, a mint különben *Ehrlich*, *Salkowsky*, *Hoppe-Seyler* és mások is állitják, sőt *Schmiedeberg* az ú. n. *histozymban* határozott anyaghoz kötötte. Poehl a *spermint*, mint fermentumot, tartja *ez intraorganoxydatio forrásának*, mely a szervezet összes organumaiban előfordul és a vérnek is alkatrésze. Mennyisége szerint ilyen sorrendbe állitja a szerveket: here, prostata, petefészek, hasnyálmirigy, thymus, pajzsmirigy, lép stb. Kisérletek nemcsak vegyi, de állatkisérlet útján is történtek positiv eredménynyel és Poehl *az egész organotherapia eredményeit spermin-hatásra* szeretné visszavezetni. Ha az egészből elhagyjuk a túlzást és fölösleges sallangot, egy sebészeti fontossággal biró tapasztalat marad meg belőle számunkra és ez az az előnyös hatás, melyet *chloroform-asphyxia* eseteiben tapasztaltak *oxydáló tulajdonságától*, nemcsak állaton, de emberen is. Mások *bujakóros jelenségek* előnyös befolyásolását, *fekélyek gyógyulását* látták állitólag sperminhatás alatt és nem hiányoznak természetesen a kalandos próbálkozások, tervezgetések sem.

Talán sikerült az elmondottakban a tudományos haladás divatos irányáról képet nyujtanom és talán sikerült benne ferdeségeit is megvilágitanom. Reám az a benyomása, hogy éretlen és erőltetett, természetes fejlődés és szükség nélkül; hogy bakteriologikus szabatosság képe alatt a legmerészebb kötéltánczot járják vele hypothesiseken; hogy sensatiót hajhász, melyben a személy és nem az ügy szolgálatában álló számitás az indító motivum. A saját termelésü szerek dicsöitésének erősen reclame ize van és az új irány szerzői közleményeik végéről el nem felejtik a czimet. Mindamellett az irány létezése is bizonyitja jogosultságát és kétséget sem szenved, hogy a gyógyitás reformatiójában szerepe jut. Mindenek fölött bizonyos pedig, hogy a közérdek erősen ide fordul, nagyrészt méltóbbak elhanyagolásával.

Függelékül pedig legyen szabad a gyakorlatra vonatkozó nehány általános megjegyzést ide toldanom. Mindenekelőtt annyit, hogy itt is a fin de siècle idegcsiklandó rendkivüliségei kedveltek és hatnak leginkább. A berlini sebész-congressuson, akár a szaklapok hasábjain, a hasüri sebészet dominál és az agysebészet foglal el tekintélyes helyet az ő vakmerő vállalkozásaikkal; mi pedig megtapsoljuk a leghajmeresztöbb mutatványokat, mint a sebészet diadalait. Ezeknek a brilliáns mütéteknek értéke pedig csaknem kivétel nélkül palliativ és bizony nagyon sokszor problematikus. Mindamellett ki akarná azok jogosultságát, vagy csak értékét is kétségbe vonni? A mondottakkal csak arra az aránytalanságra mutatok reá, melylyel a mütéti technika uralja a sebészetet a sebészek ambitiójában és munkáiban egyaránt és származása nyilván még arra a kutatási ösztönre vezethető vissza, mely az antisepsissel megnyilt területek iránt támadt. Az bizonyos, hogy a sebészeti technika ma soha nem sejtett magaslaton áll és az egész gyakorló sebészet gyönyörü eredményekre tekint vissza, csakhogy az is bizonyos, hogy ebben, vele karöltve járó, elvi kérdések tisztázásának is része van. A sebészet nem is annyira eredményeivel, mint világos logikájával évről évre újabb területeket hódit és én épen ezeken s a solid fejlődés e tényében látom tudományunk legáldásosabb gyümölcseit.

Heti szemle.

Budapest, 1896. április 17-dikén.

A Röntgen-sugarak értékesítése a gyakorlati orvostudomány terén. A vérsavó-therapia óta tudományos felfedezés még nem vert oly hatalmas hullámokat, mint Röntgen würtzburgi tanárnak nagyfontosságú felfedezése. A hazai és a külföldi szak- és napilapok hasábjain napvilágot látott közleményeket, a melyek szerint a fa- vagy papirdobozba rejtett tárgyakat le lehessen fényképezni, a nélkül, hogy a dobozt felnyitnák, eleinte igen számosan bizonyos kételylyel fogadták s e híreknek egyszerüen hitelt nem adtak. Azóta a felfedezés a tudomány min-

den ágára nézve nagy horderejű tényezővé vált. Az új felfedezés nemcsak tudományos értékűnek, hanem a gyakorlati orvostudományra nézve rendkivül hasznosnak is bizonyult. A felfedezés két irányban szolgáltatott alkalmat a további buvárkodásra; a physikusoknak, hogy megállapítsák a Röntgen-sugaraknak a kathod-sugarakhoz való viszonyát, az orvosoknak, hogy minél nagyobb mértékben igyekezzenek kiaknázni és értékesíteni a diagnosis és a therapia terén az új X-sugarakat. Nem czélom ezen sorok keretében a photographiálás technikájáról szólani, hiszen részletesen ismertetve van az már számos oldalról; az, hogy a Röntgen-féle sugarak azonosak-e a kathod-sugarakkal, az is szorosabban a physikusokat érdeklő kérdés; igy tehát tisztán az orvosokra gyakorlati szempontból fontos kisérleti eredményeket fogom röviden az alábbiakban megérinteni.

A széles alapon megindult kisérletek közül, a hol a Röntgen-sugarak igen jól váltak be, álljanak itt a következők.

Az első kisérletek az emberi és az állati csontváz megvilágítására vonatkoztak. E kisérletek, melyeket a continensen élő számos tudós végzett, meglepően szép positiv eredményre vezettek.

Még csak hézagosan, sőt nem is volt szakszerüen ismertetve a Röntgen-féle eljárás, midőn Eötvös Lóránd br., Klupáthy Jenő tanár, majd Kiss Károly dr., Wittmann Ferencz tanár megkezdték a kisérletezéseket. Az emberi kézről, a chloroformmal elaltatott béka csontvázáról, néhány hónapos emberi embryo csontvázáról vett képek voltak nálunk az első jól sikerült felvételek, melyet a budapesti kir. orvosegyesület 1894. január 18-dikán *Hőgyes Endre* tanár mutatott be az orvosegyesületnek, egyszersmind perspektivát nyujtott e felfedezés lehető értékesítéséről a diagnostika terén. Hogy pathologikus elváltozások diagnostizálására a Röntgen-photographiálás alkalmaz, szintén itt lett először kimutatva, azon photographiával, melyet egy holt kéz ujjperczi izületi végének mesterséges eltávolítással ejtett hiányát jól kimutattam, mely photographiákat e lap 4-dik számában lettek közölve. Wollgemuth kopasztott kappan csontvázáról kapott igen szép képet, a képen a csöves csontok igen tisztán láthatók és jól megkülönböztethető a velőüreg is a csontkéregtől. (Berliner klinische Wochenschrift 1896. 6. sz.)

A Röntgen-féle sugarakat azonban nemcsak a csontok, hanem a fémek is visszatartják és igy sikerült a lágyrészletek közé tévedt s a csontfelületen megakadt ólomgolyó helyzetét felismerni, a mi tapintási érzésünkkel gyakran nem sikerült.

A közkórházi orvostársulat 1894. február 12-diki ülésén Réczey Imre tanár mutatott be ily esetről felvett képet. Felnőtt férfi balkezének tenyéri felületébe 6 millimeteres revolvergolyó fúródott; a seb begyógyult, a golyó bennmaradt; de idővel a bennrekedt löveg szakgató fájdalmakat okozott. A kérges tenyéren át kitapintani nem lehetett a 6 millimeter nagyságú löveget. A beteg kezét Klupáthy tanár le photographálta. A jól sikerült képen elég tisztán látszik a mutatóujj 1-ső perczén a kúpalakú golyó, sőt a csontszilánk is, melyet magával ragadt. Hasonló esetről jól sikerült képet Dollinger tanár mutatott be a február 8-diki ülésen az orvosegyesületben. A lőcsatornában, sem a körül a golyót kutatóval feltalálni nem volt képes.

A bécsi orvosegyesület 1896. január hó 24-diki ülésén Mosetig-Moorhof tanár mutatott be egy esetet, hol vigyázatlanság folytán 6 millimeteres golyó hatolt a tenyérbe. A löveg helyzete tapintással nem volt kimutatható és igy az eltávolítás is nehézségekbe ütközött volna. A felvett képen azonban világosan volt látható a löveg. (Wiener klinische Wochenschrift 1896. 5. sz.)

Jastrovitz a berlini „Verein für innere Medicin“ január hó 16. és 20-diki ülésén ismertetett egy esetet, a hol a kézbe hatolt üvegszilánk helyzetéről csupán a Röntgen-képek adtak felvilágosítást. (Deutsche medicinische Wochenschrift 1896. 5. sz.)

Sydney Rowland az irányban végzett kisérleteket, vajjon nem ismerhetők-e fel a gégében fennakadt idegen testek. Kisérleti czélból férfi nyakának egy oldalára tűt és halszálkát ragasztott tapasz segélyével. A nyak másik oldalát körülbelül 6 perczig exponálta. A képen a tű és a halszálka tisztán volt kivehető. A csigolya és a nyelvcsont kivételével a lágyrészek nem voltak láthatók. (Brit. med. journal 1896.) E sikerült felvételek megerősítik azt a hitet, hogy bármily idegen test helyzetét, pl. lövegek, tük, üvegszilánkok stb., a melyek a csontokon ülnek, biztosan megállapíthatjuk és úgy azokat rövid úton és biztosan eltávolíthatjuk.

Kérdés merült fel, vajjon azonban a csontok korai megbetegedését képes lesz-e feltüntetni ez a módszer. Igy a lobokat az álképleti megbetegedésektől a korai időszakban képesek leszünk-e megkülönböztetni. Pl. bizonyos izületben fellépő gümős góczot a sarcomagócztól. Ez irányban kisérletezett Koenig és megadta a sikerült felvételek alapján a feleletet. Ha a csont elpusztult, a pusztulási helynek megfelelőleg az átvilágított képen csontot nem látunk. A pusztulást ilyenkor álképlet okozta. Ha az elpusztult helyen geny vagy valamely homogen folyadék van, akkor az a képen látható. (Berliner klinische Wochenschrift 1896. 7. sz.)

Lannelongue Párisban hasonlóan találta meg pontosan a gümős góczot.

A csonttörési helyet és a gyógyulási folyamatot ábrázoló képeket Eugen Cohn mutatott be.

A képeket egy gyermekről vette fel, kinél a jobb kéz 4-dik ujjának 1-ső perczе választatott ketté baltával. (Berliner klinische Wochenschrift 1896. 7. sz.)

Petersen heidelbergi sebészi assistens a „Münchener medic. Wochenschrift“ február 11-diki számában megjelent közleményéhez csatolt photographiákat; a csont törési helyét kitünően lehet megismerni.

Huber dr. a sugarakat a belgyógyászat terén alkalmazásba vette és igyekezett a szervek pathologikus anatomikus elváltozásait képeken érzékíteni. Technikailag a nagyobb üregeket átvilágítania nem sikerült; ezért tehát az izületi bajokat, köszvényt, csúzt stb. tette vizsgálatai tárgyává Tapintással sokszor nem vagyunk képesek megi atározni, vajjon az izület duzzadtságát a lágyrészek, porczok, vagy csontok okozzák-e? A felvételek tisztán tüntették fel a pathologikus elváltozásokat. A köszvény-csomók a csontoktól jól megkülönböztethetők, azoknál halványabbak és miután húgysavas sókból vannak összetéve, ebből következtethetjük, hogy e sók a sugarakat némileg átbocsátják. (Deutsche med. Wochenschrift 1896. 12. sz.)

Nemcsak a fémek, hanem azok sóoldatai sem bocsátják át a sugarakat, ezért Becker üreges szervekbe, gyomorba, belekbe fecskendezett az oldatokból. Kisérleti állatokként fehér egerek és tengeri malaczok szolgáltak. A gyomrot és a bélkacsrészletet két helyt lekötötte és liquor. plumb. subaceticumot vitt be; a képen a hasüri szervek közül csupán a gyomor és a lekötött bélkacsrészlet volt látható. E kisérletek okvetlen folytatandók, mert nem marad más hátra, mint oly oldatot készíteni, mely a szervezetre ártalmatlan és a sugaraknak mégis átjárhatatlan legyen. (Deutsche med. Wochenschrift 1896. 13. sz.)

Érdekesek azon felvételek, melyeket *Siegel* mutatott be a bécsi orvosegyesület ülésén. Ő a hasűrből kivett epe és húgyhólyag kövekről készített képeket. A csak kevés mésztartalommal biró kövek csak gyenge árnyképeket adtak; leggyengébbet a cholestearin kövek. (Wiener klin. Wochenschrift 1896. 6. sz.)

Neusser 4 harántujjnyi vastag májrétegen át photographált epeköveket.

Ujabban már a mélyebb lágyrészekről is sikerült felvételeket készíteni. A lágyrészek, mint az edények és az idegek a sugaraknak átjárhatók; ezért Haschek és Lindenthal hullán az edényeket, nevezetesen az art. brachialist Teichmann-féle folyadékkal injiciálták. A folyadék nagyobbrészt krétából áll és igy mint a csont is a sugaraknak át nem járható. 57 percznyi exponálás után az edények és azok elágazódásai igen jól voltak láthatók. (Wiener med. Wochenschrift 1896. 4. sz.)

Legújabban a sugaraknak már therapeutikai tekintetben is jutott szerepük.

Willoughby Wade a tüdőbe hatoló sugarakat iparkodik felhasználni a tüdővész gyógyítására illetőleg a bacillus megölésére

Hasonlóan Mück dr. a „Münchener med. Wochenschrift“-ben közli kisérleti eredményeit a Röntgen-féle sugaraknak hatásáról a fertőző betegségeket okozó mikrobákra vonatkozólag. Tudjuk, hogy a nap vagy a villamfény a kulturákban a bacillusok képződését megakadályozza, sőt tönkre teszi. Kutatásainak eredményei csak részben positivek, s csak a további kutatások folyamán fog eldőlni, vajjon e sugaraknak meg van-e az ily irányú chemiai hatásuk. Végre megemlítem, hogy a technikát már hatalmasan tökéletesítették, a mennyiben oly csövet készítenek, a melynek csak egy pontjából indulnak ki a sugarak s az úgy nyert árnyképek sokkal élesebbek, az 1—1½ órai exponálási időt leszállították 1—2 perczre (Wittmann), néhány másodperczre (Klupáthy). Imbert és Bertin Sans az érzékeny lemez meg a Crookes-féle cső közé karton rekeszt helyeznek és a békáról készült photographián meglátszottak a tüdő és az agyvelő lebenyei. (Presse medical 1892. 12. sz.)

A nálunk készült legsikerültebb képek egyikét Réczey Imre tanár mutatta be a közkórházi orvostársulat egyik ülésén. A kép egy 14 éves gyermekről készült, ki hátsó könyök ficzamot szenvedett. A nyert kép ritka tisztasággal mutatja a csontok helyzetét ezen ficzamodási alaknál; s igy jól felhasználható klinikai oktatásra is az igen tanulságos kép.

A berlini hadügyi bizottság idevonatkozó hivatalos nagy kiterjedésü kisérleteinek eredményei később közöljük.

Kivánatos, hogy a Röntgen-sugarak előállítására szükséges készülékek annyira egyszerüsittessenek, hogy azok birtokába a kórodák kevés költséggel könnyen juthassanak és igy a technikai akadályok legyőzetvén az eljárás is úgy egyszerüsittessék, hogy a képek a kórodákban minden nagyobb nehézség nélkül házilag előállíthatók legyenek.

Boross Ernő dr.

* * *

A zombori orvosok a betegsegélyző egyesületek ellen. Zomborban, hol már eddigelé három betegsegélyző egyesület alakult, a budapesti Hirsch Móricz báró nevét viselő betegsegélyző egylet mégis egy negyedik fiók-egyesületet akart felállítani. A zombori orvosok ez érdekeiket sértő invasióval szemben egyértelmüleg következőkép határoztak Felix Adolf dr. indítványára:

1. A zombori orvosi kar nem látja szükségét annak, hogy a Zombor város területén már eddig is fennálló három betegsegélyző egyleten kivül bárminemü új betegsegélyző egylet alakuljon.

2. A helyben alakulóban levő Hirsch Móricz báró betegsegélyző egylet megalakulása esetén az orvosi karra nézve káros és veszedelmes.

3. A mennyiben pedig ezen vagy bármely más hasonló czélú egylet Zomborban megalakulna, a zombori orvosi karnak egyetlen egy tagja sem fog ezen egyleteknél állást elvállalni és az ezen határozatra vonatkozó „Nyilatkozat“-ot a helybeli orvosi karnak minden egyes tagja aláírásával fogja magáévá tenni.

4. A mennyiben Zomborban új orvos telepednék meg, az orvosi kar őt ezen határozat értelmében kiállított nyilatkozathoz való csatlakozásra felhívja, mit, ha megtagadna, az orvosi kar is megtagadja tőle a collegiális szolidaritást.

5. Ezen mozgalom eredménye közöltessék az orvosi szaklapokban, hogy igy az orvosi kar érdekeit és méltóságát immár nagy mértékben sértő sőt veszélyeztető betegsegélyző egyletekkel szemben

hasonló mozgalmak megindítására hazánk összes orvosainak figyelme felköltessék.

Ezen határozathoz hozzá járultak azután a helybeli gyógyszerészek is azon mindegyikükre nézve kötelező „Nyilatkozat“ aláírásával, hogy semminemű, Zomborba újonnan invadeáló betegsegélyző egyletnek a gyógyszerek árára vonatkozó kedvezményt nyujtani nem fognak.

***

A budapesti kir. orvosegyesület stomatologikus szakosztálya f. hó 15-dikén Kétli tanár egyesületi elnök által megalakíttatott. A megejtett egyhangú választások eredménye: *Árkövy József* dr., szakosztályi elnök, *Turnovszky Jenő* dr., elnökhelyettes, *Hattyasy Lajos* dr., jegyző, *Rozgonyi Sándor* dr., másodjegyző. Elnök kiemeli, hogy a régen érzett visszásságnak helyreigazítására történt a szakosztály czímének megválasztása, mert míg a többi szak neve egész testrészek vagy topogr. anatomikus regiók nevét viselik — milyenek gynaekologia, laryngologia, otologia stb. — addig a fogászati szak az illető anat. tájék egy szervéről a fogról nyert elnevezést, a mi úgy az orvosok, mint a közönség körében azon téves hitre vezetett, mintha a fogászati gyakorlat a fogakon nem terjedne túl; holott az természetszerűleg az egész szájra vonatkozik inclusive összes részeivel. Csak oly országokban, a hol nem orvosok űzik a fogászati gyakorlatot — és a hol tényleg a fogak kezelésén túl nem szabad terjeszkedniök, mert csak ezekre volt korlátolva a fogorvosoknak kiképzése —, lehetett indokolt czen exclusiv szakczím használata; nálunk ellenben csupán orvosdoktorok lévén gyakorlatra jogosítva, teljesen értelmetlen volna a fogászat elnevezés továbbra való fenntartása a helyesebb stomatologia és stomatologus elnevezés helyett.

Tudomás szerint az első stomatologikus egyesület Magitot által Párisban hozatott létre, ezt követte az Academy of stomatology Philadelphiában és most a budapesti kir. orvosegyesület stomatologikus szakosztálya a harmadik kizárólag orvosok illetve orvosdoktorok által képviselt szakegyesület. Az ügyrend-tervezet kevés módosítással elfogadtatván, jóváhagyás végett az egyesület igazgató-tanácsa elé fog terjesztetni. A stomatologikus szakosztály évente legalább 4 ülést fog tartani, november, deczember, február és április hónapok első szerdáján d. u. 6 órakor a kir. orvosegyesület helyiségeiben.

***

Külföldi egyetemek. *Olaszországban* ez időszerint még mindig az 1859-diki úgynevezett „*lex Casati*“ szabályozza a felsőbb oktatásügyet. A közoktatásügyministerek ugyan ismételve igyekeztek új egyetemi törvényt alkotni, de itt is a politikai viszonyok s első sorban az afrikai háborúk meghiúsították törekvéseiket. Legutóbb *Baccelli*, a *Crispi* kormány közoktatásügyminister (a belgyógyászat tanára a római egyetemen) terjesztett be egy nagy fontosságú javaslatot, mely az egyetemek autonomiáját szervezi. A javaslat már a bizottsági tárgyalásokon is átment s *Fusinato* tanár jelentésével is elkészült, midőn az aduai csata megbuktatta a *Crispi* ministeriumot s háttérbe szorította *Baccelli* terveit. Pedig a reform nagyon is égető. A magántanári intézmény sínylődik, a rendkivüli tanároknak *egy* évre való kinevezése megbénítja működésüket, a tandíjak nagyon alacsonyak, a tanárok fizetése nevetségesen csekély, az intézetek dotatiója szegényes s a sok büszke egyetemi czímmel dicsekvő főiskola valóságosan nyomorog. Mindezen bajokon segíteni akart *Baccelli*. Az egyetemeknek széles körű autonomiát szán, a leczkepénzeket úgy szabályozza, hogy a fele közvetlenül a tanárt illesse, a másik felét a tanárok között egyenlő arányban osztják szét. A magántanárok az egész leczkepénzt megkapják, sőt magasabb díjért is hirdethetnek kollegiumot. A szabad egyetemek egyenjogosítását előzetes feltételekhez köti. Az egyetemi gradusokon kivül államvizsgálatokat szervez, az előképzést szabályozza, a tandíjakat körülbelül megkétszerezi. Eddig a jogi tanulmányok s az orvosi képzés körülbelül 860 frankba került, a ministeri javas'at szerint ezentúl az orvosi 1820, a jogi képzés 1490 frankba kerülne (a bizottság ez összegeket 1430 és 1565 frankra szállította le). Az államhatalmat az egyetemi tanácsban a tanárok által választott s a király által kinevezett rektoron kivül még 2 kormánybiztos képviseli. Az autonomiát 19 főiskola kapná meg: *Bologna, Catania, Cagliari, Genua, Macerata, Messina, Modena, Nápoly, Padua, Palermo, Parma, Pavia, Pisa, Róma, Sassari, Siena, Turin, Milanó, Florenz.*

Ez idő szerint 11 négy fakultású olasz egyetem van: Nápoly, Turin, Róma, Padua, Bologna, Palermo, Pavia, Genua, Pisa, Catania, Messina. Ezek közül a leglátogatottabb Nápoly: 5040 hallgatóval; legkisebb látogatottságú Messina: 502 hallgatóval.

3 egyetemnek három fakultása van: Modena, Parma, Cagliari (384—201 hallgató); 2 egyetemnek két fakultása van: Siena, Sassari (229—157 hallgató); egynek pedig csak egy fakultása van: Macerata (264). Ezeken kivül még 4 főiskola (Florenz, Milanóban 3), 4 szabad egyetem: Perugia, Camerino, Ferrara, Urbino (265—76 hallgatóval) működik. (Ferraris után). *G. E.*

***

Budapest székes főváros közegészségi állapota 1896. évi február hóban. A tiszti főorvosi jelentésből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota viszonyítva a mult havihoz, tekintve úgy az általános halálozást mint a heveny-ragályos esetek számát, eltérést nem mutat. Elhalt január hóban 1121, február hóban 1077 egyén. Heveny-ragályos kór január hóban 1232, február hóban 1187 esetben fordult elő a székes fővárosi lakók közt. Élveszületett e hóban 1574, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 78 egyén levonásával 1077; így a születések 497-tel multák felül a halálozásiakat. Február hóban a székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 6523 fekvő és 6826 járóbeteg, vagyis 140-nel kevesebb, mint az elmult hóban. A kerületi orvosok által gyógykezeltetett 733 fekvő és 1692 járóbeteg, összesen 2425, kórházba küldetett 96 egyén. Február hóban a lipótmezei országos tébolydában 859, az angyalföldi elmebeteg ápoldában 342, az irgalmasoknál 195, a megfigyelő osztályon 130, dr. Schwartzer-féle elme- és ideggyógyintézetben 133 elmebeteg ápoltatott. A székes főváros „Erzsébet“ szegényházban 935 egyén közül beteg volt 444 (elme- és eskóros 166), a székes fővárosi „Josephinum“ fiú-árvaházban 105 növendék közül 1 volt beteg, a „Klotild“ szeretetházban 58 növendék közül, a „Mayer“-féle árvaházban 72 növendék közül 3 volt beteg, az „Elisabethinum“ leány-árvaházban 107 növendék közül nem volt beteg. A budapesti első gyermekmenhelyben február hóban felvétetett összesen 23 gyermek. A székes fővárosi hatóságok által elhelyeztetett 16, ezek közül lelencz volt 2. Február hóban ápoltatott összesen 357 gyermek, ezek közül a hatóságok által elhelyeztetett 203, elvitetett 11, elhalt 9. Megbetegedés előfordult az intézetben ápolt gyermekek közt 1, a székes fővárosban levők közt 47, a 341 gyermek közül az intézetben ápoltatott 26, a székes fővárosban dajkáknál 128, az istvántelki intézetben 104, vidéken 83. A székes főváros összes kerületeiben volt 852 csecsemő, lelencz és árva. A gyermektartók egynek kivételével el voltak látva hatósági engedélylyel. Szaporodás volt e hóban 17, csökkenés pedig 42. A csökkenés okai: szülők általi visszavétel 21, elköltözés 14, elhalálozás 7 esetben. Beteg volt e hóban 27, meghalt 7. Halálokok voltak: tüdővész 2, tüdőlob 1, aszkór 1, béllob 1, kanyaró 1, agykérlob 1 esetben. Hét éven aluli gyermekeknél a gyógykezelés elmaradt 7 esetben. Beoltatott fiú 5, leány 12, összesen 17, újraoltatott fiú 289, leány 191, összesen 470. Ebmarás előfordult 14, macskamarás 1. A köztisztaság kielégítő. A vízvezetéki víz jó volt. Kéjnő vizsgáltatott 1230 (bordélyos 478, magán 595), ezek közül kórházba küldetett 157. Orvosrendőri bonczolás végeztetett 48, orvostörvényszéki 11 esetben. Öngyilkosság 8 esetben fordult elő, még pedig: lövés 4, akasztás 1, mérgezés 1, egyéb módon 2. A Dunából hulla nem fogatott ki. A kerületi szülésznők e hóban 59 szegény szülőnőnél segédkeztek. Egyéni fertőtlenítés alatt volt 148 személy. Gőzzel fertőtleníttetett összesen 12,123 darab tárgy. Az állategészségügy, leszámítva az állami kezelés alatt álló kőbányai sertésszállásokat, nem volt kedvezőtlen, a mennyiben egy kerületben sem lépett fel állati megbetegedés járványszerűleg. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Simonits Antal, Grósz Ármin, Sterk József, Deutsch László, Fried Arthur, Mauritz Géza, Vidéky Richárd, Reich Jenő Chain, Polgár Jenő egyetemes orvostudorok, Dörflinger Károly állatorvos és 17 szülésznő.*

Vegyesek.

Budapest, 1896. április 17-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1896. márczius 29-dikétől április 4-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 463 gyermek, elhalt 321 személy, a születések tehát 142 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1896. április 8-dikától április 15-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 15 (meghalt 4), himlőben 3 (meghalt 1), álhimlőben —, bárányhimlőben 18, vörhenyben 28 (meghalt —), kanyaróban 168 (meghalt 5), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 21 (meghalt 3), trachomában 24, hökhurutban 15 (meghalt —), orbánczban 26 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1).

— **Új közkórház.** A m. kir. belügyminister az *Érsekujváron* (Nyitra vm.) épült kórházat 1896. május 1-sejétől kezdődőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 57. §-a alapján közkórházi jelleggel ruházta fel és megengedte, hogy a kórház az 1896/97. évben 68 kr. napi ápolási díjat szedhessen.

— **Rózsa Imre** dr.-t, a lipótmezei országos tébolyda másodorvosát a belügyminister fizetésnélküli rendőrorvossá nevezte ki a székes fővárosi államrendőrséghez.

† **Elhunyt**: *Hainiss József* dr., kir. törvényszéki orvos, Csongrádmegye tiszteletbeli főorvosa 70 éves korában április 9-dikén Hódmező-Vásárhelyen. — *Halász István* dr., szatmármegyei tiszteletbeli főorvos e hó 15-dikén 77 éves korában Kocséron.

† **Mariano Semmola** tanár, a hírneves nápolyi klinikus, e hó 6-dikán 65 éves korában elhunyt.

— **Megjelent és a szerkesztőséghez beküldött füzetek**: Ifj. *Siklóssy Gyula* dr.: A szt. Rókus-közkórház szemosztályának működése 1894. *Polyák Lajos* dr.: A magyar fül- és gégeorvosok egyesületének évkönyve I. k. 1894., 1895. *Drasche:* Bibliothek der gesammten mediz. Wissenschaften. 89—96 Lieferung. Karl Prohaska in Wien. Ára egy füzetnek 60 kr. Dr. *Rud. R. v. Limbeck:* Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes. 2. Auflage. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1896. Ára: 9 M.

— Az ezredéves országos kiállítás oktatásügyi csoportjában, mint halljuk, néhai *Czermák János*, volt budapesti egyetemi tanár és a gégetükrözés felfedezőjének legelőször Budapesten 1859-ben használt és a budapesti kir. orvosegyesületben bemutatott *gégetükre* és *egyéb eszközei*, valamint a nevezett nagyhírű tanárnak *arczképe* és *mellszobra* is kiállítva lesznek. Ezen nagyérdekű tárgyak a nevezett csoport számára a boldogult tanár gyermekei, nevezetesen Münchenben élő leánya *Schubert-Czermák Zsófia asszony* lekötelező szívessége folytán küldettek ide.

—r. **Mangold Henrik dr., kir. tanácsos**, téli tartózkodási helyéről, Cirkvenicáról visszaérkezett s rendes nyári orvosi gyakorlata megkezdése végett *Balaton-Füredre* utazott.

A legújabb főnyeremények. A Magyar Osztály-Sorsjáték II. osztályának legutóbb megejtett húzása ismét beigazolta ezen sorsjegyek tizedekbe és huszadokba való beosztásának áldásos voltát. Szerencsés gondolat volt ezen rendszert Magyarországba is behozni és ez által a szegény néposztálynak alkalmat adni, hogy csekély betétek mellett

oly óriási nyereményekben részesedhes ék, minőket ily csekély koczkázat mellett soha és sehol senki el nem ért. Ebben áll az Osztály-Sorsjátéknak nem kicsinylendő sikere. Hogy erről meggyőződjünk, vessünk egy pillantást a szerencsés nyerőknek nagy számára, kik épen most veszik fel nyereményeiket és azon sok szerencsétlenre, kiket az Osztály-Sorsjáték boldogsághoz juttatott. Az utóbbi főnyeremények Magyarországon maradtak. Igy azon sorsjegy, mely a 100,000 koronás főnyereményt nyerte, **Szegedre** árusíttatott el. A 60,000 koronás főnyeremény egy **sátoralja-ujhelyi** elárusító által vétetett fel, a 40,000, 30,000, 20,000, 15,000 stb. koronás főnyeremények sorsjegyeit pedig a **Heintze Károly** czég adta el. A III. osztálynak már május hóban megejtendő nagy nyeremény-húzására a sorsjegyek már eladásra kerültek. Ezen hónapban, midőn a millenniumi ünnepségek kezdődnek és a kiállítás — melynek keretében az Osztály-Sorsjáték is helyet foglal — megnyittatik, ezen hónapban alkalma lesz mindenkinek oly játékban részesedhetni, melyhez hasonlóan kedvező esélyeket a világ egyetlen sorsjátéka sem nyujtott.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Felső erdősor 5. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Téli kura
rheuma, köszvény, ischias stb. ellen.
Szt.-Lukácsfürdő
r.-t. Budapest.

Kénes iszapfürdő,
douche-massage iszapborogatások. Meghülés veszélye nincs, mert a szállodák és fürdők egy fütött épülettömböt képeznek. Olcsó pensio. Lift és hordszékek, nehéz betegek számára felvonó a vízben. A fürdő főorvosa: *Bosányi Béla* dr. Prospektust küld az igazgatóság.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-közkórházban 1896. április 9-dikétől egész 1896. április 15-ig ápolt betegekről.

1896.	Felvett beteg			Elbocsátott gyógy.			Meghalt beteg			Maradt beteg			Az ápoltak közül a Rókusban			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülönő	heveny fertőző	az üllői-úti kórházban
Ápr. 9	44	54	98	53	25	78	5	3	8	1144	1056	2200	1092	33	71	1004
„ 10	46	31	77	25	21	46	2	3	5	1163	1063	2226	1097	33	78	1018
„ 11	51	33	84	56	44	100	7	—	7	1151	1052	2203	1089	33	78	1103
„ 12	49	36	85	58	54	112	2	1	3	1140	1033	2173	1060	33	80	1000
„ 13	54	47	101	47	33	80	2	4	6	1145	1043	2188	1060	33	81	1014
„ 14	53	41	94	23	34	57	8	2	10	1167	1048	2215	1078	33	80	1024
„ 15	49	46	95	71	49	120	6	3	9	1139	1042	2181	1047	33	85	1016

HIRDETÉSEK.

BILINI SAVANYÚKÚT
legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.
10,000 részben: szénsavas natron 33·6339, kénsavas natron 7·1917, szénsavas mész 4·1050, chlornatrium 3·8146, szénsavas kali 2·3496, szénsavas Magn. 1·7157, szénsavas Lithion 0·1089; szilárd alkatrészek, 53·3941 összes szénsavtartalom 47·5567, hőmérsék 12·30° C.
Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomorbántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérnél stb.
Kitünő diaetetikus ital.
Savanyúkút gyógyintézet.
Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.
Fürdőorvos: **Med. Dr. REUSS VILMOS**
A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban. 3

Tüdőbetegek számára
Dr. Brehmer gyógyintézete **Görbersdorfban** ✻ ✻ ✻ ✻ ✻ ✻ ✻ **Sziléziában.**
Felvétel minden időben.
Legrégibb sanatorium. — Főorvos: **Dr. Achtermann.**
Képes előrajz bérmentve az igazgatóságtól kapható.

Dr. MANGOLD HENRIK
kir. tanácsos,
mint számos éven, úgy ezen nyári idényen is, mint gyógyhelyi orvos működik **Balaton-Füreden.**

Dr. DOLLINGER GYULA
TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE
BUDAPEST VII., KEREPESI-ÚT 52. 16

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai 16
ORVOSI LABORATORIUM
Budapesten, V. ker., Váczi-körút 60. sz.
Foglalkozik *vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudatum* valamint *bakteriologikus vizsgálatokkal.*
Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

BUDAPEST, V. kerület, Erzsébet-tér 8. szám
Dr. REICH MIKLÓS
TESTEGYENÉSZETI ÉS GYMNASTIKAI GYÓGYINTÉZETE 16
BUDAPEST, V. kerület, Erzsébet-tér 8. szám

Dr. HORVÁTH MIHÁLY
operateur 16
TESTEGYENÉSZETI INTÉZETE
Budapest, VIII., Kerepesi-út 17. szám alatt.

Dr. KELETI és KULPIN
min. enged. nyilvános borjú-himlőnyirk-termelő intézete
Békés-Csabán.
Szállít biztos, utóbajok nélküli fogamzásért vállalt kezesség mellett, kitünő oltóanyagot a következő árakon:
1 phiola 3 egyénre — frt 30 kr. | 1 phiola 10 egyénre — frt 80 kr.
1 „ 5 „ — „ 50 „ | 1 „ 50 „ — „ 2 „ — „
1 phiola 100 egyénre — 4 frt.
Oltóeszközök ugyanitt beszerzési áron kaphatók. Megrendeléseket postafordultával expediálunk.
Sürgönyczím: KELETI, CSABA. 12

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUMBAN
mindennemü **ép és kóros váladéknak** (ú. m.: **vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi,** mint **górcsői** és **bacteriologiai** vizsgálatára vállalkoznak 16
dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratorium vezetői.
Polikliníka: VII., Dohány-utcza 31. szám.

Modern, minden orvosi segédeszközzel berendezett
magángyógyintézet sebészi és belbajos betegek számára,
BÉCS, Schmidgasse 14 (előbb **dr. Eder**).
Kitünő ápolás. **Mérsékelt árak.**
Mindennemü felvilágosítással készségesen szolgál a tulajdonos és orvosi igazgató
Dr. Julius Fürth. 13

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás. 16

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

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András"

név figyelembe ajánltatik.

Junius 1-éig és szeptember 1-én túl a lakások ára 25%-kal olcsóbb.

Gyógyhely

KRAPINA-TÖPLITZ

Horvátországban

Zagorinai vasútállomástól „Zabok-Krapina-Töplitz" egy órai kocsiút. Nyi va van **április 1-jétől október** végéig. A 30—35° R. hőmérsékü **meleg forrásoknak** kitünő a **hatásuk köszvény, izom-** és **izületi csúz** és azok **utóbajai, ischias, neuralgiák, bőrbajok** és **sebzések**, idült **Morbus-Brightii, bénulások**, idült **méhgyuladások**, méhközötti **izzadmányok** ellen. Nagy **medencze — teljes — külön márványkád-** és **zuhanyfürdők**, kitünően berendezett **izzasztó kamarák** (Sudaria), **massage, elektromosság**, svéd **gyógygymnastika**, kényelmes **lakások**. Jó és olcsó **vendéglők**, állandó **fürdőzene (a cs. és k. főherczeg Leopold 53. gyalogezred zenekara)**, terjedelmes árnyas **sétányok** stb. Május 1-jétől naponként posta-omnibusz közlekedés **Zabok**-kal és **Pöltschach**-chal.

Fürdőorvos **Dr. Oreškovič** brochürök minden könyvkereskedésben. Prospektust és felvilágositást küld

1 **a fürdő-igazgatóság.**

Természetes arzén és Guber Forrás vastartalmu ásványvíz SREBRENICA BOSNIÁBAN

Természetes arsen- és vastartalmú **ásványvíz** Srebrenicában Boszniában.

Mattoni és Wille Budapest
Mattoni Henrik Bécs

Budapest, Bécs, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn.

VÉDŐJEGY.

16 **Univ. med. Dr. PÉCSI DANI**

nyilvános

TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE

TURKEVÉN (Jász-Nagykún-Szolnokmegye)

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

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

Csomagolásért 20 krajczár

MATTONI ERZSÉBET SÓSFÜRDŐJE

1

Gyógyhely Budapesten (Budán).

Megnyitás április hó 26-dikán.

A gyógyhely forrásai ajánlhatók: a **belek bántalmainál, alhasi** és **általános vérbőségnél, májbajoknál, aranyérnél, túlságos elhizásnál, köszvénynél** és **női bajoknál.**

Rendelő fürdőorvos: ***Dr. Bruck J.*** (Nagykorona-uteza 23. sz.) az országos közegészségi tanács rk. tagja.

Egészséges fekvés, jutányos lakások, jó vendéglő. Pontos közlekedés a társaskocsikon, reggeli 5 órától kezdve. Állomási hely: **Ferencz-József-tér**, a régi Lloyd-épület közelében.

Tulajdonos: **Mattoni Henrik.**

Természetes szénsavdús savanyúvíz a **mohai**

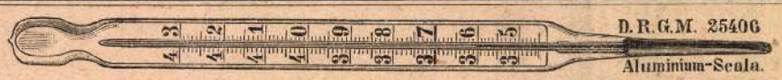
ÁGNES

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

Járvány idején präservativ gyógyszernek bizonyult.

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

Kapható mindenütt.

Uj!!  D.R.G.M. 25406 Aluminium-Scala. igen praktikus!

Uebe percz-hőmérője aluminium-skálával. **D. R. G. M. 25406,** különben egészen jenai normal-üvegből, beolvasztott skálával, melynek eltolódása tehát lehetetlen; könnyen és biztosan fertőtleníthető. Megbizhatósága hitelességi bizonyitvány által garantirozott, nikkel-tokban vagy patent-hüvelyben. — Ára 1 frt 50 kr. Tuczatja 14 frt. — Egyedüli gyáros: **WILHELM UEBE,** orvosi hőmérő gyára **Zerbst, Németország.**

Minták 10 × 13 cm. hosszúak lapunk szerkesztőségében megtekinthetők. 6

Dr. PÁPAY VILMOS-féle

VÉDHIMLŐNYIRK-TERMELŐ-INTÉZET

Budapest, Teréz-körút 31. szám alatt.

Igazgató-orvos: **Dr. SZÉKELY ÁDÁM.**

Alapittatott 1887.

BEJ. VÉDJEGY

Szállít egész éven át biztos fogamzású, friss oltóanyagot következő árakon:

1 phiola	2—3 egyénre		—.50	kr.
5 v. több „	„	„	à—.40	„
1 „	10	„	1.—	„
1 „	20	„	1.50	„
1, 2 v. 5 „	összesen 50	„	2.50	„
1, 2, 5 v. 10 „	„ 100	„	5.—	„

Csomagolásért és szállításért **30 kr.**

Negyvenedik évfolyam. 17. szám. *Budapest, 1896. április 26.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem II. belklinikájából.

Összehasonlító vizsgálatok néhány antineuralgicum hatásáról.

Kuthy Dezső dr., klinikai gyakornoktól.

Az elmult év folyamán alkalmam volt idegbajos betegeket hónapokon keresztül szünetlenül észlelni. Főkép tabesesek és myelitisben szenvedő egyének voltak ezek, szerencsétlen áldozatai betegségüknek a baj hosszadalmassága és minduntalan megjelenő ideges fájdalmai miatt.

E nap-nap után előálló szakgató, égető, szúró fájdalmat, szorító, fűző érzést, kellemetlen zsibbadást, fejfájást, stb. csillapítanunk kell, hogy a beteg hosszú terminust adó biztatásainkat győzze kitartással, felváltsa türelemre.

Jendrássik tanár úr, a ki az előadandókban szives útmutatóm volt, nem is fukarkodik, ha kell, napjában többször valamely antineuralgicumhoz nyulni; ha már egyhamar segíteni nem birunk, könnyebbítés okáért.

A hatás természetesen — hisz ismerjük a jelzett bántalmakat — ideig-óráig tartó, órák, esetleg 1—2 nap mulva, ritkán később, a gyötrelem ismét előáll, a fájdalmak rendszerint új erővel törnek ki.

Hosszabb ideig állván módomban ugyanazon betegek ideges fájdalmai csillapítására a rendeléseket megtenni, kedvezőnek itéltem az alkalmat arra, hogy betegeimen két immár kellőleg kipróbált antineuralgicum mellett — naponta felváltva adván — más újabb ideges fájdalom csillapítókat kisértsek meg.

A hatás mikéntjét, idejét, az esetleges izzadást, mellékjelenségeket azután pontosan feljegyezve, az összehasonlítást megfelelőnek gondolom az egyes szerek relativ megbizhatósága mértékéül, viszonyítva a vezérszer, a phenacetin értékéhez.

A következőkben tehát 700 antineuralgicum-adásról számolok be, a melyekben 9 beteg és 10 különféle orvosság — valamennyi poralakban nyujtható — szerepelt.

A betegek sora röviden a következő volt:

1. *J. S.*, 37 éves, férfi, tabes dorsalis, c. ophthalmoplegia externa lat. sin. Felvettük 1894. április 23-dikán, kiment junius 24-dikén, másodizben 1894. november 5-dikén jelentkezett és 1895. május 7-dikén ment ki.

2. *G. J.*, 42 éves, férfi, tabes dorsalis. Beteg 1889. óta, nálunk volt első izben 1894. október 24-dikétől november 17-dikéig, másodizben ugyanez év deczember 19-dikétől kezdve hónapokon át.

3. *S. N.*, 27 éves, hajadon, myelitis chronica. Beteg lett 6 év előtt, felvettük 1894. szeptember 5-dikén és midőn én az osztályt utódomnak átadtam (1895. május 15.), még mindig a klinikán feküdt.

4. *St. P.*-né, 32 éves, nő, myelitis chronica. Beteg 3 év óta. Felvettük 1894. október 9-dikén és 1895. május 15-dikén még nálunk van.

5. *Gy. E.*, 20 éves, hajadon, myelitis chronica. Beteg lett 1¼ év előtt, felvettük 1894. május 18-dikán és egy kerek év multán még a klinikán hagytam el.

6. *J. E.*, 18 éves, hajadon, myelitis chronica. Beteg 1894. januárja óta, felvettük 1894. október 11-dikén, 1895. májusban még a klinikán van.

7. *Ny. J.*, 37 éves, férfi, myelitis (ex haemorrhagia?). Beteg lett 1893. augusztusában, felvettük 1894. október 3-dikán, kiment 1895. április 11-dikén

8. *B. M.*, 23 éves, hajadon, sclerosis polyinsularis. Beteg lett 1½ év előtt. Felvettük 1894. április 23-dikán, kiment 1894. junius 23-dikán, újra felvettük 1894. augusztus 22-dikén és ezután hónapokon át nálunk volt.

9. *B. A.*, 41 éves, férfi, sarcoma intracranialis. Beteg lett 1894. márcziusában, felvettük 1895. február 26-dikán, kiment ugyanez év április 1-sején. Ez a beteg volt a legrövidebb ideig észlelés alatt.

Az elősorolt idegbajos egyének különféle neuralgiás fájdalmai az intensitást, a szerekkel szemben általában mutatott resistentiát tekintve, meglehetős eltérést mutattak, a mire már itt röviden utalok.

A 2., 5. és 9. számú beteg szakgató, égető, bizsergő, nyomó stb. fájdalmait a szerek átlag könnyű módon csillapították vagy meg is szüntették. Az 1., 3., 4., 7. és 8. számú beteg fájdalmai közepes engedékenységet tüntettek elő, míg a 6. pontban vázolt eset (myelitis verosimiliter ex compressione), hallatlan, sokszor szinte kétségbeejtő eredménytelenséget mutatott a fájdalmak enyhitését illetőleg. Gyakran, végre csaknem kizárólag subcutan morphium-adásra is szorultunk itt.

Megjegyzendő azonban, hogy a közepes ellenállású esetek is időnként (főkép a 8. számú) oly exacerbatiójával a fájdalmaknak lepték meg az embert egy vagy több napra, hogy a morphiummal való enyhitő eljárás indicatiója állott elő.

Hogy az alább felsorolandó szerek hatása összehasonlítható legyen, különös gondot fordítottunk a felváltva adásra, azaz egy és ugyanazt a szert csak napok mulva adtuk a legtöbb esetben ismét, hogy a fájdalmak periodusos intensitásváltozásai a szer hatás-táblázatát ne befolyásolhassák.

A kipróbált szerek a következők voltak. Zsinórmérték a

1. *Phenacetin, acetphenetidin*, melyet különösen franczia szerzők emeltek volt ki mint antineuralgicumot, analgeticumot, ma pedig már ez oldalról mind jobban ismeretessé válik. Ideges fájdalom ellen 1·0—1·5 gm.-nyi dosisát ajánlották egyszerre vagy 2—3 részre elosztva ½ óránként.

2. Az *antifebrin, acetanilid*, mint fájdalomcsillapító már sokaktól javasolt szer (*Krieger, Dulácska, Lépine* stb.). *Fischer* 0·25 gm.-ját, *Dujardin-Beaumetz* 0·5 gm.-ját, *Jendrássik* 0·5—0·75 gm.-ját adták a jelzett minőségben jó sikerrel.

3. A *lactophenin*, a p-phenetidinnek tejsavderivatuma, kristályos, vízben kevéssé oldható por, melynek 0·5—1·0 gm.-os dosisából lázellenes és nyugtató hatást láttak, közepes izzadástól kisérve és helylyel-közzel a hatást utólag követő könnyű tompasággal. *Strauss* (Giessen) a szerről legújabban igen sajátos észrevételt közölt.[1] Három egyénen ugyanis, a kiknek egyike 9, másika 14, harmadika 21 napig szedett lactophenint 4 × 1·0 pro die, mint antineuralgicumot, gyomor- és duodenumhurutot látott kifejlődni, sárgasággal és acholiás székletétellel. Szerző a kifejlődött icterus catarrhalist ez esetekben a lactophenin-használattal összefüggésbe hajlandó hozni. Hasonló nagy dosisokban pro die én a szert nem alkalmaztam, sem oly hosszan egy folytában, mert *Strauss* közlése már kisérleteim befejezése után jutott kezemhez, nem is volt, a mi ez irányban indító körülmény lett volna. Nem tudok tehát a dologhoz hozzá szólni, csak annyit állithatok, hogy 2—3—4, sőt 5 napon

[1] Therap. Monatsh. 1895., Referatum: Gyógyászat, 1895. 489. old.

keresztül bátran adhatunk pro die 2·0 gm. lactophenint az ict. catarrh. veszedelme nélkül.

4. *Neurodin.* Nem egyéb mint acetyloxyphenylmethan (E. Merck, Darmstadt). Iztelen, szagtalan, vizben nehezen oldható por, mely *Mering*[1] vizsgálatai szerint hathatós antineuralgicum. Fejfájás, neuralgiák esetén 1·0 a dosis. Állitólag már $^1/_2$ órával a bevétele után hat. 1·0—1·5 gm.-tól pro dosi semmi kellemetlenséget nem láttak, túlnagy dosis után hosszadalmasan fennállott szédülés és álmatlanság van leírva.

5. *Migraenin.* A dr. Overlach-féle migraenin tulajdonképen czitromsavas antipyrin-coffein (gyár: Farbwerke vorm. Meister, Lucius und Brüning, Höchst a. M.). A hirdetésekben olvasható sok mindenféle indicatiója közül bennünket a súlyos migraen esetén való hasznossága érdekel. Közepes adható mennyisége 1·1 gm., egyszer vagy többször napjában.

6. *Agathin* = salicyl-aldehyd-methylphenylhydrazon. Ezt az iztelen, szagtalan, vizben nem oldható, fehér kristályos lemezkékből álló szert *Roos* állitotta elő. *Rosenbaum* neuralgiáknál és rheumás bántalmakban már 1892-ben sikeresen alkalmazta. Az adandó mennyiség 0·12—0·50 pro dosi 2—3-szor napjában. A hatás azonban csak egy néhány nap mulva következik be (4·00—6·00 beszedése után). A II. belklinikán gyakornok társam, *Aujeszky* dr.[2] már megkisértette a szer hasznavehetőségét rheumás eredetű bántalmaknál és neuralgiáknál 13 esetben. Az orvosszert poralakban, ostyában adta 0·5 gm.-os dosisokban, naponta $1^1/_2$—2 gm.-ot. 2 esetet kivéve, legalább 4—6 gm.-ot vétetett be a betegekkel, nagy részének azonban jóval többet kellett elhasználnia. Teljes gyógyulást egy esetben sem ért el *Aujeszky,* javulást az esetek 38·5%-ában, 61·5%-ban az agathin hatás nélkül maradt. Egy különben makacs trigeminus-zsába esetében volt még a szertől a legfeltünőbb haszon, de itt sem maradandó. A mi egyébiránt épen a háromosztatú ideg neuralgiáit illeti, ezekre *Kétli* tanár is több izben gyors javulást hozónak tapasztalta a szert. Kellemetlen mellékhatást nem egyszer mutattak *Aujeszky* vizsgálatai (émelygés, gyomorfájás, fejfájás, hányás, hasmenés, izzadás, álmatlanság).

Rám nézve a szer nem gyógyitás, hanem enyhüléshozás szempontjából volt érdekes mindig visszatérő ideges fájdalmaknál, azért vettem a jelzett alapos megvizsgálás mellett is belé a sorozatba.

7. *Euphorin* = phenylurethan, fehér kristályos por, mely hideg vizben igen kevéssé oldható. A praxisba *Sansoni* dr. vezette be. *Köster* szerint erős, de kevéssé megbizható lázellenes hatása van, mint antirheumaticum és sedativum pedig nem érdemel első rangot. Állitólag még neuralgiáknál és hemicraniák esetén vált be legjobban 0·4 dosisban 2—3-szor napjában adva.

8. Az *exalgin,* másképen methylacetanilid. Ez a nevét *Dujardin-Beaumetz*-től nyert szer orvosilag 1889. óta vétetett tekintetbe.[3] Fehér tűalakú kristályokból vagy táblákból áll, a melyek hideg vizben rosszul oldhatók. Az antipyrinnél úgy látszik erősebb analgeticum, mert bizonyos hatás elérésére csak $^1/_4$—$^1/_2$ akkora dosisok kellenek. *Dujardin Beaumetz* rheumás bajokban és congestiv alapon fejlődött neuralgiáknál páratlan eredményeket ért el vele. *Fraser, Rabow* szerint 0·25 gm. annyit ér az exalginból, mint 0·01 morphium subcután. Hátrányos oldalai olykor muló részegségérzet, könnyű fülzúgás.

9. *Antinervin.* A Radlauer-féle antinervin 1 rész brom-ammoniumból, 1 rész salicylsavból és 2 rész acetanilidből áll. Mint ilyen állitólag egyesiti magában az antifebrin, salicylsav és brom jó hatásait. 0·3—0·8 gm.-nyi dosisban felnőttnek adva antipyreticum, naponta 4—6 × 0·5 gm. pedig antinervinum. Salicylsav-tartalmával fogva neuralgiás fájdalmakban és polyarthritisben szenvedőknek is hasznos (*Kosinski*).

10. *Malakin* = orthooxybenzylidenphenetidin. Apró világos-sárga, tűalakú, vizben nem oldható kristályok alkotják a szert, melyet antirheumaticumnak, antineuralgicumnak és antipyreticumnak bélyegezve inditottak útjára az orvosok közé. Kiváló hatásúnak mondják polyarthritis acuta esetén (4—6 gm. pro die). Különben is nagy dosisokat kell belőle adni, körülbelül 6 gm.-ot pro die háromszorra felosztva.

A felsorolt szerek közül a phenacetinnel hatásban alaposan összemérhettem az antifebrint, a lactophenint, neurodint, migraenint és agathint. Az euphorin, exalgin, antinervin és malakin adására már nem volt oly sűrűn alkalmam, hogy az előbbiekhez hasonló bő tapasztalataim lennének róluk, de mert ugyanazok a betegek kapták a szereket is, a kik a többit, összehasonlítás mégis lehetséges. Végül elvétve kaptak a betegek egy-egy natr. salicylicum- és antipyrin-dosist is, hogy lássuk, ezekre minő a hatás.

A 700 szeradás a medicinák szerint a következőképen oszlott meg.

Összesen adtunk:

1. phenacetint . .	9 egyénnél	116	izben,
2. antifebrint . .	8 „	96	„
3. lactophenint . .	9 „	97	„
4. neurodint . . .	9 „	127	„
5. migraenint . .	9 „	95	„
6. agathint . . .	8 „	75	„
7. euphorint . . .	7 „	21	„
8. exalgint . . .	8 „	29	„
9. antinervint . .	7 „	22	„
10. malakint . . .	8 „	16	„

(Folytatása következik.)

Syringomyelia egy esete.

Havas Leó dr.-tól Miskolczon.

A syringo-myelia trophikus alakjának alább következő, bár nem egészen szabályszerű esetét azért tartom igen érdekesnek és a közlésre méltónak, mert a klinikai kórkép, mely csakis érzéki és trophikus elváltozásokat mutat fel — izomsorvadási tünetek nélkül —, mégis lehetővé teszi a bántalomnak a gerinczagy bizonyos magasságában és szelvényében való localizálását, s nagyon valószinűnek tünteti fel a gliosis lumbalis kórisméjét. A kórtörténet röviden a következő:

Előzmény: B. J.,[1] 51 éves, gépész. Apja 99 éves korában agyvérzés folytán, anyja 84 éves korában vízkórban halt el. 7 testvére él és egészséges. Beteg ezelőtt mindig egészséges volt. Hat évvel ezelőtt állitólag mind a két nagy lábujja elfagyott; pár hónappal utána egy kocsi ment keresztül mind a két lábán. Ezen trauma után a két lábujjról a köröm genyedés nélkül levált, de 3—4 hónap mulva újra kinőtt; az új körmök azonban csenevészek, rovátkoltak és feketés színűek maradtak. Két évvel ezelőtt a bal láb nagy ujjáról a köröm magától levált s csak nagyon durványosan nőtt ki újból. A bántalom kezdetén, tehát circa hat éve, a bal láb nagy ujjának talpi felületén egy fájdalmatlan, érzéketlen krajczárnagyságú fekély keletkezett, 5 hónappal később egy ugyanilyen fekély a jobb láb nagy ujjának megfelelő helyén. A fekélyek nagyon renyhe gyógyulási hajlamot mutattak. Négy évvel ezelőtt mindkét boka táján vizenyő keletkezett s azt is észre vette a beteg, hogy lábainak nagy ujjai növekednek és szokatlanul nagyok. Ez időtől kezdve a száraiban szúró fájdalmak kínozzák, az ikra-izmokban görcsös rángások és bőre „süt". Az utolsó időben lábainak gyengesége, s a talpak lancináló fájdalmai is nyugtalanítják. Beteg felemliti még azt is, hogy 3—4 év óta sem lábszárai, sem lábai nem izzadnak. Székrekedés és hasmenés váltakoznak, nagyon gyakran, napközben sokszor $^1/_4$ óránként, éjjel 3—4-szer kell vizelnie. A nemi tehetség korának megfelelő.

Iszákosságot vagy bujakórt nem ismer be.

Jelen állapot (1895. deczemberben). A beteg magas termetű, igen jól fejlett. Sensorium szabad, arczkifejezés intelligens. Belső szervek egészségesek. A vizelet rendellenes alkotó részeket nem tartalmaz. A láták egyenlőek, középtágak, fényre és alkalmazkodásra pontosan reagálnak. A szemizmok működésében zavar nem észlelhető, a szemfenék rendes. Beteg a nyelvét egyenesen, reszketés nélkül ölti ki, sorvadás nincs. Az agyidegek körében semmi eltérés nem tapasztalható. Gerinczoszlop egyenes. Járás biztos, nem ataktikus. *Mozgási* zavarok sehol sem észlelhetők, kivéve a subjektiv kifáradási érzést az alszárakban. Izmok nem sorvadtak. Az idegek lefutásukban nyomásra nem fájdalmasak.

[1] Therap. Monatsh. 1893. 12.
[2] *Aujeszky Aladár* dr.: Az agathinról. Orvosi Hetilap, 1894.
[3] Lásd: *Bókai A.*, Újabb gyógyszerek, 1891.

[1] A beteget a borsodi orvos-gyógyszerész-egyesület 1895. deczember 9-diki ülésén bemutattam.

Az *érzékenység* vizsgálata a következő eredményt nyujtja:

Az arczon és a törzsön a tapintási, hő- és fájdalomérzés rendes. Az alsó végtagokon azonban, különösen a két alszáron és a lábakon nagyfokú érzési zavarokat lehet konstatálni. Ezen végtagokon az érzékenység fokát illetőleg 3 zónát lehet megkülönböztetni, melyek azonban nincsenek egymástól élesen elkülönítve, ellenkezőleg lassanként egymásba átfolynak. Az első, a legerősebb elváltozásokat mutató zóna a két lábfejre s az alszáraknak alsó harmadára terjed ki. A tapintási érzés e helyeken meg van ugyan, azonban beteg nem tudja megmondani, ecsettel, a gombostű hegyével vagy fokával érintették-e? Csak arról van homályos észrevétele, hogy valami hozzáért a bőréhez, „mintha ujjal vagy szivacscsal érintették volna meg". A villamosság iránti érzékenység nagy mértékben csökkent: a legerősebb faradikus áramot egész fájdalmatlan, közönséges érintésnek mondja. Tökéletes *analgesia* és *hőanaesthesia* hideg és melegnél. Tűszúrásokat, melyek után vér buggyan ki, izzó parazsat, forró vagy hideg eprouvettákat mint fájdalom nélküli közönséges tapintást érez.

A második zóna az alszárakra terjed ki a térdizületig. Ezen területen a *tapintási érzékenység* rendes. A *hőanaesthesia* világosan kifejezett *perversitást* mutat úgy hideg, mint meleg behatásánál. Hideg eprouvettákat „meleg", meleget mint „hideg" érez, és jelöl meg. A villamosság iránti érzékenység csökkent.

A harmadik zónában, a czombokon, az érzési zavarok csak gyengén vannak kifejezve. Rendes tapintási érzés mellett kisebbfokú analgesia és hőérzéketlenség.

Az alszárakon az *extensiv érzés* (a tapintási terület kiterjedésének érzése) jelentékenyen csökkent: beteg pl. nem tudja megmondani a számokat, melyeknek jeleit egy hegyes fadarabbal a bőrére írjuk, sem annak alakját, sem a hosszúságát. Ugyanígy a *stereognostikus érzés* is csökkent.

A helyi érzés, nyomási érzés rendes. Mozgási érzés, továbbá a képesség, saját mozgásainak irányát, excursióját és sebességét megitélni, izomérzés rendesek.

A lábtalpreflex fokozott, a talp csiklandozásánál az egész végtag mozgásba jön; Achilles-inreflex és a térdreflexek mindkét oldalon csökkentek. A herereflex gyenge, hasreflex normalis. A herék nem fájdalmasak.

Táplálkozási zavarok. A lábak nagy ujjainak talpi felületén évek óta krajczárnagyságú, kerek, teljesen fájdalmatlan, nagyon kevés gyógyulási hajlamot mutató fekélyek láthatók. Körülbelül három hónappal ezelőtt még mind a két fekélyt láttam, jelenleg csak az egyik ujjon, a jobb oldalin konstatálható a mal perforant. Az anyaghiány a bőrre és a bőralatti kötőszövetre terjed ki, olyan, mintha likasztó vassal ütötték volna ki, éles, meredek szélei vannak és síma, sarjadzás nélküli alapja húslészerű folyadékot választ el s érintésre, fájdalmasság- és hőmérséki változásra teljesen érzéketlen.

A fekélyből egy mély repedés húzódik a környező, felhámtömegek által megvastagodott szövetbe. Mind a két nagy lábujj jelentékenyen megnagyobbodott, csontjai meg vannak vastagodva.

A bal lábfej és a bal alszár terjedelmesebb mint a jobb; a csontok, különösen a tibia alsó vége, nemkülönben a bal ugró-csont teriméjében megnagyobbodott, tömegesebb.

A bántalmazott testrészek bőre merev, az alatta fekvő szövetekkel együtt kemény tapintatú, nehezen vonható redőbe. Mind a két boka tája vizenyős, baloldalt magasabbra terjedő. Anhidrosis.

A bal térdizület alatt egy tyúktojás nagyságú, ruganyos, szívós tapintatú daganat, mely mozgatható és már több éve megvan, a nélkül, hogy növekedett volna. Fölötte a bőr mozgatható, hegek nélküli.

Könnyebb hólyag- és végbél zavarok.

A betegünknél észlelhető tüneteket a következőkben foglalhatjuk össze: a bántalom körülbelül 6 év óta tartó; mindkét láb nagy ujján mal perforant, a lábujj-körmök gyakori leválása és tökéletlen kinövése, fájdalom- és hőérzéki zavarok, részletes érzési hüdés, a hőérzés perversitása úgy meleg-, mint hidegre, a legerősebben megtámadott testrészben a tapintási érzés könnyebb zavara, pseudo-acromegalia, anhidrosis, spinalis oedema, a térdreflexek csökkent volta, hólyag- és végbél zavarok, here-érzéketlenség.

Daczára annak, hogy a kórkép egy igen fontos tünetnek hijával van, t. i. az izomsorvadásnak: még sem lehet kétségbe vonni, hogy syringomyeliával van dolgunk, melynél főleg érzéki és trophikus zavarok a túlnyomóak.

Az elkülönítési kórisme szempontjából tekintetbe jöhető bántalmak, úgymint: lepra, Morvan-féle betegség, gerinczagyi daganat, polyneuritis, tabes, hysteria minden nehézség nélkül kizárhatók.

A Morvan-féle kórt azért említettem meg, mert vitás kérdést képez, hogy nem-e azonos a syringomyeliával. A búvárok nagyobb része mai nap azt a nézetet vallja, hogy nem különálló betegség. A fentebbi esetben kiemelendőnek tartom, hogy az észlelt könnyebb tactilis, érzési zavarok nem szólnak a syringo-myelia ellen; ezen körülményt Schlesinger H. is felemliti kitünő monografiájában.

Az esetünkben észlelt érzési és trophikus zavarokból igen nagy valószinűséggel lehet következtetni a bántalom gerinczagyi székhelyére és niveaujára.

A bántalomnak, mely az ischiadicus egész területét ellepi, körülbelül az első ágyéki szelvény magasságában van a székhelye, míg a conus medullaris, tekintettel különösen az Achilles-in és talpreflexek, továbbá a hólyag és végbél zavaraira, a 4-dik sacralis szelvényig valószinüleg a gliomatosis alsó határát képezi.

A bántalom továbbá a *hátsó szürke állomány* pusztulását okozta a gerinczagy már említett részeiben, mit azon körülményből lehet magyarázni, hogy a hő- és fájdalomérzések igen valószinüleg csak a szürke állományban, a hátsó szarvak idegsejtjeinek közvetitésével vezettetnek. Szintúgy a gerinczagy szürke állományának, illetve a hátsó ereszteknek és szarvaknak affectiójára utalnak a bőr és a mélyebben fekvő szövetek trophikus és secretorikus zavarai. A tapintási rostok és a patellaris reflex csekélyebb fokú zavarai a hátsó kötegek részleges bántalmazottságára engednek következtetni. Az érzési zavarok a két alsó végtagon oly módon vannak elosztva, hogy a törzs felé a könnyebb, a periferián a súlyosabb tünetek észlelhetők, egymásba lassanként átmenve. Az érzési zavarok ezen sajátszerű elterjedése az ép leirt esetben klinikai szempontból azért érdekes, mert igazolni látszik a Sherrington-féle vizsgálatok eredményét, melyek szerint az érzési területek egymásba átfolynak.

Közlemény a Tauffer Vilmos egyet. r. tanár vezetése alatt álló II. szülészeti és nőgyógyászati klinikáról.

Méhenkivüli terhességből származó csecsemőnél észlelt veleszületett cerebralis diplegia esete.

Grósz Gyula dr., gyermekorvostól.

(Vége.)

Az agy és gerinczagy szövettani vizsgálatát *Pándy Kálmán* dr. úr volt szíves végezni, a kinek az adatok átengedéséért e helyütt is legjobb köszönetemet fejezem ki. (Technikai okokból egyelőre csupán a gerinczvelő vizsgálata lett eszközölve. A magasabb idegrendszeri részek vizsgálatát *Pándy* dr. később kimerítően fogja közölni, itt csupán a szabad szemmel látható viszonyokat említjük meg.)

Mindkét agy-félteke erősen összenyomott s pedig a bal főkép a lobus frontalisban, a jobb a lobus occipitalis és temporalisban, az összenyomás legkifejezettebb a bal gyrus praecentralis felső harmadán s a középső s felső gyrus frontalis hátsó negyedében. Erősen összenyomott a jobb kis agy-félteke valamint mindkét oldalt az agyalapi dúczok.

Mindkét agy-félteke rostozata, a mennyire ezt szabad szemmel látni lehet, igen fejletlen, szürkés, áttetsző, sok apró tűszúrásnyi tágult véreret mutat, s különösen a bal mellső és jobb hátsó szarvat környező fehér állományban. Mindkét oldali belső toknak agykocsányi része elmosódott, a híd középső részén át tett metszésen a baloldali corticomuscularis pálya sárgás-szürke homályos fényű, a jobb élénk fehér, az olivák táján ez a színkülönbség már nem vehető ki. Mindkét oldali, de főkép a jobboldali agy, kis agykocsány fejletlen, elmosódott határú, szürkésen áttünő.

A gerinczvelő mikroskopos vizsgálatánál első sorban is a jobb gerinczvelőfél fejletlenebb volta tünik fel, úgy a mellső, valamint a hátsó szarv kisebbek, szögleteik s a hátsó szarv külső mint belső kidomborodása a bal oldalhoz viszonyítva letompitottak. Jól kivehető e különbség a cervicalis velőben, hol jobb oldalt a processus cervicalis intermedius alig kifejezett.

Weigert Pál szerint festve (Weigert gyorsított eljárása 4 nap alatt keményítve a gerinczvelőt) a cervicalis velőben az oldalkötegek helyén két sarlóidomú, előre elvékonyodó s az oldalsó szarvat megkerülő világosabb foltot látunk, melyet kivülről az intensive festett cerebellaris s Gowers-féle köteg határolnak, belülről pedig hasonló sötéten festett rostnyaláb szegélyezi a szürke állomány felé. A mellső hasadék két oldalán szintén kissé világosabb a velő, ez azonban csak a cervicalis részben látható; a háti részben nemcsak a mellső kötegekből tünik el ez a világosabban festett hely, hanem az oldalkötegek ritkább rostú helye is mindinkább hátra a hátsó szarv homorulatába szorúl, előrefelé is legömbölyödik, megfelelve így a pyramis-pálya rendes alakjának. Jobb oldalt ezen világosabb, ritkább rostozatú hely a környezettől jobban különválik mintsem baloldalt. A hátulsó kötelek telten, sötéten festődnek. Nagyító alatt látni, hogy a világosabb helyeken az idegrostok ritkábban sorakoznak egymás mellé, a tengelyszálak és velős hüvelyek vékonyabbak; elszórtan mindenütt egy-egy vastagabb rostot látni, hasonlók ahhoz, minők a Gowers- vagy cerebellaris pályában vannak. Carminnal festett készítményeken a jelzett világosabb helyek

sötétebbnek látszanak, azonban a septumok normalis rajzolata teljesen megtartott, a sötétebb színeződés a szürke állomány határrétegébe is folytatódik, úgy hogy e színeződést másnak mint a hiányzó pyramis rostok helyét elfoglaló gliaszövetnek tulajdonítani nem lehet, semmi esetre sincs kóros gliahyperplasia, sem kötőszövet felszaporodás nincs jelen.

A mellső szarv rostozata jobboldalt az egész gerinczvelő hosszában, de főkép a cervicalis részben kevésbbé fejlett, mintsem a baloldalon, e rostszegénység úgy az eredő gyökérrostokra, mint a harántt valamint anterolateralis irányban futó szálakra s a finomabb hálózatra egyaránt vonatkozik.

Nissl-féle festéssel a jobboldali mellső szarv sejtjei jóval kisebb számúak, ritkábban csoportosulnak, azért a magvak kevésbbé kifejezettek mint a baloldalon. Az egyes sejtek kisebbek, a festhető anyag szűkebb reczéket képez, mint a baloldali sejtekben, azért a sejtek itt általában sötétebbek. (Metapyknomorph állapot Nissl szerint.) Mindkét oldalt körülbelül egyenlő számban néhány szétesett sejt is látható.

Az ereken elváltozás nincs.

Összefoglalva az előbbieket: *az agyvelő összenyomása van jelen, jobboldalt az intraabdominalis nyomás, baloldalt az ehhez társult subduralis vérzés következtében; össze van nyomva s fejlődésében visszamaradt a jobb kis-agy-félteke, másodlagos degeneratio van a bal corticomuscularis pályában, mely degeneratio a hídig követhető. Fejlődésükben visszamaradtak az agy-féltekék társító rostjai, a kisagy-agykarok s a mindkét oldali corticomuscularis pálya, ezek közül is a gerinczvelői jobb pyramis-pálya kevésbé fejlett. Az egész jobb gerinczvelő fél fejlettenebb, mint a baloldali.*

Ezek után összefoglalva már most mindazt, a mit egyrészt a csecsemőnél észleltünk, másrészt a szövettani vizsgálat felderített, a tünemények magyarázatára vonatkozólag a következőket mondhatjuk. A jobboldali facialis, a jobb sternocleidomastoideus és a jobb végtagok leirt paresise, valamint a jobb cucullaris contracturára való hajlama s ép úgy a később fellépett összes hypertoniás tünetek a bal hemisphaerát érő folytonos ingerből (haemorrhagia) erednek, a mely tünetek — a pyramis-pálya constatált hypogenesise nélkül — tisztán a corticalis elváltozás következtében is létre kellett, hogy jöjjenek. Így állottak a viszonyok az észlelés első idejében, a mikor a gyermeket ezen jobboldali hemiplegia spasticával az orvosegyesületben be is mutattam.[1]

Az észlelés további folyamán fejlődött ki a baloldali végtagok izmainak hypertoniája és contracturája, a mit a jobb hemisphaera összenyomása magyaráz, ehhez természetesen hozzájárulhatott a bal hemisphaerából eredő inger is a corpus callosum rostjain át, úgy hogy a jobb hemiplegiához a baloldali végtagok spastikus hemiplegiája hozzácsatlakozott.

A cerebralis eredetű diplegiák (*Freud*) nomenclaturájában a legújabb időkig meglehetős zavar uralkodott és valóban *Freud*[2] kiváló érdemének tudandó be, hogy klassikus monografiájában, az irodalom szorgos felhasználása mellett, a helyes utat írja le, a melynek követése mellett sikerülend, a tünetek kellő mérlegelése kapcsán, a gyermekkorban előforduló cerebralis diplegiák csoportosítása.

Freud a cerebralis diplegiák 4 főtypusát különbözteti meg: 1. az általános cerebralis spasmus (*Little*-féle betegség), 2. a paraplegiás spasmus (az ú. n. spastikus spinalparalysis), 3. a bilateralis hemiplegia és 4. az általános chorea és a kétoldali athetosis.

A fent elősorolt tünetek alapján esetünknél két typusról lehet szó: a *Little*-féle betegségről és a bilateralis hemiplegiáról. A *Little*-féle betegség oly cerebralis diplegia, a melynek fő jellemvonását képezi az összes végtagokra kiterjedő

[1] A budapesti kir. orvosegyesület 1895. november 16-dikán tartott 21. rendes ülés jegyzőkönyve.

[2] Zur Kenntniss der cerebralen Diplegien des Kindesalters. 1893.

általános spasmus és a melynél az izom-hypertonia inkább jut érvényre, mint a hüdés. A *Little*-féle betegségre továbbá jellegző az, hogy a felső végtagok kevésbbé vannak afficiálva, mint az alsók. Ellenben a kétoldali hemiplegiák kórképének legkimagaslóbb vonását a hüdés képezi, a melylyel együtt járhat az izmok spasmusa is, a mikor kétoldali spastikus hüdésről szólunk.

Ezzel kapcsolatban szükségesnek tartom, hogy — *Freud* nyomán — felsoroljam a különböző szerzők álláspontját, a melyet ezen kérdésben elfoglalnak. Az angol és amerikai szerzők általában véve nem tesznek különbséget a *Little*-féle betegség és a kétoldali agyhüdés között; vajjon ezen két kóralak elkülönítendő vagy egyesítendő-e, azzal nem igen törődnek. *Sarah Mac Nutt* csak „bilateral spastic hemiplegia"-ról beszél. *Dejerine* ellenben a két kóralakot élesen megkülönbözteti egymástól. Ugyanúgy nyilatkozik *Feer* is, hozzáteszi azonban, hogy egyes ritka esetekben, különösen congenitalis eredetűekben, az elkülönités még egyelőre lehetetlen. Hasonlóképen vélekedik *Freud* is, a ki a két kóralakot egymással szembe állitja és a kettő között átmeneti formákat különböztet meg, sőt az utóbbi vegyes alakokat elég gyakoriaknak mondja. Szerinte a motilitás némi korlátozottsága az általános spasmusnál mindenkor jelen van, másrészt az utóbbinak súlyos esete, a melynél a felső és az alsó végtagok egyenlő mértékben vannak afficiálva, a kétoldali hemiplegiától alig különböztethető meg.

Áttérve már most a mi esetünkre, mondhatjuk, hogy — legalább az észlelés első idejében — a spastikus jelenségek tényleg túlsúlyban vannak a hüdési tünetek felett, az alsó végtagok spasmusa pedig erősebb a felső végtagokénál, a mely kórkép teljesen megfelel a *Little*-féle betegségnek; az észlelés utolsó idejében azonban az összes végtagok spasmusa és hüdéses állapota oly intensitást ér el, hogy a bilateralis hemiplegia képét mutatja.

Ha a tünetek fellépésének egymásutánját tekintjük, úgy azt mondhatjuk, hogy az úgyszólván szemünk előtt fejlődött és a spastikus merevség intensitása teljesen megfelelő azon kóros elváltozásoknak, a melyeket a szövettani vizsgálat alapján találtunk, t. i. a bal hemisphaerában levő nagyobb fokú elváltozásoknak megfelel a jobb végtagoknak erősebb spasmusa, mint a baloldali végtagoké. A jobb lábon levő „equino-varus"-állás az észlelés kezdetétől mindvégig mutatkozott, a bal lábon ellenben csak az észlelés utolsó idejében fejlődött a „calcaneus"-állás, a melynek oka a jobb agyféltekének a balétól elütő módon való összenyomása lehet.

A mi az athetosisszerű mozgások magyarázatát illeti, arra vonatkozólag véleményünk a következő. Az athetosisszerű mozgásokat a társító rostok hiányos fejlettsége okozta, ott lépvén fel előbb, a hol a rostkiesés is nagyobb fokú volt, tehát a bal hemisphaerából eredő rostokban, illetve az ezektől beidegzett izmokban. A jobb hemisphaerából eredő rostok izmaiban ezen mozgások később léptek fel, mivel az elváltozás s az inger itt kisebb fokú volt. Hogy az athetosisszerű mozgások később léptek fel, az megfelel azon általános tapasztalatnak, a melyet hemiplegiás athetosisoknál teszünk.

Az ujjaknak athetosisszerű mozgása, a mint ezt a kórlefolyásból tudjuk, sűrűbben jelentkezett akkor, a mikor az alkar motilitása javult; ezen athetosisszerű mozgások legerősebben léptek fel akkor, a mikor a gyermek kezét a szájához közelitette. Ezen észlelés ugyanis megfelel idősebb gyermekeknél tett észlelésnek, a mely szerint az athetosisszerű mozgások leghevesebben lépnek fel akkor, a midőn a gyermekek intendált mozgásokat végeznek.

Convulsiókat esetünkben sohasem észleltünk, a mely körülmény teljesen megegyezik *Little* tapasztalatával is, a ki számos esetben convulsiókat nem látott.

A veleszületett cerebralis diplegiák *aetiologiájára* vonatkozólag általában véve tudjuk, hogy annak két kategoriáját különböztetjük meg: 1. oly aetiologikus momentumok, a melyek az intrauterin életben jutnak érvényre, mint trauma, a mely a terhes méhet éri, az anyának betegsége (syphilis), nagyfokú psychikus behatások stb.; 2. momentumok, a melyek a szülés alatt lépnek fel: mint ikerszülés, koraszülés, asphyxia, hosszantartó szülés stb. Az általunk észlelt eset aetiologiája az első kategoriába tartozik, természetesen azon módositással, hogy a traumát nem az anya szenvedte, hanem az uterus nyomása a gyermek koponyáját állandóan érte és okozta a koponyának fent már emlitett compressióját, a mely compressio következtében fejlődött a pachymeningitis chronica haemorrhagica és ez idézte elő az agybeli elváltozásokat a baloldalon, míg a jobb agyféltekében levő elváltozásokat az intraabdominalis nyomás okozta.

Az eset észlelését illetőleg még a következő megjegyzésem van. A tünetek felismerése és mérlegelése nem volt könnyű, a mennyiben tudjuk, hogy a normalis csecsemő vég-

tagjainak állása és mozgása szintén bizonyos spastikus jelleget hord magán. A csecsemő pontos és figyelmes észlelése azonban a tünetek helyes felismerésére vezetett; mindjárt az első időben feltünő volt a jobboldali végtagok mozgásának visszamaradottsága a baloldaliakhoz viszonyitva; különösen pedig azon körülmény, hogy a végtagok, ha a szokott helyzetből kimozdultak, mindig az eredetileg elfoglalt helyzetbe visszatértek, tett bennünket figyelmessé a fenforgó rendellenességekre. Kiváltképen azonban a jobb láb „equino-varus"-állása tünt fel a legkifejezettebb módon. Később, az észlelés további folyamán, a spastikus jelenségek mind kifejezettebbekké váltak, úgy hogy a tünetek felismerése ekkor már nehézségbe nem ütközött. Mi is azt tapasztaltuk, hogy a spasmus foka különböző volt, és különösen akkor érte el a spasmus a legnagyobb fokát, a mikor a csecsemővel foglalkoztunk, azt megfogva, felemelve vagy forgatva. Az alsó végtagok spasmusa nagyobb fokú és állandóbb volt, mint a felső végtagoké.

Ismeretes tény továbbá, hogy az egészséges csecsemő az első hetekben és hónapokban chorea- vagy athetosisszerű mozgásokat végez, a nélkül azonban, hogy ezen mozgások kórosaknak tünnének fel. E tekintetben figyelemmel voltunk az esetünkben észlelt athetosisszerű mozgásokra és összehasonlításokat tettünk más normalis csecsemőknél észlelt mozgásokkal és azt találtuk, hogy mig a mi esetünkben az ujjaknak jellegzetes, rhythmikus, egymásután való mozgása volt észlelhető, addig a normalis csecsemők ujjaikat egyszerre kiterpesztik és azután ismét lassabban vagy gyorsabban behajlitják.

Esetünknek különös érdekességet kölcsönöz egyrészt azon körülmény, hogy ez nálunk Magyarországon az első ilynemű észlelés, a mely méhenkivüli terhességből származó élő gyermekre vonatkozik, másrészt pedig, hogy a veleszületett cerebralis diplegia tünetei oly korán, mindjárt a gyermek megszületése után vették kezdetüket és azok helyes értelmezése a szövettani vizsgálat által teljes beigazolást nyert.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Az acidum trichloraceticum gyógyító hatásáról idült genyedő középfülloboknál.

Halász Henrik dr.-tól Hódmező-Vásárhelyen.

W. N. Okuneff, a szentpétervári Miklós katona-kórház fülosztályának ordinárius a „Monatschrift für Ohrenheilkunde sowie für Kehlkopf etc." 1895. január elsején megjelent számában adja elő az acid. trichloracet.-mal végzett nagyszámú kisérleteit középfülloboknál.

Az acid. trichloraceticum caustikus és adstringáló tulajdonságáról a nyákhártyákon *Stein*[1] referált legelőször 1889-ben.

Azóta sokan és sokféleképen alkalmazták azt az orr-, garat- és gége mindennemű megbetegedéseinél, valamint a fül genyedő bajainál több-kevesebb eredménynyel. Okuneff említett közleményében nem érinti az erre vonatkozó már elég bő irodalmat, csupán az idült genyedő középfülloboknál végzett e nemű kisérleteiről számol be.

Előadja, hogy rendkivüli előnyeként szolgál *Cholewa* és egyesek szerint az acid. trichloracet.-nak más savakkal szemben, hogy nem folyik szét, mint pl. a *chromsav*, a melynek alkalmazása után még a sós víz használata is kivánatos, a mely pedig az orron át applicálva a kürtön át a középfülbe juthat és ott heveny lobot idézhet elő.

A trichloreczetsav jegeczes alakja nagyon is megnehezitette alkalmazását és impulsust adott a legkülönfélébb eszközök gyártására, a melyekkel azt a középfülbe vinni és ott applicálni lehetett. Igy *Kilian* olyan sondát készitett, a melyen receptaculum van a jegecz befogadására; *Cholewa* drótból készitett jegecztartót olyan formán, hogy a drót végét tetszés szerinti nagyságú kacsba hajlította a szükségnek megfelelően; *Stein* különféle sondákat és tükröket használt erre a czélra.

Okuneff a *Cholewa*-féle drót sondát használja kacsba hajlított véggel a cauterizálásra; a kacs azonban jó, ha teljes kört képez, mint egy kerek ráma. A kacsba helyez egy kis jegeczet a trichloreczetsavból és az égő lámpa üvegje avagy borszeszlámpa fölött 1—2-szer elhúzza; mert csekély melegitésre van szükség, hogy a jegecz a kacs széleire olvadjon és a kacsba mintegy bele feküdjék.

Okuneff megfigyelései szerint — állításait magam is megerősitem — a sav alkalmazása helyén gyorsan szétfolyik, úgy hogy a fölösleges sav eltávolitására okvetlenül szükséges a fület a sav alkalmazása után azonnal jól kifecskendezni. *Cholewa* biztosit bár bennünket, hogy ilyen esetek nem fordulnak elő, de úgy az *Okuneff* mint a magam kisérletei nem voltak képesek az ő állitását igazolni, illetve bizonyitani.

Maga a cauterizálás rendkivül fájdalmas, úgy hogy előzetes anaesthaesia nélkül — a mi legalább 10%-os cocainnal történjék —, csaknem lehetetlen az alkalmazása, különösen gyermekeknél, de néha 15%-os cocain is szükségeltetik.

A cauterizálás a következő módon végeztessék: 5—8 csepp, előzetesen langyosra melegített 10%-os cocaint cseppentünk — leghelyesebben kaucsuk fültölcséren keresztül szemcseppentővel — a beteg fülbe, mikor is a fejet természetesen vízszintes tartásba kell helyezni a beteg füllel felfelé, a mely helyzetben legalább három perczet kell eltöltenie, hogy az anaesthesia tökéletes legyen, illetve beálljon. Ezen időközben megtöltünk 1—2 fecskendőt langyos vízzel és a savjegeczet a sonda kacsba olvasztjuk be. Megemlitendő, hogy a jegecz kicsiny legyen és a lámpa fölött gyorsan kell elhúzni, mert nagyon könnyen elolvad. Ha 8 cseppnél több cocain cseppentetett a fülbe, úgy a halljáratot vattával kiszárítjuk; majd homlokreflectorral megvilágítjuk a fül belsejét egy elég tág kaliberű kaucsuk fültölcséren át és azon át bevezetjük a sondát a középfülbe, a hol *könnyedén* bár, de eléggé alaposan érintjük azon helyeket, a melyeket szükségesnek tartunk edzeni. Leginkább a perforatio széleit és a középfül nyálkahártyáját érintjük alaposan, mert épen a cauterizálás kiterjedtsége hozza meg ezen kis műtét sikerét. A cauterizálás után az érintett nyálkahártya részek tejfehérszinüek 1—1½ mm.-nyi területen és fehér pörkkel fedettek. Hogy a trichloreczetsav szétfolyását megakadályozzuk és annak fölöslegét eltávolitsuk, mint már emlitve volt, gyorsan kifecskendezzük a fület 1—2 fecskendőnyi vízzel; ezen utóbbi művelet különben is indokolt a fülben felhalmozódott geny miatt, mert a betegek fülök kifecskendezése nélkül jönnek az orvoshoz; azért figyelmeztetni kell a beteget, hogy otthon fecskendezze a fülét, mielőtt az orvosnál látogatást tesz. A fülbe, miután kiszárítottuk, aristolt vagy bórport fúvunk. Az egész műtétet gyorsan kell végezni és azt hetenként 1—2-szer ismételni.

Olyan esetekben azonban, a hol a cauterizálással a dobhártya regenerálódását czélozzuk, csak 8—9 naponként végeztessék egyszer a műtét, mert a sürü edzés roncsolólag hat a sarjadzó szövetre és igy elpusztitanánk azt, a mit felépiteni szeretnénk. Az egyes edzések közti időben a fület desinficiens oldatokkal fecskendezzük; ha még genyedés állana fenn, 2%-os resorcin cseppeket használhatunk, vagy a fület nem is kezeljük egyáltalában.

Okuneff az edzést trichloreczetsavval idült, genyedő középfülloboknál alkalmazta, főleg ott, hol a dobhártya nagyobb perforatiója volt jelen és a hol a kezelés már minden más eszközzel megkisértetett, de eredmény nélkül; továbbá olyan esetekben alkalmazta, a hol a dobhártyán és azt határoló falain a hangvezetőnek granulatiók, polypok nőttek és végre olyan esetekben, a hol az edzés által a perforatiónak már epithellel bevont széleit kellett mintegy új életmüködésre kelteni, hogy gyorsabb sarjadzás által a dobüreget záró hegszövet képződjék.

Az esetek mindegyikében eltünik a geny és annak büze, valamint a nyálkahártya infiltratiója és az élénk vörös szint, világos, szép rózsaszin váltja fel; a nyálkahártya érdessége — granulatiók és apróbb polypok — szintén gyorsan eltünnek és fénylő, sima lesz a nyálkahártya, de a nagyobb polypokra,

*

[1] *Stein Ladislaus.* L'acide trichloracetique dans les maladies du nez, de la gorge et des oreilles. — Congrés international à Paris du 16. au 21. Septembre 1889. Comptes rendus et mémoires pag. 401—408.
Stein Ladislaus. Ein weiterer Beitrag zur Anwendung des acid. trichloracet. Monatschrift für Ohrenheilkunde 1894. Nr. 1. pag. 1—2.

úgy látszik, nem igen van hatása a savnak, úgy hogy olyan esetekben előnyösebb a mütét útján való eltávolítása azoknak.

Helyesen mondja *Okuneff*, hogy nagy jelentőségü a perforált rész behegedése, mert a dobhártyának épségét, sértetlenségét adjuk vissza és ez által a közép és belső fület külső, kedvezőtlen factorok behatásától óvjuk meg; azért kell, hogy nagyrabecsüljünk minden olyan szert, eszközt, a melylyel ezt elérhetjük. Magam is eddigi — bár még kis számú kisérleteim alapján — merem hinni, hogy új dobhártyát lehet képezni regenerativ úton ott, a hol az valamely kóros behatás miatt hiányzik. Mindenesetre előnyösebb a középfülnek, ha egy bőr hegszövetből újra képzett dobhártya zárja el, mint egy müleges, eltekintve attól, vagyis hozzá adva előnyeül az előbbinek még azt a nem kevéssé megbecsülendő tulajdonát, hogy rendszeres kezelésre a *normalis hallást* is visszaadja, *főleg* a gyermekkorban. *Okuneff* szerint *5—25 éves korig megszünteti a trichloreczetsav az idült otorrhoeát, behegeszti a perforatiót a dobhártyán és a hallást visszaadja.*

Okuneffnek közölt eseteiből sikert remélve, megkisérlettem az acidum trichloraceticum használatát és a legszebb reményre jogosító, idealis eredményt értem el. Bár kevés, csak három eset az, a miről most beszámolhatok, de az acid. trichloracet. alkalmazása mellett észlelt *feltünő rohamos gyógyulás és tökéletes hallóképesség elérése* e három esetben is jogot ad arra, hogy vérmes *reményeket* füzzek e páratlan gyógyerejü szer alkalmazásához és hogy el ne mulaszszam a tisztelt kartársak figyelmét e becses gyógyszerre a *legőszintébben* felhívni. A kit közelebbről érdekel e szer alkalmazása, utalok *Okuneffnek* már említett közleményére a „Monatschrift für Ohrenheilkunde etc.“ 1895. január 1. számában.

Rátérek eseteimre, a melyek elég tanulságosak a fent említett eredmények igazolására.

I. eset. J. Sándor, 14 éves gymnazista. 5 éves korában vörhenyt állott ki, a mikor a jobb füle folyni kezdett, és a mely állapota a fülnek 9 éven át állott fenn megszakitás nélkül. A zsebóra ketyegését ad concham hallja. Bal fül normalis. Több kartárs orvosolta már fülbaját, sokáig fecskendezték, de végre is reá untak a szülők és elállottak minden gyógykezeltetéstől, mint sikertelen kisérlettől. Az eléggé módos szülők, midőn a fiut nőni látták — bajával egyetemben, a mult évben elhatározták, hogy a fővárosba viszik gyógykezeltetés végett s mielőtt felutaztak volna fiúkkal, nekem is megmutatták. A beteget mult év augusztus hó 8-dikán láttam először. Profus otorrhoea, vesealakú perforatio a dobhártyán, melynek csak széli részei voltak még meg. Cauterizálás acid. trichloraceticummal minden 9-dik napon, közben másodnaponként lysol-oldattal fecskendeztetett a fül a genyedés megszüntéig. A második cauterizálás után megszünt a genyedés és többé nem is jelentkezett. A hallás, a perforatio kisebbedésével arányosan növekedett, úgy hogy 14-szeri cauterizálás után a dobhártya *teljesen regenerálódott* és a hallás olyan a jobb fülén, hogy a zsebóra ketyegését 3 méterről jól hallja.

II. eset. M. Juliánna, 13 éves. Három év óta fájlalja a jobb fülét és arra absolute nem hall; több izben gyógykezelték, de baja nem javult. Mult év október 13-dikán láttam először. Nem fölötte profus geny a hallójáratban és egy idegen test, valami magféle, a dobhártya előtt. A fecskendő vize akáczmagot — mely már szétesőben volt — sodort magával ki, a mi azután az otorrhoea titkát rögtön megfejtette. Sem a szülők, sem a beteg nem emlékeztek arra, hogy mint kerülhetett a mag a fülbe. Hallás a beteg fülön = 0. Granulatiók a dobhártyán. Cauterizálás acid. trichloracet.-mal másodnaponként. 10 nap alatt a granulatiók eltüntek és borsószem nagyságú perforatio látszott a dobhártyán, annak fele részét magába foglalva, az elülső félen felülről lefelé terjedően. Az 5-dik cauterizálásra a genyedés megszünt. Nyolczszori 9-ed naponként végzett cauterizálásra a perforatio eltünt, a hallás pedig olyan, hogy a zsebóra ketyegését három és fél méterről jól hallja a jobb fül.

III. eset. K. József, 11 éves polgári iskolai tanuló. 4 éves kora óta folyik a jobb füle. Scrophulotikus. Mult év augusztus hó 10-dikén jött a vezetésem alatt álló városi gyermek-ambulatoriumba először. Profus bűzös geny, borsó szemnyi perforatio a dobhártya elülső és hátsó alsó quadransain; zsebórát fél méternyiről hallja. Bal füle normalis. 16-szori 8-ad naponként végzett cauterizálásra behegedt a perforatio és hallása ma normalis, mint a bal fülén. A genyedés a 4-dik cauterizálásra szünt meg; minden nap addig lysol-fecskendések végeztettek.

Még két esetem van most kezelés alatt, az eredményről majd máskor a többivel.

Nem a feltünési viszketegség adja a kezembe a tollat, hogy három eset kapcsán már publicáljam a trichloreczetsav gyógyitó erejét, de a rendkivül kedvező eredmény, melyet eseteimben elértem és most is kezelés alatt álló eseteimnél is biztosan látok, kisérve *Okuneff* prompt vizsgálataival, jogosítanak és késztetnek arra, hogy már most felhívjam t. kartársaim figyelmét *egy olyan szerre, a milyennel eddig nem rendelkeztünk olyan czélból, hogy a chronikus, éveken át fennálló otorrhoea folytán előállott és már úgyszólván bebőrödzött perforatiót eltüntessük, illetve hegesedésre birjuk.* Sok türelemmel és rendszeres kezeléssel fényes eredményeket remélek e szerrel a fülgyógyászat terén. A teljes, normalis hallás visszaadása — mint Okuneff mondja — mintegy koronáját képezi a sok türelemmel épitett épületnek és az orvosnak jutalmul szolgál fáradságos munkájáért.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1896. évi április hó 20-dikán.)

Elnök: **Than Károly**; titkár (mint helyettes): **Fröhlich Izidor.**

Orvosi érdekű előadások voltak a következők:

I. **Thanhoffer Lajos** tanár **„Eszközök és módszerek“** czimen bemutat:

a) *Compressorok*-at kisebb és nagyobb mikroskopi paraffinos metszetekre.

b) *Hydrostatikai tárgyasztalt*, a melylyel a protoplasma-mozgásokat és a fehér vérsejtek oszlását szépen lehet tanulmányozni.

c) *Mikrostat*-ot, a melylyel a szövetek és sejtek összetartását lehet mikroskop alatt tanulmányozni és súlyokban kifejezni.

d) *Agymetszet conserveket* mutat be, a melyeken az agy belső szerkezete jól látható.

e) *Gouasch*-festékekkel festett szív- és idegkészitményeket, a melyek borszeszben eltarthatók.

II. **Klug Nándor** r. tag **Közleményeket mutat be a tud. egyetem élettani intézetéből.**

1. **Szabó József: A tejmirigy nyugalomban és működés közben.** Az emlő elválasztó sejtjei a mirigy alveolusokban mindenütt *egy rétegben* fordulnak elő, s ha *Kolessnikow* több réteget látott, úgy nyilvánvaló, hogy metszetei vagy vastagok voltak, vagy az alveolus falfelülete feküdt a metszet sikjában, mikor is a sejteket felülről látta. Felette nagy a különbség a mirigy működő és nyugalmi állapota közt. E miatt *Heidenhain* a mirigy sejtjeinek két határállapotát is vázolja a szerint, a mint physiologikus működésüknek tetőpontján vagy nyugalomban vannak. Szabó vizsgálatai alapján azonban kiderült, hogy az absolute nyugalomban levő, tehát élettani feladatát nem teljesitő mirigy jól megkülönböztethető a relative ugyancsak nyugalomban levő, de a legközelebbi pillanatban feladatát teljesiteni készülő mirigytől. E miatt a mirigy sejtjeinek élettani feladatuk teljesitésének megfigyelésére három állapotot különböztet meg ú. m.: 1. *A normalis*, vagyis *absolute nyugalomban levő* mirigy állapotát, mely tehát élettani feladatot nem teljesit, sem arra elő nem készül. 2. Az élettani feladatának teljesitésében *fejlődésének tetőpontján álló mirigyét.* 3. *A relative nyugalomban levő* mirigy állapotát, mely elválasztani készülőben van. Vizsgálatai során ugyanis kiderült, hogy a két utolsó, tehát *működő mirigyek magvaiban foglalt chromatin anyag elhelyezkedése typikus;* a mag szemcséi mindig a kerületen vannak elhelyezve, ellentétben az első csoport, tehát nyugvó, normalis mirigy magvaiétól, hol ezen chromatin anyag elrendeződése szabálytalan. Igy górcső alá vitt egyetlen magból megitélhetni, hogy mily mirigygyel van dolgunk.

Kiderült továbbá, hogy a mirigy sejtjei mytotikus úton szaporodnak. Azonban ilyen mytotikus alakokat Szabó csakis a terhesség alatt és a szülés utáni 1—3. napon látott. A szoptatás alatt az oszlásra sem előkészitést, sem semmiféle oszlást látnia egyáltalán nem sikerült, azért következteti, hogy e sejtek feladatuk teljesitése közben tönkre nem mennek, új sejtek nem képződnek. Vizsgálatai eredményeit a következőkben foglalhatjuk röviden össze:

1. A tejet elválasztó mirigy sejtjei mindig egy rétegben fordulnak elő.

2. Az élettani feladatát teljesitő mirigysejtek magvainak chromatin anyaga a sejtmag kerületén van elhelyezve s ez a körülmény teszi lehetővé, hogy az absolute nyugalomban levő mirigyet a relative nyugalomban levőtől elválaszszuk.

3. A sejtek élettani feladatuk teljesitése közben tönkre nem mennek, hanem egy ugyanazon sejt a szoptatás egész tartalma alatt elválaszt, mert mytotikus alak vagyis sejtszaporodás csakis terhes állat emlőiben mutatható ki, valamint a szülés utáni első napokban, az első szoptatások után pedig már nem.

2. **Scholtz János: A gyomor és bélhám magatartása mechanikai behatásokkal szemben.** Erős tömésre a liba és kacsa előgyomrában és belében a normalis viszonyoktól lényegesen eltérő változás áll be. Ezen változás különösen abban nyilvánul, hogy az előgyomor nyálkahártyáját fedni szokott váladék hiányzik, a fedőhám eltünt, sőt a nyálkahártyát bevonó váladékot szolgáltató mirigyek is, kisebb-nagyobb fokú detritust képeznek; úgyszintén a bélbolyhok kötőszöveti része teljesen hám nélküli, a kötőszöveti részek is itt-ott egyes darabokra szakadoztak, sőt a Lieberkühn-féle krypták epitheljének is csak egyes maradványait lehet a nyálkahártya mélyebb részeiben találni.

A levált részek a nyálkahártya előtt detritust képeznek és ezért ebben levált hengeralakú hámsejteket, kötőszöveti részeket, mirigysejteket, de kiváltképen sok fehérvérsejtet találunk.

A libán ezen változást egyedül *Klug* tanár vizsgálta és írta le. *Scholtz* vizsgálatai a libára vonatkozólag megerősítik Klug észleleteit és a kacsánál is hasonló eltéréseket mutatott ki.

Szerző továbbá egér, nyúl és tengerimalacznál is kisebb-nagyobb fokban hasonló elváltozást volt képes előidézni akkor, ha a nevezett állatokat hámozott zabbal tartotta, de az ivóvizet megvonta tőlük. Legerősebb elváltozást talált az egér tápcsatornájában, míg a nyúlnál és tengerimalacznál a változás kisebb fokú volt.

Az állatok közül a liba, kacsa és egér a sértett tápcsatorna daczára is jól emésztettek és súlyban gyarapodtak, míg a nyúl és tengeri malacz a nagy vízhiány miatt lefogytak.

Szerző vizsgálatai megerősítették Klugnak azon állítását, hogy a hám leválást a táplálék által okozott durva sértésnek kell tulajdonítani. Tömött libánál és kacsánál a sértést a nagy mennyiségű kukoricza hozza létre, daczára annak, hogy bőséges ivóvizet kap az állat; ellenben az egérnél, nyúlnál és tengeri malacznál a táplálékul szolgáló hámozott zab csak az ivóvíz megvonása esetén képes sértőleg hatni.

Egy további vizsgálati eredmény az, hogy a levált hám újból visszafejlődik. A regeneratio a gyomorgödrök és a Lieberkühn-féle krypták mélyében megmaradt sejtek karyokinetikus osztódása útján történik.

Az ismertetett vizsgálati eredmények és a gyomor és bélhám functiójáról fennálló különböző nézetek azt engedik következtetni, hogy a fedőhám, ha jelen van, elválasztja a gyomornyálkát és a bélnedv szerves részeit, de a gyomrot és a belet az önemésztés ellenében nem védelmezi, mert, ha a hám hiányzik is, ezek jól emésztenek, de maguk nem pusztulnak el; másrészt a bélben lefolyó felszívódáshoz sem okvetlen szükséges a hám; a hol hiányzik, úgy látszik a fehér vérsejtek pótolják a felhám működését.

3. **Fenyvessy Béla: A diphtheria-toxin és antitoxin hatása a békaszívre.** Szerző a diphtheria-toxint azon szempontból tette vizsgálat tárgyává, vajjon van-e ezen anyagnak a szívmérgekéhez hasonló olynemű hatása, melynél fogva a szívműködést megszüntetheti a nélkül, hogy a szív boncztani szerkezetét megváltoztatná; szóval, hogy a diphtheriás szívbénulás valódi mérgezésnek tekinthető-e?

Kisérleti állatul a békát használta, méreganyagul a diphtheria-toxint, vagyis a diphtheria-bacillusok szűrt bouillon-culturáját. Ezen anyag tengeri malaczokra nézve már 0·1—1 kcm.-es adagban halálos méreg; a békák — mint e vizsgálatok mutatják — kevésbbé fogékonyak iránta. Ezen állatoknál a mérgezés tünetei (a szívműködés zavaraitól eltekintve) a központi idegrendszer hüdésében és a haránitul csíkolt izmok ingerlékenységének csökkenésében állnak.

A toxinnak a szívre való hatását szerző az izolált békaszíven vizsgálta. Eszköze a Kronecker-féle készülék volt; a méreg-anyagot defibrinált vérrel keverve bocsátotta át a szíven. Ezen eljárás mellett azt találta, hogy *a toxin kis adagban gyengíti és lassítja a szívműködést, nagy adagban pedig hirtelen beálló teljes szívbénulást okoz.*

A toxinnak a szervezettel összefüggő szívre gyakorolt hatását vérnyomás-mérés segítségével állapította meg; a toxint a béka bőre alá fecskendezte. Ezen kisérletek eredményei lényegökben teljesen megegyeznek az előbbiekkel. Rövid idővel a mérgezés megtörténte után a szívlökések gyérülnek és gyengülnek, a vérnyomás süllyed; idővel a szív diastoleban megáll.

Minthogy a mérgezés ép úgy folyt le a szervezettel összefüggő szíven, mint az izolált szíven, a bénulás létrejötte nem függhet a szíven kivül eső tényezőktől. Minthogy továbbá a szívnek dúczokat legnagyobb mennyiségben tartalmazó részei, a pitvarok, mindig tovább megtartották működési képességüket, mint a szívcsúcs: a szívbénulás oka nem az idegdúczok, hanem az izomzat hüdésében keresendő.

Ezek alapján szerző kisérleteinek eredményét abban foglalja össze, hogy *a diphtheria-toxin valóban szívizom-méreg.*

Ezen tétel megállapítása után szerző azt kutatta, mennyiben módosítja a toxin ezen hatását a diphtheria-antitoxin. Erre vonatkozó kisérleteit izolált békaszíven végezte. Első sorban vizsgálta magának a diphtheria-ellenes vérsavónak hatását. Kisérleteiből kiderült, hogy a Behring-féle készítmény carbol-tartalmánál fogva nagyobb adagokban bénítja a szívet, míg *a tiszta antitoxin* (a minőt Preisz tanár állít elő) *izgatólag hat, tehát épen ellenkezően, mint a toxin.*

A toxin és antitoxin viszonthatásának megállapítása czéljából szerző a két anyagot összekeverve egy időben vezette át a szíven. A keverék a toxinnak oly adagját tartalmazta, mely magában véve biztosan szívbénulást okoz; az antitoxin mennyisége esetenkint más-más volt. Az így végzett kisérletek azt mutatták, hogy az antitoxin jelenléte megakadályozza a toxin-hatás kifejlődését, nevezetesen bizonyos mennyiségű antitoxin lehetővé teszi azt, hogy a szívműködés a különben biztosan bénító toxin-adag jelenléte daczára fennakadást ne szenvedjen. A keverék hatása alatt álló szív működésének minőségében azonban felismerhető úgy a toxin bénító, valamint az antitoxin izgató hatása. A két anyag tehát a keverés daczára sem változott meg, s így a toxinnak — Behring által feltételezett — vegyi közömbösítése nem foroghat fenn, hanem a keverék hatása alatt észlelt tünetek a két ellentétes hatás egyidejű jelenlétéből magyarázandók.

Szerző kisérleteiből tehát azon következtetés vonható le, hogy *a diphtheria-ellenes vérsavó — a szívre gyakorolt hatás szempontjából — valódi ellenmérge a diphtheria-toxinnak; antitoxikus hatását azonban nem a toxin vegyi közömbösítése, hanem a sejtek (esetében az izomsejtek) működésének a toxinnal ellentétes értelmű módosítása révén fejti ki.*

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XIV. rendes ülés 1896. április 18-dikán.)

Elnök: **Pertik Ottó**; jegyző: **Imrédy Béla.**

A diphtheria-ellenes gyógysavókezelés a budapesti „Stefánia"-gyermekkórházban (402 eset).

Bókai János rk. tanár: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Gerlóczy Zsigmond: Miután más helyütt már részletesen beszámolt a serummal elért eredményeiről, most csak ismételten hangsúlyozza annak kétségtelenül jó hatását, melyet káros mellékttünetek nem kisérnek, úgy hogy az orvosnak a serum alkalmazása határozottan kötelessége; örül szóló, hogy előadó adatai az övéivel csaknem teljesen azonosak és hogy az eredmények is egyformák.

Klug Nándor: Csak néhány szóval tesz említést egy vizsgálatról, melyet intézetében *Fenyvesi Béla* tengeri malaczon és békán serummal végzett a szívműködésre vonatkozólag; e kisérletek szerint maga a toxin nagy adagban a szívműködést diastoleban megállítja úgy kivágott mint az élő állatban levő szíven, kis adagban ritkítja a szívműködést és a vérnyomást alászállítja; az antitoxin — a kisérletre a Preisz-félét használták — magában, toxin nélkül alkalmazva, a szívműködést szaporábbá, erélyesebbé teszi, a vérnyomást fokozza. A toxinnal mérgezett állat ritkult szívmozgásai antitoxinra szaporábbak és erőteljesebbek lettek, a vérnyomás emelkedett, nagyobb adag — 2—3 cm³ — antitoxin a toxin hatását egészen megszüntette, a vérnyomás fokozódott maradt.

A mint e vizsgálatokból kiderült, úgy a toxin mint az antitoxin az izomzatra hatnak és nem az idegre, és pedig az előbbi bénítólag, az utóbbi fokozza az izomingerlékenységét; a hatás physiologikus.

Raisz Gedeon: A belügyministerium közegészségügyi osztálya kötelességének tartotta a dolgok ilyen állása szerint arról gondoskodni, hogy az ország különböző vidékein a serummal való kezelés keresztül vitessék; kezdetben franczia, később Preisz-féle serummal lettek a törvényhatósági orvosok ellátva. Akkor, midőn ez actio megindult, a törvényhatósági orvosok felhivattak, hogy a serummal elért eredményeikről számoljanak be; sok ezerre megy a beérkezett jelentések száma; hogy minő eredményt tüntetnek fel, csak akkor lesz megtudható, ha e jelentések egybe lesznek állítva.

Természetes, hogy az a statistika olyan pontos és minden oldalról megvilágított nem lehet mint az előadóé, mert egyrészt a megfigyelők nincsenek azon helyzetben, mint előadó, de meg olyan különféle szempontokból és oly egyéni antipathiától vagy elővéleménytől vezettetve állítják össze jelentéseiket, hogy nagy munkára és gondos kritikára van szükség, hogy e jelentések feldolgozásuk után értékesíthetők legyenek; az eredményről első sorban az orvosegyesületben fognak beszámolni.

Elnök az egyesület nevében köszönetet mond előadónak előadásáért.

A magyar dermatologusok és urologusok egyesülete.

(II. szakülés 1896. január hó 19-dikén.)

(Vége.)

Justus Jakab: Herpes zoster egy ritkább localisatiója.

Syphilis és inger.

Aschner Artur: P. F., 25 éves, egy év előtt monylaesiót acquirált. Beteg általános kezelésben nem részesült. Vajjon voltak-e ezt nemsokára követő secundaer tünetek, nem tudja. Beteg azonban néhány hét előtt következő állapottal jött be: a végből körül több túltengett és szétcsett papula, a bal láb negyedik és ötödik ujj közében két félkrajczárnyi túltengett papula, a bal vállon és a bal scapula felső része fölött számos orbicularis syphilid. A köztakarónak többi részén és a nyálkahártyán egyébként semmi elváltozás. Nagyfokú polyadenitis.

Több szerzőnek és különösen Neumannak vizsgálatai folytán tudjuk, hogy a secundaer stadiumnak kiütései helyi kezelésre sem múlnak el teljesen, hanem ezeknek helyein mikroskopiai syphilistermékek visszamaradhatnak. Ha ezeket valamely inger éri, legyen az hőbeli, vegyi, mechanikai, akkor proliferálnak és némely esetben az előbbieknek helyein jóval hatalmasabb beszűrődések keletkezhetnek.

Betegünknél is, ki zsákhordó és a *zsákokat mindig a bal vállon hordja*, ezen folyamatot észlelhetjük, itt is mechanikai insultusra az előbb említett helyen túltengő syphilis-kiütések jelentkeztek.

Róna Sámuel azt tartja, hogy a luetikus jelenségek a köztakaró azon részén, melyek bizonyos ingereknek folyton ki vannak téve, inkább megmaradnak s tovább ellentállnak a kezelésnek.

Syphilis vagy keratoma?

Aschner Artur: X. Y., 28 éves, tanító, 2 év óta egy bőrbántalomban szenved, mely eddig minden kezeléssel daczolt. Mindkét tenyér közepén a bőr kissé beszűrődött, a beszűrődés helyein kiemelkedő félhold és vesealakú rajzolatokkal és vastag repedező szarurétegekkel fedett. A talpakon 1—1 tallérnyi diffus hasonló plaque. Továbbá egyes ujjak belfelületén elszórt lencsényi egész borsónyi körkörös élesen körülírt túlszarusodás és hámlás látható. A köztakaró többi részén és a nyálkahártyákon semmiféle elváltozás; kisfokú polyadenitis. Bajának kelet-

kezésére okot felhozni nem tud, legföljebb azt, hogy nyáron *kertészkedni* szokott. Nemi baja és ezt követő kiütése állítólag sohasem volt.

Miután a psoriasis vulgarist és lichen ruber planust, melyek úgyis igen ritkán fordulnak elő egymagukban ezen helyeken, továbbá az eczemát kizárhattuk: csak a keratoma és palmaris psoriasiform syphilid között kellett dönteni. Tekintve azt, hogy az alkalmi keratoma az oknak elmaradása után és kezelésre rendesen visszafejlődik, továbbá, hogy ez csupán felületes szarúmegvastagodások képét adja és határai elmosódottak; ellenben, hogy a betegnél épen beszűrődések és pedig éles határokkal, felemelkedő szélekkel láthatók és elszórtan is hasonló helyek constatálhatók, továbbá, hogy a beszűrődések az észlelési idő alatt alkalmazott empl hydrarg. használatára visszafejlődni kezdenek, az anamnestikus adatok és más syphilitikus stigmata hiánya daczára a bemutató hajlandóbb e bántalmat syphilisre visszavezetni.

Reinfectio syphilitica? egy esete.

Aschner Artur: A syphilis reinfectiót minden esetre bizonyos scepticismussal kell fogadni, különösen oly esetekben, midőn nem volt alkalmunk az első primaer laesiót és az ezt kisérő tüneteknek lefolyását észlelni. Jelen esetben nem észleltem az első infectiót, azonban következő okoknál fogva, melyekre később visszatérek, ezen esetet mint *syphilis reinfectiót* kell felfognom. Az eset a következő:

I. K., 24 éves, könyomdász, 1895. deczember 4-dikén jelentkezett Róna tanár úrnak ambulatoriumán azon panaszszal, hogy 8 nap óta vesz észre fekélyt a monyon. Utolsószor közösült ezelőtt 14 nappal. A kórelőzmények felvételénél beteg elmondja, hogy 1890-ben recens syphilisben szenvedett, mely ellen a brünni kórházban intramuscularis higanyfecskendezésekkel kezeltetett, később több üveg jodkaliumot ivott. Ezen idő óta semmiféle recidivát nem észlelt. A betegnek megvizsgálása alkalmával kitünik, hogy a sulcus coronariusban baloldalt borsónyi tömött be zűrődés van, mely felületén kifoszlott. A jobb inguinalis tájon néhány kisbabnyi mirigy. Tekintettel arra, hogy beteg 1890-ben sclerosisban és recens luesben szenvedett, a most jelenlevő laesiót egyszerű lágy sankernek tartottam. Azonban a lefolyás mást mutatott, ugyanis a laesio mindinkább a typikus sclerosis képét kezdte felvenni, a mirigyek beszűrődése, különösen jobboldalt fokozódott — ezt különösen kell kiemelnem —, úgy hogy 1895. deczember 24-dikén a következő statust vettem fel. A sulcus coronariusban levő folytonossághiány basisa porczkemény, a jobb inguinalis tájon mogyorónyi egész diónyi fájdalmatlan mirigyek, az egész köztakarón különösen a felső végtagokon és a törzsön sürű roseola, kisfokú angina. Beteg jelzi, hogy e napokban fejfájásai voltak, lázas és étvágytalan volt. Miután most a recens lues kórisme minden kétséget kizár, azon kérdés merült fel, vajjon a beteg 1890-ben csakugyan syphilisben szenvedett-e? Mert, ha ez való, ezen bántalom nem tekinthető másnak, mint syphilis reinfectiónak.

Felvilágositást a brünni kórház főorvosától Katholiczky dr.-tól kértem, kinek osztályán beteg akkor keezeltetett. Ez szíves volt következőt válaszolni: „Beteg csakugyan felvétetett 1890. november 7-dikén egy már gyógyult sclerosissal osztályára, a sclerosis nyoma fent a sulcus coronariusban volt, nagyfokú polyadenitis, az egész köztakarón különösen a mellen és háton papulosus kiütés, az alsó ajkon és tonsillákon kifoszlott plaque-ok. Az infectio állítólag 3 hó előtt történt. Beteg 13 hydrarg. salicyl. intramuscularis befecskendezést kapott, mire tünetileg gyógyultan elbocsáttatott. Katholiczky főorvos ugyan a beteget maga nem észlelte, miután betegsége megakadályozta, de segédorvosának diagnosisáért szavatol." Ezeket előrebocsátva azt hiszem, hogy jelen esetben egy reinfectio syphilitica esetével van dolgunk. Mert az 1890-ben felállított recens syphilis diagnosisában nincs okunk kételkedni, mert a tünetek oly praegnansak voltak, hogy még kevésbbé gyakorlott orvos is nehezen tudott volna más diagnosist csinálni. A mostani diagnosishoz, azt hiszem, szintén nem fér kétség, mert a laesiónak keménysége kitapintható, a táji mirigyek typikusan be vannak szűrődve és a mi a fő, láttuk ezeket kifejlődni; ezeken kivül a roseola is megkülönböztethető. Hogy az úgynevezett „késői roseolával" volna dolgunk, az semmi esetre sem valószinű, mert öt évi infectio után nincs alkalmunk ilyen sürű roseolát észlelni. Hogy az úgynevezett visszatérő sclerosissal (a francziák pseudo-chancre-je) volna dolgunk, itt ismét a nagy időköz szól ellene, továbbá ennél táji mirigybeszűrődések és polyadenitis nem ily módon lép fel. Máskülönben az esetnek egész lefolyása is ellene szól.

Többen szót emeltek a *reinfectio* biztos felvétele ellen.

Basch megjegyzi a „késői roseola" differential diagnosisára vonatkozólag, hogy jelenleg is van kezelése alatt egy beteg, kinél 1892. tavaszán volt sklerosis, utána 2 hónappal roseola és papulosus küteg, fekélyek a mandulákon, azóta 6 recidiva, mely mindig csak roseola alakjában mutatkozott. Az egész idő alatt észlelése és kezelése alatt volt a beteg és a roseola a minden alkalommal foganatosított antiluetikus kezelésre (felváltva 5% sublimat intramuscularis injectiók és 3 gm.-os higanykenőcs bedörzsölések) teljesen eltünt.

Poliklinika bemutató estélyei.

(II. estély 1896. évi február hó 5-dikén.)

Agyalapi daganat esete.

Schaffer Károly: A 3 hónapos csecsemőn jobboldali complet oculomotorius hüdés ptosissal, baloldali centralis facialis hüdés s végül a baloldali végtagokban a kéz- és lábujjakban rhythmikus rendellenes mozgások mutatkoztak. Később a baloldal paretikussá vált. A jobb szem nystagmust mutatott. A daganatot a jobboldali pedunculusra localizálja.

Idült dobüri genyedés; cariosus kalapács eltávolitása.

Lichtenberg Kornél: A beteg bal füle 10 év óta genyezik, gyakran voltak ez oldalon subacut lobjai nagy fájdalommal, a geny mindig büzös volt. Bemutató által hosszú ideig lett conservativ módon kezelve, de kevés eredménynyel. Első vizsgálatnál évek előtt a lelet következő volt: kevés sürű, túrós geny a külhalljáratban; a dobhártya átivódott, piszkos fehér-szürke, atrophikus; a Shrapnel-hártyában perforatio; catheterizálásnál száraz fuvó zörej. Hallás = 0, suttogó hangot nem hall, conversáló hangot csak 8 cm.-nyire. A csecsesont részéről semminemü gyanus tünet sem objective, sem subjective. Diagnosis: Idült attikus genyezés. A conservativ módszer ki lévén meritve, a kalapács el lett távolitva, mely az eltávolitás után cariosusnak bizonyult. Bemutató leirja a mütét technikáját, a mütét után fellépett iztelenséget az operált oldalnak megfelelő nyelv-félen, az utókezelésnek változatosságait. A beteg füle most teljesen száraz, a perforatio még megvan, a dobüreg nyálkahártyája sima és hallóképessége lényegesen javult. A kalapács és üllő eltávolitása csak akkor van indicálva, hogyha a régi genyező folyamat csak a dobüregre van localizálva, ha azonban a genyezés már átment a csecsesont sejtjeibe, akkor csak a radikalis mütét hozhat hasznot. A csontocskák eltávolitásának mindenesetre megvan azon előnye, hogy hozzáférhetőbb lesz a genyezés fészke, a fül meg van óva a stagnatiótól, a genynek szabad lefolyása biztositva van és igy ezen kis mütét nagy prophylactikus jelentőséggel bir.

Szemészeti esetek.

Goldzieher Vilmos: Négy kóresetet mutat be. Az esetek a következők:

1. *Cataracta luxata.* A hályogos lencse a mellső csarnokba elő volt esve és csak különféle complicatiók leküzdése után sikerült a hályogot eltávolitani. Az üvegtest nagy része, mely serosus folyadékká volt higulva, elveszett, mindamellett teljes gyógyulás állott be és a látás helyreállott.

2. *Embolia arteriae centralis retinae* friss esete. A 65 éves beteg endoarteritis universalis és nephritisben szenved.

3. *Retinitis haemorrhagica* friss esete, szintén endoarteritis és nephritis következtében. Előadó behatóan ecseteli az anatomiai és kórtani összefüggést, mely az alapbaj és a szemtükörrel észrevehető elváltozások között fennáll.

4. *Retinitis pigmentosa typica* legmagasabb kifejezésében. Legnagyobb fokú festenyelfajulás a szemháttérben, hemeralopia, a látter majdnem pontszerü volta, siketség. A baj hereditarius.

Idegbetegek bemutatása.

Schwarz Artur: 3 beteget mutat be. Az első egy 44 éves férfibeteg, ki 5 év óta paralysis agitansban szenved. Az eset minden tekintetben valóságos typikus iskolaeset; a tünetek közül különösen szembeötlő a pro- és retropulsio kifejezett jelenléte. Nevezetes még az, hogy a tremorban a fej is önállóan részt vesz és hogy a bal pupilla a jobbnál tágabb; a betegség a bal oldalon vette kezdetét s csak később ment át a jobb oldalra.

A második beteg egy 12 éves idiota leány, ki ellentétben a rendes idiotismussal erős testi fejlettsége által tünik ki, úgy hogy 25—30 évesnek volna tartható.

A harmadik eset egy angioneurosis. A 38 éves asszonynál hideg behatása alatt a kéz és láb edényei annyira összehúzódnak, hogy e testrészek viaszszerüen áttünők lesznek; meleg behatására nagyfokú cyanosis jő létre. Ezenkivül beteg e helyeken paraesthaesiáról panaszkodik; nem lehetetlen, hogy itt a Raynaud betegség első stadiumával van dolgunk.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Thorowgood: Asthma and chronic bronchitis. New edition. London, Baillière, Tindall et Cox, 1894.

A nagyon élvezetes modorban irott kis könyv, mely a tüdőbetegek számára felállított londoni „Victoria Park Hospital"-ban 30 éven át szerzett tapasztalatok alapján készült, az asthmára, annak különböző alakjaira vonatkozó ismereteink mai állását hiven tükrözi vissza. Czime tulajdonképen nem felel meg egészen tartalmának, a mennyiben a chronikus bronchitisről csak annyiban szól, a mennyiben az összefüggésben áll az asthmával, illetve az asthmatikus rohamokkal. A munka 11 fejezetre van osztva, melyek mindegyike élénk tanúbizonyságot tesz szerző nagy tapasztalatairól e téren, valamint józanul biráló gondolkozásmódjáról. A fősúly a gyógyitásmódra van fektetve és itt nem csupán az orvosszerekről — még a legújabbakról is — emlékszik meg, hanem nagyon helyesen a diaetetikus kezelésre is nagy súlyt fektet, úgyszintén azon úgynevezett diathesisek kezelésére, melyek az asthma kelet-

kezésében tudvalevőleg sokszor nagy szerepet játszanak. Az úgynevezett adenoid vegetatiókról az orrgaratüregben, mint a melyek szintén birnak fontossággal az asthmatikus rohamok létrehozásában, szintén megemlékszik, noha azoknak operativ kezelését illetőleg külön szakmunkákra kénytelen utalni. A mondottak felvilágosítására mindenütt kórtörténeteket találunk közbeiktatva, a melyek a különben is élénk előadást még élénkebbé teszik. Az összesen 136 lapra terjedő, az angol munkáknál régen megszokott csínnal kiállított munka nagyon hasznos és élvezetes olvasmányul szolgálhat minden gyakorló orvosnak.

II. Lapszemle.

Sebészet.

A Bartholin-féle mirigyek gyuladásáról szól kimerítően *Bergh*. E mirigyek *nyilásai* tudvalevőleg a hüvely nyilásától jobbra és balra láthatók, közelebb a hátsó commissurához, a szűzhártya alatt, szöveti szerkezetök hasonló a férfiak *Cowper-féle* mirigyeihez, t i. acinosusak, 15—20 mm. hosszúak s 8—10 mm. szélesek. A Bartholin-féle mirigyek a lágyszövetek között *nem* tapinthatók ki, bár szerző felemlíti, hogy azokat több alkalommal sikerült palpálnia. A mirigyek élettanának bővebb fejtegetése, a hypersecretio s a pollutiohoz hasonló nedv kilövelés leírása után, a tulajdonképeni beteges viszonyokat tárgyalja.

A két kis mirigy leginkább a kankós fertőzés lefolyása alatt szokott meggyuladni, de gyuladásba jöhet más okból is, így pl. trauma alkalmával s szülés alatt, hol a staphylococcusok s más hasonló gyuladás-gerjesztő mikrobionok játszák a főszerepet.

Érdekes a szerző fejtegetése továbbá — mert tudvalevőleg a mirigyek pathologiája még nincs eléggé tanulmányozva —, hogy a Bartholin-féle mirigyek gyuladásakor leginkább csak a *kivezető cső* beteg, s hogy a mirigyekben a tályogképződés *ritkaság* számba megy, mert a kivezető cső eldugulása miatt inkább csak *genyfelhalmozódás* van jelen, tehát *pseudo-abscessus*. A Bartholinitis ritkán okoz a lágyéktájon nyirok-mirigy gyuladást, mert a mirigy nyirokerei nem a felület felé haladnak, hanem az uterusba. Ha bubo támad, annak mindig az az oka, hogy a Bartholinitis mellett hámtól fosztott helyek vannak a vulván.

A mi a therapiát illeti, természetesen meg kell szüntetni az esetek legnagyobb számában fennálló *kankót*. Gyógyítani kell a *vulvát*, a *hüvelyt*, az *uterust* összehúzó szerekkel s a legjobb antigonorrhoikus orvossággal, argentummal. Ha geny-rekedés észlelhető, meg kell a mirigyet pungálni s az üregbe 1%-os lapist cseppegtetni. Chronikus vagy gyógyíthatlan esetekben exstirpálni kell a mirigyet. (M. H. für prakt. Dermat. 1895.) *Novotny* dr.

Radical köldöksérv műtéteknél alkalmazott új varrási módszer. Biondi, miután nem lát elég biztosítékot a Condannin, Gersuny, Bruns, Perniel, Quénu és Langsdorf által alkalmazásba hozott varrási módszerekben — a kik bár a varratokat 2—3 étageban is alkalmazzák, de valamennyit egy irányban, így csekélyebb ellentállási helyet képezve, meg van az alkalmi ok recidivák képződésére —, ezért Biondi, midőn a belet reponálta, a peritoneumot és az egyenes hasizmot fedő hátsó hüvelyfalat transversalis, magát az egyenes hasizmot verticalis, a mellső hüvelyfalat ismét transversalis, a bőrt verticalis irányú varratokkal egyesíti a test hossztengelyéhez viszonyítva. A varratok kereszteződése által csomó pontok támadnak, melyek állítólag erős ellentállású helyet képeznek. Ezen módon 3 év előtt két zsákhordót operált, a kik azóta a nélkül folytatják nehéz munkájukat, hogy sérvük jelentkeznék. A verticalis irányú varratok alatt valószinüleg szücsvarratot ért. (Centralblatt für Chirurgie, 1895. Nr. 50.) *B—s* dr.

Peritonitis tuberculosa 4 gyógyult esete laparotomia után. A kóranyagot 3 gyermek és egy 20 éves hajadon szolgáltatta. Valamennyi eset az első tünetek fellépte után rövid időre lett műtéve: 4 hét, 1 és 3½ hó leforgása után. Israel, ki a kóreseteket bőven ismerteti, tapasztalatait a következőkben összegezi: 1. A gümös hashártyagyuladás gyógyulását laparotomiával a hasvíz kiürülése által nem lehet megmagyarázni, mert három esetben folyadék általában nem volt jelen a hasüregben, egy esetben pedig csak 200 kem. 2. Szövődményes béltuberculosis jelenléte esetében is gyógyul a gümös hashártyalob, sőt a javulás tartós is lehet. 3. 36 nap mulva az operatio után a hashártyáról valamennyi gümő eltünhet, még ha cseresznyemag mekkoraságú is van jelen. 4. Magas lázak nem contraindicálják a műtétet. (Deutsche med. Wochenschrift, 1896. Nr. 1.) *B—s* dr.

Bőr- és bujakórtan.

Az első és másodfokú égetések gyógyítása ichthyollal czimü czikkében *Leistikow* az égések ellen eddig alkalmazott szerek közül legalkalmasabbnak mondja az ichthyolt és pedig hintőpor és lágy pasták alakjában következő vények szerint. Rp. Zinci oxydat. 20·0, Magnes. carbon. 10·0, Ichthyol. 1·0—2·0. — Calcar. carbon. 10·0, Zinci oxydat. 5·0, Amyli, Ol. Zinci, Aqu. calc. aa 10·0, Ichthyol. 1·0—3·0. A hintőpor bőven és gyakran alkalmazandó, különösen kiterjedt elsőfokú égéseknél jó sikert látott; a lágy pasták ellenben inkább kiterjedt másodfokú égéseknél ajánlhatók, vagy mindkettő combinálható egymással. Az ilyen kötés minden 24 órában megújítandó. Az ichthyolnak alkalmazása után mindenekelőtt csillapodik a fájdalom; a másodfokú égéseknél, különösen ha a hólyag tartalmát kiüritjük, az oedema gyorsan visszafejlődik, a hyperaemia eltünik és a hámfosztott helyek nemsokára beböröztetnek. *Aschner Arthur* dr.

Syphilis haemorrhagica neonatorum vagy sepsis? esetét közli *Cohn*. Szerzőnek alkalma volt egy gyermeket 4 nappal születése után — a gyermek különben satnyán jött a világra, súlya 2000 gm. volt — észlelni, kinek mellén és hátán lencsényi egész tízfillérnyi kékes haemorrhagikus foltok voltak láthatók, a nyelv elülső részén fekély, mely könnyen vérzik. A máj tetemesen megnagyobbodott, a végbél körül syphilis papulák, a jobb tenyérben egy hólyagcsa. A gyermek láztalan, mely állapot mindvégig fennáll. Két nap mulva a köldökből, mely egyébiránt száraz és leválófélben volt, vérzés, hasonlóképen a végbélből székletét előtt és ennek tartama alatt, a bal állkapocs alatt pedig haematoma fejlődött. A foltok a mellkason nagyobbak és összefolynak. Mindkét tenyéren és talpon typikus pemphigus syphiliticus. A gyermeket az anyja szoptatja. A negyedik napon reggel szoptatás közben a gyermek vért hány, az egész mellkas a foltok összefolyása következtében majdnem fekete, a végbélből a vérzések mindig erősebbek és gyakoriabbak, este ismét nagyobb fokú vérzés a köldökből, míg az ötödik napon a halál bekövetkezett. A szülők kórelőzményeire nézve megtudta, hogy atyjának néhány év előtt sankerje volt, azonban antisyphilitikus kúrát nem használt. Anyja terhességének első havában fekélyt vett észre a szeméremtesten, melyet néhány hét mulva általános kiütések követtek, bedörzsölésekre ezek visszafejlődtek. Szerző ezen esetnél a sepsist kizártnak tartja, miután a gyermek mindvégig láztalan volt, máskülönben az infectiónak minden kapúját szorgos vizsgálatai folytán kizárhatta; az egész folyamatot inkább a biztosan constatálható syphilisre véli visszavezethetni. Ezen bántalom gyakrabban és nagyobb mérvben az öröklött syphilisnél szokott fellépni.

Aschner Arthur dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Méhvérzések** ellen jó eredménynyel használta *Gaertig* a stypticint, melyet ostyában, oldatban vagy gelatina-tokocskákban rendelt 5 centigrammos adagokban 2—8-szor naponként. Kellemetlen mellékhatásai a szernek nincsenek, még hosszabb idei használat után sem. Hatását illetőleg alig áll a hydrastinin mögött, a melynél sokkal olcsóbb. A stypticin sárga, vízben jól oldódó, rendkivül keserű por. (Therap. Monatshefte, 1896. február.)

2. **Ischias** néhány nagyon makacs esetében *Trousseviteh* néhány nap alatt javulást ért el a következő orvosság használata által: Rp. Sol. alcohol. nitroglyc. (1%) 2·0; Tinct. capsici 6·0; Aquae menth. pip. 12·0. M. D. S. 3-szor naponként 5 cseppet egy evőkanál vízben; három nap mulva 10 csepp adandó 3-szor naponként. (Practitioner, 1896. február.)

3. **Idült malaria** 4 esetében *Critzmann* marha-csontvelő és lép etetésével jó eredményt ért el. Naponként 50 gramm lépet és 10 gramm csontvelőt adott tojássárgával összekeverve. 14 nap vagy legkésőbb 4 hét mulva már tetemes javulás mutatkozott. (Bull. de l'acad. de méd., 1895.)

TÁRCZA.

Portugaliából.

Külső benyomások. Népszokások, nemzeti bűnök. A nevelési rendszer. Orvosi kiképezés a coimbrai egyetemen. Középkori élet. Batrachomyomachia. Porto, Lisboa. Kórházak. Bacteriologiai intézet. Orvosi élet.

Minden kérdések között a legfogasabbak egyike, melyet elképzelhetek, hogy Portugalia miért nem egyesül Spanyolországgal. Ettől származott; bele van ékelve; azonos a népe, nyelve, szokásai, egyforma dicső a multja, terméketlen a jelene, tetemes az adóssága. A félsziget egy nagy lomha test, mely nem dolgozik, s melynek kis ujja külön akarna válni a többitől, ha a geographia engedné, s a mely addig is, a míg ez bekövetkezik, minden erejéből lenézi és szidja vele összeforrott vérét. Mert a portugalok annyira gyülölik a spanyolokat, hogy pl. a népszerűség szerzésének legegyszerűbb módja Lissabonban, egy nyilvános beszédben kifejteni, hogy „*delenda est Hespanha*“..... biztos, hogy a szónok a legközelebbi választásnál a *conselho dos Diputados*ba jut.

Máskülönben Portugaliát a hispán félsziget gyöngyének lehet nevezni. Rétjei, földei oly képet tárnak elénk, hogy láttára elfacsaródik az irigységtől a mi szegény „északi“ szívünk. Térdig érő buja fű, cserjedező patakok, melyek mentén két ember magasságra is felnő, s a vörösnek minden árnyalatában pompázó falat képez a vadon burjánzó muskátli. Az utak mellett óriási, száz esztendős agavék meredeztetik fürtjeiket. Imitt-amott pálmacsoportok, myrtus erdők; előttünk a végtelen tenger s a háttérben szeszélyes alakú hegyek, festői várromokkal.

Az egész ország egy gyümölcsös kert, a melyben csak szüretelni kell; s hogy a bor elszállítása se okozzon fáradságot, a kis országot öt nagy hajózható folyó szeli át, úgy hogy a borért jövő angol csaknem oda ér minden szőllőtőkéhez. A természet kinál ugyan alkalmat a munkára: a hegyekbe tömérdek nemes érczet, drága követ rejtett; de nem adta meg azt a két nagy tényezőt, mely minden emberi törekvésnek rugója és végoka: az éhséget és a hideget. A gyümölcs oly olcsó, a vízben annyi a hal, a borért oly sokat fizet a bolond angol, a melegben oly kevés az ember étvágya s oly kellemetlen a munka, hogy bizony senki sem dolgozik. Portugalia a leglustább ország, melyet eddigelé láttam, Magyarországot sem véve ki!

Ez az évszázados gazdagság és tunyaság azután bizonyos nemzeti characterré stylizálódott a portugalnál. A legjellemzőbb vonások egyike a nagyzás. Pénz egységük a *reis*, egy ötöd krajczár, s ebben beszélnek. Így azután egy ebéd ára 1000 reis; egy ruha 25,000, egy pár czipő 6000 reis stb. Az utczákon minden ház annyi számot kap, a hány ablakkal bir földszintjén. Ha tehát egy kereskedő hirdeti a prospectusán, hogy telepei „*25, 27, Rua de S. Nicolau 29, 31*“ számok alatt léteznek, akkor esetleg még csak nagyon kis üzlete van. A portugal nem azt mondja: fiakkeren jöttem, hanem, hogy nyolcz lóláb hozott. Ilyenformán van a hadseregüknek 2000 lólábnyi huszárja! Dolgozni ha hívják: *à manha* (holnap!). Ha azután összedült a háza: *Si deus quizer!* (hja, ha az isten akarta?!)

Nemzeti szokás náluk a *carillon*, a templomi harang játék. A helyett, hogy a toronyórák megelégedjenek azzal, mint a hogy a toronyórákhoz illik, hogy a negyedórákra egyet, a félkor kettőt stb. ütnének, itt minden alkalommal egy hosszú melodiát játszik le a gép és minthogy sok negyedóra esik egy napra és sok toronyóra van a városokban, kábító, zavaros kongatási potpourri támadja meg szabályos időközönként idegeinket Lissabonban. Meglepi az idegent az is, hogy lépten-nyomon *condékkal* és *barónékkal* találkozik. Ennek magyarázata az, hogy az állam czímekkel fizet pénz helyet a szolgálatokért — épen úgy, mint valamikor *Velencze* tette a mi *Cattarónkkal*, a hol a hordár, a fodrász, a jegyszedő stb. mind grófi és *marchézi* ősök ivadéka és ennek tudatában bánik is az idegennel.

Ezek a viszonyok persze kihatnak a portugal társadalomra, s a tudományos körök sem tudják magukat emanczipálni alóla. Az orvosok is bele vannak nevelve a tétlenségbe, az elavult világ felfogásba, a halogatásba s nincs is remény arra, hogy a viszonyok jobbra forduljanak, mert sehol Európában oly czélszerűtlenül nem nevelik az orvostanhallgatókat, mint itt. Igaz, hogy az elmaradottságnak egyik oka egy erény, a mely nálunk magyaroknál, sajnos vajmi kevés gyakorlatra talált, a régiek iránti pietás, a hagyományok tisztelete, mely a lissaboniaknál az extremumig ment. Nem bolygatják a régi intézményeket, s persze ezek mind értelmetlenebbek, észszerütlenebbek lesznek a korral.

Portugalban a diák 9—10 éves korában kezdi az elemi és 11—13 évvel a középiskolát. Ez hat osztályból áll és következő a tanterve:[1]

1. osztály: Portugal nyelv. Franczia nyelv. Rajz.
2. „ Angol nyelv. Földrajz. Rajz.
3. „ Történelem. Mathematika.
4. „ Latin nyelv. Irodalom történet. Természettudományok.
5. „ Mathematika. Physika. Chemia. Philosophia.
6. „ Magasabb mathematika. Alkotmánytan. Görög nyelv. Német nyelv.

A mint ebből kitetszik, Portugalban a tantárgyakat „szélesen kezelik“. A helyett, hogy a latin végig futna valamennyi osztályon, egy évig különösen tanítják. De lehet-e magja az oly tanításnak, mely hat év alatt hat különböző nyelvet tanít egy-egy évig? Mi maradhat a tanuló fejében a történelemből, a természettudományokból, ha az egész rengeteg tárgyat egy-egy év alatt darálják le neki?

A portugal tanuló tehát szükségképen hiányos tudományos alappal, általános müveltség nélkül megy a magasabb tanulmányokra. Jó orvos azonban még mindig lehetne belőle, ha a főiskolai rendszer megfelelő; és lehetne annál inkább, mert az orvosi tanfolyam itt *nyolcz* évig tart! Ám de lássuk e beosztást.

A kiképezés három *escuola da medicina*-ban történik. *Lisboa*-ban (270,000 lakos), *Porto*-ban (120,000 l.) és *Coimbra*-ban (18,000 l.). A dolog természetében rejlenék, hogy a tanítás centruma *Lisboa*-ban, a fővárosban legyen, mely egyedül képes a tanításra elegendő beteganyagot szolgáltatni. Nos, a valóságban egyedül a coimbrai egyetem adhat doktori czímet; a másik két városban csak a practizálhatás jogával kell megelégedni.

Ám de nyolcz év még mindig sok idő és Kolozsvárt, Halleban vagy Rostockban bizonyára igen jeles képzettséget kapna az átlagos tanulósereg, ha az anyag kicsinységét a tanévek számával lehetne compenzálni. Coimbrában azonban a kötelező tanterv orvostanhallgatók számára a következő:[2]

1. év	Physika. Anorg. chemia	2	szigorlat
2. „	Organikus és orvosi vegytan. Botanica. Zoologia	3	„
3. „	Mathematica!!	1	„
4. „	Boncztan, histologia. Boncolás	1	„
5. „	Tájboncztan. Élettan. Boncolás	2	„
6. „	Gyógyszertan. Kórboncztan. Kórtan . . .	3	„
7. „	Belgyógyászat. Sebészet. Műtéttan	3	„
8. „	Szülészet, gyermekgyógyászat. Belgyógyászat. Sebészet. Államorvostan és közegészségtan.	4	„

Dissertatio. Megvédelmezése nyilvános disputában valamely új orvosi felfedezésnek.

Nyolcz év alatt tehát kettőben lát beteget a tanuló! A három első évben semmi olyast nem csinál, a mi némi hasznára válhatnék később. A következő három évben in refractis dosibus adják be neki a szükséges elemeket, úgy hogy magára a beteggel való érintkezésre csak két év maradjon.

Vannak azután specialis cursusok, melyeket a helyettes tanárok tartanak, s a melyeket két éve létesítettek, „*hogy az orvosi oktatást teljesen modernné tegyék*“.

Ilyen összesen négy van, ú. m. belgyógyászati diagnostika és propedeutika, sebészeti diagn. és proped., bacteriologia, közegészségtan. A praktikus specialitások létezéséről ez a tanterv még nem vett tudomást! (Folytatása következik.)

[1] Az adatokat Forbes Costa dr., portói kórházi orvos úrtól kaptam s az ő szívességéből ismertetem.

[2] Az adatokat Mattos Dániel dr. úrnak, a coimbrai egyetemen a szülészet tanárának köszönöm.

Heti szemle.

Budapest, 1896. április 24-dikén.

Felhivás a kartársakhoz. *Gurlt* tanár Berlinben pár év óta dolgozik egy *„Sebészet története“*, melynek keretében a *nép sebészetet*, illetve a népsebészet történetét is ismertetni kivánja. Mig Európa, sőt más világrészek legtöbb országaira vonatkozólag is már bő anyag felett rendelkezik; addig Magyarországra vonatkozó adatai mind ez ideig nincsenek; mely körülménynek okai főkép nyelvi akadályokban keresendők. Gurlt — mint azt egy *Haberern* magántanárhoz intézett levelében mondja — meg van arról győződve, hogy e műhöz az anyag, valamint Európa keleti tartományaiban, úgy Magyarországon sem hiányzik és feltalálható részben a népies orvoslást tárgyaló kisebb iratokban, melyekben a népies sebészetre vonatkozó megjegyzések is bizonyára l szncs, részben pedig beszerezhető oly módon, hogy egyes kartársak az ország különböző részeiben tett tapasztalataik alapján, ha valaki összegyüjti, beszolgáltatják az anyagot. A készülő munka nemcsak a jelent; hanem a multat is felöleli s igy természetszerűleg erre vonatkozó adatokra is szüksége van a szerzőnek.

Gurlt a *nép sebészetre* vonatkozó adatokat következő kérdésekre kivánja összegyüjteni:

1. *A sebek* (metszett, vágott, szúrt, lőtt, különösen a mellen és hason) *kezelése*. Vérzés csillapitás (orrvérzés is). A sebek egyesítése (varratok módja).
2. *Fekélyek* (mesterségesek is). Burjánzó sarjadzások.
3. *Méh és darázs szúrás. Kigyómarás.*
4. *Égés. Fagyás* (fagy-daganat).
5. *Horzsolások. Kimaródások.*
6. *Gyuladások.* Kötszövetlob. Orbáncz. Tályog. Kelevény (lépfene). Üszök. Felfekvés. *Gyuladás* ellenes eljárások.
7. *Csonttörések.* Ficzamok. Rándulások.
8. *Álképletek* (hegek). Szemölcsök. Tyúkszemek.
9. *Sérvek.*
10. *Mütétek.* Érmetszés. Köpölyözés. Nadályozás. Maró szerek. Tüzes vas. Hólyag húzók stb. *Sérvmetszés. Kőmetszés.* Herélés.
11. *Kötszerek.* Sérültek szállítása és elhelyezése.

Haberern tanár szivesen vállalkozott a magyarországi adatok összegyüjtésére és felkéri mindazon kartárs urakat, kiknek a fentebbi kérdésekre vonatkozólag a népies orvoslásra felvilágositással, illetve adatok szolgáltatásával a czél elérését előmozditani tehetségükben áll: tekintve egyrészt tisztán a tudományos érdekeket; de nem tévesztve szem elől másrészt ez által a hazai érdekeknek tett szolgálatot sem, legyenek kegyesek azokat hozzá (czim: *Haberern Pál* egyet. m.-tanár, Budapest, szerb-utcza 13. sz.) beküldeni. Mistikus és babonás gyógymódok mellőzendők.

***

Külföldi egyetemek. *Olaszországban* az orvosi fakultásra való beiratkozás feltétele a *Licenza liceale* megszerzése (az érettségi bizonyitványainknak felel meg). A tanulók előzetesen 5 évet a gymnasiumokban s 3-t a lyceumokban töltenek. Az egyetemi évekre kötelező tárgyakat tetszés szerinti sorrendben hallgathatják s akár a nyilvános rendes, akár a magántanárhoz iratkozhatnak be. Az ösztöndíjasaknak azonban a fakultás által ajánlott sorrendet be kell tartaniok. A hallgatásra kötelező tárgyak, melyekből egyszersmind az évi vizsgálatok alkalmával kérdeznek, a következők: emberboncztan, összehasonlító boncztan, természettan, vegytan, állattan, növénytan, élettan, általános kórtan, gyógyszertan, kórboncztan, belgyógyászat, sebészet, szülészet és nőgyógyászat, szemészet, bőr- és bujakórtan, elmekórtan, közegészségtan, törvényszéki orvostan. Az anatomia, belgyógyászat és sebészet hallgatása *három-három* évre kötelező. A többi tárgyé egy évre. A tanulmányi idő 6 év. Az előadások októbertől juliusig tartanak. (A sok szünidő miatt tulajdonkép 5 hóig.) A tandíj egy évre 110 frank tekintet nélkül a hallgatott tárgyak számára. Minden hallgatott tárgyból az év végén kötelező vizsgálat van. A vizsgáló bizottság 3 tagból áll: 2 rendes tanárból és egy magántanárból. Fehér és fekete golyókkal szavaznak. A doctoratusi szigorlatokat 7 rendes és 4 magántanárból álló bizottság előtt teszik le. Külön államvizsgálatok nincsenek.

A tanárok segédszemélyzetét a koadjutorok (I. assistens) és assistensek képezik.

A tanári állásokat pályázat útján töltik be. A bizottság tagjai az összes olasz fakultások kiküldött tanárai.

A magántanári intézmény újabb keletü. Ugy szervezték, hogy a rendes tanároknak valóságos concurrentiát csináljanak. Ugyanazt adják elő, mint az ordinariusok, s igy a magántanárok *egyik* lényeges feladata, hogy tudniillik a részletkérdésekbe elmerüljenek s azt teljesen kidolgozzák, elesik.

A magántanárokat háromféle módon habilitálják. A rendes tanári concursus alkalmával, vagy a fakultás előterjesztésére, vagy kérelmezés útján nevezik ki. Utóbbi esetben a minister a fakultás előterjesztésére a dékán elnöklete alatt álló s 2 rendes és 2 magántanárból álló bizottságot jelöl ki, mely a jelöltnek egy dolgozatot jelöl ki, s mely úgy a colloquiumot, mint a próba előadást megbirálja. A magántanároknak az állam a hozzájuk beirott hallgatók számához arányositott összeget fizet. A tanulók fix összeget fizetnek, a rendes tanárokra eső részt az állam megtartja (a rendes tanárok törzsfizetése 5000 frank, 500 frank ötödéves pótlékkal 8000 frank maximumig, s a klinikák vagy intézetek vezetői 800 frank külön díjjal), míg a magántanárok a leczkepénzt megkapják. (A kinek sok hallgatója van: 1200—1500 frankot kap.) A fakultást csak a rendes tanárok képezik, a dékánt a minister nevezi ki. Az egyetemi tanács a rektorból, a prorektorból, a dekánokból, prodekánokból s a seniorokból áll. A rektort a fakultások tanárai választják. A tanulók 26-dik évükig halaszthatják katonai szolgálatukat. A promoveált orvosoknak Florenzbe kell menni a katona orvosi iskolába, hol ½ év után külön vizsgálatot tesznek s úgy nyerik el az alhadnagyi rangot.

Olaszországban 17 orvosi fakultás van: Bologna (589 hallgató), Florenz (176), Genua (330), Modena (176), Nápoly (1568), Padua (500), Parma (120), Pavia (419), Pisa (196), Róma (398), Siena (120), Turin (631), Catania (206), Messina (150), Palermo (383), Cagliari (45), Sassari (31 hallgatóval). Ezeken kivül még 3 orvosi iskola van néhány hallgatóval: Perugia, Camerino, Ferrara.

A topographikus elrendezés igen aránytalan. A 30 millió lakosra 19 fakultást számitva, a délen 10 millióra esik egy: Nápoly.

A legtöbb klinika kórházi osztályt képez. Az ágyak száma 24—70 ingadozik. A klinika igazgatójának *nincs* felvételi joga. Az anyag milyensége tehát azon mulik, hogy milyen viszonyban van a kórházi orvosokkal. A laboratoriumi kiadásokra a klinikák külön dotatiót (500—2000 frank) kapnak. A belgyógyászati, sebészeti, nőgyógyászati, elmekórtani és szemészeti klinikákon kivül még egyes egyetemeken a gyermekgyógyászat, fülészet, gégészet, idegkórtan és fogászat számára is külön klinikák vannak. (Cantani és Maragliano után.) *G. E.*

***

Budapest székes főváros közegészségi állapota 1895-ben. A székes főváros közegészségi állapota 1895-ben az általános halálozás és születés közti viszony szemmel tartásával általában kedvezőnek mondható. Viszonyitva e tekintetben a közegészségügyi állapotot az előző évihez azt találjuk, hogy 1895-ben a milyen mértékben emelkedett az általános halálozás, majd oly mértékben szaporodtak a születési esetek is.

Elhalt 1894-ben 12,921 és született 20,364 egyén
„ 1895-ben 13,963 „ 21,145 „

A kedvező közegészségügyi állapot mellett tanuskodik továbbá azon körülmény is, hogy a székes főváros területén a lefolyt évben járvány nem volt; azonban a heveny ragályos bántalmak — az ázsiai cholera és kiütéses hagymáz kivételével — miként már évek hosszú sora óta, habár csak szórványosan, de állandóan előfordultak. Különösen említésre méltó szaporulatot — a hagymáz kivételével — egyik sem tüntet fel.

Megbetegedett hagymázban 1894-ben 392 s elhalt 66 egyén, megbetegedett 1895-ben 555, s elhalt 73 egyén.

Jelentékenyen csökkent azonban a himlő. 1894-ben előfordult 229 betegedés és 77 halálozás; ezzel szemben betegedés történt 1895-ben 63 s halálozás 10.

A kanyaró, mely a lefolyt év utolsó hónapjaiban szokatlanul nagyobb mérvben jelentkezett, mindazonáltal az 1894. évben előfordult esetek számát felül nem mulja.

Tájkórok, mint váltóláz, bujakór és trachoma a ker. előljáróságoknak havonta a tiszti főorvosi hivatalhoz tett jelentései szerint, állandóan előfordultak.

A diphtheritis s ezzel kapcsolatban a croup szintén apadást mutat, úgy betegedés mint főleg halálozás tekintetében.

Megbetegedett 1894-ben 1550, s elhalt 484 egyén
„ 1895-ben 1324, „ 225 „

Járványnyá fajulásának meggátlása szempontjából az előirt hatósági óvintézkedések a legnagyobb erélylyel foganatositattak. Az egyes esetek előfordulása alkalmával a ker. tiszti orvos a helyszinén lehetőleg azonnal megjelent, s a viszonyok tekintetbe vételével a szükségesnek mutatkozó intézkedéseit megtette. Szemmel tartván a vörös czédula kifüggesztését, s a helyi viszonyok mérlegelésével, ha azok olyannak tünteték fel, hogy a beteg egyén elkülönítése az egészségesektől lehetetlennek látszott, intézkedett a beteg gyermek kórházba szállítása iránt, s tudakozódott az élelmi szerek s igy különösen a tej beszerzési helye iránt, s végül az alapos fertőtlenítés megejtéséről gondoskodott. Ezen intézkedések megtétele, valamint azok helyessége, a tiszti főorvosi hivatal által az esetek legnagyobb részében felülvizsgáltattak, s az esetleg még szükségesnek mutatkozó teendők szigoritattak.

Feltünően nagy mérvü alászállása constatálható a diphtheritis és croupban történt halálozásoknak a lefolyt 1895. évben. Mig ugyanis az előző 1894. évben a halálozás a betegedésnek 31·2%-át teszi ki, addig 1895-ben a halálozási percentuatio 16·9.

Kórházakban, hol az esetek megfigyelése, kezelése, s azok megállapítása szigorúabban történik, a halálozási percentuatio hasonlóan alacsony számokban mutatkozik. Igy a székes főváros szt. László-kórházában észlelt 401 eset közül meghalt 80, azaz az esetek 19·9%-ka, mig megelőzőleg a halálozás 40—50, sőt 55%-ot tüntetett fel.

A budapesti Stefánia szegény gyermekkórházban serummal gyógykezeltetett összesen 285 gyermek, elhalt 77, s haldokolva vitetett be a kórházba 9 gyermek. A halálozási percentuatio kitesz a haldokolva bevitettek eltekintésével 24%-ot.

A halálozási eseteknek ezen nagymérvü alászállása kétségen kivül a lefolyt évben nagy kiterjedésnek s általános használatnak örvendő újabb gyógymóddal az ú. n. serumtherapiával látszik szoros összefüggésben lenni.

A himlőoltás és újraoltás a lefolyt évben elég kedvező eredménynyel foganatositttatott. Beoltatott és újraoltatott összesen 18,887 egyén tisztán a székes főváros tulajdonát képező nyirktermelő intézetben készült anyaggal. Eredménytelen volt az oltás 2308 esetben, mely eredménytelenségnek mintegy ¾-ed részét az újraoltások sikertelensége képezi.

Felnőttek újraoltását elrendelni, a mennyiben himlőjárvány a székes főváros területén nem volt, szükségesnek nem mutatkozott.

Arra való tekintettel, hogy az 1887. évi XXII. t.-cz. 10. §-a értelmében felnőttek újraoltását — belügyministeri jóváhagyás mellett — csak járvány esetén rendelheti el a törvényhatóság határozatilag, mely körülmény eléggé alkalmas arra, hogy míg a törvényhatóság által felnőttek kötelező újraoltását elrendelő határozat belügyministeri jóváhagyást nyer, a himlő elterjedése nagyobb mérveket, esetleg járvány alakot ölthet; ezen a felnőttek újraoltásának sokszor azonnal eszközlendő sürgős szükségességéből kifolyólag előterjesztést tettem polgármester úr ő méltóságához oly értelemben, hogy felterjesztés intéztessék a magas belügyministeriumhoz, miszerint oly házakban, hol himlő esetek fordulnak elő, felnőttek újraoltását szakközeg javaslatára a törvényhatóság, a belügyminister úrnak utólagos jóváhagyása reményében eszközölhesse, mely eljárásáról azonban a törvényhatóság utólagosan indokolt jelentést teend.

Minthogy továbbá az egyes himlő esetek körül ellenőrzéseink alkalmával azon visszás állapot is tapasztaltatott, hogy kérdéses esetekben hivatalosan nem volt megállapítható azon körülmény, hogy az illető egyén egyáltalán be volt-e és mikor oltva? ha be volt oltva az oltás eredménye sikeres vagy sikertelen volt-e? történt-e mulasztás és ki részéről, a mennyiben t. i. a himlőoltás és újraoltásról a ker. elöljáróságok által vezetett jegyzőkönyvek a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz évente felterjesztetnek s másolat róluk pedig nem készíttetik; előterjesztést tettem ugyancsak polgármester úr ő méltóságához, miszerint ezen elengedhetetlen, fontos és nélkülözhetetlen kelléke a himlőoltási eljárás ellenőrzésének a legsürgősebben pótoltassék vagy a himlőoltási jegyzőkönyvek másolatban való elkészítése által, vagy felterjesztés volna intézendő a nagyméltóságú m. kir. belügyministeriumhoz oly értelemben, hogy a ker. elöljáróságok által vezetett, s a törvényhatóság útján évente felterjesztett, s ezentul felterjesztendő himlőoltási jegyzőkönyveket vett használat után a törvényhatóságnak rendelkezésre bocsátani méltóztatnék. (Folytatása következik.)

Vegyesek.

Budapest, 1896. április 24-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1896. április 5-dikétől április 11-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 424 gyermek, elhalt 349 személy, a születések tehát 75 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2185 beteg, szaporodás 753, csökkenés 656, maradt e hét végén ápolás alatt 2282. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1896. április 15-dikétől április 22-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 13 (meghalt 2), himlőben 3 (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 8, vörhenyben 32 (meghalt 3), kanyaróban 145 (meghalt 3), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 18 (meghalt 5), trachomában 15, hökhurutban 14 (meghalt 1), orbánczban 18 (meghalt 1), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

— **Kitüntetés.** A király *Bókai Árpád* egyetemi rendes és *Bókai János* egyetemi rendkivüli tanárnak, valamint törvényes utódaiknak, a közegészségügy terén szerzett érdemeik elismeréséül a magyar nemességet a „bókai“ előnévvel díjmentesen adományozta.

— **Kinevezések.** A m. kir. belügyminister *Pantocsek József* dr., tb. vármegyei főorvost, nagy-tapolcsányi járási orvost és *Stáhly Ignácz* dr., budapesti gyakorló orvost, a fő- és székvárosi „Erzsébet“ szegényház főorvosát, az országos közegészségi tanács rendkivüli tagjaivá nevezte ki.

— **Személyi hírek:** *Cselei János* dr., Komárom sz. kir. város nyugalmazott tiszti főorvosának ő Felsége sok évi működése alatt az egészségügy terén szerzett érdemei elismeréséül, valamint törvényes utódainak a magyar nemességet a „mária-ligeti“ előnévvel díjmentesen adományozta. — *Pávay Vajna Gábor* dr., orsz. kórházi főorvost, az igazgató elhalálozása következtében a m. kir. belügyminister a pozsonyi orsz. kórház vezetésével megbizta. — *Klein József* dr., kubini körorvost és tb. járásorvost Temes vm. főispánja kubini járásorvossá nevezte ki. — *Grossmann Mór* dr., ideiglenes járásorvost, Bihar vm. főispánja a tiszti orvosi minősítési bizonyítvány alapján állásában véglegesítette. — Somogy vm. főispánja a kaposvári közkórháznál Gallubich Imre dr. lemondásával megüresedett közkórházi alorvosi állásra *Halasy Zdenkó* dr.-t nevezte ki.

△ **Új főorvosi állás szervezése a pozsonyi orsz. kórházban.** A m. kir. belügyminister jóváhagyta, hogy a pozsonyi országos kórháznál a szemészeti osztály vezetése czéljából új elsődorvosi állás szerveztessék.

△ **Gyógyfürdő-elnevezés engedélyezése.** A m. kir. belügyminister *Grün Izsák* fürdőtulajdonos *görgénysóaknai* (Maros-Torda vm.) fürdőjje számára; továbbá az Erdélyi Kárpát-Egyesület nagyszebeni osztálya által a keresztény-szigeti havason létesített vízgyógyintézeti és klimatikus telep számára a gyógyfürdői jelleget adományozta.

∞ **A kolozsvári tiszti orvosi vizsgák tavaszi cyclusának eredménye.** Az 1896. április hó 8-dikától 10-dikéig megtartott tiszti orvosi vizsgákra jelentkezett összesen 19 orvos, ezekből a vizsgát ismétlő volt 3. Visszalépett a vizsga előtt 2. Vizsgát tenni köteles volt 4. A vizsgát tett 17 orvos mind képesittetett és pedig: *I. Kitünően képesíttettek:* Haftl Dezső, magánorvos, Moson. Haimann József, ideiglenes járásorvos, Halmi. *II. Képesíttettek:* Besenszky Antal, magánorvos, Magyar-Lápos. Bleyer Márk, járásorvos, Halmi. Bogdán Aladár, cs. és kir. ezredorvos, Sopron. Deési Pál, körorvos, N.-Sombor. Egyed István, magánorvos, Szeged. Fries József, műtőnövendék, Kolozsvár. Papp Ernő, egyetemi tanársegéd, Kolozsvár. Pataki Jenő, magánorvos, Sárvár. Poszvék Lajos, törvényszéki orvos, Sopron. Rózsa Imre, tébolydai másodorvos, Budapest. Sándor Sándor, magánorvos, Bereczk. Scheitz Vilmos, magánorvos, Kolozsvár. Szabady Lajos, járásorvos, Homoród. Urbanetz Ede, műtőnövendék, Kolozsvár. Weisz Jakab, járásorvos, Girált.

— **Barts József** dr., a pozsonyi országos kórház igazgatója, e hó elején hirtelen elhalt. Az elhunyt 1844-ben született Bártfán; 1870-ben orvosdoctori oklevelet nyert Pesten és azután uradalmi orvos lett Bében, Torontálmegyében, majd Pozsonyba költözött, hol mint gyakorló orvos és az országos közkórház igazgatója nagyon tevékeny és áldásos működést fejtett ki. 1868-ban Czakó Kálmánnal együtt átvette a Munkások Ujságának szerkesztését, majd 1873-ban megalapította a Pozsonyvidéki Lapokat, melynek főmunkatársa volt. Több kisebb orvosi czikken kivül, melyek az Orvosi Hetilapban és a Pester med. Presseben jelentek meg, egy orvos-gyógyszerészeti műszótárt is irt, melyet a ma. ar orvosok és természetvizsgálók vándorgyülése a Batizfalvy-díjjal jutalm. ott.

† **Elhunyt:** *Almási Szalay János*, H.-Nánás város tiszti orvosa, a koronás arany érdemkereszt tulajdonosa, 59 évi érdemdús működés után. — *Réthy Pál* dr., Békésvármegye tiszteletbeli főorvosa, a Ferencz József rend lovagja, 87 éves korában Békés-Csabán.

— **Megjelent:** A pozsonyi magy. kir. bábaképezde 1873—1894/5. Irta Velics Dezső dr., igazgató-tanár. Pozsony 1896.

Az „Anker“. Az „Anker“ járadék- és életbiztosító társaság közgyülését tegnap ta totta meg Hoyos Rudolf gróf elnöklete alatt. A jelentésből kitünik, hogy a lefolyt évben 9335 ajánlatot tettek 26.409,227 frt tőke és 16,958 frt járadék erejéig s ebből 7879 szerződést, 22.369,594 frt tőke és 11,560 járadékértékben meg is kötöttek. Az 1895. év végén érvényben volt még 83,649 kötvény 229.776,062 frt tőke és 110,140 frt járadék értékben és 444 balesetbiztosítási ajánlat 3.709,603 frt, illetve 3.820,588 biztosítási tőke és 1666 frt napi kárpótlás. 1895-ben, elhalálozásért, visszaváltásokért, életbiztosítási kötvények után és járadék fejében 1.563,557 forint az osztalékalapból a nyereség részesítésre biztositottaknak úgy az elhalálozásra, valamint az életbiztosításra vonatkozólag 1.459,599 forint a kölcsönös túlélési biztosítási alapból 2.504,900 forint, összesen 5.528,057 forintot fizettek, míg a díjtartalék és a biztosítási alap emelésére 5.952,000 frtot fordítottak. A biztosítottakra nézve a rentabilitás kitünik abból, hogy a kölcsönös túlélési biztosításnál az évi részletekre fizetett betétek 1.254,254 frttal 2.504,900 frtot, a nyereséggel való életbiztosításnál a biztositottak a biztosított összegen kivül 18 százalékot nyereség-részlet gyanánt kaptak, míg a halálesetre és nyereségrészeltetésre biztosítottak az évi díj 25 százalékát kapták. A társaság biztosítéki alapjai a kölcsönös túlélési biztosítási alapon 5.374,583 frton kivül, a következő alapokból állanak: Díjtartalék (biztosítási-alap) tőkebiztosításra, nyereség-részeltetés nélkül, valamint járadék biztosításnál 15.723,705 frt; díjtartalék (biztosítási alap és nyereség-alap a nyereségrészeltésnél kötött biztosításoknál 27.483,240 frt, összesen 48.581,528 frt; ehhez járul még a részvénytőke 1.000,000 frt és a tőketartalék a különtartalékkal, az 1895-diki nyereség-dotációval együtt 3.047,006, összesen tehát 52.628,534. Az összes aktivák 54.940,781 frt. A tőke-befektetés a törvényes intézkedések szerint történik és a bécsi és budapesti ingatlanokból, jelzálogokból, értékpapirokból áll. A felügyelő bizottság kiemeli, hogy a vagyon megvizsgálásnál meggyőződött, hogy a társaság a leltározásnál a legnagyobb szoliditással jár el és a biztositási-alap, valamint a díjtartalék dotálásánál a legnagyobb figyelemmel van. A részvényesek közt a kamatok és osztalék fejében minden 500 frtos befizetett részvény után 100 frt, 200,000 frtot osztanak szét; a nyereségrészeltetéssel biztositottak osztalék alapját az 1896. osztalékkal 53,000 frttal gyarapitják, a rendkivüli tartalékot pedig 144,448 frttal emelik. 1895. évben a nyereség részeltetésre biztositottak és a kölcsönösen túlélésre biztositottak részére mint nyereség 303,515 frt fizettetett. Az igazgató-tanács tagjául újraválasztották *Pontzen Tivadar* urat és gróf *Zichy Jenő* úr megerősittetett. Végül *Friedmann Ottót*, *Klein Hubert* bárót és *Scanavi Etienne* R.-t választották meg a felügyelő bizottságba.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Felső erdősor 5. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Téli kura
rheuma, köszvény, ischias stb. ellen.
Szt.-Lukácsfürdő
r.-t. Budapest.

Kénes iszapfürdő,
douche-massage iszapborogatások. Meghülés veszélye nincs, mert a szállodák és fürdők egy fütött épülettömböt képeznek. Olcsó pensio. Lift és hordszékek, nehéz betegek számára felvonó a vízben. A fürdő főorvosa: *Bosányi Béla* dr. Prospektust küld az igazgatóság.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-közkórházban 1896. április 16-dikától egész 1896. április 22-ig ápolt betegekről.

1896.	Felvett			Elbocsátott			Meghalt			Maradt			Az ápoltak közül			
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülőnő	heveny fertőző	az üllői-úti kórházban
Ápr. 16	48	44	92	34	50	84	1	2	3	1152	1034	2186	1048	33	89	1016
„ 17	29	35	64	29	26	55	9	4	13	1143	1040	2183	1053	33	87	1010
„ 18	49	51	100	55	46	101	3	3	6	1134	1042	2176	1038	33	83	1022
„ 19	37	32	69	50	37	87	9	7	16	1112	1030	2142	1016	33	80	1013
„ 20	53	52	105	44	47	91	4	3	7	1117	1032	2149	1015	33	76	1025
„ 21	46	49	95	69	51	120	6	3	9	1088	1027	2115	999	33	74	1009
„ 22	57	47	104	34	41	75	6	4	10	1105	1029	2134	996	33	75	1028

HIRDETÉSEK.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33·6339, kénsavas natron 7·1917, szénsavas mész 4·1050, chlornatrium 3·8146, szénsavas kali 2·3496, szénsavas Magn. 1·7157, szénsavas Lithion 0·1089; szilárd alkatrészek, 53·3941 összes szénsavtartalom 47·5567, hőmérsék 12·30° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomorbántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérnél stb.

Kitünő diaetetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos:
Med. Dr. REUSS VILMOS

A fürdő-igazgatóság Bilinben
Csehországban. 4

Vízgyógyintézet Salzburg-Parsch,

szintúgy magaslati gyógyhely, 25 perez gyalogjárásnyira Salzburgtól. A gyógyintézet gondos orvosi vezetése s annak gyógysikerei a legszélesebb körben ismeretesek. A restauratio a legjobb kézben van. Mérsékelt árak. Előrajzokat ingyen küld az igazgatóság és **Dr. Breyer.** 2

Elsőrangú vasmentes savanyúviz,
szénsavdús, lithium és bornátrium tartalmú forrás

Salvator

orvosi tekintélyek által **vese-, húgydara-, köszvény-** és **hólyag-bántalmak** ellen, továbbá a **légző** és **emésztési** szervek hurutos bántalmainál rendelve.

Borral használva igen kellemes üditő italt szolgáltat.

Kapható ásványviz-kereskedésekben s legtöbb gyógyszertárban.
3 *A Salvator-forrás igazgatóság Eperjesen.*

Budapesten főraktár ÉDESKUTY L. úrnál.

Dr. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST
VII., KEREPESI-ÚT 52.
17

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemü **ép és kóros váladéknak** (ú. m.: **vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex-** és **transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi,** mint **górcsői** és **bacteriologiai** vizsgálatára vállalkoznak 17

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratorium vezetői.
Poliklinika: VII., Dohány-utcza 31. szám.

Vegyi, górcsővészeti és bacteriologiai 17

ORVOSI LABORATORIUM

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

Foglalkozik *vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex-* és *transsudatum* valamint *bakteriologikus vizsgálatokkal.*

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

Biztos sikerére nézve előzetesen kipróbált és pathogen csíroktól mentes

tehénhimlőnyirk (Cowpox)

kapható posta fordultával

Dr. BÁCSKAY BÉLA

tehénhimlőnyirk-termelő intézetében

ARADON.

100 adag (bőven 2 grm. két phiolában)	6 frtért
100 adag (8–10 phiolába töltve)	7 frtért
Egy 15 adagos phiola	1 frt 50 krért
Egy 3 adagos phiola	50 krért

Oltó orvosoknak és községeknek kivánatra hitel november 1-jéig.

BUDAPEST, V. kerület, Erzsébet-tér 8. szám

Dr REICH MIKLÓS

TESTEGYENÉSZETI ÉS GYMNASTIKAI GYÓGYINTÉZETE 17

BUDAPEST, V. kerület, Erzsébet-tér 8. szám

CSÁSZÁRFÜRDŐ

BUDAPESTEN.

Elsőrangú kénes hévvízü gyógyfürdő **páratlan gőzfürdővel,** legmodernebb **iszapfürdőkkel,** pompás **ásványvíz-uszodákkal, kő-** és **kádfürdőkkel,** 200 kényelmes lakószobával. A legszolidabb kezelés.

Prospektusok kivánatra ingyen és bérmentve. 3

VÉDŐJEGY.

17 **Univ. med. Dr. PÉCSI DÁNI**

nyilvános

TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE

TURKEVÉN (Jász-Nagykún-Szolnokmegye)

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

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

Csomagolásért 20 krajczár

Modern, minden orvosi segédeszközzel berendezett

magángyógyintézet sebészi és belbajos betegek számára,

BÉCS, Schmidgasse 14 (előbb **dr. Eder**).

Kitünö ápolás. **Mérsékelt árak.**

Mindennemü felvilágosítással készségesen szolgál a tulajdonos és orvosi igazgató

Dr. Julius Fürth. 14

TARCSA GYÓGYFÜRDŐ

VASMEGYÉBEN.

Glaubersó tartalmú szénsavdús vasforrások.

A legújabb módszerek szerint berendezett pezsgő és ásványvíz, valamint vasláp-fürdők. Kellemes, hűvös égalj; a kényelem minden igényeinek megfelelő olcsó lakások; a mult évben épült új „Gyógyudvar" 60 szobával ez évben megnyílik, villamvilágítás, 2 jó vendéglő, gyógyszertár, naponta 2-szer zene; szép kirándulások. A női szervek bántalmai, sápkór, vérszegénység, továbbá a légzési és emésztési szervek bajai ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják.

Megnyitás május 24-én.

A megnyitástól junius 15-ig és augusztus 15-től szeptember 25-ig tetemesen olcsóbb árak. Felvilágositással szolgál és kivánatra prospektust küld a fürdőigazgatóság. **Állandó fürdőorvos Dr. Rhorer Aladár** t. m. főorvos. **Tarcsai Károly-forrás** különösen mint óvszer járvány esetén ivóvizül ajánlható. **Főraktár Budapesten, Takáts Lajosnál, Kossuth-Lajos-utcza.** Megrendelések oly városokból, hol külön raktár nem létezik, a fürdőigazgatósághoz Tarcsára intézendők. **Posta- és távirda-állomás helyben. Vasuti állomás Felső-För, a Szombathely-Pinkafői vonalon,** honnan a 30 percznyire (5·6 klmt.) fekvő fürdőbe a közlekedést kényelmes bér- és társaskocsik (omnibusok) tartják fenn; egy négyüléses bérkocsi ára 2 frt 25 kr., társaskocsin egy hely 40 kr. 1

„ROŽNAU"

(a Radhoston),

klimatikus gyógyhely.

Évad május elsejétől szeptember végéig.

északi szele ellen magas Kárpáthegyek által védve, 380 méter a tenger színe felett.

Savó-kura, hidegvíz-gyógyintézet, terepkura, belégzések.

Ásvány- és hegyi források, vasút-, posta- és távirda-állomás. Az évad alatt 8 orvos. Előrajzok ingyen és bérmentve. Min en további felvilágositással szolgál

a gyógybizottság.

MATTONI ERZSÉBET SÓSFÜRDŐJE

2

Gyógyhely Budapesten (Budán).

Megnyitás április hó 26-dikán.

A gyógyhely forrásai ajánlhatók: a **belek bántalmainál, alhasi** és **általános vérbőségnél, májbajoknál, aranyérnél, túlságos elhizásnál, köszvénynél** és **női bajoknál.**

Rendelő fürdőorvos: *Dr. Bruck J.* (Nagykorona-utcza 23. sz.) az országos közegészségi tanács rk. tagja.

Egészséges fekvés, jutányos lakások, jó vendéglő. Pontos közlekedés a társaskocsikon, reggeli 5 órától kezdve. Állomási hely: **Ferencz-József-tér,** a régi Lloyd-épület közelében.

Tulajdonos: **Mattoni Henrik.**

Dr. KELETI és KULPIN

min. enged. nyilvános borjú-himlőnyirk-termelő intézete

Békés-Csabán.

Szállit biztos, utóbajok nélküli fogamzásért vállalt kezesség mellett, kitünő oltóanyagot a következő árakon:

1 phiola 3 egyénre	— frt 30 kr.	1 phiola 10 egyénre	— frt 80 kr.
1 „ 5 „	— „ 50 „	1 „ 50 „	2 „ — „

1 phiola 100 egyénre — 4 frt.

Oltóeszközök ugyanitt beszerzési áron kaphatók. Megrendeléseket postafordultával expediálunk.

Sürgönyczím: KELETI, CSABA. 13

Dr. Hintz Henrik

BUDAPEST,

I., úri-utcza 10. sz.

Bártfa gyógyfürdő.

mint már számos éven át, **ez idén is hivatalos fürdő-orvosként működik.** 1

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás. 17

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

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András"

név figyelembe ajánltatik.

A Kassa-Oderbergi vasút állomása. **Darkaui Jodfürdő** Új igazgatóság!

(Osztr.-Sziléziában), 5 órányira Bécstől. **Évad május 15-től október 15-ig.**

Első orvosi tekintélyek részéről bizonyitványok által elismert.

Egyetlen fürdő, melyben tiszta **jodlúgban** fürödnek.

Hatása felülmúlhatlan görvély, bujakór, börkiütések, csontszú, angolkór, köszvény, ischias, hólyag- és prostata-bajoknál és csaknem **csodás minden** fajta golyvánál.

Nőknél: idült izzadmányok, para- és endometritisnél s minden inveterált hurutos bántalmaknál.

Nagy újitások: Kényelmes, elegáns lakások, új kút ivó-kúrára, födött sétány, nagy árnyékos park, új étkező termek stb. — Naponként zene.

Jó családbeli gyermekek az igazgató főorvos személyes felügyelete alatt gondos kezelés és ápolás alá vétetnek. — Massage és villamos kúrák.

Bővebb felvilágositással szolgál

Dr. Degré Vilmos, ig. fürdőorvos.

JELZÁLOG-KÖLCSÖNÖK

bel- és külföldi tőkével **birtokokra, házakra, gyárakra, iparvállalatokra stb.** a leggyorsabban eszközöltetnek **30—50 évi törlesztésre, 4¼—5¼%-kal tőke és kamat visszafizetéssel. KÖLCSÖNÖK** az ingatlan háromnegyedrész becsértékéig. Nagyobb vállalatoknak **részvénytársaságokká** való átalakitása és financzirozása. **MAGÁN PÉNZEK** II—IV. helyig 7% mellett a legrövidebb idő alatt lebonyolittatnak.

Megkeresések: 15

SCHWARTZ GYULA

„Magyar Jelzálog Forgalmi Intézete"

BUDAPEST, VIII. ker., Kerepesi-út 65. szám.

Dr. PÁPAY VILMOS-féle

VÉDHIMLŐNYIRK-TERMELŐ-INTÉZET

Budapest, Teréz-körút 31. szám alatt.

Igazgató-orvos: Dr. SZÉKELY ÁDÁM.

Alapittatott 1887.

BEJ. VÉDJEGY

Szállít egész éven át biztos fogamzású, friss oltóanyagot következő árakon:

1 phiola	2—3	egyénre	—.50	kr.
5 v. több „	„	„	à—.40	„
1 „	10	„	1.—	„
1 „	20	„	1.50	„
1, 2 v. 5 „	összesen 50	„	2.50	„
1, 2, 5 v. 10 „	„ 100	„	5.—	„

Csomagolásért és szállításért **30 kr.**