Negyvenegyedik évfolyam. 45. szám. *Budapest, 1897. november 7.*

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.

Nagyobb műtétek helybeli érzéstelenítéssel.

Közli: *Haberern Jonathan Pál* dr. egyet. magántanár, közkórházi rendelő-orvos.[1]

Nem egészen új sebészi eljárás eredményéről teszek jelentést, egy talán mindennapos és közönséges eset kapcsán. De minden sebésznek és minden orvosnak egyik leghumanusabb feladata kell hogy legyen, a műtétre kerülő betegeket fájdalomtól lehetőség szerint megkímélni, és főleg ott, a hol a sok esélynek kitett *általános bódítást mellőzhetjük*, a műtétet *helybeli érzéstelenítés* mellett végezni. Ezen helybeli érzéstelenítés akkor lesz legtökéletesebb, ha az anaesthesiát minden káros mellékhatástól ment, s az életet egyáltalán nem veszélyeztető szerrel létesítjük.

Ezen szempontoknak a Schleich-féle érzéstelenítő eljárás felel meg jelenleg a legtökéletesebben, melyet szerzője először 1894-ben ismertetett a berlini sebészcongresusson.

Eljárása[2] abból áll, hogy a műtét területén az összes szöveteket oldatainak befecskendésével infiltrálja, mintegy mesterségesen oedemássá teszi.

E czélra Schleich hosszas kisérletei alapján a *0·2%-os konyhasó-oldatot használja*, melyhez még különböző percentuatióban csekély mennyiségű cocaint és morphint is tesz. Ezen nervinák különböző mennyisége szerint három-féle erősségű oldatot használ.

A legerősebb (I. számú) oldat a fennebb említett 0·2%-os konyhasó-oldat 100 gm.-jában 20 cgm. cocaint és 2 cgm. morphint tartalmaz.

A középerős (II. számú) oldat ugyancsak 100 gm. vehiculumra csak 10 cgm. cocaint és 2 cgm. morphint tartalmaz.

A leggyengébb (III. számú) 100 gm.-jában már csak 1 cgm. cocain és $^1/_2$ cgm. morphin van.

Az oldatok összetételét tehát az alábbi táblázat mutatja:

Oldat száma:	I.	II.	III.
Aqua dest.	100·00	100·00	100·00
Natr. chlor.	0·20	0·20	0·20
Cocaini mur.	0·20	0·10	0·01
Morph. mur.	0·02	0·02	0·005

Látható ezekből, hogy a cocain maximalis dosisát 5 cgm.-nak véve, ezt a cocain-mennyiséget az I-es oldatnak 25, a II-esnek 50, a III-asnak 500 gm.-ja, illetve köbcentimetere tartalmazza.

Schleich az esetek túlnyomó többségében a II. számú oldatot használja. Az I. számút csak akkor, ha acut lobos vagy egyéb okokból túlérzékeny területen végzi az infiltratiót. A III. sz. pedig csak ott, a hol a műtéti tér nagy kiterjedése miatt a használt folyadéknak nagyobb mennyiségére van szükség, melynek cocain-tartalma meghaladná a cocain maximaldosisát.

Az anaesthesia létrejötténél Schleich szerint a következő *négy factor szerepel*; ú. m.:

1. Az oldat által létrehozott ischaemia. 2. Az oldat által előidézett nagyobb nyomás, melynek folytán az idegelemek is nyomatnak, s így azok vezetőképessége is csökken. 3. Az oldat alacsony hőmérséke (testhőmérsékre hevített oldatnál alászáll vagy meg is szünik a hatás, másrészt 0°-ra lehűtve fokozható). 4. Direct localis vegyi hatás az idegállományra.

Az infiltratióval mesterséges oedemát hozunk létre, melynek területén azonnal beáll az anaesthesia, mely Schleich szerint 15—20 perczig tart s kizárólag az infiltratioterületére szorítkozik, míg a közvetlen környezet megtartja rendes érzékenységét.

Az oldatokban foglalt vegyszerek dosisát rendkivül pontosan tanulmányozta Schleich, mely tanulmányok alapján eredményképen kitünt, hogy a tisztán 0·2% konyhasó oldat csak absolut normalis s ép szövetet érzéstelenít, míg bármikép fokozott érzékenység mellett a fennebbi nervinák hozzáadása feltétlenül szükséges. A destillált vízzel is teljes anaesthesiát idézhetünk ugyan elő, de ez esetben az előző befecskendezési fájdalom nagyon heves. A physiologikus 0·6% konyhasó-oldat befecskendezési fájdalmat nem okoz, de nem is következik be utána anaesthesia.

A kettő közt áll a mi 0·2%-os oldatunk, melynek befecskendése fájdalmat többé nem okoz (m. a. 0%-os [destillált víz]), de már teljes anaesthesiát ad. A cocaint illetőleg kitünt, hogy 0·01%-os csak később érzéstelenít, eleinte mérsékelt fájdalmat okoz. A 0·02—2%-os azonnal anaesthesiát ád, 2%-on felül már heves fájdalom előzi meg az anaesthesiát.

Végre a morphium — a szokásos subcután alkalmazással ellentétben, endermatice fecskendezve be — szintén local-anaestheticumnak bizonyult.

Az érzéstelenítéshez Schleich 1—10 cm^3 űrtartalmú fecskendőket használ. A befecskendést, lehetőleg csavarral ráerősíthető, különböző alakú s caliberű tűkkel végzi, melyeknek lényege, hogy a fecskendők jól ráilleszthetők legyenek, mert a szövetekbe, főleg heges részekbe fecskendésnél oly nyomást kell kifejtenünk, melynek csak srófra-járó tűk képesek teljesen ellenállani.

Hogy a fájdalmatlanság tökéletes legyen, az első befecskendés helyét Schleich a bőrön aethylchloriddal, nyálkahártyákon cocain-jegeczczel vagy egy csepp 10%-os carbol-oldattal érzéstelenìti. Minden újabb befecskendezéshez a beszúrást az előző injectio által létesitett érzéstelen, oedemás, tömötten kiemelkedő, félkrajczár mekkoraságú, vértelen területen belül teszszük, ekként mintegy folyton magunk előtt tolva az érzéstelen részt.

Ezen elvek alapján végeztünk osztályomon a legutóbbi időben számos nagyobb műtétet; többek közt végeztem radicalis sérvmetszést, irtottunk ki varixot, daganatokat a test különböző helyeiről, sőt végeztük a legkülönbözőbb nagyobb *csontműtéteket* is, pl. necrotomiát, osteotomiát ferdén gyógyult tibiatörés után, csontkanalazást stb., mindannyit a legcsekélyebb fájdalom nélkül.

Mindezeket azért említem, hogy jelezzem, mily beható műtéteknél nélkülözhető teljesen az általános narcosis. Az

[1] Előadta a budapesti közkórházi orvostársulatnak 1897. október 13-dikán tartott gyülésén.

[2] Dr. C. L. Schleich. Schmerzlose Operationen. Zweite Aufl. 1897, Berlin, Springer.

infiltratióval absolute fájdalmatlanul végzett műtétek egyik markáns példáját mutatja a következő kóresetet:

Juhász Anna 36 éves nőbeteg előadása szerint 4 év előttig teljesen egészséges volt, mikor is esteli forróságok, éjjeli izzadások kíséretében soványodni s gyengülni kezdett. Sokat köhécselt azóta, bár vért nem köpött.

1895 újév táján jobb tenyerében egy mérsékelten fájdalmas csomócska fejlődött, mely fölött a bőr kékes-pirosan elszínesedett, s melyet 1895 tavaszán kórházban felvágtak, mely alkalommal kaparást is végeztek nála. Ugyanezen időtájt nyakán mindkét oldalon több mirigy megnövését vette észre.

1895 őszén, mert baja nem gyógyult, sőt inkább kézháta is megduzzadt, elszínesedett s a duzzanat fájdalom híján is korlátozta kezének mozgatását, kórházba ment, a hol kézhátán egy incisiót végeztek, mely alkalommal csak vér ürült. Utóbb 2 jodoform-injectiót is kapott, mely azonban csak rövid ideig tartó hatást eredményezett. Végre a bőr a kézháton is több helyen feltört, a bemetszések helyei is nyitva maradtak s minden nyíláson állandóan geny ürült, mi mellett állandó esti hőemelkedései voltak.

Beteg folyó évi szeptember 6-dikán vétetett fel osztályunkra, s hosszas, gyengítő, semmiképen sem gyógyuló baja miatt maga kérte az amputatiót, mert keze amúgy is használhatatlan s neki felette terhére volt. Az egész jobb kéz a kéztőizülettől az ujjakig térfogatának mintegy háromszorosára megnagyobbodott; feszülő bőre az egész kézháton s tenyéren kékesvörösen elmosódott határokkal elszínesedett.

Itt-ott halvány hegek, több helyütt (kézháton 5, tenyéren 1 helyen) ürmenetek nyílásai alávájt szélekkel, melyek állandóan híg, túrós törmelékkel kevert váladékot ürítenek. Az ürmenetek a legkülönbözőbb irányba vezetnek s a sonda mindeniken bevezetve, felpuhult, érdes csontra jut. Spontan fájdalom nincs. Kéz és ujjak az inkább mechanikus akadály folytán alig mozgathatók.

A nyak mindkét oldalán egész láncok s csomókban számos kisebb nagyobb, borsó-, bab- egész diónyi tömött, fel nem puhult fájdalmatlan mirigyek.

A jobb tüdőcsúcs beszűrődött, kopogtatási hangja tompult, főleg elül; ugyanott megnyúlt, hangos, érdes légzés. Köpetet alig ürít s az csak habzó, nyákos; köhögésről most nem panaszkodik.

Műtét. A műtétet folyó évi szeptember 26-dikán végeztük. Az amputatiót az alkar alsó s középső harmadnak határán körkörös metszéssel végeztük.

Érzéstelenítésre — előzetes vértelenítés után az Esmarch-féle pólyával — a Schleich-féle II-es számú oldatot használtuk, összesen 29 cm_g-t. Az érzéstelenítést aethylchloriddal kezdtük meg s az ezzel fagyasztott lencsényi bőrrészletbe tettük az első beszúrást, s a mesterségesen oedematisált, infiltrált területen belül a másodikat s így tovább, míg a vezetendő metszés helyén befecskendeséseinkkel egy $2^1/_2$ cm. széles, infiltrált, érzéstelen, körkörös zónát nem kaptunk. Az ekként infiltrált bőrön keresztül azonnal a mélyebb lágyrészeket is infiltráltuk, sőt 4 befecskendést a csontig beszúrt tűkön át, perután adtunk erős nyomás alatt a periost alá, még pedig egyet-egyet a radius s ulna feszítő s hajlító oldalán.

Az egész érzéstelenítő művelet absolute fájdalmatlanul volt végezhető. Elhasználtunk eddig hozzá 25 cm^3 oldatot. Erre lege artis megkezdtük a műtétet.

A bőr s lágyrészek átmetszése után az immár szabadon előttünk fekvő csontok periostjai alá ismét 4 cm^3 oldatot fecskendeztünk, hogy a csontok érzéstelenítése annál biztosabb s tökéletesebb legyen. Erre hozzáfogtunk a fűrészeléshez a Gigli-féle drótfűrészszel, melynek használatát daczára annak, hogy eredetileg csak láncfűrész helyett ajánlották, amputatiónál is legmelegebben ajánlom. Nagy előnye, hogy rendkivül sima, tiszta fürés felületet ad; másrészt pedig olcsóságánál fogva minden műtéthez újat szerezhetünk be.

A beteg a *fűrészeléskor sem érezte* a legcsekélyebb fájdalmat, s az egész műtétet a legnagyobb nyugalommal türte, sőt a varratokhoz sem kellett újabb érzéstelenítéshez folyamodnunk.

Minden faggatásunkra mindössze az Esmarch-pólya szorítására panaszkodott, s említette, hogy a befecskendéskor s utána, igen kisfokú bizsergést s viszketést érzett. Minden esetre a legidealisabb érzéstelenítés, melylyel csnyire beható műtétnél ily fényes eredményt érhettünk el.

Varratok kivétele október 3-dikán. Láztalan gyógyulás a sebszélek közvetlen összetapadásával.

Végül addig is, míg a most osztályomon folyamatban levő kisérleteinkről részletesen beszámolnánk, néhány általános megjegyzést kívánok tenni ezen eljárásra vonatkozólag.

Mindenekelőtt azt, hogy határozottan *gyakorlatot igényel* s csak az jogosított az értékének megbirálására, a ki legkülönbözőbb esetekben ezt kipróbálta. A ki gondosan s odaadással végezte az infiltratio műveletét, azt meglepő eredményei kell hogy tényleg lebilincseljék. Eleinte úgy vélekedtem, hogy ezen kicsinyes, talán babráló, piszmogónak látszó művelet fáradsága nem áll arányban az elérhető eredményekkel; az eredmények azonban tényleg minden várakozást felülmúltak s a gyakorlat által az egész eljárás igen egyszerűnek bizonyult.

Az eredmények megitélésében teljesen objectiv igyekeztem lenni s ebben segítségemre volt az, hogy néhány igen intelligens beteget, többek közt egy collegát is volt alkalmam ily módon műtenni, kik mindannyian biztositottak, hogy a műtétet minden fájdalom nélkül állták ki.

Az infiltratiót követő paraesthesiák, ú. m. viszkető érzés, hangyamászás érzése, nem túlságos alkalmatlanok. Azon kellemetlen érzés miatt, melyet az infiltratio közben létrejött feszülés okoz, tekintsük szabálynak, hogy a folyadékot ne gyors nyomással préseljük a szövetek közé; ekként időt engedve az idegelemeknek, hogy a lassanként fokozódó nyomáshoz mintegy hozzászokjanak. Az első beszúrás előtt mi is mindenkor aethylchloridot használunk, annak daczára, hogy Hofmeister, ki Bruns klinikáján 100 esetben alkalmazta az infiltr. anaesthesiát, ezt csaknem feleslegesnek tartja.

Az infiltratiót lehetőleg az összes mélyebb rétegekbe, szükség esetén a csontba is czélszerű előzetesen eszközölni, miután a bőrmetszés megtörténte után a folytatólagos infiltratio nehezebben vihető ki, a mennyiben a sebfelületről a befecskendezett folyadék egy része folyton kiszivárog, s ez által a hatás egyik factora: a nyomás is csökken

Schleich szerint az anaesthesia tartama körülbelül 20 percz. Tapasztalataink szerint azonban tovább tart, a mennyiben legutóbb is egy, a nyak egyik oldalát teljesen elfoglaló, heges összenövések által complicált gümős mirigydagesoport kiirtása után, mely félóránál több időt vett igénybe, a varratok alkalmazása a műtét előtt infiltrált sebszéleken újabb infiltratio nélkül is teljesen fájdalmatlan volt.

A prima intentiót az eljárás nem gátolja, a granulatiót nem zavarja. Az asepsis kifogástalan, a minek bizonyítékául eseteink nagy számának kifogástalan prima gyógyulása szolgál, különösen, ha tekintetbe veszszük azt, hogy osztályomon külön műtőteremmel nem rendelkezem, s frissen ejtett sebeknél s műtéteknél drainaget sohasem alkalmazok. Az infiltratiót nagyobb végtagrészeken az Esmarch-pólya előzetes alkalmazása után végezzük.

Gyermekeknél, kiknél a csekély morphium-mennyiség is káros hatással lehet, kisérleteink modificált infiltratiós folyadékkal most folynak. Semmi esetre se tartsuk azonban közömbösnek kisebb gyermekeknél az eredeti Schleich-féle oldatokat.

Egyeseknek azon ellenvetését, hogy az infiltratio által a szövetek anatomiai viszonyaiban az orientálódás nagyon megnehezített, csak részben fogadhatjuk el, mert bizonyos gyakorlat által az infiltrált részekben is képesek vagyunk orientálódni, sőt helyenként a szövetek az infiltratio által sajátszerűen differentiálódnak. Nem tagadhatom azonban, hogy egyes kivételes esetekben az anatomiai orientálhatóság biz-

tonsága kedvéért egyes rétegekben az infiltratiót magam is mellőztem.

Vajjon Braatz megjegyzése, hogy carcinomák kiirtásánál az infiltratio a csirok tovavihetősége szempontjából mellőzendő, mennyire fogadható el, azt szintén további kisérleteink vannak hivatva eldönteni.

Közlemény a budapesti „Stefánia"-gyermekkórházból.

Adatok a gyermekkor tuberculosisához.

Közli *Torday Ferencz* dr., kórházi segédorvos.

(Folytatás.)

A scrophulosis nyilvánulásának főalakja, az idült mirigyduzzanat, illetőleg lymphoma következik ezután, a melyre vonatkozó számadatok azonban csak bizonyos levonásokkal tekinthetők helyeseknek. Adataink szerint a lymphoma a leggyakoribb a 7—14 év közötti korban, míg ezen alul a korral együtt kevesbbedik. *Bruhn* szerint a mirigytuberculosisnak 50%-a, *Wohlgemuth* szerint 65%-a esik az 1—10 év közti korra.

Tuberculotikus gyermekek 10·8%-ának volt spondylitise. A 3—7 éves tuberculotikus gyermekek 14%-a szenvedett e bajban; az 1—3 évesek 12%-a, a 7—14 évesek 9%-a, az egy éven aluliaknál 14 esetben: 1%-ban diagnostizáltatott spondylitis. A spondylitis az első 10 életévben a leggyakoribb. *Lannelongue* eseteinek 91%-a ebbe a korba esik, *Mohr, Drachmann, Taylor, Hoffa* eseteinek pedig 68%-a. A lokalis tuberculosissal összehasonlítva, az összes csonttuberculosisoknak *Lannelongue* szerint 16%-át, *Jaffé* szerint 26%-át, *Schmalfuss* szerint 5%-át, *Karewski* szerint 17%-át teszi ki.

Coxitis a tuberculotikus bántalmak 8·7%-át tette ki; leggyakoribb a 3—7 éves korban volt; 17 egy éven aluli gyermeknél már megkezdődött a bántalom. *Alfer, Schmalfuss, Huismann, Bähr, Karewski* adatai szerint a coxitis 72·5%-a a pubertás előtti időre esik. A gyermekkor tuberculotikus izületi bántalmainak 37%-át teszi ki a coxitis. *Lannelongue* 100 coxitis esete közül 5 két évnél fiatalabb volt. Az izületek bántalmazottságuk szerint tapasztalataink alapján így sorakoznak: a csipő-izületet a térd, a lábtő, a könyök és végül a váll izülete követi. *Alfer, Schmalfuss* és *Karewski* adatai szerint az egyes izületek tuberculotikus megbetegedéseinek számaránya a következő: a csipő 37%, a térd 30·7%, a lábtő 15%, a könyök 11·7%, a kéztő 3%, a vállizület 2%-kal vesz részt a gyermekkor tuberculotikus izületi megbetegedéseiben. Nembeli különbségek is vannak, a mennyiben a fiuk tuberculotikus izületi megbetegedései gyakoriabbak.

A többi tuberculotikus csontbántalmak közül csak a cariest vettem be a táblázatba, mert a periostitis alatt vezettettek nagy része tuberculotikus periostitis ugyan, de hogy mily százalékban, megközelithetőleg sem állapitható meg. A tuberculotikus gyermekeknek 5%-ban volt cariosus csontja, a legtöbbször itt is a 3—7 év közti korban.

A három éven aluli gerinczoszlop elferdülések nagy részben rhachitikusok. Az ezen koron túl fejlődők (különösen a kyphosisok) jórészt spondylitis által idéztetnek elő s ezen rovatban szerepelnek; ezen esetek a tuberculotikus megbetegedések 3·6%-át teszik ki.

A tuberculotikus gyermekeknek csak 5%-ában volt az ambulantián a phthisis pulmonum határozottsággal diagnostizálható. Majdnem megkétszereződnek a gyakorisági arányok a 0—1 és 1—3 év közti időszakokban; a leggyakoribb azonban a kifejezett phthisis, a gyermekkorban, a pubertás közelében. A legrosszabb kórjóslatot nyujtó meningitis basilaris a tuberculotikus gyermekek 3·2%-ában volt az ambulans anyagnak. Az egy éven aluli tuberculosisok 6%-ában, az 1—3 év köztiek 5%-ában fejlődött ezen kórfolyamat; a 7—14 éves tuberculotikusok között ritka, alig 0·7%-ot tesz ki. A peritoneitis tuberculosa csak kevés esetben (0·7%) volt diagnostizálható, a csekély számú esetekben a korkülönbségek is jelentéktelenek. A here tuberculosisa ugyanily számaránynyal szerepel, de feltünő a gyakorisága az egy éven aluli korban, hol az esetek 2%-ában fordult elő. *Jullieu* szerint a here tuberculosisa az eseteknek alig 3%-át teszi ki a gyermekkorban; szerinte az első életévekben a leggyakoribb, úgy hogy az összes esetek 25%-a a csecsemőkorra esik. Lupusban szenvedő gyermeket keveset, alig 78-at mutattak be a 10 év alatt ambulantiánkon; ezek közül 60 a 7—14 év közti korban volt. *Raudnitz* szerint a lupus esetek 40·6%-a az első 15 évre esik.

Ezen itt részletezett viszonyok az ide iktatott táblázatban vannak szemléltetően feltüntetve. (L. I. tábla).

A tuberculotikus ambulansok legnagyobb számmal a téli és kora tavaszi hónapokban fordultak meg ambulantiánkon, bár az ambulantia a téli időben a legkevésbbé látogatott. A phthisikusok 14%-a és az idült tüdőlobok 10—15%-a a márczius és junius időszakra esik; a lymphomások legnagyobb része is ezen időben fordult meg a kórházban.

A tiz év alatt, 1886—1895-ig kórházunkba gyógykezelés végett felvett 12,366 betegnek 14·3%-át teszik a tuber-

I. tábla. Az összes tuberculotikus ambulansok diagnosis és kor szerint, számokban és százalékokban.[1]

Diagnosis	Ambulansok kor szerint					Arány az összes tuberculotikus ambulansokhoz				
	0—14 év	0—1 év	1—3 év	3—7 év	7—14 év	0—14 év	0—1 év	1—3 év	3—7 év	7—14 év
Tuberculosis-scrophulosis	2021	130	859	610	422	17·6%	9·0%	27·4%	14·6%	14·6%
Meningitis basilaris tuberculosa	377	87	174	96	20	3·2%	6·6%	5·0%	2·3%	0·7%
Phthisis pulmonum	618	25	131	219	243	5·3%	1·9%	4·1%	5·2%	8·4%
Peritonitis tuberculosa	89	5	29	39	16	0·7%	0·3%	0·9%	0·9%	0·5%
Orchitis-epididymitis	90	28	31	21	10	0·8%	2·0%	0·9%	0·5%	0·3%
Lupus	78	—	4	14	60	0·6%	—	1·0%	0·3%	2·0%
Lymphoma	2220 (3220)	392 (783)	612 (1441)	607 (637)	659 (609)	(21·5%) 19·3%	(53·8%) 29·8%	(28·5%) 19·5%	(14·9%) 14·6%	(21·2%) 19·4%
Inflammatio art. coxae	1003	17	169	464	353	8·7%	1·1%	4·2%	10·8%	10·4%
„ „ genu	774	41	166	337	230	6·0%	2·8%	4·1%	7·8%	6·7%
„ „ pedis	263	15	82	97	69	2·0%	1·0%	2·0%	2·2%	2·0%
„ „ humeri	48	6	19	14	9	0·3%	0·4%	0·4%	0·3%	0·2%
„ „ cubiti	252	22	63	106	61	1·9%	1·5%	1·5%	2·4%	1·7%
Spondylitis	1256	14	373	610	259	10·8%	1·1%	11·9%	14·6%	9·3%
Kyphosis	476	27	74	148	227	3·6%	2·3%	2·3%	3·5%	7·9%
Caries	671	26	193	261	191	5·7%	2·0%	6·0%	6·2%	5·9%
Otitis media	1?31 (1873)	77 (230)	150 (491)	512 (602)	492 (550)	(14·2%) 10·7%	(15·8%) 5·8%	(12·3%) 4·7%	(14·0%) 12·3%	(17·0%) 16·2%
Tuberc. ambulansok aránya egymáshoz	11,467 (13,109)	1,312 (1,454)	3,129 (3,991)	4,155 (4,273)	2,871 (3,391)	—	11·3%	27·2%	36·2%	25·3%
Az összes ambulansokhoz	143,339	49,163	43,016	29,263	21,897	8—9·1%	2·6%	7·2%	14·1%	13·1%

[1] A zárjel között lévő számok az összszámot jelzik levonás nélkül.

*

culotikus megbetegedések 1775 esettel, kik közül 23% halt el és így közülök 100 hullára 15 esik. A boncz jegyzőkönyvek adatai szerint azonban az összes hullák 22·3%-ánál, a bonczoltak 39·8%-ánál találtattak tuberculotikus elváltozások. A halálokok sorában a második hely illeti meg a tuberculosist, az első helyet a diphtheria foglalja el. Az egyes betegségek mortalitási viszonyait kórházunkban a II-dik táblázatban mutatom be és összehasonlitásul közlöm a müncheni kórboncztani intézet gyermekhulláiról *Müller* által az 1882—1888-ig és *Hecker* által 1888—1892. évről összeállított adatokat; nemkülönben kórházilag ápolt tuberculotikus betegeink gyógyulási és halálozási viszonyait (lásd III. tábla). Megjegyzem, hogy a táblázatban a serummal kezelt összes diphtheriabetegek, az 1896-dik évet is befoglalva, külön vannak feltüntetve.

II. tábla. Az egyes betegségek mortalitási viszonyai a gyermekkorban.

Megbetegedés neve	Budapesti Stefánia-gyermekkórház				Hecker	Müller
	felvétetett	meghalt	mortalitás%	100 hullára esik	100 hullára esik	100 hullára esik
Tuberculotikus megb.	1775	422	23·7	15·2	13·9	30·0
Agy- és gerinczagy-megb.	176	73	41·6	2·6	2·7	4·7
Idegbetegségek	340	20	5·8	0·9	2·7	4·7
Légzési szervek megb.	1043	274	26·2	9·8	13·1	8·0
Vérkeringési „	136	37	27·1	1·3	1·7	3·2
Emésztési „	903	148	16·3	5·4	4·3	5·8
Húgy- és ivar- „	534	77	14·4	2·7	2·3	1·4
Megégés	32	11	34·3	0·3	0·6	1·6
Sebzések	41	6	14·6	0·2	0·9	—
Neoplasma	92	20	21·7	0·7	1·1	0·8
Fejlődési rendellenesség	92	19	20·6	0·6	1·3	—
Csontmegbetegedések	252	11	4·3	0·3	0·1	1·0
Morbilli	703	77	10·9	3·1	2·5	5·0
Scarlatina	775	208	26·8	7·5	7·0	3·0
Typhus abdom.	353	9	2·5	0·3	—	1·4
Diphtheritis és croup serumtherapia nélkül	2286	1207	52·8	43·2	38·4	27·2
Ugyanazok serumth.-val	628	197	31·3	33·2	—	—
Erysipelas	42	5	1·2	0·1	—	0
Lues congenita	144	48	33·3	1·9	2·7	0·8
Anaemia	32	2	6·2	0·07	3·0	0·8
Atrophia	89	81	91·0	2·9	3·0	0·8
Werlhof-kór	24	4	16·6	0·1	—	—
Mérgezések	19	5	26·3	0·1	0·7	0·4
Septichaemia	4	4	100	0·1	1·9	3·6

Cnopf adatai szerint az összes egy-korbeliek tuberculosisa között a mortalitás a következő: a 0—1 éveseknek elhal 98·75%-a, az 1—3 évesek 68·62%-a, a 3—6 évesek 34%-a.

III. tábla. Kórházilag ápolt tuberculotikus betegek gyógyulási és halálozási táblázata.

Betegség	Felvétetett	Elbocsáttatott			
		gyógyultan	javultan	nem javultan	meghalt
Tuberculosis universalis	290	—	49	35	206
Meningitis basilaris tuberc.	137	—	—	10	127
Phthisis pulmonum	107	—	53	14	40
Peritonitis tuberculosa	42	—	14	6	22
Orchitis, epididymitis	23	16	5	1	1
Lupus	32	20	9	3	—
Lymphoma	100	83	17	—	—
Inflammatio art. coxae	398	22	334	35	7
„ „ genu	245	30	200	14	1
„ „ pedis	25	8	14	3	—
„ „ cubiti	28	4	19	2	3
„ „ humeri	5	—	5	—	—
Spondylitis	173	3	131	27	12
Kyphosis	6	—	6	—	—
Caries	164	49	106	6	3
Összesen	1775	235	962	156	422
Százalékokban	—	13	54	9	23

A 10 év alatt kórházunkban összesen 2768 gyermek halt el; ezek közül 1549 bonczoltatott; tuberculotikus elváltozások 618 hullánál találtattak, a mi az összes hullák 22·3%-át, a bonczoltak 39·8%-át teszi ki. A nemi különbségek csekélyek: a fiú-hullák 54, a leány hullák 46%-kal szerepelnek. A kor szerinti különbségek a következők: a tuberculotikus hullák legtöbbje az 1—2 év között volt, ezt követték a 2—3 év köztiek, majd a 3—4 évesek, ezután sorakoznak az egy éven aluliak, majd a többi korosztályok chronologikus sorrendben. *Cnopf* adatai szerint a tuberculotikus halottak 30%-a egy éven aluli; 67%-a 0—3 év közötti, 17%-a 3—6 év közti és 12%-a 6—12 év közti. *Rilliet* és *Barthez* számarányai: 0—$2^1/_2$ év: 15%; 3—$5^1/_2$ év: 34%; 6—$10^1/_2$ év: 34%; 11—15 év: 16%. *Neureutter*-éi: 0—1 év 8%; 1—4 év 48%; 4—8 év 28%; 8—14 év 15%. *Steffen*-éi: 0—1 év 11%; 1—3 év 34%; 3—6 év 19%; 6—9 év 17%; 9—12 év 12%; 12. évtől 6%. *Wiederhofer* adatai 418 tuberculotikus hulla alapján a következők: 0—1 év: 6%, 1—5 év: 55%, 5—10 év: 27% és 10—15 év: 12%.

A 618 tuberculotikus hullában 2305 szervben voltak tuberculotikus elváltozások, azaz egy hullában rendesen több szerv volt a tuberculosis által megtámadva. Peribronchialis affectio egyedül az esetek 3%-ában, meningitis basilarisnál csak agyi tuberculosis az esetek 5·2%-ában találtatott. A tuberculosis localisatióját illetőleg a tuberculotikus hullák tüdejének 76%-ában voltak gümős elváltozások, a peribron-

IV. tábla. A tuberculosis localisatiója a hullákban kor szerint százalékokban kifejezve.

Localisatio	Budapesti Stefánia-gyermekkórház													Rilliet és Barthez	Biedert	Hecker	Müller	Cnopf	Froebelius	Louis	Lambert
	1 év	2 év	3 év	4 év	5 év	6 év	7 év	8 év	9 év	10 év	11—12 év	13—15 év	Gyermekkor	1—15 év	1—15 év	1—15 év	1—15 év	1—15 év	0—1 év	felnőtt	felnőtt
Agy és agyhártya	12	18	32	38	34	32	32	50	39	25	28	26	27	27	—	26	26	9	24	0·8	2
Légcső	1·5	1	4	4	7	5	10	4	8	8	5	4	4	—	—	—	—	—	2	—	—
Bronchial-mirigyek	61	72	78	70	59	50	67	77	30	100	61	65	68	79	78	92	84	73	99	28	9
Tüdő	83	83	74	67	71	85	82	63	48	83	57	86	76	84	79	76	92	67	100	100	100
Mellhártya	17	23	26	28	30	35	32	22	8	33	42	30	26	34	—	10	65	—	4	2	1
Szív és szívburok	—	—	1	5	3	—	10	—	—	—	9	—	2	3	—	4	—	—	3	—	—
Máj	48	35	35	25	36	29	25	18	17	33	42	17	33	22	—	24	33	20	88	—	1
Lép	50	41	39	29	36	29	28	36	21	33	38	17	36	40	—	20	43	20	86	13	6
Bél	16	23	17	10	16	5	32	18	21	50	28	43	20	61	31	22	38	18	26	43	—
Mesenterial-mirigyek	11	26	20	16	17	18	17	36	8	17	19	30	20	46	40	—	—	29	16	33	19
Hashártya	6	13	18	25	15	20	21	14	8	17	5	26	16	27	18	7	18	18	—	—	—
Vese	17	16	20	7	29	14	29	18	17	25	23	12	18	15	—	15	23	7	22	2	2
Here	—	0·5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0·3	—	—	—	—	—	—	—	—
Csont	—	8	9	15	9	20	17	23	52	58	14	30	13	—	—	—	—	—	—	—	—
Izület	—	9	6	11	3	8	17	13	39	41	9	17	9	—	—	—	—	—	—	—	—

chialis mirigyek 68%-ban találtattak afficiálva, ezután a lép, máj, az agy, a mellhártya következik a gyakoriság sorrendjében a megtámadottság szerint; majd ezek után következnek a bél, a mesenterialis mirigyek, a vese, a hashártya, a csontok és izületek, a légcső, a szivburok; a sort a here zárja be, melynek tuberculosisa a legritkább kórbonczi lelet, a gyermekkorban jórészt talán az élőben megejtett castratio folytán. A localisatiót kor szerint tekintve, látjuk, hogy a tüdő, a bronchialis mirigyek, a máj, a lép leggyakrabban a 0—3 év közti korban vannak megtámadva, hogy az agy és agyhártya tuberculosisa leggyakoribb a 3—9 év közti korban, a bél tuberculosisa pedig az 1—2 év közt aránylag gyakori, nagyobb számú azonban mégis a 7. év utáni korban. A mesenterialis mirigyek tuberculosisánál némileg hasonlók a viszonyok: a 2. és 3. év szerepelnek itt aránylag nagy számmal; a hashártya tuberculosisánál a 13—15. évek után a 4., 7. és 6. év következik gyakoriságban. A vese tuberculosisa kevésbbé gyakori az 1—3. években, az 5—7. évben találtatott a legtöbb eset. Csont- és izület-tuberculosis az első éven belüli tuberculotikus hulláknál anyagunkban nem találtatott; leggyakrabban a 9—10. év közt elhaltaknál constatáltatott. A bonczolásra került néhány heretuberculosis a 2—3. év közti korban volt. Részletesen ezen adatok az ide iktatott IV. táblázatban vannak feltüntetve. Összehasonlitásul szolgálnak a különböző szerzők hozzácsatolt adatai.

(Folytatása következik.)

Közlemény Purjesz Zsigmond dr., ny. r. egyet. tanár belgyógyászati kórodájáról Kolozsvárt.

Kórodai észleletek a Widal-féle serodiagnosis értékéről.

Jancsó Miklós dr. és *Rosenberger Mór* dr. tanársegédektől.

(Folytatás.)

B) csoport.

Ide soroljuk azon 18 gyógyult esetünket, melyekben úgy a klinikai tünetek, mint a kórlefolyás alapján a typhus abdominalis kórisméje minden kétséget kizárólag volt megállapitható.

E betegeknél a kórodára való felvételük alkalmával azonnal megejtettük a függőcsepp-vizsgálatot, melyet azután esetenkint több izben ismételtünk s a következőket találtuk:

1. Czakó István	I/18-dikán,	betegsége	24-dik	napján.
2. Czakó Ferencz	I/19	„	„	22	„	„
3. Fauer Sylvester	I/19	„	„	28	„	„
4. Kucsitár János	I/18	„	„	28	„	„
5. Kern Lajos	III/27	„	„	8	„	„
6. Szitás Ilona	I/18	„	„	11	„	„
7. Bányai J.-né	II/24	„	„	16	„	„
8. Hosszú J.	II/26	„	„	14	„	„
9. Eckárt Lajos	III/16	„	„	14	„	„
10. Czonka L.	—	„	„	?	„	„
11. Hajdukovits J.	II/10	„	„	8	„	„
12. Grünblatt J.	II/13	„	„	10	„	„
13. Farkas Zsuzsa	V/9	„	„	8	„	„
14. Bakó Lajos	II/8	„	„	4	„	„

Ugyanezen esetekben részint egyidejüleg, részint később vett vér savójával bár igen különböző, de mindig 100-on felüli (többnél sok százszoros, sőt Kernnél több ezerszeres) higitás képezte a makroskopikus reactio felső határát.

15. Kemecsei Imrénél, ki betegsége 9-dik napjától kezdve feküdt a kórodán, a függőcseppben több óra alatt sem fejlődik ki a reactio s bár a 13-dik naptól kezdve hovatovább kevesebb idő alatt kapunk reactiót, de azonnal és jól kifejezetten az egész kórlefolyás alatt sem. Itt mutatkozik egyszersmind dissonantia a függőcsepp és a makroskopikus reactio között, a mennyiben t. i. a betegség 22-dik napján a makroskopikus-reactio felső határa 160; egy másik ily eltérést, de fordított értelemben, észleltünk

15. Bakó Lajosnál, kinek vére függőcseppben azonnal kifejezetten adta a reactiót, ellenben a makroskopikus reactio felső határa csak 40 volt. Ezek voltak az egyedüli eltérések a függőcsepp és makroskopikus reactio minden más esetben észlelt párhuzamosságától.

16. Jakab Lujzánál február 24-dikén, betegsége 15-dik napján a függőcsepp-reactio nem sikerül; a 18-dik napon 1 óra alatt már teljesen kifejlődik, sőt pár nappal később — Bokis-féle culturával — azonnal fellép.

17. Tóth M. betegsége 9. napján Bokistól származó culturával 1 óra alatt positive reagál, de azonnali reactiót az egész lefolyás alatt nem észlelünk sem Král-féle, sem Bokistól kitenyésztett culturával.

18. Has T.-né: betegsége 17—20-dik napjain 3 óra alatt sem fejlődik ki a reactio, ellenben a 20—27-dik napok között azonnal jól kifejezetten mutatkozik.

E 18 eset közül csupán a 14. sz., Bakó L. került a betegség kezdetén — negyedik napon — észlelésünk körébe, a kinél a tünetek is megfeleltek a kezdeti szaknak, a többi mind az első héten túli időben vétetett fel a kórodára.

E helyen megjegyezzük, hogy a 12. sz., Grünblatt betegsége hetedik napján ambulantiánkon járt s vére ekkor még 6 óra alatt sem idézte elő a reactiót, holott, mint láttuk, már a 10-dik nap azonnal is kifejezetten reagált.

Ha a typhus különböző időszakaiban összehasonlítjuk a reactio intensitását, akkor úgy mikro- mint makroskopikus vizsgálatokkal azt találjuk, hogy az esetek többségében legintensivebb a reactio (legnagyobbak a higitások) a 3-dik időszakban, sőt gyakran ennek a végén, úgy hogy ez időszakban sikerül a reactio egyes olyan esetekben is, melyekben a korábbi szakokban nem sikerült.

Észleltünk azonban eseteket, melyekben a reactio intensitásának tetőpontját a 2-dik időszakban érte el, s a 3-dikban már csökkent (11. Hajdukovits), sőt az 5. sz. Kernnél a reconvalescentia alatt hágott a reactio tetőfokra: 3000-en felüli higitásával.

* * *

Eseteink nagyobb részében a reactio intensitása a defervescentiával párhuzamos csökkenést mutat; s pedig az esetek egy csoportjánál e csökkenés oly gyorsan következett be, hogy a láztalan időszak elején a beteg vére sem a makrosk. sem a mikroskop. reactiót nem adja, mint egy nem-typhusosé.

Így Hasnénál a reconvalescentia 7-dik napján a makrosk. reactio felső határa 10. Grünblattnál még mielőtt a láztalan időszak beállott volna, a defervescentia utolsó napjaiban a felső határ 40.

Kucsitárnál a reconvalescentia 14-dik napján felső határ 80, holott 12 nappal azelőtt 240 volt.

Ez eseteink, melyekben a reactio elenyészését ily korán észlelhettük, aránylag a legenyhébb eseteink voltak.

Eseteink egy más részében a defervescentia bekövetkeztével hasonló gyors csökkenést észleltünk ugyan a Widal-féle reactió intensitásában, de csak a reconvalescentia első napjaiban, ezután a reactio bizonyos fokon mintegy megállapodni látszott s csak igen lassan csökkent tovább, úgy hogy a nem typhusos vér reactióját még hetek-hónapok mulva is tetemesen felülmulta. Így láttuk ezt:

Czakó Istvánnál: a defervescentia után 3 hónap mulva függőcseppben azonnal és teljes reactio jelentkezik, holott a defervescentia végén a makroskop. reactio felső határa 120 volt.

Czakó Ferencznél: a reconvalescentia kezdetén a makroskop. reactio felső határa 400, 2 nappal ezután már csak 160, 3 hónap mulva pedig 60.

Szitás Ilonánál: a recidivája tetőfokán a reactio felső határa 400, a defervescentia végén 160, de 6 hét mulva a függőcseppben még azonnal kifejezett reactiót ad.

Kernnél: defervescentia végén a reactio felső határa 3000 körül, 1 hó mulva még mindig 400.

Ezen eseteink mind igen súlyosak voltak.

Szitás Ilonánál súlyos recidiva, Czakó Ferencznél pedig genyes parotitis lépett fel.

Feuer Sylvester szintén igen súlyos typhust állott ki, melynek végén a gluteus tájakon s czombokon számos felületesebb- mélyebb abscessus képződött; 3 hónap mulva exsudatum pleuriticum serosum l. sin.-vel vétette magát a kórodára, hol teljes felgyógyulásáig — több héten át — feküdt, s ez idő alatt ismételt vizsgálatnál, függőcseppben mindig 1/4—1/2 óra alatt teljesen kifejlődő reactiót észleltünk.

E helyen kívánjuk felemliteni egy kétoldali peroneus-hüdéssel kórodánkra hozott 12 éves leánybetegünket, a ki szülőinek (apja hivatalnok) állitása szerint ezelőtt 5 hóval rendkivül súlyos typhust állott ki (ezt a kezelő orvostól tudják) s kinek a peroneus-hüdése is a typhus után fejlődött; a beteg tomporain, kereszttáján, a térdek belfelületén, bokákon, sarkokon decubitusok után visszamaradt, részint felületes, részint mély forradásos hegek láthatók.

A beteg vérsavójával eszközölt vizsgálatnál a makroskopikus reactio felső határa 300; a vér függőcseppben eddig — beteg már több mint 3 hó óta fekszik a kórodán — mindig azonnal kifejezett reactiót idéz elő.

Megemlítjük továbbá egy 13 éves fiúbetegünket, a ki nagy mértékben lefogyva s annyira elgyengülve hozatott be, hogy még az ágyban fekve sem tudta lábait mozgatni. A beteg altestén s alsó végtagjain szintén hegek láthatók s pedig a decubitusok kedvencz fellépési helyein s szabálytalan, forradásos küllemük is arra vall, hogy decubitusok után maradtak vissza. Az anamnesist illetőleg a kevés intelligentiájú, alantas társadalmi állású (czigányfiú) betegtől csak annyit lehet megtudni, hogy pár hónappal ezelőtt igen súlyos, lázas betegséget állott ki. A betegnél benntartózkodása alatt néhányszor 4—5 napon át subfebrilis temperaturát s egy izben egy héten át 3 napig fokozatosan emelkedő (egész 38° C.-ig), azután 3 napon át ismét fokozatosan leszálló hőmenetet észleltünk; utóbbi időben, benntartózkodásának 3-dik hónapjában majdnem állandóan láztalan, táplálkozása sokat javult, testsúlya folytonosan gyarapodik, már fenn jár. A vére eddig minden vizsgálat alkalmával azonnal kifejezetten adja függőcseppben a reactiót.

Néhány esetben észleltük azt, hogy a reactiónak a defervescentia folyamán egyszer már leapadt értéke átmenetileg — néha csak pár napra — ismét növekedett; így: Tóth Marinál, Hajdukovitsnál, Kemecseinél úgy a makroskopikus, mint a függőcsepp reactiók alkalmával; Jakab Lizánál s Czire Miklósnál szintén ezt mutatták a függőcsepp vizsgálatok, bár ez időszakban makrosk. vizsgálatot náluk nem végeztünk.

Sőt Kemecseinél függőcseppben az egész lázas időszak alatt kifejezett reactio egyszer sem mutatkozott, ellenben 2 héttel a defervescentia után azonnal jól kifejezett reactiót észleltünk.

Bakó Lajosnál pedig a defervescentia után 25 nappal a makr. vizsgálat alkalmával magasabb határértéket kaptunk, mint a lázas időszakban s ennek megfelelő magatartást mutatott a függőcsepp reactiója is.

Hogy a reactiónak e sajátszerű ingadozásai nem tekinthetők valamely kisérleti hiba következményeinek, bizonyítja egyrészt az ingadozások tetemes nagysága, másrészt az, hogy azon esetekben, melyekben ez ingadozások idején a függőcseppvizsgálatok mellett makroskopikus reactiókat is eszközöltünk, a kétféle vizsgálat eredménye egészen összehangzó volt, a mennyiben a függőcsepp reactió kifejlődésének gyorsaságával avagy elmaradásával egyidejűleg a makrosk. reactio a felső határ emelkedésével illetve csökkenésével jelezte a reactio intensitásával beállott változást; pedig e kétféle vizsgálat, mint már említve volt, egyidejűleg ugyan, de egymástól egészen függetlenül lett megejtve s csak a vizsgálatok befejezése után közöltük egymással az eredményt.

E jelenség magyarázatát adni nem tudjuk, de feltünt előttünk az a hasonlóság, mely typhusnál a Widal-reactiónak s a vér fajsúlyának ingadozásai között fennáll; a mennyiben ugyanis annak idején a klinikán eszközölt vérfajsúly vizsgálatok alkalmával szintén az észleltetett, hogy typhus-esetekben a vérfajsúly a defervescentia folyamán csökkent, de a reconvalescentia időszakában átmenetileg ismét fokozódott. Láztábláinkból kitünik, hogy a Widal-reactiónak eme átmeneti fokozódása — épen mint a vér fajsúlyáé is — a reconvalescentia idején bekövetkező polyuriának körülbelül a kezdetére esik, úgy hogy nem lehetetlen, miszerint a Widal-reactiónak épen mint a vér fajsúlyának ez időbeni fokozódása a polyuriával áll oki kapcsolatban.

Különösen utolsó esetünket tekintve, támadhat az a kérdés, hogy vajjon amaz esetek, melyekben Bauer a typhus egész lefolyása alatt a Widal-reactiót soha sem találta, ellenben a defervescentia után átmenetileg észlelhette, nem ehhez hasonló esetek voltak e?

Szitás Ilonánál a 33-dik napon bekövetkezett a teljesen lázmentes időszak, de már a 36-dik naptól kezdve súlyos recidiva fejlődött, melynek folyamán a reactio fokozódását észleltük megegyezően másokkal, a kik ezt a jelenséget is felhozzák annak bizonyítására, hogy a Widal-féle reactio a typhusnak csupán egy tünetét képezi, nem pedig a betegség kiállása révén nyert immunitásnak a jele.

Mivel azonban, mint láttuk, a reactio fokozódhatik a defervescentia után a nélkül is, hogy recidiva fejlődnék, azért a már egyszer bekövetkezett defervescentia után fellépő lázas mozgalmak esetén a reactiónak egyidejű fokozódását nem tekinthetjük oly tünetnek, mely egyedül önmagában, a recidiva kórismézését lehetővé tenné.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XX. rendes ülés 1897. október 30-dikán.)

Elnök: **Moravcsik Ernő Emil**; jegyző: **Lévai József.**

Az ókori görögök gyógyászati ismeretei; az orvosi tudomány és orvosi rend fejlődése Hippokrates előtt.

Tihanyi Mór: Előadása bevezetésében az orvosi tudomány történelmének fontosságát és jelentőségét fejtegeti, a mely tudományágnak tanulmányozását az orvostan rohamos haladása következtében az utolsó évtizedekben nagyon elhanyagolják. Kifejti, hogy az orvosi tudomány történelme, a mely az emberi cultura historiájának fontos részét képezi, nemcsak theoritikus értékű, hanem kiváló gyakorlati jelentőséggel is bir, a mennyiben igazán önálló orvosi gondolkodásra csak az képes, a ki nemcsak a mai tudományos elméleteket, hanem ezeknek fejlődési módját is ismeri. Az orvosi tudomány történelme józan skepsisre tanítja az orvost és ethikailag is nemesitő hatást gyakorol, ezenkivül szükséges a tanulmányozása azért is, mert igen sok orvosi ismeret ment az évszázadok folyamán feledésbe és vár újabbi felfedeztetésére; így pl. a hypnosist és suggestiót, a melyeket a legújabb kor vívmányainak tekintenek, az ókori keleti népek papjai már évezredek előtt ismerték és gyakorolták. Előadó egy az ókori orvostudomány történelmét felölelő kézikönyv megírásán dolgozik és ennek egy fejezetét olvassa elő, mely a görögök orvosi ismereteit és az orvosi rend viszonyait *Hippokrates* előtt, vagyis a legrégibb kortól egészen körülbelül a 400-dik évig Krisztus előtt tárgyalja. (Egész terjedelemben közölni fogjuk.)

Donáth Gyula: Felemlíti, hogy a thessaliaiak és a Thrák-nemzetségbeliek nem — mint általánosan felveszik — Ázsiából származtak, hanem északról, germán eredetűek s sok orvosi ismerettel birtak. Hippokrates azon feltevése, hogy a magzat már intrauterine végez szopó-mozgásokat, ma már be van bizonyítva.

Verebélyi László: Felhívja előadó figyelmét arra, hogy nagyérdekű és értékű munkája teljessége végett tanulmányozza az Ajur-vedát is, mely Krisztus előtt 1400-ból való, s a praehistorikus adatokat.

Jendrassik Ernő: Régi munkák olvasgatása közben talált azon érdekes feljegyzésre, hogy már *Hippokrates* tudta, hogy az aphasia a jobboldal bénulásával szokott együtt járni, pedig tudjuk, hogy még Broca idejében is milyen sokáig nem akarták ezen tényt elfogadni s mily nagy vitákra szolgáltatott alkalmat.

Közkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató szakülés 1897. október 13-dikán.)

Elnök: **Verebélyi László**; jegyző: **Tihanyi Mór.**

Inveterált patella-törés véres úton való meggyógyítása.

Ludvik Endre: A 42 éves munkás körülbelül 4 hónappal a patella törése után jött a szt. János-kórházba, a hol megállapitották, hogy a térdkalács harántirányban van törve és a két törvég egymástól 4 ujjnyira távolodott; a felső törvég a femurhoz rögzitett, az alsó szabadon mozgatható. A zsugorodott quadriceps két heti massage-a után elhatározták a törvégek véres varrattal való egyesitését. A diastasis közepén történt bőr-átmetszés után semmi egyéb áthidalás nem találtatott. A capsula mindkét oldalán 1½ hüvelyknyire beszakadt, az izületben szervülés alatt levő vérrögök voltak. A vérrögök kinyomása után a törvégek felfrissittettek és erős feszités közben két ezüst sodronynyal egyesittettek. A coaptatio teljesen sikerült, a capsula külön varratott és a bőrseb legmélyebb pontján két rövid draincsövet alkalmaztak. A lefolyás láztalan volt, szilárd összenövés 3 hét alatt következett be; az 5-dik héten kezdett a beteg járni, járása ma már teljesen rendes.

Új érzéstelenítő eljárás mellett végzett alkar-amputatio.

Haberern J. Pál: (Lapunk más helyén egész terjedelemben közöljük.)

Gastroenterostomia és cholecystotomia egyidejűleg végzett mütéte.

Herczel Manó: A 40 éves nőnél a valószinűségi kórisme: carcinoma pylori volt. A hasüreget 1897. junius 12-dikén chloroform-narkosisban a linea albában ejtett 12 cm. hosszú metszéssel megnyitotta; midőn kitünt, hogy a gyomor mellső felülete, különösen a pars pyloricának a kis curvatura felé eső része perigastritikus csikos hegekkel és álhártyákkal borított, magán a pyloruson circularisan szűkítő heges gyűrű ül, azt a máj hilusa felé rögziti és így a gyomor nagyfokú tágulatát megmagyarázza. A kivülről érzett tumor pedig a körülbelül kis ökölnyire megnagyobbodott, duzzadt, feszes, sima felületű, alsó részén álhártyákkal borított, különben még elég szabad epehólyagnak bizonyult. Ebben, valamint a hegek által lefelé vongált duct. cysticusban több, kisebb-nagyobb követ lehetett érezni.

Nyilt kérdés maradt, vajjon itt egy ulceráló gyomorbeli folyamat alapján létrejött perigastritis vonta-e be a bántalomba az epelevezető utakat és így talán az epe lefolyási zavarok adtak-e okot a kövek

keletkezésére vagy pedig a két folyamat függetlenül egymástól fejlődött.

Minden esetre két feladat előtt állott a műtő: egyrészt a pylorust szűkítő heg által okozott canalisatiós zavarokat a gyomor-bélhuzamban megszüntetni, másrészt az epeköveket eltávolítani. E végből először gastroenterostomia retrocolica s. Hacker-t végeztek, a műtét gyorsítása czéljából Murphy-gyűrűvel. Ezután az epehólyagot pungálva zavaros, kissé genyes folyadékot nyertek, minek folytán az epehólyag kivarrására és secundaer megnyitására szánták el magukat. E végből a bordaív alatt, a bimbóvonalban haránt irányban a hasfalon át 6 cm. széles metszést ejtettek, majd a peritoneumot 4 cm. szélességben megnyitva, az epehólyag csücskét a peritoneumhoz 8 csomós varrattal kiszegték. Következett a medialis hasseb zárása és a cholecystotomiás seb szűkítése áthatoló selyemvarratokkal.

Lefolyás teljesen zavartalan, minden hőemelkedés nélkül. Széke még aznap spontan szelekkel együtt. Kilenczednapra varratok kivétettek, gyógyulás per primam. A beteg ekkor már vagdalt húst kap, ezentúl folyton fokozódó étvágygyal eszik, gyomornyomásai, hányási ingerei teljesen kimaradtak.

A kivarrt epehólyagot 14 nappal a műtét után megnyitották, midőn abból először tisztább, nyákos, majd a mélyből erősebben genyes folyadék ürült és 42 drb. mogyorónyi, lencsényi, sárgásbarna, polygonalis, síma felületű epekövet távolítottak el. A képzett sipolyt ezután draincsővel áliandósították, mire rövid időközökben még 6 drb., tehát összesen 48 drb. epekövet távolítottak el. A sipoly 7 hét mulva spontan begyógyult. A beteg kitünően érzi magát, jól emészt és súlyban gyarapszik (eddig 7 kilóval).

A Muyphy-gomb tudtukkal nem távozott, de Röntgen-átvilágítással kimutatható nem volt.

Ángyán Béla: A bemutatott esettel kapcsolatban: a lobos alapon fejlődő gyomortágulathoz szóló is egy esettel hozzájárul. Diagnostikus tekintetben t. i. rendkivül fontos és nehéz, sőt sokszor lehetetlen megállapitani, hogy adott esetben lobos folyamattal vagy carcinomával van-e dolgunk: a mennyiben a gyomortágulat carcinoma nélkül is cachexiához vezet.

Szóló osztályán nehány év előtt volt egy középkorú nőbeteg, a kinél a gyomortágulat minden tünete jelen volt és a kinél úgy tünt fel, hogy a pylorus táján körülbelül diónyi kemény, egyenetlen, bizonyos fokban eltolható tumor tapintható; a betegnél huzamosabb időn át alkalmazott gyomormosások semmi változást nem hoztak létre; elég erős volt ugyan, de vérszegény és lesoványodott, úgy hogy fennállott az operativ beavatkozás indicatiója. *Réczey* tanár operálta meg, a mikor is kitünt, hogy a carcinomának imponáló daganat csepleszodanövés volt a pylorushoz, melyet vongált és szögletbe tört, a minek eredménye azután gyomortágulás lett. Az összenövés megszüntetése elég volt a dilatatio visszafejlődésére.

Herczel Manó: Hogy tényleg vannak bizonyos esetek, melyekben kellemes meglepetésben részesülünk, azt szólónak épen most bemutatandó esete is igazolja, a melyben a rendkivül lesoványodott, elgyengült nőbetegnél a máj alatt kemény, a gyomorral összefüggő, alig mozgatható daganat volt érezhető, mely neoplasmának imponált s csak az döntött, hogy állandóan sok szabad sósav volt kimutatható. *Székács* főorvos, kivel együtt észlelte az esetet, inkább jóindulatú szűkületnek tartotta; a daganat fellépése, kemény tapintata, a betegnek végkimerüléshez közel álló állapota határozottan a rosszindulatú álképlet mellett szólott és az operatio alkalmával kiderült, hogy az jóindulatú pylorusszűkület.

Rákos gyomor resectiója Murphy-gyűrű alkalmazásával.

Herczel Manó: Az 54 éves nőnél a klinikai tünetek alapján egy oly rosszindulatú daganatra kellett gondolni, mely nem a pyloruson, hanem attól balra a gyomor testében fészkel és igy canalisatio-zavarokat mindeddig nem okozott.

E miatt végezték *a műtétet 1897. április hó 7-dikén 2 óra 40 perczig tartó chloroform-narcosisban.*

Tíz cm.-nyire a proc. xyphoideus alatt kezdődő, 14 cm. hosszú, a linea albában vezetett metszés. A gyomor előhúzásánál meggyőződtek, hogy a pylorustól körülbelül 2 cm.-nyi távolban egy a gyomor elülső s hátulsó falára kiterjedő, körülbelül férfitenyérnyi, rendkivül tömött, kemény tumor foglal helyet, a mely a gyomorral együtt szabadon mozgatható; a nagy csepleszben közvetlen a curvatura szomszédságában 1—2 borsónyi beszűrődött mirigy. Daczára, hogy a tumor nagysága előreláthatólag nagy nehézségeket helyezett kilátásba annak eltávolításánál, mégis a nagy mozgékonyság és a metastatikus mirigy-beszűrődések kevés száma a tumor eltávolítására ösztönzött és igy gyomorresectiót hajtottak végre.

A nagy csepleszt hat, a kis csepleszt három alákötés után átvágván, a daganatot a pylorus és a fundus felé, egy-egy ollócsapással kiirtották, s ekként a gyomornak majdnem felét eltávolították. A gyomor sebét 30 Czerny-Lembert-, illetőleg sero-serosus varrattal egyesítvén, a gyomor üregét bezárták. A beteg decrepid állapota a műtét lehető gyors befejezését tevén szükségessé, a gyomor és a pylorus új egyesítését egy a gyomor hátsó falán ejtett verticalis metszésen keresztül Murphy-gombbal végezték, a midőn a gombok összetolása után hat biztositó sero-serosus varratot alkalmaztak; ezután a hassebet bevarrták.

A kiirtott gyomorrészlet 13 cm. hosszú; majdnem legnagyobb tömegét kemény, fibrosus, göbös tapintatú, úgy az elülső, mint a hátulsó falra kiterjedt daganat foglalja el, melynek megfelelőleg a nyákhártyán a gyomorcsőnek majdnem egész kerületét elfoglaló, felhányt, karélyos szélű, piszkos-sárga lepedékkel fedett, 8 cm. hosszú, tenyérnyi rákos fekély ül. A fekély metszlapja sejtszegény, fibrosus, csak igen kevés vakarékot nyujt, tömött tapintatú. Mikroskopikus lelet: Carcinoma ventriculi (Genersich tnr.).

Lefolyás teljesen láztalan. Műtét utáni harmadik nap sennainfusumra az első székletét, ugyanekkor az addig gyakori hányás óvatos gyomormosásra megszünt. Nyolczadik nap a varratok kivétettek, gyógyulás per primam. Zavarta a reconvalescentiát, hogy a beteg az első két hétben táplálékot úgyszólván alig vett magához, mivel rögtön gyomormosást, hányási ingert és undort érzett. E miatt huzamosabb ideig olaj-csőrékkel táplálták, majd somatose s más tonicumok alkalmazására a harmadik hét közepén már szilárd tápanyagot is vehetett magához.

Étvágya fokozódott, elég jól emésztett és állapota pár hétig kielégítő volt. Május hó második felében azonban már a beteg többször kereste fel bemutatót gyomornyomás és étvágytalanság panaszaival. állitólag hirtelen fellépő görcsös gyomorfájdalmak és hányingerek lepték meg, *melyek hátfekvéskor megszünlek.*

Mindezen tünetek folyton súlyosbodtak és igazolni látszottak azon feltevést, miszerint a jókora Murphy-gomb okozza a nehézségek nagy részét, a mennyiben a szűkitett kis gyomorban gyakran a legmélyebb pontra sülyed s igy beékelődik az új nyilásba. Csak ekként magyarázható, hogy hátfekvésnél a görcsös rohamok szünetelnek, mert ilyenkor a gomb visszaesik a gyomor ürébe. Időközben Kiss tanár laboratoriumában a Murphy-gombot Röntgen-átvilágitással tényleg meg is látták a gyomorban.

Ennélfogva a gombnak operativ úton való eltávolítására határozták el magukat és *1897. junius hó 1-jén* a betegen gastrostomiát végeztek.

Tíz cm. hosszú metszés a bal rectus külső szélén. A hasüreg megnyitásakor a nagy cseplesz nehány laza fali adhaesióját leválasztva, előttük fekszik a gyomor, melynek csepleszszel beborított vak vége normalis tapintatú, recidivamentes.

Magában a feltünően kicsiny gyomorban egy kemény tárgy érezhető; ennek megfelelőleg a gyomor mellső felületén, 2½ haránt-ujjnyira annak vak végétől, 2½ cm. hosszú, áthatoló metszés lett ejtve, melyen keresztül a gomb meglehetős nehezen volt eltávolítható. A gyomor sebe 4 Czerny- és e fölött 5 sero-serosus varrattal egyesittetvén, a hasüreget bezárták.

Nehézséget okozott az a körülmény, hogy a gyomor üregének megnyitásakor a bennék meglehetős bőven ömlött elő; ennek oka abban keresendő, hogy az előkészítő gyomormosások kellő mérvben nem voltak véghez vihetők, mivel a gyomorba beöntött víz az újonnan képzett, záróizommal nem biró nyiláson keresztül azonnal a belekbe távozott, s igy a szivornya-működéssel visszahozható nem volt.

Lefolyás teljesen láztalan. Műtét után keveset hányt. Széke másodnap glyc.-klysmára. Varratok kivétele hetednap. Egyesült per primam. Étvágya kifogástalan lett, széke rendes, három hétre a műtét után gyógyultan távozott.

Hültl Hümér: Három boutont mutat be, melyek *Hacker* szerint végzett gastroenterostomiából származtak, s melyek a bélhuzamot mind passirozták; a negyedik Wölfler-műtét után visszaesett.

Herczel Manó: Nem tudja mi az oka annak, hogy gastroenterostomia retrocolicánál az ő eseteiben majdnem mindig visszaestek a gyűrűk a gyomorba. Az első esetekben annak tulajdonította, hogy a bouton súlyosabb felét tette a gyomorba s a könnyebb felét, mely ajánlatára — mint hallja — már aluminiumból is készül, a vékonybélbe; most megfordítva alkalmazza: a súlyosabb részt teszi a vékonybélbe s a gyűrű mégis ritkán távozik a bélcsatornán át, a mi különben neoplasma malignumnál nem nagy baj, főleg akkor, ha a gastroenterostomiát a tumortól távol készítjük, mert a gyűrű, mint arról autopsiánál meggyőződött, nyugodtan meghúzódik a daganat mögötti tasakban.

Kuzmik Pál: Hogy a gyűrűk miért esnek legtöbb esetben a gyomorba és miért nem távoznak per vias naturales, szóló véleménye szerint ezen körülmény oka nem a gombban vagy annak súlyában, de annak elhelyezésében keresendő, kivéve azon eseteket, midőn a duodenum a gyomorba implantáltatik. Gastroenteroanastomosisoknál, hol a bél a gyomorhoz oldalt a peristaltica irányában helyeztetik el, a gomb bélbe eső részlete szabad végén neki támaszkodik a sértetlen bélfalnak, nem áll a béltengely irányában, miért is azon időben, midőn már a gomb a fellépett és kivánt gangraena következtében meglazult, a bél peristaltikája által benyomatik az amúgy is tágabb gyomorba, a honnan távozni többé majdnem lehetetlen. Véleménye szerint gastroenteroanastomosisoknál csak az esetben volna használandó a gomb, a melyben a műtét gyors befejezése a beteg élete érdekében fontos, egyéb esetekben inkább a varratokat ajánlja.

Heges pylorus szükület miatt végzett gastroenterostomia esete.

Herczel Manó: Az 59 éves nőnél a kórisme következő volt: Esetleg jóindulatú pylorus-stenosis, lobos infiltratio alapján.

Műtét 1896. május hó 28-dikán. A hasüreg a linea albában ejtett 12 cm. hosszú metszéssel megnyittatván, kiderül, hogy a gyomor pylorikus része heges szövet által a máj alsó felszinéhez, illetőleg az epehólyaghoz rögzített; maga a pylorus hegesen zsugorodott, tömött tapintatú, carcinomaszerű göbök azonban rajta nem tapinthatók, mirigyek nincsenek. A szűkület tehát jóindulatú. Ennélfogva gastroenterostomia retrocolica s. Hackert hajtottak végre Murphy-gombok segélyével, melyek összetolása után, hogy a gomb könnyebben távolodjék el s biztosabban beleessék a levezető bélkacsba, másrészt, hogy a gyomortartalomnak az odavezető kacsba való ömlését előidéző sarkantyú kép-

zödés megakadályoztassék, a jejunum odavezető kacsát a gyomor hátsó falán 12 sero-serosus varrattal magasabbra fixálták. Végre a mesocolon hasadékát erősitették oda négy csomós varrattal a vékonybélhez. Toilette, hasfalvarrat.

Lefolyás teljesen zavartalan. Széke a 3. napon glycerinklysmára jelentkezett. Varratok 8 nap multva eltávolittattak. Prima reunio. *A Murphy-gomb 14 nap multva spontan távozott.* Testsúlya a mai napig 14 kilóval gyarapodott.

Rákos pylorus szükület miatt végzett gastroenterostomia esete.

Herczel Manó: A 45 éves nőnél pylorus-rák miatt végezték a műtétet szeptember 18-dikán. A hasüreg megnyitásakor kitünik, hogy a gyomor pylorikus része almamekkoraságú, meglehetős jól mozgatható rákos tumorrá alakult, a melynek szomszédságában azonban a kis és nagy cseplesz mentén számos mirigymetastasis volt tapintható, sőt a máj mellső felületén is egy gombostűfejnyi rákos metastasis volt észlelhető. Ennélfogva gastroenterostomia retrocolica sec. Hackert végeztek Murphy-gombokkal, a jejunum odavezető kacsát szokásos módon magasabbra fixálva.

Lefolyás lázmentes. Szék, szelek 2 nap múlva spontan. Varratok kivétele 6-od napra. Prima reunio. *A Murphy-gomb tudtukkal eddigelé nem távozott.* Jelenleg étvágya kitünő, jól emészt, hányingert vagy nyomást nem érez.

Többszörös izomgumma esete.

Róna Sámuel: L. E., 56 éves nőt már 5 év előtt kezelte és pedig akkor a homlok kifekélyesedett göbös syphilidjei és a jobb alkar egyes izmainak és inainak gummái ellen. A beteg, a kit akkor tünetileg gyógyultan bocsátott el és a ki azóta nem látott, mult ősz óta újra beteg. Ekkor a jobb czombon gummás fekély és a nyak jobboldalán daganat támadt s ez előbbi spontan gyógyult, utóbbi folyton növekedett és igy f. év augusztus hó 26-dikán felkereste az V-dik orvosi osztály ambulantiáját. Ekkor nála egyes hegeken kivül a j. m. sternocleidomastoideust felső harmadától lefelé alsó két ágával együtt hatalmasan kiemelkedő, porczkemény köteggé átalakultnak találta, továbbá diónyi kemény, egyenetlen felületű beszűrődést a j. m. pect. majornak a claviculához tapadó részletén; fuldokló köhögés és stenotikus légzés bántotta időnként.

Az antisyphilitikus eljárásra (30 bedörzsölés á 3 gm.) az egész tünetcsoport jórészt visszafejlődött. Azután betegnél csak kisebb fokú hörghurut volt jelen, mely a fuldoklást stb. meg nem magyarázta és miután rendes bronchitisellenes kezelésre mit sem, ellenben a bedörzsölések hatása alatt fokozatosan engedett, valószinű, hogy vagy a trachea alsó részét, vagy a nagy bronchusokat gummás mirigyduzzanat nyomta, mely azóta kisebbedett.

Vékonybélresectio esetek.

Hültl Hümér: A Rókus-kórház II. sebészi osztályán 1897-ben ez ideig a következő indicatiók alapján végeztetett vékonybélresectio: I. A bél szúrt sebei miatt 1 esetben (halálos kimenetellel). II. Kizárt és üszkös sérv miatt 3 esetben (2 gyógyulással). III. Belső bélelzáródás miatt 3 esetben (2 gyógyulással). IV. Bélsársipoly miatt 2 esetben (2 gyógyulással), vagyis összesen 10 esetben 7 gyógyulással.

I. H. S. pénzügyőr felvétetett márczius 20-dikán. Pár órával behozatala előtt késsel hasba szúrták. A bal hypogastriumban 4 cm. hosszú éles szélű folytonosság megszakitás, a melyen át arasznyi, két helyen átszúrt bélkacs esett elő. Ezen sebek Czerny-Lembert-varratokkal záratván, a hasseb tágittatott s a hasüregből nagy mennyiségű vér és bélsár kitöröltetett. Bent a hasban egy a prolabált kacstól distalisan fekvő másik kacson 5 szúrt seb volt látható. Gyorsabbnak mutatkozott, ha ezt a darab belet resecálják, mintha a sebeket külön-külön két etage-os varratokkal egyesitenék. Resectio és egyesités Murphy-gombbal. A hasseb külön peritonealis szűes- és csomós-varratokkal egyesittetett. Chloroform-majd aether-narkosis tartama 2½ óra. A beteg, ki már a behozatalnál igen elesett volt, alig tapintható pulsussal, a beavatkozással járó shok-ból nem birt felocsudni s közvetlenül a műtét után meghalt.

II. Újabban Körte és Hahn statistikailag bizonyitják, hogy a primaer resectio esélyei üszkös sérvnél a gyógyulás szempontjából kedvezőbbek, mint az anus praeternaturalisei, plus az ezt megszüntető műtétet. Ennek folytán az anus etablirozásával felhagytak s ez évben egyik esetben 59, egy másodikban 39 cm.-t, mindkét esetben gyógyulással, egy harmadik esetben, midőn a sérvmetszésnél a hasból 1½ liter genyes peritonitikus exsudatum ürült ki, 22 cm.-t eredmény nélkül resecáltak. Tudva, hogy a varratok insufficientiájára csak teljesen egészséges bél mellett számithatunk, a strangulatio helyétől 8—12 cm.-re csonkitották a belet. Kochert követve azelőtt Lumniczer-fogókkal szoritották le a belet, elkerülendők a bélsár szétömlését. De egy régebbi esetükben a leszorítás helyén gangraenescált a bél odavezető szára, mely mindig gyengébb ellentállású, s azóta a kiméletesebb jodoformgaze lekötést használják. Ha a bélcsonkok körülbelül egyenlő tágak, Murphy-butonnal end to end egyesitenek (ilyen az 59 cm. resectio esete), lumen differentiánál czélszerűbbnek látszik a Czerny-Lembert-varrat. A három eset közül a műtét legtovább a peritonitisesnél tartott, 58 perczet vevén igénybe. A bőrseb mindhárom esetben jodoform-gazeval lett tamponálva.

III. I. V. M. 45 éves, napszámosnő. A betegtől csak azt sikerült megtudni, hogy tudomása szerint sérve nem volt, hogy a baja „magától támadt", hogy öt nap óta nincsen széke és szelek nem mennek. St. p. Enorm felfújt has, a lágyéktájon ökölnyi tályog.

Műtét felvét napján (márczius 9). A sérvnek imponáló tályog feltáratván, belőle büzös bélsár szagú geny ürült. A canalis inguinalis külső nyilása szabad, belső nyilásában a bél egy kicsiny, piszkos-szürke segmentuma incarcerált. Ezen részletet felszabadítani, illetőleg lehúzni nem sikerült, miért is a tályog ürét kikaparva, jodoform-gazezel kitömték, bevarrták, jodoform-collodiummal beragasztották. Ujólagosan a leggondosabban desinficiálva a beteg bőrét, kezeikot, a műszereket, egy a Poupart-szalaggal párhuzamos 12 cm.-es metszéssel nyittatott meg a has. Az ileum legalsóbb részén a coecumtól 8 cm.-nyire a bél peripherikus fala incarcerálódott a lágyékacsatorna belső nyilásába, odanövések. Felszabadítás és 18 cm.-nyi bélresectio, mely alkalommal az ileum a vakbélről lemetszetett. Murphy-buttonnal end to side egyesités. Lefolyás: pneumonia és circumscript peritonitis miatt 12-dik nap halál.

2. G. A. 30 éves, gazdász. Felvétel 1897. julius 20. Tiz év óta mindkét oldali szabad lágyék-sérv. Öt nap óta retentio alvi et flatuum. Csuklás, hányás, nagyfokú elesettség. St. p.: Nagyfokú meteorismus, has nyomásra nem érzékeny. Sérvkapuk szabadok. Érlökés 120, hőmérsék 37·6. Műtét felvét napján este 10 órakor. Chloroform narcosis. A középvonalban a köldöktől a symphisisig terjedő metszéssel megnyittatván a has, az ileumnak egy a coecumhoz közelfekvő részletét egy hártyás kötegtől leszorítottnak találták. E helyen lencsényi területen necrotizált és perforált a bél. Ezen részlet felszabadítása és kiemelése után 12 cm.-nyi bélresectio. Két etage-os hasfalvarrat. Műtét tartama 75 perez. Két hónappal műtét után kitünő egészségnek örvendett.

3. C. A. 25 éves, napszámos Felvétel szeptember 21-dikén. Szeptember 16-dikán teljes jólét közepett köldöktájékán heves fájdalmakat érzett, hányt. Ezen idő óta székletéte nem volt, szelek nem távoztak. Jól táplált beteg szemei beesettek. Arcza súlyos szenvedő benyomását teszi. Gyakran böfög, többször igen bő, barnás-sárga folyadékot hány, mely bélsárszagú. A köldök táján heves fájdalmakról panaszkodik. Az epigastrialis tájék erősen puffadt, a köldök alatt egyes bélkacsok contourjai láthatók. Nyomásra az ileocoecalis táj érzékeny. Sérvkapuk, végbél szabadok, tumor nem érezhető. Ismételt beöntés. Ily állapotban tétetett át a beteg a belosztályról szeptember 23-dikán a sebészetre teljes bélelzáródás diagnosissal, hol azonnal operáltatott. Chloroform-narcosis, metszés a középvonalban a köldök alatt. Első fogásuk a coecumot illette, melyet üresnek találván, az ileumon felfelé haladva, körülbelül 1 méternyire találták az akadályt. A bél külső-hátsó falából eredő ujjvastag, 8 cm. hosszú Meckel-féle diverticulum ölelte körül a belet, peripherikus, különben szabad vége a bél belső és hátsó falához és a mesenteriumhoz lévén letapadva. E strangulatiós hely felett lévő bél puffadt, az alatta lévő összeesett. A puffadt belek reáborulván az üresekre, az akadályt nemcsak a diverticulum által okozott leszorítás, hanem egy szegletben megtörés is okozta. Kettős ligatura között átvágatván a Meckel diverticulum alapja, a bélfelőli csonk a bél lumenében keztyűujjszerűleg visszatüzetett és egy etage serosus-varrattal boríttatott, a környi rész exstirpáltatott. Két etage-os hasfalvarrat. Miután a beteg a narcosisból felocsudott, három kanálnyi ol. ricinust kapott fekete kávéval, mire pár óra multva óriási mennyiségű büzös foecaliák távoztak. Láztalan lefolyás, per primam egyesült hasseb.

4. A. F. 32 éves nő. Felvétel szeptember 27-dikén. Soha sem volt beteg, csak néha volt gyomorégése. Három hét előtt rendes szülés, utána másfél óráig tartó rázóhideg, azután rendes lefolyású gyermekágy. Négy nap előtt hirtelen teljes jólét közepette rosszul lett, alhasában fájdalmakat érzett, széke nem ürült, szelek nem távoztak. St. p.: Jó arczszínű, sovány nő, tüdeje, szive egészséges. Alhasa puffadt, egyes bélkacsok mozgása érezhető. Nagy érzékenység az alhas jobb oldalában. Spontan fájdalmak a köldök táján. Mindenütt változóan dobos kopogtatási hang. A has oldalain jobbról és balról egy alig tenyérnyi tompult kopogtatási zóna, mely oldalt fektetésnél feltisztul. Hányadék zavaros, zöldes, nem bélsárszagú. Diagnosis: valószinűleg parametritikus folyamat bélelzáródással (szegletben törés). Ily állapotban tétetett át a beteg a belosztályról a sebészetre, hol chloroform-narcosisban azonnal operáltatott. Metszés a középvonalban a köldök alatt. Fibrinosus peritonitis. Az akadályt csak úgy sikerült megtalálni, hogy az összes puffadt kacsok a hasból kibocsáttattak, mire a következő lelet mutatkozott: Az ileum egyik, a coecumtól 1 méternyire fekvő kacsja jobboldalt fixálva van, innen ered egy Meckel-féle diverticulum, melynek hegye a bal linea innominata táján le van nőve. Az így támadt híd alá incarcerálódott az ileum egy magasabb kacsja. Felszabadítás, a Meckel-diverticulum, mint előző esetben, exstirpáltatott. Miután a kibocsátott bélkacsok repositiója nehézségekbe ütközött volna, a puffadt belet egy 3 cm.-nyi haránt-metszéssel megnyitották és a műtő-asztalon nagy mennyiségű gázt és két liter híg bélsárt kifolyni engedtek. A seb egyesitése és és toilette után a repositio könnyen sikerült; két etage-os hasfalvarrat. Azonnal műtét után két kanálnyi ricinus-olaj feketekávéban, mire nagy mennyiségű székürülés következett be. Láztalan lefolyás; per primam egyesült hassebekből fonalak a tizedik napon távolittattak el.

IV. A két bemutatott bélsársipoly kizárt és üszkös lágyéksérvekből keletkezett. Első esetben a sipolyt in toto, mint egy tumort excindálták és az odavezető és elvezető szárakat resecálva Murphy-gombbal végezték az egyesítést. A második esetben a Poupart-szalag felett harántmetszéssel nyitották meg a hasat, leválasztva a sipolyos belet, a sipoly hasfelőli nyilását két etage-os varrattal zárták, s a belet resecálván, Czerny-Lembert-varrattal végezték az egyesítést. Mindkét esetben a műtét megkezdése előtt a sipolynak nyilását felsebezve erősen bevarrták és jodoform-collodiummal beragasztották. Mindkét esetben láztalan lefolyás és per primam egyesülés.

Chudovszky Móricz: Nem csupán állatkisérletek, de a tapasztalatok egész sora bizonyítja, hogy bélegyesítés esetén — történt légyen az akár gombbal, akár varrattal — ellentétben *Hültl* állításával az első 24 órában a hashajtók alkalmazása káros.

Hültl Hümér: Mikor varratjai sufficiens voltáról meg van győződve, akkor azonnal a műtét után ad hashajtót, ha ennek egyéb indicatiója fenforog; de Reichel okoskodását elfogadva, minden laparotomiánál czélszerű az opiumot elhagyni. A peritoneumnak baktericid- és felszivóképessége van. Minden műtétnél bekerül a hasba bizonyos quantum bacterium, nagyobb a kilátás, hogy ezek megsemmisittetnek, ha a peristaltika által szétvitetvén az egész peritoneumra, ez kifejtheti ellenök ezen képességét. Minden olyan műtét után, hol gyanu van arra, hogy a varratok nem jól tartanak, mert az egyesített bélrészek nem voltak teljesen egészségesek, az opium adagolása indicált lehet. Ép úgy jó szolgálatot tesz, midőn a fájdalom-tünet praevaleál műtét után.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studirende und Aerzte von Dr. med. **Martin Chotzen**, Specialarzt für Hautkrankheiten in Breslau. Heft I und II. Hamburg und Leipzig. Verlag von L. Voss. 1897.

Ezen atlas nem a különösebb és ritkább esetek gyüjteménye, hanem tanulók és gyakorló orvosok számára szerkesztett összeállítása a syphilisokozta bőrbajok typikus alakjainak kapcsolatban előtüntetve más nem-luetikus bőrbajokkal a megkülönböztető kórisme könnyebb megejthetése végett.

Az előttünk fekvő két füzet 12 táblát tartalmaz. Az első füzet 3 táblájának 8 képe a férfi- és női ivarszerv sclerosisainak különböző alakjait, a 4. tábla három képe a lágy- és vegyes fekély alakjait, az 5. és 6. tábla a hát foltos kiütéseit tünteti elő; a 7—10. tábla egybehasonlításul az urticaria dorsi, erythema exsudativum multiforme dorsi, pytiriasis versicolor dorsi és a scabies után visszamaradó bőrfoltok képét adja; a 11. és 12. tábla ismét két lues-alakot mutat be.

A színes táblák *Burkert* ismert nevü müfestő által Chotzen vezetése alatt az ő eseteiről készitett aquarel-festmények után készültek. A hát- és végtagképek megkisebbítve, de rajtok a kiütések és helybeli bajok formái a természetes nagyságban és színben vannak feltüntetve. Mindenik táblához kellő magyarázat van mellékelve.

Az egész quartalakú atlas 12 füzetből fog állani 72 táblával és 109 képpel, melyek közül 77 lueskép és 32 nem-lueskép lesz. A füzetek egy-egy havi időközben jelennek meg és pedig megszakitás nélkül, miután az eredeti aquarel képek mind készen vannak. Egy-egy füzet ára 3 márka.

A nagy gonddal kiállított atlas kétségen kivül hasznos szolgálatot fog tenni az érdekelt orvosi körökben. —*x.*

II. Lapszemle.

Bőr- és bujakórtan.

A gonococcusról és a gonorrhoea prophylaxisáról ír *Finger*. A venereás megbetegedéseknek, jelesen a gonorrhoeának nagy elterjedésével szemben Finger constatálja azt, hogy a prostituáltak orvosrendőri vizsgálata, mely a jelzett bántalmak prophylaxisának jelentős tényezőjét kell hogy képezze, jelenlegi alakjában a gonorrhoea percentuatiót alig képes csökkenteni. A gonorrhoea kétségtelen okozója a Neisser-féle gonococcus, mely — mint az Welander, Steinschneider, Schulz (Róna osztályán) számos vizsgálatából kiderült — a női gonorrhoeánál jelen lehet a nélkül, hogy klinikai tünetek által magát elárulná. Ezért a tisztán klinikai vizsgálatot ejtő orvosrendőri ellenőrzés a gonorrhoea jelenlétét sok esetben nem állapithatja meg. Angliában 1864-ig orvosrendőri ellenőrzés nem volt, az ekkor kötelezővé tett orvosrendőri vizsgálat 1883-ban ismét törültetett. E viszonyok kifolyásaképen a katonaság közt volt:

	Ulcus molle	Syphilis	Gonorrhoea
1860-ban (a kötelező vizsgálat előtt)	14·0%	3·6%	13·3%
1870/75-ben (a vizsgálat idejében)	5·2%	2·0%	11%
1885-ben (a vizsgálat eltörlésével)	12·7%	3·7%	12%

Az orvosrendőri vizsgálat ideje alatt tehát az ulcus molle, syphilis csökkent, a gonorrhoea alig. Neisser 1888-ban Boroszlóban megvizsgálta a rendőrorvosilag egészségeseknek talált kéjnőket. 527 kéjnő közül 126-nál (37·7%) talált gonorrhoeát. Ezek közül 22 esetben volt klinice megállapitható a gonorrhoea, 104 esetben klinice a legkisebb gyanuja sem állott fenn. Laser 197 megvizsgált eset közül 112-ben talált urethralis gonorrhoeát, ezek közül csak 21 esetben klinikai tünetekkel, másfelől az esetek egy részében klinikai tünetek (genyes folyás az urethrából) jelenléte daczára gonococcusokat, tehát a váladék fertőző voltát nem találta. A tekintélyes szerzők hosszú sorának hasonló vizsgálati eredményeiből következik, hogy *a makroskopikus vizsgálat nem elegendő a gonorrhoea diagnosisához:* klinikus tünetek jelen lehetnek más okból vagy a gonorrhoea maradványaként, másrészt klinikus tünetek teljesen hiányozhatnak gonococcusok jelenléte daczára. A prostituáltak klinikus vizsgálata mindezeknél fogva két hibára vezet: 1. pseudo- vagy postgonorrhoikus affectióban szenvedőket nem fertőző voltuk daczára kórházba késztet, 2. klinikus tünetek híján levő, de fertőző váladékot vivőket nem küld kórházba. Ugyanilyen hibának áldozatai azok a kórházak, melyek a klinikai vizsgálattal beérik. A prostituáltak klinikai vizsgálata helyett tehát a górcsői vizsgálat helyeztessék jogaiba. Ez akadálytalanul megy végbe Neissernél Boroszlóban. (Rónánál Budapesten, Ref.) (Wiener klinische Wochenschrift 1897. Nr. 3.) *Spitzer Gusztáv* dr.

Gyógyszertan.

Xeroform venerikus megbetegedéseknél. *Metall* a bécsi általános poliklinika syphilitikus osztályán a *xeroformot* több mint 200 esetben a venerikus helkosis minden alakjánál alkalmazta s tapasztalatait eme szerről a W. Med. Presse 1897. évi 39. számában tette közzé. Az igen finom, sárga, csaknem szagtalan port watta-ecsettel az előbb lysol-oldattal tisztított fekélyes felületre kente s az utóbbit azután wattával vagy gazezel bekötötte. A legközelebbi napokban szembetünőleg csökkent a váladék, a fekély nem terjedt tovább s alapjában normalis szemcsésedést mutatott az élénk vörös, tiszta felület. Ezen eredményt ugyan egyéb hasonló szerekkel is el lehet érni, de a nevezett készitménynyel ez igen enyhe módon és minden izgatás nélkül megy végbe. Különös előnyként emliti szerző, hogy 80 eset közül csak egyszer volt alkalma az egyébként oly gyakori szövődménynyel, t. i. a lobos és genyedő nyirkmirigygyuladással találkozni, mi annál meglepőbb, minthogy az illető fekélyek leginkább a corona glandis és sulcus coronariusban voltak és a betegek többnyire járólagosan kezeltettek. A xeroform egyéb vegyes fertőzési esetekben (pl. papulosus infiltratumok, meglágyult gummosus-göbök) is alkalmaztatott, nemkülünben herpetikus eruptióknál (herpes progenitalis), és balanoposthatisnél, még pedig mindig jó sikerrel. Szerző ennek folytán oda nyilatkozik, hogy a xeroform nagybecsü készitmény, mely teljesen megfelel minden követelménynek a gyors és biztos restitutiót illetőleg.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Tüdővésznél** a következő formulák szerint rendeli *De Renzi* a jodoformot: Rp. Jodoformii 2·0; Tannini 4·0. Div. in dos. No. 40. 2—4 port naponként. — Rp. Jodoformii 2·0; Naphthalini 2·0—4·0. Div. in dos. No. 40. Naponként 2—4 port. Az első formula hasmenésben szenvedő tüdővészesek számára való, a második pedig székrekedésre hajlamos tüdővészeseknél használandó. (Sem. méd. 1897. 45. sz.)

2. **Neuralgia spermatica** három esetében gyors gyógyulást látott bekövetkezni *Domino* methylenkék belső használata után. Két óránkét adott 10 centigrammot ezen szerből. (Sem. méd. 1897. 45. sz.)

3. **A jodoform szagának eltüntetésére** a kezekről *Coustan* szerint legjobb narancsvirág-vizben megmosni a kezeket. (Sem. méd. 1897. 45. sz.)

TÁRCZA.

A stomatologiai ügyek újabb fejlődéséről.

(Vége.)

Ezen ki nem elégítő törvényes intézkedések folyománya lett az, hogy olyan visszaéléseket lehet constatálni, a melyek a stomatologusok testületének érdekeibe ütköznek és a melyekre a titkári jelentés máris rámutatott. Oly czímbitorlások fordulnak elő még folytonosan, a melyek határozottan nemcsak érdeksértők, hanem bizonyos szenyet is szórnak karunkra.

A legégetőbb kérdések egyike évek óta a technikus kérdés. A fogművesek kérdését annyiszor tárgyalták már bíróságok és egyéb hatóságok és mind ez ideig, mint jeleztem, a dolog tisztázva nincsen. Talán concret javaslattal lehetne az egyesületnek fellépni, a mely ezen ügynek tisztázását létrehozhatná, így talán az egyesületnek képviselő testülete megbizathatnék arra nézve, hogy lépések tétessenek a jövőben ez irányban. De, hogy tenni kell és ezen egyesület hivatva van tenni ily irányban, az tény. Nem tudom, vajjon nem lehetne-e talán már mintegy ujjal rámutatni egy irányra, a melyben haladni lehetne, hogy kibontakozzunk ezen labyrintból. Az osztrák „Verordnung des Handelsministeriums im Einvernehmen mit dem Ministerium des Innern vom 20. März: Einreihung des Zahntechniker-Gewerbes unter die concessionirten Gewerbe“ annyira korlátozni alkalmas a visszaéléseket, oly jó nézeteket tartalmaz, a melyek nemcsak arra alkalmasak, hogy kielégítsék az orvosokat, hanem magukat a fogműveseket is, mert ők maguk is érdekelt felek és ők sem szerethetik, levén köztük olyanok, kik hosszú évi fáradozásuk után nyerték el az ügyességet és gyakorlatot, ők maguk sem lehetnek közönyösek az iránt, ha fellépnek közöttük olyanok, a kik máról holnapra bádogos-, boltos- és borbélylegényből lesznek fogművesekké.

Ha tehát lehetséges volna odahatni, hogy nálunk az idézett osztrák Verordnung szellemében történnék intézkedés, akkor kellően iskolázott fogművesek neveltetnének és nem is volnánk kénytelenek ebbeli szükségleteinket a külföldről fedezni, ők maguk pedig folyton fokozódó jólétbe jutnának, még pedig egészséges alapon gyakorlati jártasságuk mérve szerint. Ha azután bizonyos értéket jelentene a fogműves czím, akkor talán eleje volna véve a visszaéléseknek is a czímhajhászatban. Azt hiszem, ez nagy haladás és előnyös tisztázása volna a helyzetnek. Azonban rá kell mutatni, hogy ők maguk ez idő szerint nem ilyen irányban foglalkoznak a tárgygyal, hanem oda igyekeznek terelni a dolgot, hogy egy iskola állíttassék fel, a melyből a kész fogművesek kerülnének ki. Ez absurditás, mert oly rövid idő alatt, mint milyen egy tanfolyam, azt az ügyességet és tapasztalatot iskolából hozni nem lehet, melylyel csak a legelementarisabb gyakorlati napi szükség számára is fogművesnek birnia kell. Ezekkel csak rá akartam mutatni, hogy az osztrák Verordnung tartalma nem olyan, hogy ne lehetne vele foglalkozni az országos stomatologiai egyesületnek és talán meggondolás tárgyául lehetne kitüzni azt a képviselőtestület számára.

A mi illeti a *törvényes igények érvényesítését*, erre nézve szükséges megtenni először, hogy elvileg elismertessék a stomatologia annak, a mi, t. i. a többiekkel egyenértékü orvosi szaknak és ha ez megtörtént, akkor a gyakorlati kiképzés igényei számára az egyetemi karon belül minden intézkedések létesitendők a tanügyi hatóság által. E téren örvendetes újabb tényt lehet constatálni és ez az orvosok elitejének, a kir. orvosegyesületnek azon elismerése, mely kifejezést nyert a stomatologikus szakosztálynak alakítása által.

Azonban ezzel a szakmának elismerése még véget nem ért, még van igényünk, még pedig sok; tág tér van a közegészségügy körül és kivánatos is, hogy successive representatiót nyerjen ezen szakma a kórházakban, az egészségügyi intézetek és intézményeknél, az iskolákban, a hadseregben. Igazolják ezt ama vizsgálatok, melyek Cunningham, Fiscer, Röse és Magyarországban *Unghvári* által megejtettek. Ezek feltüntetik, hogy az iskola nem maradhat soká a nélkül, hogy örködő, szakmánkhoz tartozó egyén azon egészségügyi követelményeket, melyek a szájra vonatkoznak, éber figyelemmel ne kisérje. Szóval, elérkezett azon idő, a midőn a hygienikus intézkedések kiterjesztessenek az iskolás gyermekekre is; legyenek iskolai fogorvosok, stomatologok. A hadseregben már meg van a hajlandóság arra nézve, hogy létrehozassanak intézkedések a fogak és száj érdekében; tanusítják ezt a katonai akademiák és katonai kórházak stomatologikus osztályai, legalább rudimentumokban. Azonban még kivánatos volna, hogy a nagy közönség szintén informáltassék a szakma iránt, mert a balhiedelmek még nagyon elfoglalják és ezért kivánatos, hogy a fogalmak tisztáztassanak, a mi népszerű felolvasások útján volna elérhető, hogy a publicum felfogása a szakma iránt helyesebb mederbe tereltessék, mint eddig volt.

Végül meg kell emlékezni a *reformokról*, melyekre ezen országos egyesület hivatva érezheti magát és kell, hogy reformok létrejöjjenek, melyek alapján bizonyos átalakulások keletkezhessenek. Ezen átalakulások nem elégségesek, hacsak külsők és kifelé irányulók, hanem átalakulásoknak kell végbe menni önmagunk körében is. Minden reformator — legalább mint a történelem mutatja — egy bizonyos időn át magába tért és midőn önmagával tisztába jött, akkor lépett ki a szintérre reformmunkáját érvényre juttatni. Ezen eljárást kell nekünk is követni azért, hogy kivánatos átalakulások jöhessenek létre; ezeket azonban belül kell megkezdeni. Rámutathatok egy egész sorára a tényeknek a nélkül, hogy concret példákat adnék, melyek mindezen reformok feladatai közé fognak tartozni.

Eltekintve a már emlitett testületi szellemtől, melyre nézve azt hiszem, minden tagtárs egyetért velem, hogy a társulati szellem ápolása nagyfontosságú tényező; ezen társulati szellemen kivül még vannak tennivalók. Rámutathatók a rossz szokásokra, a melyek az egyesület létrejötte pillanatában még fogva tartják ezen szakmát; még sok rossz szokásunk van s nem lehet mondani, hogy mi szakorvosok talán kevesebb rossz szokással birnánk, mint más orvosok; ellenkezőleg, talán orvostársaink szakmánkon kivül nem minden alap nélkül mondhatják azt, hogy a fogorvosi gyakorlat terén a rossz szokások feltünőbbek, mint ezen szakmán kivül.

Ne szépitsük magunkat; nem szükséges, hogy ne leplezzük le saját hibáinkat, mert csak ezek megismerése vezet levetkezésükhöz, s midőn nem egyes egyének törekvéséről lesz szó, hanem midőn összetartanak sokan, akkor karöltve keresztül lehet vinni ily testületi vagy társadalmi purificatiót. Nem akarok rámutatni a rossz szokásokra, tudjuk mindnyájan: irigység, haszonlesés stb. hozzák létre ama rút nyilatkozatokat kartársakról és azok müködéséről, a melyek pedig nem isoláltan ejtetnek. A kartársak a betegek iránt sem mindig ildomosak; vannak dolgok, ha nem is jellembe vágók, de nem szépek, nem gentlemanlike számba mennek és azonkivül hányszor történik, hogy egyes megjegyzések, melyek magukban véve el nem itélhetők, mégis izetlenségek. Nem szükséges példákat felhozni, de tény, hogy úgy van, mindegyikünk tudja.

Uraim! mihelyt ismerjük a bajt, akkor megtaláljuk a remediumot is; tudjuk, hogy ily bajok vannak és semmi sem fogja jobban gátolni a jövőben a társulati szellem felvirágzását, mint ha azt gondoljuk, hogy purificatiók és a jelzett attributumok nélkül szintén képesek lennénk testületi szellemet, ethikai és társadalmi haladást létrehozni. A mi a dolog concret kivitelét illeti, azt mindenki egyenként megteheti a maga körében, azonban, hogy egy kis concret javaslatot ne mellőzzek, említem, hogy ezen irányban talán előnyös volna az országos egyesület tagjaira, ha társulati összetartozandóságuk feltüntetésére és a testületi öntudat emelésére valamit tennénk. Egy egyesület tagjának lenni, a mely határozottan representálni tudja a testületi szellemet, a mely nem tür tagjai között olyan társakat, a kik ellen kifogás tehető társadalmi tisztesség tekintetében, egy ilyen uniója valamely szakmának mindig bizonyos büszkeséggel tölthet el minden egyes tagot. Minden esetre ezen összetartozandóságnak, ha például jelét tudjuk adni az által, hogy tábláinknak sarkába beiratjuk St. o. e. t. = stomatologusok országos egyesületének tagja — oly benyomást tehet a közönségre, a mely csak még inkább alkalmas fokozni társulati öntudatunkat.

Ha ezen programmot az egyesület magáévá teszi, meg vagyok győződve, hogy jövője mindenkit kielégítően méltóságteljes és szép leend.

A nagygyülés feladataiban valamint munkarendjében első helyen áll a tudományos és gyakorlati haladás előmozdítása; amannak összeállításában a gyakorlati szempont volt irányadó, mert jól mondja Herbert Spencer: „It is not the knowledge stored up as intellectual fat which is of value, but that which is turned into intellectual muscle.“ (Nem az a tudás értékes, melyet mint szellemi zsíranyagot halmozunk fel, hanem az, a melyet értelmi izommá változtatunk át.)

Teljes szívből kívánom az egybegyült kartársaknak, hogy ily értelemben megtalálják ez összejövetel alkalmával, a mit kerestek.

A stomatologusok országos egyesülete vivat, crescat, floreat!

A XII. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

Belgyógyászati szakosztály.

1. **Brault: A nephritisek klinikai osztályozása.** A klinikai tünetek szerint oedemákkal, haematuriával stb. járó, továbbá transitorius, acut, subacut és chronikus nephritiseket kellene megkülönböztetni; ez utóbbi a latens alak. A halállal végződő alakok közül remissiók nélkül folyik le az acut scarlatinás nephritis, az idült alakok közül pedig az ólommérgezés és köszvény okozta nephritis. A subacut és chronikus nephritisek legtöbbjénél javulások és rosszabbodások váltják fel egymást. Végül vannak olyan alakok, melyeknél a súlyos roham látszólag gyógyulással végződik, a valóságban azonban súlyos változások maradnak vissza a vesékben és ezek évek mulva meglehetős rohamosan vezetnek halálra. A legsúlyosabb nephritisek is tökéletesen meggyógyulhatnak. Minden hosszabb ideig tartó nephritisnél kifejlődik a szivhypertrophia; ez már a subacut stadiumban kezd fejlődni, de csak akkor jut teljesen érvényre, a mikor a vese már atrophiás. A szivhypertrophia irreparabilis. A vesék csak addig működnek, a meddig megvan a szivcompensatio.

2. **Crocq: Az idült parenchymatosus és interstitialis nephritisek.** Albuminuria létrejöttéhez okvetlenül szükséges a veseelemek desquamatiója. Physiologiai albuminuria tehát nem létezik; az ok azonban, mely az albuminuriát létrehozza, múló lehet, például akár activ, akár passiv hyperaemia. Az albuminuria leggyakoribb oka a parenchymatosus veselob. Ha nephritis interstitialisnál a lob az epithelialis elemekig hatol, akkor találunk albuminuriát, különben nincs. Klinikai szempontból tehát két alakját lehet megkülönböztetni az idült nephritisnek, t. i. az albuminuriával járót és az albuminuria nélkülit; ezen két alak identikus a két anatomiai alakkal, t. i. a parenchymatosus és interstitialis nephritissel.

3. **Senator: Az idült nephritis pathogenesise.** Az idült nephritis főoka a vér hibás mineműségében keresendő; a vér ezen hibás volta valószinűleg nagyon különböző. *Semmola* azon nézete, hogy a vér abnormis diffusibilitása volna az ok, több okból nem tartható fenn. Feltünő, hogy a nephritis mindig tovább halad, noha az előidéző ok már régen megszünt hatni. Vannak esetek, a melyekben a kóros folyamat talán az interstitialis szövetben indul meg, a veseparenchyma pedig csak másodlagosan betegszik meg. Nagyon gyakori oka az idült nephritisnek az arterio-sclerosis. Végül még azon alakja az idült nephritisnek említendő, mely néha hosszú időn át tünet nélkül folyik le és valószinűleg hiányos vérellátásból származik; idetartozik a senilis zsugorvese, továbbá a már nem lobos eredetű vesebaj a veseüterek szűkülete és atresiájánál, valamint súlyos anaemiáknál.

Jawein szerint a nephritis továbbfejlődése az ok megszünése után talán úgy magyarázható, hogy az épségben maradt veseparenchyma nem elegendő a vér megszabadítására a mérgező anyagcseretermékektől, a melyek azután izgatólag hatnak a vesékre.

Ewald dyspepsiában szenvedő, különben látszólag egészséges gyermekeknél cyclikusan fellépő albuminuriáról tesz említést, mely rendesen csak egy napig tart. Arra vonatkozólag, vajjon később fejlődik-e nephritis, még nincsenek tapasztalatai.

4. **Laache: Az érvágás haszna uraemiánál.** Typikus uraemia két esetét említi, melyekben az érvágás feltünő jó eredménynyel járt; egyikében ezen eseteknek az érvágás után 8 literre emelkedett a vizelet napi mennyisége. Körülbelül 500 gramm vért szokott bocsátani; a vérbocsátást nem köti össze physiologiai konyhasó-oldat befecskendésével. A vérbocsátás indicatiójának felállításakor az általános állapot nagyon számba veendő. Egy vérdús betegét is felemlíti, kinél 6 nap óta teljes anuria volt jelen (valószinűleg vérkeringési zavar következtében); egy liter vér kibocsátása után megindult a vizelés és néhány nap mulva egyelőre rendben volt a beteg.

Pick uraemia 4 esetében érvágást és bromnatriumot (per rectum) használt, más 4 esetben pedig csak bromnatriumot. Az eredmények egyformák voltak. Pneumoniánál és agygutánál azonban már kevés vér kibocsátásától is jó eredményeket látott.

5. **Grumnach: A belső betegségek kórismézése Röntgen-sugarakkal.** Nagyobb számú felvételeket mutat be, melyek főleg olyan kóros folyamatokra vonatkoznak, melyeknél az eddigi vizsgáló módszerekkel nehezen lehetett a kórismét megállapítani, így: aorta-aneurysma, gümős beszűrődések a tüdőben, centralis tuberculosus góczok a tüdőben és a humerusban, syphilitikus góczok a csontokban, intermittens hydronephrosis stb.

Benedict egy esetben, melyet sokáig izomrheumának tartottak, Röntgen-sugarakkal spondylitist derített ki. *Buxbaum* 3 esetben epeköveket tudott megtalálni Röntgen-sugarakkal.

6. **Ughetti: A lázas uraemiáról.** Állatokon végzett kisérletek alapján azon nézetének ad kifejezést, hogy a hőmérsékemelkedés, mely néha — ellentétben a rendesen jelentkezni szokott hőmérsékcsökkenéssel — uraemiánál észlelhető, csak véletlen complicatiók vagy a görcsök következménye.

7. **Pavlinov: Az idült nephritis aetiologiája.** Három észlelete alapján azt állítja, hogy létezik egy idült scarlatinás nephritis. Minthogy a három beteget (21—24 évesek voltak) egy fél éven belül észlelte, azt hiszi, hogy a nephritis ezen alakja nem is nagyon ritka. Különben még megjegyzi, hogy az idült nephritisek tartama sokkal hosszabb, mint a hogy általában felveszik; a parenchymatosus nephritis 5 évig, az interstitialis pedig 12—17 évig is elhúzódhatik.

8. **Charrin: Az emésztő szervek által nyujtott védelem a toxinok ellen.** Nagy mennyiségű diphtheriaméreg, mely $^1/_2$ ccm. mennyiségben a bőr alól biztosan megöli az állatot, per os teljesen ártalmatlannak mutatkozott. A toxinok részben absorbeáltatnak (?), részben a máj által meggyengíttetnek, ha a tápcsatornába jutnak. Ezenkivül a bélben nagy számmal jelenlevő bacteriumok is gyengítik a toxinokat, melyekre még a gyomornedv sósava és pepsinje, egyéb emésztési fermentumok, a mészsók stb. is károsan hatnak. Innen van, hogy idült gastritisben, dyspepsiában szenvedő egyéneknél könnyebben léphetnek fel zavarok a toxinok hatása következtében.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1897. november 4.

Az országos orvosi szövetség a megerősített alapszabályok értelmében f. hó 7-dikén tartja meg *tisztikarának megválasztása* végett *első országos orvosi congressusát*, melyre az intéző bizottság a meghivókat az ország valamennyi orvosához idejekorán elküldötte. A congressus ülés a mondott napon d. e. 9 órakor nyilik meg a budapesti kir. orvosegyesület helyiségeiben (Szentkirályi-utcza 21. sz.). Üdvözöljük az ezen congressuson megjelenő kartársakat azzal az őszinte óhajtással, hogy sikerüljön jól összeállítani az első tisztikart, melynek hivatása leend életbe léptetni ez intézményt körültekintéssel és bölcsességgel az egész magyar orvosi rend anyagi és szellemi érdekeinek előmozditására.

* * *

A szt. Margit-kórházat, Budapest III. kerületének kórházát, október 30-dikán szentelték fel.

A jelenleg 80 ágyra berendezett és a modern orvosi tudomány követelményei szerint szakszerüen felszerelt új kórházat, *Tatay Adolf* dr. programmja szerint, a székes főváros tanácsa építtette.

Az új kórház, mely a bécsi-úton épült, egy fő- és két melléképületből áll. A főépület, mely egyemeletes és U-alakú, közepén levő kapujától két részre oszlik. Jobbfelőli részén a férfi-, balfelől pedig a nőbetegek nyernek elhelyezést.

Van az épületen négy nagy és öt kis kórterem. Több kényelmes fürdőszoba, műtőterem és az ezekhez szükséges mellékhelyiségek. A négy nagy kórteremben 16—16 ágy van elhelyezve.

A földszint jobbszárnyán az intézet gondozásával megbizott, paulai szt. Vincéről nevezett apáczák laknak, kik *Innocentia* nővér, főnökné, vezetése alatt egyelőre tizen, látják el a betegek gondozását. Ezek lakosztályát a kórház csinos kápolnája követi, a melyet *Bogisich Mihály* cz. püspök ajándékából, a régi Dankó-kápolna berendezéséből szereltek fel.

Az intézet élén mint főorvos *Irsai Artur* dr. egyetemi tanár áll, a ki mellé alorvosokul *Fülöp Sándor* dr. és *Raáb Vilmos* dr. neveztettek ki.

* * *

Budapest székes főváros közegészségi állapota 1897. évi szept. hóban. A tiszti főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota viszonyítva a mult havihoz képest általános halálozás tekintetében lényegesen javult. Míg ugyanis a mult hóban elhalt 1067 egyén, e hóban csak 932, a különbség tehát 135. A nyári hónapokban nagyobb mérvben fellépni szokott gyomor-bélhurut esetek száma is apadt; a halálozás 83 esettel kevesebb, mint az előző hóban. A hevenyragályos kórok úgy egyenként, mint összesen lényegesen nem változtak. Élveszületett e hóban 1844, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 102 egyén levonásával 932; így a születések 912-vel multak felül a halálozásokat. Szeptember hóban a székesfőváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 6206 fekvő, és 7688 járóbeteg, vagyis 1989-el kevesebb, mint az elmult hónapban. A kerületi orvosok által gyógykezeltetett 531 fekvő és 1472 járóbeteg, összesen 2003, kórházba küldetett 66 egyén. A lelencz és

dajkaságba adott gyermekekre nézve: Szaporodás volt e hóban 21, csökkenés 9. Beteg volt e hóban összesen 23, meggyógyult 18, gyógykezeltetik 0, meghalt 5. Halálokok voltak: tüdőlob 1, aszkór 1, béllob 3 esetben. Hullaszállításra engedély adatott 12 esetben. Beoltatott 297 fiú, 291 leány, összesen 588, újraoltatott 606 fiu, 221 leány, összesen 827. Ebmarás előfordult 6, veszettségre gyanús 2, veszett ebmarás 1 esetben. A köztisztaság a csatornázatlan és kövezetlen utczák kivételével kielégítő volt. A bact. intézet még a következő vizsgálatokat végezte: diphtheria-vizsgálat 35, genyv, váladék, vizelet, vér, szövetet 1—1 esetben végzett Elintéztetett 117 ügydarab. A székes fővárosi vegyészeti és tápszervizsgáló intézet által 413 esetben tétetett vizsgálat, még pedig: vízvezetéki víz 120 esetben, kútvíz 24 tej 190, túró 3, vaj 8, sertészsír 8, ludzsír 3, olaj 2, must 1, pálinkafélék 7, kávé 2, liszt 1, paprika 2, egyéb füszerek 6, méz 1, kenyér 17, savanyított ugorka és káposzta 7, gyógyszer 8 esetben, vélemény 3 esetben adatott. Orvosrendőri boncolás végeztetett 57, orvostörvényszéki 25 esetben. Öngyilkosság 15 esetben fordult elő, még pedig: lövés 4, akasztás 3, mérgezés 2, egyéb módon 6 esetben. A Dunából 5 hulla fogatott ki. Az állategészségügy nem volt kedvezőtlen, a mennyiben fertőző betegségek csak szórványosan jelentkeztek. A fővárosi marhavásáron kiváltképen a Szerbiából érkező szarvasmarhák között a száj és körömfájás volt észlelhető. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Bálint Rezső, Gonsory Béla Miklós, Herz Rezső, Kiss Ödön, Nagy Pál Zoltán, Nagy Albert, Rácz Elek, Schürger Adolf* egyetemes orvostudorok és 5 szülésznő. A tiszti főorvosi hivatalba beérkezett 1202, elintéztetett 1185 hivatalos ügydarab.

Vegyesek.

Budapest, 1897. november 5-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. október 17-től 1897. október 23-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 402 gyermek, elhalt 209 személy, a születések tehát 193 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló torokiob 4, hökhurut 2, kanyaró 1, vörheny 1, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 8, agyvérömleny 13, rángások 7, szervi szívbaj 11, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 25, tüdőgümő és sorvadás 30, bélhurut és béllob 20, carcinomata et neoplasmata alia 14, mélrák 3, Bright-kór és veselob 6, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, aszkór, aszály és sorvadás 6, aggkór 7, erőszakos haláleset 8. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 1926 beteg, szaporodás 716, csökkenés 654, maradt e hét végén ápolás alatt 1988. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1897. október 22-dikétől október 29-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 15 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 49 (meghalt —), vörhenyben 20 (meghalt 1), kanyaróban 18 (meghalt 1), roncsoló torokiobban és torokgyíkban 26 (meghalt 4), trachomában 23, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 8 (meghalt 1), orbánczban 27 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1).

— **Kinevezések.** *Báthory Béla* dr., radnóthi járásorvost Kisküküllőmegye főispánja a megye tiszti főorvosává, *Weisz Jónás* dr., fővárosi gyakorló orvost Pest-Pilis-Solt-Kiskunmegye főispánja a solti felső-járás járásorvosává, *Klein József* dr., hajdu-böszörményi gyakorló orvost Hajdumegye főispánja tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki.

△ **Az igazságügyi orvosi tanács tagjai.** Korányi tnr. az igazságügyi orvosi tanács elnökének előterjesztésére az igazságügyminister *Kézmárszky Tivadar* és *Tauffer Vilmos* tanárokat a tanács tagjaivá nevezte ki.

— **Az országos közegészségi tanács** a megürült elnöki székre a törvény értelmében megtette a hármas kijelölést; első helyen *Müller Kálmán* eddigi alelnököt, második helyen *Fodor József* tanárt, harmadik helyen *Kézmárszky Tivadar* tanárt jelölvén. Fodor tanár a neki felajánlott első helyen való jelöléstől visszalépett.

— **Felhivás.** Többek megbizásából tisztelettel felkérjük a kir. törvényszéki és kir. fogház-orvos kartárs urakat, szíveskednének folyó hó 10-dikén este 7 órakor Budapesten a Pannonia éttermében megjelenni, hogy másnap minél számosabban tiszteleghessünk Korányi Frigyes tanár úr Ő méltóságánál, az igazságügyi orvosi tanács elnökévé történt kineveztetése alkalmából. Kartársi üdvözlettel *Fialowski Béla* dr., kir. törvényszéki orvos N.-Becskereken, *Grósz Menyhért* dr. kir. törvényszéki orvos Nagy-Váradon.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Szt.-Lukács-fürdő
téli és nyári
gyógyhely.
Nagy kénes iszapfürdő; iszapborogatás, douche-massage, kő- és kádfürdő, rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. Lakás és teljes ellátás hetenként 25 frt. (közepes ár). Prospektust küld az igazgatóság
Budapesten.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsöi- és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUMBAN
mindennemü **ép és kóros váladéknak** (u. m.: **vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi,** mint **górcsöi** és **bacteriologiai** vizsgálatára vállalkoznak 45
dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratorium vezetői.
Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13—15. szám.

JODOL
N. B. Szab. 53130.
Ajánlják az első orvosi tekintélyek.
A Jodoform legjobb pótszere — szagtalan és nem mérges. Kiválóan előnyösnek bizonyult a **sebészet-, nőgyógyászat- és bőrgyógyászatban,** kivált minden **bujakóros bántalomban,** a **szemészetben** és a **rhinolaryngologikus gyakorlatban,** névszerint **tuberkulotikus gégefekélyeknél.**
Egyedüli gyártók
Kalle & Co., Biebrich a. Rh.
Eredeti elcsomagolásban rendelhető minden gyógyszerüzletben és gyógyszertárban.

GYÓGYMECHANIKAI INTÉZET
(Dr. Zander rendszere szerint).
TESTEGYENÉSZET, SVÉD GYMNASTIKA, MASSAGE.
Budapest, VIII. ker., Muzeum-körút 2. sz. a.
(Nemzeti szinház bérháza, I. emelet.) 45
Rendelő orvosok: **Dr. REICH MIKLÓS, Dr. SÜMEGI JÓZSEF.**

TAMAR INDIEN GRILLON
frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.
A **dugulás** és annak következményei ellen, ú. m.: **aranyérbántalmak, vértolulás, fejfájás, étványhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.**
Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyével alkalmazható előrehaladt korúaknál és gyermekeknél. Semminemü drastikus alkatrészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készitve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendes szorulásban szenvednek.
A **Tamar Indien Grillon** Franeziaország első tekintélyei által javaltatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s elökelö orvosok is elöszeretettel rendelik.
Magyarországi főraktár:
TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-utcza 12.
Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

Vízgyógyintézet „Pozsony" Pozsonyban.
Massage, elektrotherapia, gyógytestgyakorlat stb.
Egész éven át nyitva.
Tulajdonos: a pozsonyi iparbank.
Igazgató-orvos: dr. Schlesinger Miksa.
Előrajzokat ingyen és bérmentve küld **az igazgatóság.**

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER — LYON —

Ar- és irodalom iránt prospektus kérendő.

Törvény által védve.
HELYI ANAESTHESIA
IDEGZSÁBÁK

Negyvenegyedik évfolyam. 46. szám. *Budapest, 1897. november 14.*

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.

Casuistikus közlemény a Ferencz József kereskedelmi kórház sebészeti osztályáról.

Carcinoma buccae l. sin. Kiirtás. Plastika.

Közli: *Bartha Gábor* dr., magántanár.

Az arczbőr s pofanyákhártya nagy felületeire terjedő, már létező vagy daganatok kiirtása által keletkező anyaghiányok pótlása az arczplastikák terén a műtősebészet nehezebb feladatai közé tartozik. A nyákhártya s az arczbőr együttes pótlásáról úgy kell gondoskodnunk, hogy a befejezett mű functionalis és aesthetikai szempontból lehetőleg a tökély szinvonalára emelkedjék. Minthogy a pótlást igénylő hiány nagysága s különösen alakja, úgyszólván minden esetben más: a képzőműtétek általános szabályai, valamint Balassa, Dieffenbach, id. Graefe, Langenbeck, Schuh, utóbbi időben Gussenbauer, Gersuny, Bardenheuer, Rotter, Israel, Hahn stb. arczplastikákra vonatkozó genialis műtétei a műtét tervének készítésénél csak vezérfonalul szolgálhatnak. A műtét tervét megkészíteni, a kivitel, a kiszámitás nehézségeivel megküzdeni a műtő gyakorlottságának, találékonyságának feladata. Nem egyszer jut a műtő azon helyzetbe, hogy műtét közben eredeti tervét elejteni vagy azon lényegesen változtatni kénytelen. Ebben rejlik az arczplastikák nehézsége, de egyszersmind érdekessége is. És ha az arczplastikák jól kiművelt terén a műtő nem is alkot valami újat, hanem csak ismert képzőműtéti módok helyes csoportosításával, czélszerű kivitelével úgy oldja meg a ráháruló feladatot, hogy a befejezett műtét a plastika két főkellékének, a functionalis és aesthetikai követelményeknek megfelel: oly munkát végzett, mely a szakférfiak figyelmére igényt tarthat.

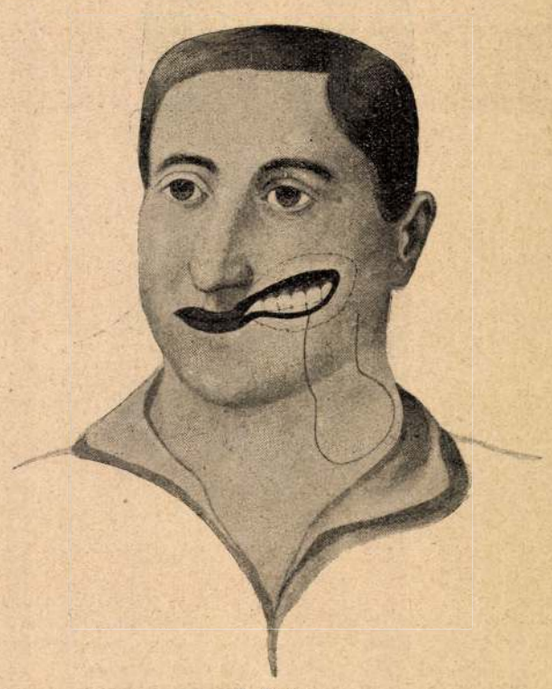
Ezzel indokolhatom, hogy az orvosegyesületnek f. év február 13-dikán tartott ülésén bemutatott esetemet részletesen ismertetem.

Sz. F. 45 éves, államvasuti főellenőr, 25 év óta leukoplakia buccalisben szenved. 1896. év junius havában a bal pofa nyákhártyáján egy kis daganatot vett észre, mely 5 hó alatt az állandó kezelés daczára tyúktojáshoz hasonló nagyságot ért el. A beteget októberben láttam először. A daganat akkor harántirányban a bal szájzúgtól az alsó állcsont felhágó ágáig, aláfelé s fölfelé a nyákhártya áthajlási helyéig terjedt, sőt a hátsó-felső őrlőfognak megfelelő helyen a gingivára is átterjedt. A daganat az arczbőrrel egy olasz mandola nagyságú területen össze volt kapaszkodva; belső felületén kifekélyesedett. A fekély szélei egyenetlenek, dudorzatosak, felhánytak, tömött tapintatúak voltak. A felső ajkpiron a fekélytől $^1/_2$ cm. ép nyákhártya által elválasztva, 1·5 cm. területen laposan ülő papilloma volt látható.

Bár ezen klinikus kép mellett alig merülhetett föl kétely az iránt, hogy a pofa nyákhártyáján kifekélyesedett daganat carcinoma: a diagnosis helyességének bizonyitása czéljából a daganatból kimetszett részletnek górcsői vizsgálatára Pertik tanár urat kértem meg. Pertik tanár kórszövettani intézetéből a daganat természetére vonatkozólag a következő értesitést nyertem: „Az átszármaztatott buccalis nyálkahártyából kivágott tumor-darab górcsőileg a cancroid, carcinoma epitheliale képét adja. A hámburjánzás a száj lapos hámsejtjeiből indult ki s ennek megfelelően a tumorban is elszarusodik, úgy hogy hámgyöngyök bőségesen találhatók. A stroma izgatott s kerek sejtekkel igen gazdagon infiltrált."

A górcsői vizsgálat eredménye s a folyamatban levő antiluetikus kezelés sikertelensége csak megerősitettek azon véleményben, hogy a beteget fekélyesedő daganatától megszabaditani csak műtét által lehet. Tisztában voltam azzal is, hogy a daganat kiirtása által keletkező kettős, arczbőr s pofanyákhártya anyaghiányt csak nagyobbszabású plastikával leszek képes pótolni. Ezeket a beteggel közölve, Réczey tanár úr véleményének meghallgatása után a műtétet cocain-anaesthesiával a Ferencz József-kereskedelmi kórházban 1896. november 6-dikán előre megállapitott tervem szerint, melytől a műtét folyamán eltérni nem kényszerültem, a következőleg végeztem:

A daganatot a bal szájzúgból kiinduló két, lefelé s felfelé ivelt, a külső halljárat magasságában, az előtt 4 cm.-rel, egymással találkozó metszéssel körülmetszettem. A bőr sebszélek szétvonása mellett a daganatot egész terjedelmében, mindenütt az ép szövetekben vezetett metszésekkel kifejtettem. Ezután a felső ajkon levő papillomát a felső ajak egy harmadának feláldozásával kiirtottam. Az arczon a szájzúg felé nyilt ovalisalakú defectus keletkezett. A nyákhártyán az anyaghiány sokkal nagyobb volt mint a bőrön (l. 1. ábra).



1. ábra.

A feladat tehát pofanyákhártya, arczbőr és felső ajakhiány pótlása s szájzúg képzése volt.

A nyákhártyahiány pótlására a nyakról egy 15 cm. hosszú s 7 cm. széles bőrlebenyt készítettem fel, melynek gyökét a külső halljárat elé, a bőranyaghiány felső zúgába helyeztem. Ezen lebenynek mellső szélét az alsó állcsont felhágó s vízszintes ága mentén az alsó ajakpir niveaujáig a nyákhártya szabad széléhez catgut-tel odavarrtam s azután a lebenyt 180° szög alatt hámfelülettel a szájűr felé befordítva, hátsó szélét a felső állcsont fogmedernyujtványnyal parallel futó szabad nyákhártyaszélhez varrtam (l. 2. ábra). A felső

2. ábra.

ajakhiányt a nyákhártya kivarrása által pótoltam és a szájzúg megkészítése s az alsó bőrlebeny felkészítése után a befordított, sebfelülettel kifelé tekintő lebenyt az arczbőrlebenyekkel csaknem teljesen befedtem.

3. ábra.

A nyakról felkészített bőrlebeny helyén támadt anyaghiányt a sebszélek összevarrása által törekedtem befedni ; ez azonban, különösen az alsó állcsont szöglete táján, a nagy feszülés miatt csak részben sikerült, úgy hogy a befordított lebeny gyökétől kiinduló, alapján 2 cm. széles, 7 cm. hosszú, háromszögalakú terület fedetlen maradt (l. 3. ábra).

A leírt módon végzett plastikával a daganat kiirtása által keletkezett anyaghiány pótolva lett, de természetesen a befordított lebeny gyökénél, az átfordítás helyén — a hol ugyanazon lebenynek bőrfelületei feküdtek egymásra — a szájűrrel közlekedő csatorna keletkezett. Természetesen ez így nem maradhatott, a szájüreget teljesen elzárni kellett.

A második műtétnek feladata tehát a szájűr teljes elzárása s a nyakról felkészített lebeny helyén még visszamaradt bőrhiány pótlása volt.

4. ábra.

Három hét elteltével, november 27-dikén, a midőn a befordított bőrlebeny odanövéséről s életképességéről meggyőződtem, az átfordított lebenyt, az arczbőrlebenyek szabad széle mentén lemetszettem, lehajtottam ; azután annak gyökét

5. ábra.

metszettem el s felkészítettem (l. 4. ábra). Az így nyert, körülbelül 6 cm. hosszú, 2 cm. széles nyelvalakú bőrlebenyt, a sebszélek felfrissítése után, a szájba vezető nyilás befedésére s az első műtét alkalmával az arcz- s nyakról felkészített lebeny helyén visszamaradt bőrhiány pótlására használtam fel. Ez oly jól sikerült, hogy csak a nyakon, az állszöglet alatt maradt vissza egy kis patkóalakú sarjadzó sebfelület, a melyre

a sebszélek felfrissítése által nyert hámszigeteket Thiersch methodusa szerint transplantáltam (l. 5. ábra). Ezen hámszigetekből kettő meg is maradt s a seb gyorsabb gyógyulásához hozzájárult.

A beteg a kórházat deczember 12-dikén kis, felületes sarjadzó sebbel hagyta el. A teljes gyógyulás deczember 19-dikén következett be.

A midőn a beteget f. év február 13-dikán az orvos-egyesületben bemutatni szerencsém volt, az eredmény functionalis és aesthetikai szempontból teljesen kielégítő volt. A befektetett bőrlebeny a nyákhártyát jól pótolta; a beteg száját jól nyitni, zárni, akadály nélkül rágni képes volt. A bal arczfél a jobbhoz hasonló, azon eltorzulás nem volt látható. A bajusz és szakáll még a műtét után visszamaradt vonalas hegeket is elfedte.

A beteg a műtét által nyert előnyöket csak hat hónapig élvezhette. A recidiva a hetedik hónapban 1897. junius hó elején a befordított bőrlebeny s azt fedő arczbőr közt mutatkozott. Réczey tanár úrral ugyanezen hónapban tartott újabb tanácskozás alkalmával azon egyöntetű vélemény emelkedett érvényre, hogy: „a kiújult daganat újabb műtét által még egészen kiirtható ugyan: de — tekintve a biztosan várható gyors kiújulást — az elérhető legkedvezőbb eredmény sem áll arányban a beavatkozás nagyságával s esetleges veszélyeivel".

Újabb műtét nem történt. A daganat, míg egyfelől mindjobban terjed, másfelől mindinkább nagyobb pusztulást, az arczbőrön terjedő kifekélyedéseket okoz. A szájűrbe befektetett bőrlebeny azonban a daganat roncsoló hatásának még ma is ellenáll.

Közlemény a budapesti „Stefánia"-gyermekkórházból.

Adatok a gyermekkor tuberculosisához.

Közli *Torday Ferencz* dr., kórházi segédorvos.

(Vége.)

Kórházunk beteganyagát csak igen kis részben teszik ki az egy éven aluli csecsemők; újszülötteket csak a legkivételesebb esetben veszünk fel és így ninesenek adataink az újszülöttek tuberculosisáról, melyet a kórboncznokok egy része veleszületettnek, a másik része szerzettnek tekint.

A vélemények eltérnek, vajjon csupán a tuberculosisra való hajlandóságot, vagy a petében már magát a tuberculosist öröklik-e az újszülöttek. A direkt hereditás az orvosok többsége által elfogadott nézet. *Baumgarten* szerint, hogy a tuberculotikus tünetek azonnal nem manifestálódnak, annak oka a foetusba jutott tuberculosis-bacillusok csekély számában van és így a tuberculotikus infectio hosszú időn át latens marad; okát részben a foetalis és fiatal gyermekkori szöveteknek a *Koch*-féle bacillussal szemben való nagy ellentállóképességében is leli. Némely szerzők a congenitalis tuberculosis gyakoriságának bizonyításánál a kora gyermekkor nagyszámú tuberculotikus eseteire támaszkodnak, de nem jogosan, mert soknál az extrauterin fertőzés kideríthető, a mi kivált oly esetekben bir jelentőséggel, hol autopsiával vagy vizsgálattal a szülők nem tuberculotikus volta bizonyítható. *Schwer* adataiból látható, hogy a tuberculosissal való elhalálozás az első két életévben elég nagy: 26%, ha az első élethetekben nincs is tuberculosis. *Landouzy* tuberculosist talált a 2 éven alul elhaltak egy harmadánál a bonczolatnál, hasonlóképen *Queyrat* és *Aviragnet*. Az egy éven aluli hulláknál *Hutinel* 3·3%-ban talált tuberculosist, 1—2 évig a gyermekek egy harmadánál; az arány később mindinkább kedvezőtlenebb. Érdekes *Wassermann* egy esete, hol egy 10 hetes, egészséges szülők gyermeke kiterjedt tüdőtuberculosisban halt el, mert 9—17. napjáig egy phthisikussal egy szobában hált. A foetalis fertőzés lehetőségét klinikus és kisérleti adatok bizonyítják. *Charrin, Berti, Merkel, Jacobi, Sabourand* és mások eseteiben a szülés előtt vagy röviddel a szülés után tuberculosisban elhalt anyák foetusában, illetve rövid időre a születés után elhalt gyermekeik hulláiban nagy számú tuberculotikus elváltozásokat találtak. *Huguenin* egy a 7. hónapra született és a 7. hétben elhalt gyermeknél általános tuberculosis mellett cavernát talált a bal tüdőcsúcsban. *Baumgarten* és *Roloff* egy halvaszülött gerinczében caseosus góczot találtak. Állatoknál is észleltek hasonló eseteket, de *Nocard* statistikával bizonyítja ritkaságukat. *Kockel, Birch-Hirschfeld, Schmorl* közölnek eseteket, hol a foetus májában, a portalis nyirkmirigyekben a bacillus tuberculosis fellelhető volt tuberculumok nélkül. *Landouzy, Birch-Hirschfeld, Aviragnet* kisérleteikben tuberculotikus anyák foetusaiból vett szervekből eszközölt beoltással kisérleti állatokban tuberculosist tudtak előidézni, jóllehet a foetusban és szerveiben tuberculotikus elváltozások makroskopice nem voltak láthatók: tehát a foetusban voltak tuberculosis bacillusok, de még nem idézhettek elő ott roncsolásokat. Phthisikus anyák placentájából vett oltással több észlelőnek sikerült állatoknál tuberculosist előidézni, nemkülönben *Hergottnak* amnionfolyadékkal. Az állatkisérletek, melyek a tuberculosisnak valamely nőstény állatba való beoltásával tuberculotikus foetusok produkálása czéljából eszközöltettek, többnyire eredménytelenek maradtak. A magzat tuberculotikus fertőzése az anya részéről az ovulum által történhetik egyrészt, a selyemhernyók pebrin-betegségének analogiájára, bár *Strauss* kétli, hogy a tuberculosis bacillusa az ovulum életképességét nem teszi-e teljesen tönkre. Az infectio másrészt a placentán át is történhetik, mely nem kifogástalan szűrője az anyai szervezetben élő csiroknak, kivált, ha a placentában magában is tuberculotikus elváltozások vannak, a mi főleg a tuberculosis miliaris acutánál elég gyakori. A pete direct fertőzése az apa ondója által sokak által kétségbe vonatik, tekintettel arra, hogy ily ondószálcsa termékenyítő képessége kétséges, továbbá, hogy valószinű, hogy a petébe jutott bacillus tuberculosis annak életképességét megtámadja, továbbá, hogy az ondószálcsák között tuberculosis-bacillus lelhető ugyan, de minimalis mennyiségben: *Gärtner* szerint egy bacillus 22 millió sperma tozoidára. Viszont ismeretesek oly esetek, hol ugyanazon nő tuberculotikus apával tuberculotikus, életképtelen gyermeket nemzett, annak elhaltával más apával egészséges gyermeket szült. Érdekes idevonatkozólag *Rilliet* és *Barthez* statistikájából, hogy phthisikus apáktól elhalt 24 gyermek közül csak 4 nem volt tuberculotikus, a többi 20 tuberculosisban halt el; phthisikus anyák elhalt 32 gyermeke közül 22 volt tuberculotikus és hogy 6 gyermek közül, kiknek apja, anyja egyaránt phthisikus volt, négy volt tuberculotikus.

A tüdőtuberculosis azért szerepel oly nagy számaránynyal, mert a levegő útján történik legtöbbször a fertőzés. A tüdőből a nyirkmirigyek útján a bacillusok első sorban a peribronchialis mirigyekben telepednek le, ezért következnek azután ezek a sorrendben. A peribronchialis mirigyek tuberculosisának azon 3%-a, melynél a testben egyebütt semminemű tuberculotikus elváltozások nem találtattak, a tulajdonképeni értelemben vett scrophulotikus esetek, hol a tuberculosis-bacillus bevándorlási helyén változásokat nem idézett elő; 7·5%-a a peribronchialis tuberculosisnak volt csak a tüdő affectiójával társulva; a többi esetekben valószinűleg a vérkeringés útján már a többi szervekbe is eljutott a tuberculosis bacillusa és ott is idézett elő elváltozásokat. Az 1—2. évben leggyakrabbak a tápcsatorna bántalmai s ez dispositio momentum; ezen korban úgyszólván kizárólag női vagy tehéntejjel táplálkoznak a gyermekek s ez fertőzésre nyujt alkalmat, ezek okai annak, hogy ezen korban oly gyakori a béltuberculosis. A bél nyirkedényei szoros kapcsolatban vannak a mesenterialis mirigyekkel: ez magyarázza a béltuberculosishoz való viszonyt. A csontok és izületek tuberculosisa feltünően leggyakoribb a 9—10. év közti korban; a csontosodás viszonyain kivül összefügg ez azon sok traumával, melyeknek a gyermekek ezen korban nagy élénkségük folytán ki vannak téve.

A legtöbb tuberculotikus hulla, valamint a tüdőtuberculosisban elhaltak javarésze a tavaszi hónapokban van, viszonyítva úgy az összes tuberculotikusokhoz, mint az egyéb betegségekben elhaltakhoz. A téli, majd a nyári és végül az őszi hónapok következnek ezután a sorrendben. Adataink szerint az arány a tavaszi hónapokban az egész évi tuber-

*

culotikus hullákhoz 12—13%, míg a legkedvezőbb szeptember hóban csak 5%. Az összes hullákhoz a tuberculotikusok viszonya a tavaszi hónapokban 24—27%, az őszikben csak 8—12%. A tüdőtuberculotikusok 12—14%-a hal el tavaszszal, őszszel csak 4—5%. *Froebelius* és *Hecker* szerint a tuberculosisban elhalt gyermekek 45·4—41·2%-a az év első harmadára, 23·8—28·9% az év második harmadára, 30·7—29·9% az év harmadik harmadára esik.

A tuberculosisnak a fertőző kórokkal való viszonyához adataink hiányosak, mert a heveny fertőző kórokban elhaltak közül kevesen bonczoltattak, továbbá, mert pertussissal betegek nem vétetnek fel kórházunkba. Az így is elég tekintélyes számadatokból mindazonáltal látható, hogy aránylag legtöbbször a morbilli után elhalt gyermekeknél vannak tuberculotikus elváltozások; diphtheriánál aránylag többször, mint scarlatinánál. Ugyanis a 373 bonczolt diphtheriás halott 16%-ánál, a 69 bonczolt scarlatinás 13%-ánál és az 51 bonczolt morbilli után elhalt 25%-ánál találtattak tuberculotikus elváltozások.

Kórházunk bonczjegyzőkönyveibe csak 1892. óta jegyeztetik be az in vivo felállított diagnosis és így csak ezen idő óta tudható meg nagyobb fáradtság nélkül, mily nagy a száma azon eseteknek, melyeknél az élőben a tuberculosis latens volt. A tuberculotikus hullák 33%-ánál a klinikai kórismében nem volt kiemelve a gümőkór-diagnosis és így a bonecznok a bonczolt hullák 12%-ánál talált direct figyelmeztetés nélkül tuberculotikus elváltozásokat. A mi anyagunkból idevágó adat még azon körülmény, hogy mortalitási statistikánkban a tuberculotikus betegségek 422 hullával szerepelnek, tuberculotikus elváltozások pedig csak a bonczolt 1549 hulla közül már 618-nál találtattak és hogy ezen elváltozások aránytalanul nagyobb számú szervben voltak fellelhetők a hullákban, mint az ambulans anyagban. A latens tuberculosisban elhaltaknál legtöbbször pneumonia catarrhalis tünetei voltak; utána a diphtheria volt a legtöbb, hol az élőben tuberculotikus tünetek nem észleltettek, részben az előtérbe lépett halálos kór tüneteinek súlyossága miatt, részben valószínűleg sokszor az észlelés rövid ideje miatt is. *Hecker* közli, hogy 700 bonczolt gyermek-hulla közül 50 esetben a tuberculosis mint mellékjelenség és nem mint halál-ok találtatott. Ezen latens tuberculosis 36-szor a bronchialis mirigyekben, 20-szor a tüdőkben, 5 ször a mesenterialis és 4-szer a cervicalis mirigyekben székelt. A latens tuberculosis a jövőben kórházakban aránylag könnyen lesz diagnostizálható tuberculin-oltások segitségével, mint azt *Kossel, Epstein, Hutinel* és mások adatai bizonyitják.

Az empyemában szenvedő gyermekek nagy része tuberculotikus; 92 empyemás betegünk közül elhalt 29, azaz 31·4%, ezek közül három nem bonczoltatott; a bonczoltak 46%-ánál tuberculotikus elváltozások találtattak. Ezek az összes empyemásoknak 13%-át teszik ki.

A tüdő tuberculotikus bántalmai közül egy résznél a tüdő szövetében, parenchymájának elváltozása nélkül hevenyen fejlődött, miliaris tuberculumok találtattak: a mi anyagunk 21·3%ában; majd heveny caseosus, illetve subacut sajtos pneumoniákat idéz elő a tuberculosis bacillusa: eseteink 25·4%-ában. A chronikus esetek vagy anyagveszteséggel, caverna-képződéssel járnak, a mi az esetek 18·5%-át teszi ki; vagy a tüdő kötőszövetének túltengésével, pneumonia interstitialissal, a mi eseteink 12·4%-ában fordult elő. A tüdőtuberculosisnak ezen nemei sokszor egy egyénben egymás mellett észleltettek; így pneumonia caseosa tuberculosis miliaris acutával az eseteknek 6·3%-ában volt együtt jelen, phthisishez pedig pneumonia caseosa az eseteknek 11%-ában társult, míg phthisis tuberculosis miliaris acutával együtt 5·1%-ban találtatott. *Froebelius* 145 sajtos pneumoniát, 29 tüdő-cavernát és 50 tuberculosis miliaris acutát parenchymás tüdőmegbetegedés nélkül talált a boncztetek között. *Hecker* adatai szerint is az első 5 életévben a sajtos pneumonia van túlsúlyban. A későbbi korban a többi két alak javára azonban visszamarad és így tehát kivált a kora gyermekkor tuberculosisára jellegzetes, míg az acut miliaris tuberculosis és a chronikus phthisis kivált a nagyobb gyermekek és a felnőttek tüdőtuberculosisára az.

***

A budapesti „Stefánia"-gyermekkórház 10 évi beteganyagából (143,339 beteg) a következő tapasztalatok vonhatók le a gyermekkor tuberculosisát illetőleg:

1. Kórházi ambulans anyagunk közel két huszada tuberculotikus gyermek; három huszada a gyógykezelés végett felvetteknek tuberculotikus alapú megbetegedésekben szenved, míg az elhaltaknak négy, a bonczoltaknak nyolcz huszada tuberculotikus.

2. A 3—7. év közti tuberculotikus gyermekek majd egy harmadát teszik ki az összes tuberculotikus gyermekeknek.

3. A tuberculosis universalis és a scrophulosis tüneteivel bemutatottak a 3—7 év közti korban a legnagyobb számúak; A spondylitis az első 10 évben a leggyakoribb. A coxitis a tuberculotikus bántalmak nagy százalékát teszi ki, a csont- és izülettuberculosisoknak egy harmadánál többet. Az izületek tuberculosisa leggyakoribb a 3—7. év közti korban, még pedig a következő sorrendben: a csipőizületet a térd, a lábtő, a könyök, a kéztő és végül a váll izülete követi. A tuberculotikus gyermekeknél körülbelül 5%-ban volt csont-caries, legnagyobb számmal szintén a 3—7 év közti korban. A phthisis pulmonum, mely az eseteknek ugyancsak 5%-át teszi ki, a gyermekkorban leggyakoribb a pubertás közelében. A meningitis basilaris legtöbbször a 0—3. év közti gyermekeknél volt az ambulantián diagnostizálható, a kórházi fekvő anyagban legtöbb volt ezen megbetegedés a 3—9 év közti korban. A nehány lupus-eset legtöbbje a 7—14 év közti korban fordult elő, míg a ritka heretuberculosis feltünően gyakori az egy éven aluli időszakban.

4. A tuberculotikus ambulansok a legnagyobb számmal a téli és kora tavaszi hónapokban fordultak meg ambulantiánkon; a tuberculotikus halottak legnagyobb része ugyanezen időre esik. A phthisikusok 10—14%-a, a pneumonia catarrhalisok 10—15%-a a márczius-juniusi időszakra jut; a lymphomások legnagyobb része hasonlókép ezen évszakban jelentkezett.

5. A halálokok sorában a tuberculosis a második helyet foglalja el; az elsőt a diphtheria.

6. A tuberculotikus hullák legtöbbje az 1—2 év között volt, ezt követték a 2—3 év köztiek, majd a 3—4 év köztiek jönnek; ezek után sorakoznak az egy éven aluliak után a többi korosztályok chronologikus sorrendben.

7. A tuberculosis által megtámadott szervek között a gyermekkorban is a tüdő áll az első helyen; ezután a peribronchialis mirigyekben, a lép, a máj, az agy- és a mellhártyában találhatók leggyakrabban tuberculotikus elváltozások. Egy hullában rendesen több szerv volt a tuberculosis által megtámadva; egy szerv gümős affectiója a legritkábban találtatott a hullában.

8. Hullákban a tüdő, bronchialis mirigyek, máj és lép leggyakrabban a 0—3 év közötti korban találtattak gümőkór által megtámadva; az agy és agyhártya tuberculosisa leggyakoribb a 3—9 év közti korban; a béltuberculosis az 1—2. év között aránylag gyakori, nagyobb számúak az esetek mégis a 7. év utáni korban; a mesenterialis mirigyek tuberculosisánál némileg hasonlók a viszonyok. Hashártya- és vesetuberculosis nagyobb gyermekeknél találtattak aránylag többször; csont- és izülettuberculosis leggyakrabban a 9—10 év közti korban került bonczolatra. A nehány bonczolt heretuberculosis a 2—3 év közti korban volt. A tüdő tuberculotikus bántalmazottságai közül a pneumonia caseosa a leggyakoribb, a heveny miliaris tuberculosis következik ezután; a caverna-képződés és a pneumonia interstitialis aránylag ritkább a gyermekkorban.

9. A heveny fertőző kórok közül a morbilli és utána a diphtheria siettetik leginkább a tuberculosis kifejlődését. Pertussisra s latens tuberculosisra részletesebb adataink nincsenek.

10. Elhalt empyemásainknak közel fele (46%) tuberculotikus volt.

Közlemény Purjesz Zsigmond dr., ny. r. egyet. tanár belgyógyászati kórodájáról Kolozsvárt.

Kórodai észleletek a Widal-féle serodiagnosis értékéről.

Jancsó Miklós dr. és *Rosenberger Mór* dr. tanársegédektől.

(Vége.)

C) csoport.

E csoportba soroljuk azon eseteinket, melyekben a typhus klinikai tünetei csak igen enyhén voltak kifejlődve, egyik-másik tünet hiányzott is, úgy hogy ezeket mindenesetre csak typhus leviseknek tekinthetjük, sőt a két utolsó esetben csak fentartással tehettük a kórismét typhus-abdominalisra.

1. Czire M. betegsége 8-dik napján jön a kórodára, hőmérséke csak egy este haladta túl a 39° C.-t s a 23. napra typikus lysissel a normalisra száll alá.

Függőcseppel: a 15—30-dik napok közt egynegyed—két óra alatt positiv reactio.

Higitással: a 16—23-dik napokon a r. f. határa 60.

2. Parádi F. betegsége 3-dik napjától kezdve volt észlelésünk alatt, hőmérséke csupán egy d. u. emelkedik 39° folé s a 11. naptól kezdve már normalis.

Függőcseppben: 3-dik nap 6 óra alatt sem mutatkozik reactio, 8 és 13-dik nap azonnal kifejezett reactio jelentkezett.

Higitással nem vizsgáltatott.

3. Nyerges János betegsége 7-dik napján jön a kórodára, betegsége 14-dik napján már láztalan, legmagasabb hőmérséke 39·3.

Függőcseppel: a 11—14. napokon a reactio kifejezetlen; a 18-dik napon ellenben, midőn már 4 napja láztalan, ¼ óra alatt kifejezett reactiót kapunk.

A következő 5 esetben sem függőcseppel, sem higitással a betegség egész lefolyása alatt, valamint a reconv. idején sem kaptunk reactiót. Ez esetek:

4. Kovács G. betegsége 28. napján (?) jön be, 37. naptól láztalan
5. Pápai R. „ 14. „ „ „ 28. „ „
6. Bunyila A. „ 5. „ „ „ 18. „ „
7. Palacsán I. „ 15. „ „ „ 20. „ „
8. Gál B. „ 6. „ „ „ 13. „ „

A három csoport összehasonlításából az tünik ki, hogy egészben és nagyban a jól kifejezett középsúlyos és súlyos esetekben a reactio is kifejezetten állandóbb kisérője volt a bántalomnak, míg a könnyű, kifejezetlen esetekben a reactio is gyakrabban hiányzott. De azért épenséggel nem mondhatjuk, hogy a bántalom súlyossága és a reactio intensitása között szorosabb kapcsolat létezik, ezt észleleteink megczáfolják, a mennyiben nem a legsúlyosabb esetekben találtuk a reactio intensitására nézve a legnagyobb értékeket; pl. Kern Lajos, kinél összes észleleteink között a legmagasabb értékeket találtuk, csak középsúlyos typhust állott ki. Parádi vére, daczára az igen enyhe lefolyásnak, a reactiót a 8. naptól kezdve igen kifejezetten adta, ellenben Bokisnál, daczára a kifejezett klinikus tüneteknek, a reactio nagyon elkésve csak a betegség 4-dik hetében jelentkezett. Zách Juliska — igaz, hogy csak 4 napig tartó kórodai észlelés után — elhalt a nélkül, hogy a reactio észlelhető lett volna.

Ezek a példák bizonyítják egyszersmind azt is, hogy eseteinkben a betegség prognosisát illetőleg a reactio intensitása semmi útmutatást nem adott.

II.

Az ambulantián előfordult esetekben, továbbá a városról és vidékről beküldött száraz vérkészitményekkel csupán függőcsepp-vizsgálatokat végeztünk. Ez eseteket épen azon az alapon, hogy a függőcsepp-reactio 2 óra lefolyása alatt bekövetkezik-e vagy nem, két csoportba osztjuk.

Az első csoportba soroljuk azon eseteket, melyekben a reactio két órán belül jól kifejezetten mutatkozott. A másodikba azokat, a melyekben az ennyi idő alatt csak kifejezetlenül vagy egyáltalában nem lépett fel.

A) csoport.

Ezen esetek közül mindazok, melyekben a betegség további lefolyásáról tudomást szerezhettünk, kivétel nélkül typhus-eseteknek bizonyultak.

1. Groisz B. felnőtt, betegsége 10-dik napján hőmérsék 39° C., betegsége 51-dik napján még adja a reactiót. 41-dik napra defervescál.

2. Schwanel G., betegsége 3-dik napján csak kifejezetlen reactio, mely a következő napokon mind kifejezettebb lesz s a 12-dik napon azonnal, jól mutatkozik. 25-dik napon defervescál.

3. Veres N. felnőtt, betegsége 12-dik napján hőmérséke 39·7° C. 13-dik napon meghalt.

4. Bot Gy. 13 éves, 8-dik napon hőmérséke 38·8° C. 3½ hó mulva a typhusához társult s azóta fennálló otitis media purulentával jelentkezik ambulantiánkon, s vére még ekkor is azonnal kifejezett reactiót ad. Gyógyult.

5. Nagy P. 15 éves, 4 dik napon hőmérséke 40·0° C. 4-dik héten meghalt.

6. N. N. körülbelül az 5-dik héten, 6-dik héten meghalt.

7. Deutsch O. 6 éves, körülbelül a 3-dik hét elején, 4-dik hétre defervescál.

8. Rostisor M. felnőtt, 7-dik napon, lefolyás nem tudható meg.

9. Molnár M. gyermek, körülbelül 14-dik napon, 8 hétre defervescál.

10. Molnár I. gyermek, körülbelül 6-dik hét végén, 11-dik héten perfor. miatt meghalt.

11. Páll I. 2 éves, körülbelül a 15-dik napon hőmérséke 38·4. Gyógyult.

12. Kokos G. felnőtt, 8-dik napon. Lefolyás nem tudható meg.

13. Begyelán D. 13 éves, a 11. és 28. napokon. 4-dik hétre defervescál.

14. Sonda D. felnőtt, perineoplastica után a 3-dik napra lázas lesz, hőmenete typikus görbét ir le; 26-dik napra defervescál.

15. Kardos K. 3 éves, 11-dik napon hőmérséke 39·3° C. 10. hétre meggyógyult.

16. Fekete K. felnőtt, 4-dik héten hőmérséke 39·4, lemenőben. 10 nap alatt defervescál.

17. Bóra K. felnőtt, körülbelül a 3-dik hét elején hőmérséke 37·3° C. Lefolyás nem tudható meg.

18. Kanti; felnőtt, 9-dik napon hőmérséke 38·3° C. Lefolyás nem tudható meg.

19. L. L. felnőtt, középsúlyos typhusa végén (30-dik nap). 45. nap defervescál.

20. Gonka, 8-dik nap hőmérséke 38·8° C. Lefolyás nem tudható meg.

21. Ötvös J. felnőtt, körülbelül a 3-dik hét végén hőmérséke 39·1° C. 8 óra mulva sem ad kifejezett reactiót, ellenben a reconv. 15. napján ½ óra alatt kifejezett. 32. nap deferv.

22. Páll Zs. felnőtt, 12-dik nap hőmérséke 39·2° C. Gyógyult.

23. Kovács A. felnőtt, 8., 31., 35. nap hőmérséke 39·5°. 31. napra defervescál.

24. Kovács M. 13 éves, 5-dik napon hőmérséke 39·5. 5-dik héten deferv.

25. Péter I. 10 éves, 8-dik napon hőmérséke 39·5. 14-dik nap defervescál.

26. Kenderesi 11 éves, 5-dik napon hőmérséke 39·4. 3-dik hét végén defervescál.

27. Zechar P. 12 éves, 18-dik napon hőmérséke 39·8. 5. hét végén defervescál.

28. Buknó 15 éves, 7-dik napon hőmérséke 40·0, még 6 óra mulva nincs reactio, de 20-dik nap azonnal kifejezetten. 4-dik héten defervescál.

29. Perl O. 22 éves, 3-dik napon 6 óra mulva sem, 7-dik és 10-dik napon ½ óra alatt kifejezetlen reactio, mely 6 óra mulván (időközben nem nézetett) egészen kifejezett. Gyógyult.

30. Zilahi E. felnőtt, körülbelül a 2-dik hét végén. 4-dik hét végén defervescál.

31. Weisz I. felnőtt, 15-dik napon. 8 hétre gyógyult.

B) csoport.

E csoportban emlitjük azon 43 esetünket, melyekben a reactio 2 óra lefolyása alatt vagy egyáltalán nem, vagy csak kifejezetlenül jelentkezett, bár a betegek akkor, midőn vérük vizsgáltatott, mindnyájan typhusra többé-kevésbbé gyanusak voltak.

E betegek közül 33-nál a további lefolyásból kiderült, hogy nem typhusban, hanem egyéb bántalomban szenvedtek (2 tuberculosis miliaris, 1 meningitis tuberculosa, 2 solitaer agygümő, 2 exsudat. pleurit., 1 pyaemia, 1 malignus váltóláz félholdakkal a vérben, a többieknél részint pneumonia crouposa, részint phthisis pulmonum stb.).

Három esetben a további lefolyásról nem nyerhettünk értesülést.

Hét esetben azonban a további lefolyás typhus-abdominalisnak felelt meg:

1. Matusovszky B. 5 éves. 11 napon át tartó hőemelkedéssel typhus levist állott ki. A vérvizsgálat a 12-dik napon történt.

2. Tegzes M. felnőtt. Középsúlyos typhust állott ki, mely után recidiva is észleltetett. A vérvizsgálat idején a beteg már 6 hét óta láztalan.

3. Horvát N.-né. Középsúlyos typhus volt. Vérvizsgálat a 10-dik napon; 40·0° C. hőmérsék.

4. Müller B. felnőtt. Középsúlyos typhus. Vérv. a 10-dik napon.

5. Derzsi N. felnőtt. Középsúlyos typhus. Vérv. a 17-dik napon.

6. Weisz 9 éves. 4 hétre defervescál. Vérv. ? napon.

7. Merza B. felnőtt. A 11-dik napon elhalt. Vérv. az 5-dik nap; 39·0° C.

Az esetek e 2 csoportja tehát azt mutatja, hogy *egyszeri vizsgálat mellett azon esetek, melyekben a reactio positiv volt, kivétel nélkül typhus-esetek voltak, ellenben azon esetek közül, melyekben a vizsgálat negativ eredménynyel járt, csak a nagyobb rész nem bizonyult typhusnak, egy — minden esetre jelentékenyen kisebb — része az eseteknek, a negativ lelet daczára, typhus volt.*

Minden esetre számba kell vennünk azt, hogy ez esetek legtöbbjénél — mint a 7 legutóbb elősorolt esetnél — csak egyetlenegy vérvizsgálat ejtetett meg, s igy könnyen lehetséges, hogy e 7 esetben későbbi vizsgálatnál positiv reactiót kaptunk volna, a mint ezt bennfekvő typhusbetegeinknél, sőt az ambulantián észleltek közül is azoknál (pl. az *A*) csoport 2., 21., 28., 29. számú esetei), kiknek vérét többször vizsgálhattuk, volt alkalmunk tapasztalni.

III.

Genersich dr. m.-tanár szivessége folytán módunkban volt a gyermekgyógyászati ambulantián jelentkező typhus és typhusra gyanus esetekben függőcsepp-vizsgálatokat végezni.

Külön választottuk ez eseteket a többiektől, nemcsak azon ok miatt, mert gyermekeknél a typhus tünetei, lefolyási módja tudvalevőleg gyakran különbözik a bántalomnak felnőtteknél észlelhető typikus alakjától, hanem azért is, mivel ez esetek nagyrészt csak 1—2 napon át voltak észlelhetők, az anamnesisük is sokkal bizonytalanabb mint a felnőtt betegeké, s nagyrészükben a betegség kimeneteléről sem volt tudomás szerezhető.

Mintegy magunkon akarván controllt gyakorolni, ezeknél a vizsgálatokat mind úgy végeztük, hogy mi csak a száraz vérkészitményt (a beteg nevével ellátva) kaptuk kézhez, minden felvilágositás nélkül az esetre vonatkozólag, melytől a vér származott.[1]

Ez eseteket, ugyanazon alapon, mint a felnőtteket, 2 csoportra osztva, a gyermekambulans napló adatainak utólagos megtekintése szerint a következő eredményt kaptuk:

A) csoport

Mihálcsa F. 13 éves. Egy hete beteg a typhus jól kifejezett tüneteivel. Diagn. typhus.

Moldován M. 2 éves. 9 napja beteg. Lázas, bágyadt, nyögve légzik. Nyelve erősen bevont. Meteorismus. Lép nem tapintható. Naponta 4 barnás szék. Diagn. typhus. Gyógyult.

Szigeti F. 9 éves. 3 napja beteg. Lázas, elesett. Nyelve erősen bevont. Meteorismus. Léptompulat nagyobb. Diagn. typhus. Gyógyult.

Kálmán E. 13 éves. Egy hete beteg. Bágyadt. Lázas. Nyelve erősen bevont. Léptompulat 8—11. b. Diagn. typhus. Gyógyult.

Gyöngyösi K. 4 éves. 10 napja beteg. Lázas. Nyelve vastagon bevont. Meteorismusa van, léptompulat normalis. Diagn. typhus? Egy hó mulva elhalt.

Koncz A. 2 éves. Öt napja beteg. Hőmérsék 38·1. Nyelve bevont. Meteorismusa van. Lépe nem tapintható. 9-dik napon hőmérséke 38·7. Roseolái vannak. Lép tapintható. Híg szék naponta többször. Diagn. typhus. Gyógyult.

Nagy Gy. 5 éves. 3 napja lázas, elesett, delirál. Étvágytalan, nyelve erősen bevont. Lépe kitapintható. Széke híg. Diagn. typhus. Gyógyult.

Csengeri L. 13 éves. Két hete lázas, fejo fáj. Hőmérséke 37·3. Igen bágyadt, nyelve bevont. Léptompulat nagyobb. Diagn. typhus.

Jakab J. 8 éves. 4 napja lázas, fejfájása van. Hőmérséke 39·0. Nyelve bevont. Hasa meteoristikus. Lép kitapintható. Diagn. typhus. Gyógyult.

Furó I. 3 éves. Egy hete lázas, delirál, étvágytalan. Elesett, nyelve száraz. Has puffadt, rajta roseolák. Léptompulat nagy. Hasmenése van. Diagn. typhus. Gyógyult.

Balázs Zs. 8 éves. Egy hete lázas, fejfájása és székszorulása van. Lázas. Nyelve erősen bevont. Hasa puffadt. Léptompulat nagy. Diagn. typhus. Gyógyult.

[1] Viszont a vizsgálat eredményét mi is mindig csak utólag közöltük Genersich tanárral.

B) csoport.

Ezzel szemben áll a második csoport azon esetekből összeállitva, a melyeknél a reactio 2 óra alatt jól kifejezetten nem jelentkezett — számszerint 18.

Mindezen esetek akkor, a mikor náluk a vérvizsgálat történt, typhusra többé-kevésbbé gyanusak voltak. *Ezek legtöbbjéről azonban már a következő jelentkezésüknél kiderült, hogy nem typhusban szenvednek, hanem más acut lázas bántalmakban és a 18-ból csak kettőnél mutatott a további lefolyás typhusra, egynél pedig a további lefolyásból sem volt tisztázható, hogy vajjon typhusban szenvedett-e a gyerek, vagy sem.*

Előbbi eseteink:

Káhán R. 12 éves. Másfél hete feje fáj, lázas, gyenge, étvágytalan. Hőmérséke 38·5. Bágyadt. Nyelve erősen bevont. Lépe kitapintható. Kifejezetlenül adja a roactiót 3 óra mulva. Diagn. typhus.

Egyed J. 4 éves. Egy hét előtt kiütései voltak végtagjain, ezután láza lett. Bőre forró, nyelve erősen bevont, diffus hörghurut; büzös hasmenése van, a melyet maga alá bocsát. Nem ad reactiót. 4 nap mulva: hőmérséke 38·0, igen súlyos beteg, nyelve erősen bevont. Meteorismusa van és gyakori híg széke. Kifejezetlenül adja 2 óra mulva a reactiót. Diagn. typhus. Gyógyult.

Utóbbi esetünk:

Kallós B. 2 éves. Pár napja étvágytalan, lázas. Bőr meleg, nyelve kissé bevont, egyéb eltérés nincs. 6 nap mulva: Nyelve bevont, lép tapintható. Diagn. stat. febril.

A gyermek-ambulansainknál nyert tapasztalataink ezek szerint szintén arra mutatnak, hogy positiv értelemben a reactio egészen jól beválik a már emlitett cautelák figyelemben tartásával; ellenben a reactio elmaradása — egyszeri vérvizsgálattal — még nem jogosit a bántalom kizárására.

***

Észleleteinket összefoglalva, a Widal-féle typhusdiagnosisra vonatkozólag látjuk, hogy a typhusos vérnek paralyzáló és agglutináló tulajdonsága oly mértékben, a mely a normalis vérét lényegesen felülmulja, a typhus abdominalisnak meglehetősen állandó tünete, a mely jól kifejezett typhus-eseteknél, úgy látszik, csak nagyon ritkán hiányzik és mivel e tünet a typhusnak sok tünetével szemben, a melyek különkülön számos más bántalomnál is előfordulnak, határozottan specifikus: igy a typhus abdominalis ismerete és felismerésére egy fontos tünettel többnek a birtokába jutottunk.

A diagnosis megkönnyitése szempontjából lényeges hátránya e tünetnek az, hogy az eddigi tapasztalatok szerint csak a betegség előrehaladottabb szakában jelentkezik, a midőn a többi tünetek is már ki vannak fejlődve, a melyekből a diagnosist megtehetjük és néha ezekből már felállithatjuk a diagnosist, akkor a mikor még a Widal-féle tünet nem is jelentkezett (pl. Zách, Bokis). Másfelől még kifejezett typhuseseteknél is csak igen rövid időre terjedhet azon szak, a midőn a normalis értéket lényegesen mulja felül a typhusos vér agglutináló és paralyzáló tulajdonsága — nem emlitve azt, hogy néha, bár úgy látszik, hogy aránylag gyéren, az egész lefolyás alatt hiányozhatik is.

Mindezek miatt a diagnosis szempontjából tekintve a dolgot, kellő cautelákkal járva el, egy oly fontos tünetnek tartjuk a reactiót, mint pl. a roseolát (a mivel nem kicsit akarunk mondani!), a mely a többi typhusra jellegző tünetek lánczolatában igen értékes, bizonyos esetekben szerfelett értékes tünet lehet, ha egyszer jelen van és minél kifejezettebben van az jelen, annál értékesebb tünetnek veendő. Ha hiányzik, úgy csak a betegség előrehaladott időszakában értékesithető a typhus kizárására s akkor is csak kevés értékkel.

Hátránya ezen vizsgálati módnak azonban, aránylag legegyszerübb alakban is, pl. élő vagy száraz vér vizsgálatával is történjék az, a privatpraxishoz viszonyitott nem egyszerű kiviteli módja, a mely azonban egyáltalában nem complicáltabb, mint pl. a tubercul.-bacillus felkeresése a köpetben. Számottevő nehézség azonban az, a mi abból származik, hogy minél jobban mulja felül valamely vér eme tulajdonságaira nézve a normalis értéket, annál fontosabbá lesz ez a tünet a többi tünetek lánczolatában és pedig nehézség azért, mert

e miatt, kétes esetekben kivált, elkerülhetlen a higitásokkal való vizsgálat, a mi már jóval complicáltabbá teszi a vizsgálat kivitelét.

Tagadhatlanul jó szolgálatokat tehet a Widal-féle serodiagnosis némely typhus után fellépő bántalmaknál az aetiologiai momentum kutatásai körül (pl. a mi eseteink közül a Bakos peroneus hüdése és a Bot György otit. med. purulentiája), nem kell azonban elfelejtenünk, hogy ezzel szemben áll azon hátrány, a mely abból származik, hogy előrement typhus után a vér még néha évekig megtartja ezen paralyzáló és agglutináló tulajdonságait s így adott esetben tévútra vezethet.

Más oldalról tekintve ezen Gruber által felismert új diagnostikai módszert, egyfelől rendkivüli fontosnak kell azt tartanunk azon okból, mert az az Eberth-féle bacillusnak kórnemző specifikus voltát látszik nagy mértékben bizonyitani, másfelől rendkivül érdekesnek, mert egy eddig előttünk ismeretlen tüneménynek az ismeretéhez juttatott, a mely talán más infectiosus bántalmakkal is közös s bár ma még ismeretlen czélnak szolgál a vér életében, a természetben uralkodó törvények után itélve, bizonyára nem fog feleslegesnek bizonyulni, ha majd azon czél, melyre szolgál, felderittetik.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXI. rendes ülés 1897. november 6-dikán.)

Elnök: **Székács Béla**; jegyző: **Dieballa Géza.**

Elnök jelenti, hogy az Ivanchich-alap segélyösszege iránti kérvények 14 nap alatt benyujtandók.

Az arteria iliaca aneurysmájának kiirtása.

Dollinger Gyula: A beteg 32 éves, vasesztergályos, tehát nehéz testi munkát végez. Ezelőtt két esztendővel vette észre a jobb lágyékában pulzáló daganatot. Traumára nem emlékezik. Az aneurysma a jobb arteria illiaca átmenetelénél a femoralisba foglalt helyet, 6 cm. hosszú, 4 cm. széles volt és utóbb gyorsan növekedett. A digitalis compressio a beteg nagy érzékenysége miatt nem volt keresztülvihető és így a véres műtétek közül kellett választani. Az odavezető ütőérnek Hunter által ajánlott lekötése nem a legjobb eredményeket mutatja fel, mert az ütőér nem huzódhat vissza, miért is beteg ütőérből a lekötés után könnyen támad veszélyes utóvérzés. Ezen módszerrel szemben áll az ó-korból származó Antyllus-féle eljárás, a melynél az odavezető és az elvezető ütőér köttetik le és az ütőérdaganat felmetszetik. Újabban e módszernél az aneurysma zsákját teljesen kiirtjuk. Az aneurysma kiirtása jobb eredményeket mutat fel, mint a *Hunter*-féle eljárás. Újabban *Delbet* hasonlitotta össze a két módszert. 109 beteg közül, a kinél *Hunter*-műtétet végeztek, 10-en haltak meg, míg 76 beteg közül, a kiknek aneurysmája kiirtatott, egy sem halt meg. A módosított *Antyllus*-féle műtét újabban mindinkább tért hódit, *Quenu, Chaput, Thornbun* e módszert ajánlják, mint a legjobbat. Ha az aseptikus eljárást teljesen birjuk, akkor csak egy eshetőségtől kell tartanunk, ez a collateralis vérkeringés tökéletlen kifejlődése folytán a végtag elüszkösödése. *Delbet* 76 esete közül a módosított Antyllus-műtét után csak 3 betegnél gangraenescált a végtag, míg 109 eset közül, a melyben *Hunter*-féle műtétet végeztek, 12 esetben lépett fel gangraena. Lehet, hogy ez esetek egy részében oka egy vérrögben keresendő, a mely az odavezető ütőér lekötése után az aneurysma zsákjában képződött és az aneurysmába nyiló le nem kötött ütőér vérárama által a peripheriás ütőérbe mosatott s így a collateralis vérkeringés kifejlődését megakadályozta. Bemutató betegénél a műtét előtt a gangraenát illetőleg a legjobb prognosist állithatta, mert a vizsgálat kimutatta, hogy a míg a bal czomb összes ütőereit igen jól lehetett érezni, az aneurysma oldalán sem az art. femoralist, sem a popliteát, sem pedig a tibialis posticát érezni nem lehetett és miután a végtag hőmérséklete, színe és ereje, valamint körfogata semmiben sem különbözött az egészséges végtagétól, arra kellett következtetni, hogy az aneurysmából kivezető ütőér eldugult és a collateralis vérkeringés már kifejlődött. A műtét julius hó 6-dikán történt, a Poupart-szalaggal párhuzamosan vitt metszésből behatolt az ütőérdaganatig, a peritoneumot feltolta és az art. iliaca externát 2 cm.-rel az aneurysma felett lekötötte, azután az aneurysmát kiválasztva a környezetéből, lekötötte az igen szűk art. femoralist. A lekötés után közvetlenül a végtag elhalványodott, kivéve a lábhátat és a láb külső oldalát, a mely cyanotikus lett. A mikor a végtag ezért megmassáltatott, egész kiterjedésében viaszsárga lett, a mi azonban csakhamar a rendes színezetnek adott helyet. Az eltávolított aneurysmában jól látható az odavezető rendes űrterü és az elvezető, alig az art. temporalis lumenjével biró ütőér.

A gyógylefolyás zavartalan volt és a beteg végtagját jelenleg jól használja

Újszülöttnek rövidülés nélkül gyógyult czombtörése.

Dollinger Gyula: Mindeddig kicsiny gyermekek czombtörésénél leginkább két eljárás divott, az egyik a Volkmann-féle súlynyújtás, a másik a végtag felfüggesztése. Azonban mindkét eljárás már kicsiny gyermeknél is alig vihető keresztül pontosan, újszülöttnél pedig keresztülvitelük, úgy hogy a törés rövidülés nélkül gyógyuljon, még inkább meg van nehezitve. Mind a két eljárásnak még az a hátránya is van, hogy a beteget az ágyához köti. Ezen utóbbi hátrány elkerülése végett Kölliker egy szögletsínt alkalmazott, a csipőizületben 135 fokig behajlított végtag külső oldalára. Azonban, miután ezen sín sem tartja a törvégeket a megkivánt távolságban rögzitve, ez sem felel meg teljesen. Ezért Dollinger, a mikor a mult esztendő őszével egy újszülöttet hoztak hozzá, a kinek nehéz szülés közben a czombja a felső és középső harmad között eltörött, egy olyan kötést igyekezett szerkeszteni, a mely egyrészt a rövidülés és szögletállás nélküli gyógyulást biztositja, másrészt pedig a beteget transportábilissé teszi. Azon esetben az eredmény tökéletes volt és Dollinger az esetet az egyesületben bemutatta. Azóta egy másik betege akadt, a kinek folyó év junius hó 27-dikén ugyancsak nehéz szülés közben törött el a czombja a középső harmadban. E helyen erős vérkiömlés volt a lágyrészek között és ennek folytán jelentékeny tumor. A rövidülés 1½ cm.-t tett ki és a csontvégek hátrafelé nyilt szögletet képeztek. Dollinger az első kötést junius 30-dikán alkalmazta, a mikor a beteg hozzá hozatott. A kötés két gipsz-sinből áll, a melyek a köldöktől a lábujjakig érnek. A gipsz-sinek nedves gipsz-pólyából készülnek és körülbelül 8—10 organtin-rétegből állanak. E fölé tétetik egy vékony réteg vatta, a mely puha mullal erősittetik a gipsz-pólyához. A pólya puha állapotban alkalmaztatik a végtagra, a mely a csipőizületben körülbelül 100 fokig lesz behajlítva, míg a térd és a láb 90 fok alatt áll. Először a mellső sín pólyáztatik a redressált végtagra és a spina ant. sup. alatti vájulatba benyomatik. A mikor ez megkeményedett, a hátulsó sín lesz alkalmazva, a mely az os ischii felhágó és az os pubis lehágó ágának külső (mellső) felületéhez nyomatik. A két sín azután mullpolyával egymáshoz lesz pólyázva. A sineket naponként le kell venni, ha átnedvesedtek, a kályhán megszárítani és újra alkalmazni. A megnedvesedéstől legjobban a gyermek lábai közé tett ruhával lehet a sint megvédeni. Az első sínpár ez esetben 10 napig tartott, ekkor újat készített. Ekkor már a tumor is felszivódott. Junius 18-dikán a csontvégek már consolidálva voltak, de a beteg a sineket óvatosságból még egy hétig viselte. Ekkor a sinek eltávolittatván, constatáltatott, hogy a czombcsont rövidülés és elhajlás nélkül gyógyult. Jelenleg a törés helyét alig lehet a csonton megtalálni. Az utókezelés massálásból állott. Dollinger ezen kötést olyan kicsiny gyermekeknél is ajánlja, a kiknél járókötést még nem lehet alkalmazni.

Gerber Lajos: A lefolyt évben egy 9 hónapos és egy 2—2½ éves gyermek került hozzá czombtöréssel.

A bemutatott sinek elmésen vannak szerkesztve s az eredmény tényleg megfelelő, némelykor azonban nehezebb az alkalmazásuk, ha t. i. nincs kellő segédlet, de meg — mint bemutató is mondja — változtatni kell azokat, mert bepiszkolódnak.

Szóló az emlitett mindkét esetben mindaddig, míg a vérömleny fel nem szivódott, egyszerű fasineket használt, s körülbelül a hatodik napon közönséges coxaizületi gyuladásnál alkalmazni szokott fix-kötést tett a czombra le a bokáig, s hogy az egész coxát rögzitse, a pólya néhány tourját a hasra vezette. Hogy ne piszkolódjék, az anus és a húgycső körül guttapercha-betéttel szegte be. Az esetek — különösen a második, melyet szóló a saját methodusa szerint kötött be, s melyet be fog mutatni — szépen gyógyultak; az elsőnél kis szögletképződés volt jelen egy cm. rövidüléssel, de ezt annak tudja be, hogy a fix-kötés alkalmazásakor is még volt egy kis vérömleny s a fix-kötés miatt nem lehetett eléggé pontosan ellenőrizni; állapota azonban ennek is egy év óta lényegesen javult.

Horváth Mihály: Kézmárszky tanár szivességéből kezelt egy csecsemőnél czombtörést. *Dollinger* methodusa szerint járt el, az eredmény teljesen kielégitő volt: rövidülés nélkül gyógyult.

Dollinger Gyula: A szülés alatt szerzett törések nagyon különböznek a kis gyermekek töréseitől: ez utóbbiaknál az esetek legnagyobb számában nem szakad el a periost, úgy hogy eltörik a csont, de a csonthártya együtt tartja a tört végeket, s így nincs jelentékeny eltolódás, míg a szülés alatt, midőn a műtő extrahálja a magzatot, a trauma igen nagy, úgy hogy a törtvégek egymásfölé hajolnak, a periost teljesen elszakad: a minek igen nagy eltolódás a következménye; s mivel kis gyermekeknél ez nem forog fenn, náluk — ha nincs eltolódás — elegendő az egyszerű sín, csecsemőknél azonban felül is alul is az os ileit, térdet s hátul a tuber ossis ischii-t is rögzíteni kell; szóló kis gyermekeknél, a hol eltolódás nincs, sem merné az egyszerű coxa-kötést alkalmazni.

Gastrojejunostomia esete.

Lévai József: P. J., 47 éves asztalos, mindig erőteljes, egészséges volt. Mult év karácsonya óta addig kiváló jó étvágya megcsappant, fogyni, gyengülni kezdett. Ez év junius 8-dikán néhány órával ebéd után hányt. Ezen idő óta, ahányszor csak szilárd ételt evett, ½—4 óra mulva kihányta, később a híg táplálékot is, majdnem mindig barnásfeketén, véresen. Székletéte ezen idő óta csak minden két hétben volt, állitólag soha sem kátrányszinű. Rohamosan soványodott, elerőtlenedett.

Folyó évi julius 29-dikén vette fel bemutató az „Általános munkás betegsegélyző-pénztár“ kórházába.

A beteg teljesen lesoványodott, elgyengült, feltünően vérszegény. Tüdők, vizeletkiválasztó szervek épek, szivműködés szapora, gyenge, hőmérsék subnormalis. A processus xyphoideus és köldök között középen nagy diónyi, odanőtt régi csepleszszérv. Sem a gyomor tájékán, sem egyebütt a testen más kóros nem található, igy vizenyő sem. 2—3 nap óta a gyomor a vizet sem tűrte meg. Augusztus 2-dikán 2 deciliter világos kávét ivott. Néhány perez mulva a gyomor előre domborodott, feszes lett, nyugtalan mozgás látszott rajta. Határa akkor a köldökig ért. Háromnegyed óra mulva a beteg körülbelül 4 deciliter szagtalan, híg, barnás-fekete folyadékot hányt. A hányadék nem vizsgáltatott meg.

Abból indulva ki, hogy a gyomornedv vizsgálata sósav- és tejsavra a mai felfogás szerint úgy sem döntő a rák diagnosisára, mivel ilyen esetekben, a hol tumor nem tapintható, sem az anamnesis és panaszokból, sem a gyomor chemismusának, sem a vér és vizelet vizsgálatából positiv diagnosist csinálni nem lehet; mivel másrészt a tünetekből nyilvánvaló volt, hogy a gyomorbennék nem képes áthatolni a pyloruson és hogy ezen körülmény az egyén inanitiójának tulajdonképeni oka: bemutató a tápláló csőrékkel való sikertelen próba után a pylorus átjárhatlanságának művi úton való megoldását, tekintet nélkül a pontosabb diagnosisra, ajánlotta.

Műtét augusztus 4-dikén chloroform-narcosisban. A csepleszszérv resecálása után kitünt, hogy a pylorus teljesen ép és szabad és a kis curvaturán ül, az izomzatba ágyazva, egy nagy gyermektenyérnyi lapos tumor, valószinűleg kifekélyesedett carcinoma, esetleg egy ulcus ventriculi lobosan beszűrődött környezettel. Egy borsónyi mesenterialis mirigy. A gyomorbennéknek a bélhuzamba való biztos levezetése czéljából gastrojejunostomia retrocolica Hacker szerint végeztetett. A műtétnél csak a megfelelő jejunumkacs biztos felismerése okozott némi nehézséget. Útbaigazító volt azon körülmény, hogy minél távolabb a gyomortól, annál atrophikusabbak voltak a belek. Az ileum csak kis ujjvastagságú volt. Műtét után hőmérsék 37·8° C., azontúl láztalan, teljesen sima lefolyás, per primam egyesülése a sebzésnek. Székletét az ötödik napon volt először, acholikus, azontúl naponta rendes színnel és consistentiával. Három hét mulva már dupla adagot evett. Szeptember 6-dikán gyógyulva hagyta el a kórházat. Azóta is gyarapodik, nem hány, az emésztőcsatorna jól működik.

A bemutatott eset kapcsán felmerülő első kérdés, miért mutatkozott evés után következetesen hányás, holott sem pylorus stenosis, sem a gyomor falzatának ectasiája vagy insufficientiája nem volt jelen? Azért, mert a kifekélyesedett részt az ételek izgatták, a gyomorfalzat és a pylorus görcsös állapotba jutott és a gyomorbennék a cardián át, a melynek záró izmai nincsenek, talált utat a nyomás elől. A második kérdés: helyes volt-e csupán a pylorus átjárhatlanságát véve alapul pontosabb diagnosis nélkül a gastrojejunostomiát megcsinálni. Az eredmény szerint igen és az eredmény onnan magyarázható, hogy az új nyiláson át könnyebben ürül ki a gyomorbenék — noha a gyomor még most is nyugtalankodni szokott —, semmint a cardián.

Ha úgy, mint a bemutatott esetben, tumort kitapintani nem tudunk, mást, mint azt constatálni, hogy a pylorus a gyomorbennék számára átjárhatlan, nem lehet. Ha pylorus átjárhatlanság mellett a pylorus tájékán tumort tudunk is tapintani, műtét előtt soha sem lehet tudni, milyen természetű a tumor *(Rosenheim esete)*. Műtét közben is akárhányszor lehetetlen eldönteni, milyen természetű a pylorust elzáró ok, légyen bár egy jól tapintható tumor jelen *(Hültl, Makara esete)*. Ha egyszer a pylorus átjárhatlansága constatálva van és a műtét javalt, az átjárhatlanság okának minden esetre való meghatározása mellékes, mert a művi megoldás manapság majdnem mindig úgyis gastroenterostomia. A pylorus resectio carcinoma miatt nem jogosult műtét.

Ezeket tekintetbe véve és esete alapján bemutató a gastrojejunostomia mai részletes diagnosison alapuló javalatait nem tartja helyesnek, úgy sem, a hogy azokat *Makara* az orvosegyesület 1896-ik évi február 15-diki ülésén kifejtette, hanem sokkal általánosabban igy formulázza:

Ha a gyomorbennék átjutása a bélhuzamba akadályozva van és az akadály belső kezeléssel nem hárítható el, műtét javalt. Azon eshetőséget leszámítva, a hol a gyomron kivül eső elhárítható akadály állja útját a gyomorbennék tovahaladásának, a gastrojejunostomia végezendő.

A műtétet ellenjavalja a szervezetnek olyan megbetegedése, a mely hosszabb ideig való életben maradást eleve kizár, pl. kiterjedt carcinoma.

Az előzetes helyes belső kezelés sikertelensége és ebben a gyomornak tápláló csőrékkel való huzamosabb tehermentesítése elengedhetlen feltétele a műtétnek.

Kuzmik Pál: A hányás oka sokkal rövidebben magyarázható: hernia accreta cseploszbennékkel elég ok arra, hogy hányást idézzen elő, még az esetben is, ha a sérv cruralis, sőt nem is kell hogy sérv legyen jelen, elegendő, ha valahol cseplesz-részlet nő oda a hashártyához, már ez a körülmény is súlyos gastrikus tüneteket válthat ki.

Ha a pylorus teljesen átjárható, s a lobos beszűrődés a kis görbületen volt: ez nem képezhetett akadályt a gyomorbennék kiürülésére: úgy hogy a hányást nem okozhatta más, mint az odanőtt cseplesz, mely főleg akkor vongálta a gyomrot, ha az telve volt.

Hirschler Ágoston: Az előadottakból azt a meggyőződést meritette, hogy ezen betegnél a hányás nem a kis görbületen ülő daganattól volt feltételezve, a gyomorbennékének a duodenumba való jutása nem volt állandóan megzavarva, a mennyiben maga a bemutató is említette, hogy a pylorus teljesen átjárható volt. Nem hallotta szóló, hogy a gyomor űrtere meg volt-e nagyobbodva: bemutató elmulasztotta úgy a műtét előtt mint a műtét után megvizsgálni, hogy a gyomor üregе hogy viszonylik: meg van-e nagyobbodva, vagy sem.

Szóló véleménye szerint a bemutatott esetben a hányás valószinűleg a gyomornedv hyperaciditásától volt feltételezve, mely a pylorus görcsös összehúzódását váltotta ki, a mi által ez időlegesen átjárhatlanná vált, a midőn a gyomorbennék elvezetése gátolva volt.

Kérdés, hogy tényleg indicálva volt-e a műtét, vagy nem; bemutató azt mondja, hogy oly nagyfokú volt az inanitio, hogy az operatiót indicáltnak tartotta.

A belső kezelés igen sok jó eredményt mutathat fel. A poliklinikán sok hasonló eset fordul elő, s szóló meggyőződött róla, hogy a legkétségbeejtőbb esetekben, hol a hyperaciditas okozta gyomortágulat nagyfokú táplálkozási zavarhoz vezetett, a kellő módon vezetett kezelés sokszor meglepő eredményt mutatott.

A többek között egy 40 éves ember jelentkezett a poliklinikán, kinél a vizsgálat kideritette, hogy szerfelett nagyfokú hyperaciditas volt jelen, mely fel volt tételezve hypersecretióval járó hyperaciditas által; ez oly nagyfokú volt, hogy éhgyomorra az összaciditás 70, próbareggelire pedig tisztán a sósavtól 120 volt.

E beteg kezelése abban állott, hogy túlnyomólag fehérjével táplálkozott, szénhydrátok és folyadékok reducáltattak, a gyomornedv alkalizáltatott, s a gyomornak ezek után pontosan végzett functionalis vizsgálata kideritette, hogy a gyomor űrtere szemlátomást kisebbedett. A beteg jól érezte magát és kimaradt, azonban nagy diaeta-hibákat követett el, újból jelentkezett: hypersecretióval, hyperaciditas hydrochloricával, gyomortágulattal.

Az újabb diaeta-regime s alkalisatióra a beteg állapota javult, hogy újból tetemesen rosszabbodjék.

Most már felmerült a kérdés, hogy tekintettel arra, hogy a beteg anyagi viszonyainál fogva kellő diaetát nem tarthat, végzendő-e nála a gastroenteroanastomosis vagy sem?!

Ezeket azért részletezte szóló, hogy bizonyitsa, hogy a bemutatotthoz hasonló esetben annak eldöntésre, vajjon végeztessék-e az operatio, nem mindig könnyű; nem vonja azonban kétségbe, hogy bemutató helyes indicatio alapján operált.

Ha a bemutatott eset szóló esete lett volna és az a kérdés merült volna fel, hogy operáltassék-e a beteg, talán az inanitio miatt ő is sürgősen végeztette volna, de különben elve: oly esetekben, melyekben a pylorus átjárhatósága rendes, hol — mint a bemutatottnál — a gyomorizomzat tonusa jó, a gyomor üregе nem nagyobbodott, addig nem operáltatni, míg diaetetikus, mechanikus gyógyeljárásokkal meg nem felelt mindannak, a mi a gyógyulás lehetőségét megadja, s csatlakozik mindazokhoz, a kik a gastroenteroanastomosis végzését oly esetekben tartják indicáltnak, hol kellő kitartással alkalmazott diaetetikus, mechanikus és gyógyszeres eljárásokkal a gyomor hiányos mozgató erejét megszüntetni nem lehetséges; sajnálatos, hogy a bemutatott esetben a gyomor functionalis vizsgálatát elmulasztották. A mi a bemutató által szóba hozott jelentőségét illeti a gyomornedv vizsgálatának carcinománál, szóló annak jelentőségét fontosnak tartja, a mint azt bő tapasztalatai, s *Kéllynek* e helyütt tett kijelentései is igazolják, s ha ma már nem is tulajdonitanak a gyomornedv vizsgálatának carcinománál épen a sósav hiánya szempontjából olyan nagy jelentőséget, mint a multban, az a gyomor mozgató erejének korán jelentkező, nagymérvű csökkenésével, tejsav jelenlétével együtt a carcinománál fontos diagnostikus momentum, úgy hogy szóló nem mond le a gyomor functionalis vizsgálatáról a jövőben sem.

Lévai József: Említette, hogy betegének a proc. xyphoideus és köldök között odanőtt csepleszszérve volt, de ez már évek óta jelen volt s bár a beteg erre vonatkoztatta betegségét, az neki soha bajt nem okozott.

A betegnek mult év karácsonya óta kezdett étvágya csökkenni, junius 8-dika óta hány, eleinte szilárd ételeket azután hígat is, majdnem mindig véreset; ezen előzmény is kizárja azt, hogy csepleszszérv, vagy cseplesz odanövés okozta. Incarceratiónál előfordulhatna véres hányás, de nem ilyen protraháltan, mint a bemutatott betegnél.

A gyomorbeli leletet, mint az indicatióra nézve nem fontosat, nem emelte ki. A curvatura minoron ülő tenyérnyi, tömött, élesszélű, közepén körülbelül $2^1/_2$ cm. vastag, kifekélyesedett terimenagyobbodás, minden valószinűség szerint rák volt. Bemutató azért mondta „valószinűleg carcinoma, esetleg fekély“, mert excisio nem történvén, részletes vizsgálat nem végeztetett. Hogy ez okozta-e a hányást, vagy a gyomornedv hyperaciditása? Erre nézve megemlíti, hogy előbbi kezelő orvosai — így *Pikler* dr. is — megerősitették az anamnesist, a folytonos véres hányást is, a hányadék soha sem volt savanyú szagú, reactiója sem volt savanyú. És ha valakinek tenyérnyi, kifekélyesedett, vérző tumorja van, sokkal közelebb áll ebből, mint hyperaciditásból vagy cseplesz odanövésből magyarázni a hányást. Annál is inkább, mert a gyomor nyugtalansága, a melyre bemutató a hányás magyarázatát alapitotta, ma is fennáll.

Szóló szintén azt tartja, hogy a belső kezelést ad maximum kell vinni, de ha valaki ennek daczára folyton mindent kihány, táplálkozása

ad minimum reducálódik, az inanitio elérte a legnagyobb fokát, ott a belső kezelés már elvesztette jogosultságát.

A gastrojejunostomia indicatiójának felállításánál arra helyezi a fősúlyt, hogy a gyomor nem képes tartalmát a bélhuzamba átszállítani és ezen az állapoton helyes belső kezelés nem segit. Ellenben az átjárhatlanságnak rendszerint bizonytalan, részletes diagnosisát mellékesnek tartja.

Három év előtt sikeresen operált myopiás egyén bemutatása.

Goldzieher Vilmos: Két héttel ezelőtt (f. év október 23-dikán) túlságos rövidlátás miatt sikeresen operált egyént mutatott be e helyen. Hivatkozással az akkor fejlődött vitatkozásra, gondolja, nem lesz felesleges és érdektelen dolog, ha ma egy esetet mutat be, melyet három évvel ezelőtt operált. Az eset vonatkozik egy 19 éves kisasszonyra, ki nagyfokú rövidlátás miatt 1894. november 28-dikán a jobb szemen discindálva lett. 1895. január 15-dikén jó látási eredménynyel haza bocsáttatott. A bal szem 1896. május 11-dikén lett operálva, hasonló eredménynyel.

Ma, tehát 3 évvel az operatio után, az állapot a következő: Semmiféle izgalmi tünet, mindkét pupilla kerekded, erélyesen reagál, közegek tiszták, szemfenék ép, mindkét papilla körül kis conus. A jobb szem látása V = 5/24 correctiós üveg nélkül, + 2 D-val, V = 5/12. Üveg nélkül a látás jobb, mint az operatio előtt a legerősebb javító üveggel (14 D). + 6·0 D-val 1. számot folyékonyan olvas 25 cm.-ről. A bal szemen a látási eredmény hasonló, de még javítható, a finom, csak áteső fényben észrevehető capsulás-álhártya discindálása által. Az eredmény fényesnek mondható; a beteg állapota az operatio után folyton javult, a látási eredmény jelenleg biztosítva van és állandónak bizonyult.

Veleszületett dextrocardia esete.

Berend Miklós: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

A bőr védekezése autoinfectiók ellen.

Nékám Lajos: Minden eddig végzett ilyen irányú vizsgálat kimutatta, hogy a bőrön roppant mennyiségű pathogen mikroba van állandóan, melyek ott észrevétlenül tanyáznak ugyan, de egyebütt, pl. a peritoneumre jutva pl. egy sebész kezéről operatio közben, kórfolyamatokat indítanak. A bőr tehát ezekkel szemben bizonyos immunitást élvez, mely hiányzik a többi szövetnél, s mely egész specialis módon jöhet létre, mert a normalis életben tudomást sem veszünk ezen inficiensek jelenlétéről, a küzdelembe tehát nem vonatnak az egész organizmus és ennek közönséges fegyverei bele. E specialis viszonyok azonban tulajdonképen csupán csak a hámra vonatkoznak, mert az irha épen úgy viseli magát, mint a szervezetnek akármelyik egyéb kötőszöveti része, s védelmi eszközei négy módon érvényesülnek: 1. Inglobulatio útján, a midőn az inficienst elnyelik a phagocyták és a számos lehetséges módok egyikén eltávolítják a szervezetből. 2. Betokolás által, a midőn minden egyes bacterium meszes köpenybe kerül, és lassan degenerálódik abban. 3. Midőn az inficiens immunizált talajba jut és pár perez alatt direct tönkre jut. 4. Ha a toxinok teljes távollétében mint aseptikus idegen test szerepel és hónapokig baj nélkül megmaradhat a bőr alatt. Mindezek azonban általános viszonyok, melyek nem jellemzők a bőrre nézve. A tulajdonképeni specialis védelmet a hám szolgáltatja. Ez négy féle: a stratum corneum igen rossz tápanyag, mely csak lassú burjánzást enged a microbáknak; a leginficiáltabb réteg állandóan vedlik és lelöki a fertőzött részt; rétegenkint különböző mérvben van átivódva zsírral és savóval, a mi változó viszonyokat teremt a bacteriumoknak, tetemesen nehezítve nekik az előhaladást; végre a mély rétegekben bizonyos bactericid hatással biró savó kering.

Egyes helyeken, pl. a veríték mirigyekben ez az üdvös complicatio azonban hiányzik. Itt a szervezet a következő öt módon segitett: a szájadék spiralis lefutású, ki van töltve egy zsíros hengeralakú dugaszszal, mely a veríték által kitolatik, a veríték a szűk csöveken át gyors áramban kering, positiv chemotaktikus és fertőzés ellen stimuláló hatású.

A szaru-réteg desquamatiójának nagyságát akkorának találta, hogy 1—2 naponkint ejtünk le egy sejtréteget a kevésbbé, s 2—3 réteget az erősebben-dörzsölt részekről. A veríték áramlását gőzfürdőben izzadó egyéneknél a kivezető cső lumene szerint az orificiumnál 7·3, a cutis közepén 72·8, a mirigy isthmusánál 193 millimeterre teszi perczenkint. Filtrált verítéket staphylococcus culturákkal egyidejűleg oltva állatok hasába, kitünt, hogy a veríték mennyiségével arányosan meghosszabbodott az élet tartama.

Legkevésbbé védett pontja a bőrnek a hajfolliculus, melynél alig van desquamatio, de a melyet eláraszt a faggyúmirigy zsírral s a mely egész tömegében tolatik kifelé, úgy hogy mélyébe microbák csak bedörzsölés útján juthatnak. A védekezésben különben minden valószinűség szerint tetemes része van az idegrendszernek is. Paralytikusoknál mindennaposak a felfekvések; ha pedig egy végtagot kutyánál vagy macskánál exnerválunk, pár nap mulva már genyedő, nehezen gyógyuló feltöréseket észlelhetünk.

A természet tehát két utat követ a bőr védelmezésében: praeventive a steril, vedlő, rétegezett hámmal, mely a prophylaxist képviseli, míg a desinfectiót a jól vascularizált, beidegzett, nyirkpályákkal átszőtt irha végzi.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Anomalies and Curiosites of Medicine etc. by George *M. Gould* A. M., M. D. and Walter *L. Pyle* A. M., M. D. London. 1897.

Encyclopaedikus gyüjteménye a ritka és rendkivüli eseteknek az orvosi tudomány legkülönbözőbb ágaiból összegyüjtve és 295 szöveg közötti és 12 színes táblával illustrálva. Szerzők nagy szorgalommal, irodalmi és historiai tanulmánynyal állitották össze a 968 lapra terjedő munkát, mely bizonyára érdekelni fogja azokat, kik az unicumokat kedvelik; mindenesetre kiegészitője leend az orvos könyvtárának.

II. Lapszemle.

Bőr- és bujakórtan.

Virulens bubókról és az ulcus molle bacillusáról ir *Krefting*. As ulcus mollere nézve a Ducrey-féle bacillust, mint kórokozót, Krefting megállapitottnak mondja. A kisérleteket már most oly irányban terjeszti ki, hogy a bubók viszonyát a Ducrey-bacillushoz tisztázza. A bubók jelentősebb számában — a nem-virulens bubókban — mikrobát egyáltalán kimutatni nem lehet, a virulens inoculabilis bubokban Dubreuilh, Losuets, Buschke a megvizsgált esetek egy részében, Krefting valamennyi 7 esetében megtalálta a Ducrey-féle bacillust. A mily kevéssé tudjuk okát adni annak, hogy miért követi egyik esetben bubo az ulcus molle-t, másik esetben nem, ép úgy nyilt kérdés még, hogy a fellépett bubo miért lesz virulenssé egyik esetben, míg a másikban nem. Annyi bizonyosnak látszik, hogy ahhoz, hogy a bubo virulens legyen, a Ducrey-féle bacillusnak a nyirokutakon a mirigyekig kell haladnia. A mi a virulens bubo percentuatióját illeti, Dubreuilh 68%-ban, míg Spietschka 4%-ban találta esetei közt. Krefting e nagy eltérés okát a virus változó intensitásában keresi, mit jól illustrál az, hogy míg az ulcus molle néha epidemice lép fel egyes városokban, más esetben csaknem kihal. Nem lényegtelen tudni, hogy a virulens bubo a nem-virulenstől klinice is megkülönböztethető. A nem-virulens bubo lassan genyed, kevésbbé érzékeny, a bőr felette nem intensive piros, próbapunctióra szürkés, félig nyálkás kinézésü genyet ad. Megnyitásnál 8 napon belül gyógyul, jelentös részöknél azonban megnyitásra nem kerül a sor, mert resorbeálódnak. A virulens bubo gyorsan genyed nagy érzékenység mellett s intensiv bőrpirral, piszkos csokoládészinü genyet tartalmaz, megnyitás után szélei kirágódnak, fekélyesek lesznek. Gyógytartamuk hetekig húzódik el. („Archiv f. Dermat. u. Syphilis" B. XXXIX. H. 1.) *Spitzer Gusztáv* dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Terhesek csillapíthatlan hányása** ellen a turini szülészeti klinikán a cocaint használják bőr alá fecskendés alakjában az epigastrium táján. Rendesen 1 centigramm cocain fecskendeztetik be és ezt esetleg 1—2-szer megismétlik naponként, mindig röviddel az étkezés előtt. Természetesen a cocain-befecskendéshez csak akkor nyúlnak, ha más módon nem sikerül a hányás csillapitása. (Sem. méd. 1897. 45. sz.)

2. **Orthoform** elnevezésü új helyi anaestheticumot állitottak elő *Einhorn* és *Heinz*. Vízben csak kevéssé oldódik és ebben rejlik egyik főelönye, mert épen csak annyi oldódik, a mennyi a hatás elérésére elegendő, másrészt az oldódás nagyon lassú, úgy hogy mindig csak kis mennyiségek szivódnak fel, minek következtében a hatás huzamos. Az orthoform csak ott hat, a hol szabadon álló idegvégződésekkel érintkezhetik; a bőrön vagy vastagabb nyákhártyákon keresztül hatástalan. Ennek folytán különösen égéseknél, fájdalmas fekélyeknél, sebzéseknél stb. használható eredménynyel. Belsőleg is rendelhető például gyomorfekély, exulcerált gyomorcarcinoma eseteiben, annál is inkább, mert semmiféle mérgező tulajdonsága nincsen. (München. med. Wochenschrift, 1897. 34. szám.)

TÁRCZA.

Dudits Endre (1533—1589) pécsi püspök.

Egy lap az orvostudomány történetéből.

Irta *Goldzieher Vilmos* dr., egyetemi tanár.

Ha az emberiség fejlődéstörténetét lelki szemeink előtt elvonulni engedjük, alig találunk korszakot, a mely jelentőségét tekintve, a XVI. századtól a pálmát elvitathatná. Bátran nevezhetjük a nagy századnak és joggal tekintjük az új kor kezdetének. Minél sötétebb volt az ezt megelőző hosszú középkor epochája, a melyben a világkerülés és a szabad szellemi erők elölése erény, ellenben az életöröm és az ész szabad használata halálos bün volt, annál fényesebben sugárzik az a század, a melyben az emberiség hosszú idő után ismét az eleven élet felé fordult, a szépségnek minden alakjában hódolt és az igazságot saját útjain elérni törekedett. Épen ekkor fedeztek fel egy új világot, melynek határai egyre szélesbedtek; új emberi fajok, állatok és növények, mesés kincsek izgatták a képzeletet és ezen új világ felfedezésével egyidejüleg az elpusztult városok romjai alá temetett, a feledés repkényével benött régi világot elővarázsolták és ennek művészeti és irodalmi emlékei az új generatiót az elragadtatás mámorával töltötték el. A mint az omladékokból az ókori templomok és oszlopok, a szobrok és faragott kövek újból felszinre jutottak, ép úgy kerültek napfényre a régiek pergamentjei is, a melyekben a semmiféle dogmatikai korlátok által meg nem szorított görög nép gondolatvilágát letéteményezte. Plato, Aristoteles és Hippocrates ősalakjukban mutatkoztak ismét és a lelkes kutatók egész seregét foglalkoztatták. Úgy látszott, mintha az emberiség az elszakadt fonalat ismét összekötni akarná és mintha az újabbak munkálkodása a görög gondolkodók szellemi tevékenységének közvetlen folytatása lenne.

A XVI. század kulturtörténetét az a körülmény teszi fontossá és egyszersmind vonzóvá, hogy ez az ölelkezés az antik szellemmel nem annyira a visszatérést, mint inkább a tudományok felélesztését eredményezte. Ha a tudományok történetét forrásukig követjük, azt találjuk, hogy valamennyien ezen korszak felé konvergálnak mint egy kör sugarai a középpont felé, és hogy valamennyien innen veszik kiinduló pontjukat. A történet és jogtudomány feltámadását ünnepli, nem is szólva a philologiáról, melynek szelleme mindent áthat. De a természetrajz is ebben a korban veszi kezdetét. Az állat-, növény- és ásványtant új szellemben tanulmányozzák és a kutató szorgalom eredményei nagy gyüjteményes művekben egyesittetnek. A chemia kezdetei Paracelsus munkáiban, melyekkel ma még foglalkozni fogunk, jelennek meg, a mi pedig az astronomiát, az összes tudományok koronáját illeti, csak azon forradalomra utalok, a melyet Kopernikus idézett elő.

A mi tudományunkat, a medikát, is megragadta a kor vihara és épületét alapjaiban megrendítette. Paradoxnak hangzik, de teljes biztossággal bizonyítható, hogy ezen, tökéletesen a régiek tanain alapuló tudomány átalakulása az ősforráshoz való visszatérés által lön bevezetve. Midőn Janus Cornarus, ki a meisseni Zwickauból származott, körülbelül a XVI. század harminczas éveiben Hippocrates helyes szövegét Olaszországból elhozta és újra kiadta, nagy mozgalom támadt, mert addig ezt a nagy gondolkodót csupán az arabok compendiumaiból és közyetve Galenus müveiből tanulmányozhatták. Most eredeti alakjában volt megismerhető, de a philologiai érdeklődés csakhamar háttérbe szorult azon szellem elől, a mely Hippocrates összes valódi iratait eltölti. Ez a szellem volt az, a mely a szunnyadozó kutatási ösztönt új életre keltette, a mely az embert elfogulatlan szemlélésre tanította, a babonával szembe szállt és ily módon a modern orvostudomány számára a talajt előkészítette. A tudósok szobáiból behatolt a gyakorlati életbe, de jelentékeny férfiak egész csoportjának szakadatlan munkásságára volt szükség, hogy az új irány tökéletesen győzedelmeskedjék.

Ezen férfiak közé, a kik az orvostudomány átalakulási folyamata körül munkálkodásukkal érdemeket szereztek, tartozik *Dudits Endre* is, ki hazánkból, sőt városunkból származott és korának szellemi vezérei közé számittatott, ámbár tevékenységének oroszlánrésze az egyházi és politikai mozgalmak mezejéhez tartozik. Nem csekély a része azon irodalmi küzdelmekben, melyeket a korabeli orvostudomány vívott. Mert a nélkül, hogy hivatása szerint orvos lett volna, mégis kitünő jártasságra tett szert e tudomány classikus irataiban és a mily mértékben korának segédeszközei engedték, a természet vizsgálatának szentelte magát, úgyszólva lelki kényszerüségtől orvosi kérdések felé terelve. Szoros irodalmi és baráti kapcsolatban az egyidejü fenköltorvosokkal, valamint saját humanistikus írói meg kutatói tevékenysége révén, nagy volt a befolyása korának szellemi áramlataira; jelentőségét nemcsak a kortársak, de a későbbi német írók is, le egészen napjainkig, felette magasztaló itélettel méltatják. Míg azonban idegen földön híre-neve máig ragyog, addig ép Magyarországon nem vált ismeretessé az orvostudományhoz való viszonya; mert a szórványos magyar kútfő foglalkozik ugyan politikai és theologiai tevékenységével, de e források és annál kevésbbé a magyar orvosok nem emlékeznek meg *Dudits Endre* orvostudományi szerepéről. Hogy e hézagot tőlem telhetőleg pótoljam, azért szólalók ma fel. Ha a mai napon, mely hagyományunk értelmében rendesen egyik érdemes kartárs emlékének van szentelve, egy *mult* századba nyulok vissza, nemcsak egy oly férfiú tiszteletreméltó alakját szándékozom önök elé idézni, a kire a haza jogos büszkeséggel tekinthet, hanem egynéhány erős vonással az időt is akarom vázolni, mely tudományunk történetére oly nagy jelentőségü.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Az országos közegészségi tanács búcsúja volt elnökétől. Az országos közegészségi tanács tagjai f. hó 7-dikén búcsúztak el volt elnöküktől *Korányi Frigyes* tanártól. A tanács tagjai *Müller Kálmán* másodelnök vezetése alatt jelentek meg volt elnökük lakásán, a hol ő a következő beszédet intézte a távozó elnökhöz:

Méltóságos tanár úr! A mult előtti héten személyére vonatkozó három legmagasabb kéziratról vettünk tudomást és bár Ő felségének minden tényét egyenlő alattvalói hódolattal fogadjuk, mégis, mi tagadás benne — hiszen emberi természetnek el nem csitítható dolga — hogy e kéziratok mindegyike az országos közegészségi tanácsra másmás benyomást gyakorolt és a tanács tagjainál a legkülönbözőbb érzéseket keltette.

Az első kézirat méltóságodat az igazságügyi orvosi tanács elnökévé nevezi ki; olyan intézkedés, a mely — idegen csepp lévén a közegészségi tanács vérében az irigység — más érzést bennünk nem kelthetett, mint hogy az igazságügyi orvosi tanácsnak új elnökéhez igaz szivből gratuláljunk.

A második kézirat hozta méltóságodnak legmagasabb helyről nyert kitüntetését, a melyhez annyival nagyobb örömmel hozza a közegészségi tanács legigazabb szerencsekivánatait, mert nemcsak a személyes, nagy érdemeknek megfelelő elismerést látja benne, hanem mert olyan jelentőséget is tulajdonit neki, a mely az egész orvosi rendre kihat; mert a sors helyes rendelését látja abban, hogy egyes kiváltságosak, egyéniségük ilyen fényes érvényesülésével képesek egy egész nagy rendben, mások gyengeségeivel szemben a tekintélyt s az ethikai egyensúlyt fentartani.

Ámde természet törvénye, hogy a fényt árnyék kiséri és — fájdalom — ebben az esetben ennek a kitüntető fénynek az árnyéka a közegészségi tanács irányában esett; a harmadik kézirat t. i. minket a mi elnökünktől fosztott meg. Az a tanács, a mely 30 éven át, időnként nagy nehézségekkel küzdve, de törhetlenül egy czél felé tartva, kitartó, nagy munkájában mindenkor bizton számithatott méltóságod odaadó közreműködésére és hathatós támogatására, az a tanács, mely mindenkor feltétlen megbizható útmutatóját és vezetőjét tisztelte méltóságodban, ime elnökét veszitette és minderről lemondani kényszerül.

Igaz, ha a minden emberben benne szunnyadó, mintegy ösztönszerű iparkodással vigaszt keresünk — vigaszt lelünk először is abban, hogy mindez nem a legkérlelhetlenebb törvénynek, sőt hogy a legmagasabb bizalomnak rendelkezése és vigaszt lelünk abban is, hogy méltóságod, a kinek lelkéhez, mint tudjuk, közegészségügyünk érdeke és a mi tanácsunk ügye úgy hozzá van forrva, nem hagyná el ezt az elnöki széket, ha „mint legszigorubb ura és mint legengedelmesebb szolgája önmagának“, a közügyek érdekében teljesiteni való kötelességének nem tartotta volna, hogy bizva a mi tanácsunk hagyományos szellemében és szervezeti megizmosodottságában, ezentúl inkább a fiatalabb testületnek áldozza magát.

Mert szó sincs róla, hogy áldozat.

Odahagyni azt a munkatért, a melyet az ember 3 évtizeden keresztül hűségesen ápolt és kezelt, a melyen ugyanannyi időn át minden nehézségnek, de minden eredménynek is egyformán részese volt; elhagyni azt a kört, a melynek tagjaihoz a gondolkodás párhuza-

mossága, a törekvések azonossága, a munka közössége, a lelki rokonság törvényei szerint a barátság köteléke fűz; és végre, bár ernyedni nem tudó fiatalos erővel, de mégis csak „öreg lábakkal új országba menni“ elvégre is áldozat.

Igen tisztelt barátunk! Eljöttünk, hogy búcsúzzunk, hogy első sorban is az ország közegészségügye képviseletében hálás köszönetet mondjunk azért a gondozásért és verejtékes istápolásért, a melyben azt 30 éven át részesítetted; hogy másodsorban az országos közegészségi tanács nevében rójjuk le a hála adóját azért a lankadatlan munkáért és helyes irányban való biztos vezetésért, a melyet érdekében kifejtettél; végül pedig, hogy személyesen még egyszer kezet fogjunk a tanácsnak szeretve tisztelt volt elnökével, biztositva őt arról, hogy úgy, a mint a közegészségügy fejlődése körül szerzett érdemei feledtségbe merülni nem fognak, úgy mi sem fogunk megszünni a szív minden melegével, a melyet embernek érezni megadatott, róla és iránt tanúsított barátságáról megemlékezni. Kérünk viszont téged is, hogy kedves emlékeid között a tanácsnak, a tanácsban eltöltött éveknek és talán jó magunknak is szoríts egy kis helyet.

Most pedig mindeneknek és mindnyájunknak érdekében egyet kívánunk: legyen mind ebből a közügynek haszna, olyan nagy, a milyen nagy a te áldozatod, a milyen nagy a mi veszteségünk.

E beszédre *Korányi Frigyes* tanár következőleg válaszolt:

Méltóságos másodelnök úr!

Mélyen tisztelt barátim!

Igaz meghatottsággal és hálás érzéssel fogadom szíves látogatástokat és azokat a baráti szavakat, a melyeket hozzám intézni kegyesek voltatok. Olyan magas kitüntetést látok szíves megjelenéstekben, hogy ha soha életem folyása alatt nem részesültem volna szerény tevékenységem semminemű méltatásában, ezen pillanat még akkor is gazdag jutalmát képezné mindannak, a mit valamikor tennem lehetett.

Ha most szabad kifejezést adnom azon érzéseknek, a melyeket Müller Kálmán tisztelt barátom szavai bennem keltettek, legelőbb is hálás érzéssel gondolok vissza azon barátságra és bizalomra, a melylyel az országos közegészségi tanácsban nálatok mindig találkozni szerencsés voltam. Igen természetes, hogy a körütökből való kilépés hatása reám bánatos volt. De ha én egyénileg sokat, igen sok emelő hatású benyomást vesztek is el a tanácsból való megválásom által; maga a tanács — ezt teljes meggyőződéssel és jóltevő érzéssel mondom — az én kilépésemet a maga életfolyásában megérezni nem fogja. Erről engemet és mindenkit biztosít azon tudományos férfiak nevének áttekintése, a kik a tanácsban helyet foglalnak, s a kiknek tevékenysége azon magas polczra emelte, a melyen áll; biztosít azon megalapított elismerés, a melyben a tanács a kormány és a közvélemény előtt részesül. Sokkal mélyebbre ható az országos közegészségi tanács tevékenysége és sokkal szilárdabb a tekintélye, semhogy az én vagy akárki más, egyes tagok kilépése abban maradandó nyomot hagyna; nyomot, bánatos nyomot az csak bennem hagy. De a korszak, a melyben élünk, s a melyben az egész világ és különösen Magyarország az új társadalmi és culturalis viszonyokhoz való alkalmazkodása szakadatlan munkája által van elfoglalva, az olyan zsibbasztó érzéseknek, mint a milyen a bánat is, nem enged hosszú időt; a cselekvés terére kell lépni mindnyájunknak, a kik előtt cselekvési tér nyilik. Részemről igyekezni fogok azon magas bizalomnak megfelelni, a mely az országos közegészségi tanácsból a másik, törvény által alkotott tanácskozó orvosi testületbe, az igazságügyi orvosi tanácsba szólított. És ha ott közületek csak kevesekkel lehet szerencsém együttműködni: több más téren van az nekem biztosítva; ott van az egyetemi tanítás, az orvosi irodalom, a különböző tudományos egyesületek tere, előttünk áll az a tevékenységi tér, a mely meggyőződésem szerint a jelen század végének és a jövő századnak egyik legfontosabb, legkihatóbb jelentőségű ügyével, a tüdővész elleni védekezéssel foglalkozik, mindezen tereken együtt jártunk eddig és míg a Gondviselés erőmet megtartani kegyes lesz, találkozni fogunk ezután is.

S mielőtt tőletek búcsút vennék, a tanács tekintélye szilárdságának jeléül és a magas kormány iránti hála érzettől eltelve kívánom kiemelni azt, hogy hat évi elnökségem alatt többször nyilt alkalmam a tanács ügyében a nagyméltóságú belügyminister urakhoz fordulni és nem történt soha, de egyszer sem, hogy az elnökségem ideje alatt egymást felváltó három belügyminister urak valamelyike, akármelyik indokolt előterjesztésemet, lett legyen az magára a tanácsra, vagy egyes tagjaira vonatkozó: meg nem hallgatta és az idő és viszonyok alakulása szerint ne teljesítette volna. Semmi kétség sem merülhet fel az iránt, hogy bölcs eljárásotok és a tanács alakulása ezen jó és a siker biztosítékát képező viszonyt mindenkorra fentartja. És most még egyszer szívből köszönöm megtisztelő, baráti szíves megjelenéstöket és kérlek tartsátok meg számomra nagybecsű barátságtokat.

* * *

Az országos orvosi szövetség f. é. november hó 7-dikén a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében tartotta alakuló kongressusát. Az előkészítő bizottság nevében *Kétly Károly* tanár nyitotta meg a gyülést s bemutatta a nagyméltóságú belügyminister úr által változatlanul megerősített alapszabályokat; a választások megejtésére korelnökül *Csatáry Lajos* min. tanácsost, a jegyzőkönyv vezetésére Grósz Emil dr.-t kérte fel. A titkos szavazás eredményeként elnöknek (116 szavazattal) egyhangúlag *Kétly Károlyt* választották meg, ugyanígy választották meg a tisztikart is és pedig alelnököknek *Konrád Márkot* és *Schwarczer Ottót*, főtitkárnak *Jendrássik Ernőt*, titkároknak *Dieballa Gézát* és *Grósz Emilt*, pénztárnoknak *Hochhalt Károlyt*. Az igazgató tanács tagjai lettek Budapestről: Árkövy József, Barbás József, Csatáry Lajos, Flesch Nándor, Hertzka Károly, Hőgyes Endre, Korányi Frigyes, Schermann Adolf, Tauffer Vilmos, Weszely József; a vidékről: Berkovics Miklós (Nagyvárad), Berger Ferencz (Hódmező-Vásárhely), Boszkovics Mór (Báttaszék), Jósa András (Nyiregyháza), Koreck György (Perjámos), Major Ferencz (Székes-Fehérvár), Födi Emil (Esztergom), Novák Endre (Ungvár), Nuszer Lajos Munkács), Petz Lajos (Győr), Plichta Soma (Losonez), Pap Samu (Alsó-Tátrafüred), Raitsits Lajos (Beszterczebánya), Serly Gusztáv (Nagy-Károly), Szabó Dénes (Kolozsvár), Szigethy János (Kaposvár), Süssmann Hermann (Szeben), Tauscher Béla (Pozsony), Thuróczy Károly (Nyitra), Ujfalussy József (Debreczen).

Kétly Károly tanár ezután úgy a maga, mint a tisztikar nevében megköszönte a megtisztelő bizalmat, melylyel őt az erkölcsi egységes testületté alakuló orvosi rend megajándékozta. „Rendünk tagjai műveltségük és természettudományi képzettségük alapján a társadalom egyik befolyásos és számottevő osztályát képezik s mégis eddig az egyesülés hiányában erőiket szétforgácsolva, nem fejthették ki azon befolyást, mely őket megilleti, de most az orvosi rend kezébe van adva azon fonál, melynek segélyével emelni lesznek képesek erkölcsi és anyagi érdekeiket. A kezdetet úgy tekintem, mint egy gyenge magot, melynek kifejlődése azon mulik, milyen földbe vetik. Ha rendünkben meg van az életrevalóság, akkor terméképes viszonyok mellett erős, lombos fává fogja magát kinőni, melynek árnyéka majdan üdvös menedéket ad utódainknak, de hogy ez bekövetkezzék, vállvetve okos munkásságra lesznek utalva és erre számítok mindnyájuk részéről.“

A legközelebbi congressus helyéül *Budapestet* állapították meg, az évi tagdíjat pedig 5 koronában. *Mátray Ferencz* hosszabb beszédben mond köszönetet az előkészítő bizottság fáradozásaiért. Takáts Bernát, Kaufmann Sándor, Kromberger Adolf felszólalásai után elnök az ülést berekesztette.

* * *

Korányi Frigyes tanár f. hó 5-dikén a következő elnöki beköszöntő beszéddel nyitotta meg az *igazságügyi orvosi tanács* ülését:

Tekintetes igazságügyi orvosi tanács! Ő cs. és ap. királyi Felsége legmagasabb elhatározásával az országos közegészségi tanács elnökségétől legkegyelmesebben felmentve, az igazságügyi minister úr ő nagyméltósága előterjesztésére az igazságügyi orvosi tanács elnökévé lettem kinevezve. Midőn ma ezen minőségben a tisztelt tanács elnöki székét szerencsém van elfoglalni, azt nem tehetem minden aggály nélkül, mert habár mint a törvényszéki orvosi ügyeknek előadója az orvostanári kar körében, valamint 1891-ig az országos közegészségi tanácsban magam is működtem, itt az igazságügyi orvosi tanács körében sokszorosan kibővített, sajátnemű ügykör és egy nekem sok tekintetben új ügyrend határozza meg kötelességeimet.

Az igazságügyi orvosi tanácsot az 1890. XI-dik törvényczikk egy nagy horderejű intézménynyé avatta, a mely első sorban ugyan arra van hivatva, hogy az igazságügyi szolgálatot ott, a hol megkívántatik, az orvosi tudomány felvilágosításaival mint legfelsőbb véleményező testület irányozza; de ezentúl még arra is, hogy a törvényszékorvosi képesítő vizsgákra, valamint a törvényszéki orvosok kinevezésére befolyást gyakorolván, a szakképzettség alapját nyujtó egyetemi tanítás mellett nyomatékosan közrehasson ahhoz, hogy Magyarországban egy olyan törvényszékorvosi kar álljon az igazságszolgáltatás rendelkezésére, a mely az első törvényszéki orvosi vizsgálatok sarkalatos fontosságú műveleteiben, valamint a törvényszéki orvos egyéb feladataiban a tudomány szinvonalán áll.

A mélyen tisztelt igazságügyi orvosi tanácsnak sikerült példásan pontos és szakavatott tevékenysége által ezen institutio iránt az ország bírói karának bizalmát kinyerni.

És ezen elnöki székbeni elődöm, az elhunyt Kovács József tanár az elnöki kötelességek teljesítésében szinte élete végéig kifejtett tevékenysége, valamint azon személyes tekintély által, a melylyel az igazságügyi kormányzat köreiben birt, lényegesen hozzájárult maga a tanács tekintélyének megszilárdításához.

Az ügyrend, a mennyire azt a tanács évi jelentésének alapján megitélni képes vagyok, legnagyobb részben ma is megfelelő, a lefolyt hét év tapasztalatai alapot fognak nyujtani annak megitélésére, hogy hol és mely irányban merülnek fel tekintetbe veendő új nézpontok.

A mi engemet illet, támaszkodva az igazságügyi kormányzat azon nagybecsű és kitüntető bizalmára, a melyet irányomban tanusítani méltóztatott, midőn ezen elnökségre kiszemelt és azon reményben, hogy kartársaim a tiszteletteljes bizalmat, a melylyel én közibük jövök, szíves jóakaratukkal s barátságukkal viszonozzák, minden erőmből fogok törekedni arra, hogy elnöki feladataim teljesítése a tanács rendeltetésében fekvő magas érdekek előmozdítására szolgáljon.

A sikeres együttműködés ezen reményével nyitom meg most első ízben a tisztelt tanács ülését.

A tanács nevében *Niedermann Gyula* alelnök üdvözölte az új elnököt.

* * *

Kanka Károly dr., kir. tanácsos, veterán kartársunkat 80-dik születésnapján nagy ovatiókban részesitették Pozsonyban. Az orvos-természettudományi társulat, melynek ő hosszú éveken keresztül fáradhatlan elnöke, tiszteletére október hó 27-dikén estve 7 órakor díszülést tartott, melyen mintegy 80-an lehettek jelen.

Az ülésen megjelent ősz kartársunkat mindenekelőtt *Ortvay Tivadar* dr. egyesületi társelnök üdvözölte, lendületteljes beszédében kiemelve, hogy kartársunk a mellett, hogy nagy orvosi gyakorlatának teendőit hosszú életén át mindig odaadó buzgósággal végezte, folytonosan élénk figyelemmel és érdeklődéssel kisérte szaktudományán kivül az orvos és természettudományok folytonos fejlődését is. Beszéde végén

pedig a társulat nevében egy díszesen bekötött és irott választmányi jegyzőkönyvet nyujtott át neki, mint külső jelét amaz érdemek elismerésének, melyek az ünnepeltet mint orvost, mint természettudóst és hazafit egyaránt díszitik.

Azután *Pávai Vajna Gábor* állami kórházi főorvos intézett hozzá az orvosok nevében tartalmas és emelkedett szellemü üdvözlő szavakat, melyek folyamán szépen ecsetelve az ünnepelt érdemeit szaktudománya, a szemészet körül, melyet Kanka dr. mint *Rosas* bécsi szemésztanár volt klinikai tanársegéde nagy sikerrel honositott meg nálunk úgy is mint gyakorlóorvos, úgy is, mint a pozsonyi közkórház szemészeti osztályának főorvosa; felsorolta továbbá az üdvözlő beszéd az ünnepelt bokros érdemeit a pozsonyi orvos-természettudományi társulat vezetése körül, melynek érdekében előbb mint titkár, később mint elnök fáradhatatlanul működött, kifejtette érdemdús munkálkodását a pozsonyi közkórház ügyei érdekében, melyet Kanka dr. mint igazgató 1882-től hosszú éveken át vezetett.

Kanka dr. mélyen meghatottan mondott köszönetet a társulatnak és orvostársainak szeretetük e megható nyilatkoztatásáért.

A diszülést banket követte, melyen résztvett a város intelligentiájának színejava.

Ugyane nap délelőttjén 11 órakor az *állami kórház* összes orvoskara jelent meg az ünnepeltnél, a hol *Pantocsek József* dr. igazgató mondott üdvözlő beszédet és átnyujtotta neki emlékül a kórházi személyzet csoportos arczképét.

Ünnepelt kartársunk egyike azon még életben lévő kevéseknek, kik az „Orvosi Hetilap“ bölcsőjét annak nagyobbrészt már elköltözött megalapitóival körülállották, a ki mindvégig hű maradt azon eszmék ápolásához és fejlesztéséhez, melyeket az a hazai önálló orvosi tudomány megalkotása folytonos gyarapitása érdekében működése alapja gyanánt önmagának kitűzött. A legtisztább és legőszintébb örömmel sorakozunk azért mi is üdvözlői sorába, legmelegebben kivánva, hogy tisztelt veteránunk életének alkonyát még sokáig aranyozza be a hosszú életen át jól végzett munkásság megelégedő öntudata.

Vegyesek.

Budapest, 1897. november 12-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. október 24-től 1897. október 30-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 403 gyermek, elhalt 196 személy, a születések tehát 218 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1897. október 29-dikétől november 5-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 17 (meghalt 2), himlőben 1 (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 20 (meghalt —), vörhenyben 19 (meghalt 3), kanyaróban 22 (meghalt 1), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 11 (meghalt 1), trachomában 16, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 5 (meghalt 2), orbánczban 26 (meghalt 1), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

— **Orvosdoktori felavatás sub auspiciis regis.** F. hó 10-dikén folyt le az első ilynemü ünnepély a budapesti egyetemen. A felavatás az akademia dísztermében történt *Zilinszky Mihály* vallás- és közoktatásügyi ministeri államtitkárnak mint királyi biztosnak, az egyetemi tanácsnak, továbbá sok egyetemi tanár és fényes közönség jelenlétében. Orvosdoktorokká felavattattak *Fenyvesi Béla* és *Róth Vilmos*, kiknek az oklevél átadása után a királyi biztos nyujtotta szép beszéd kiséretében a szokásos királyi gyűrűt. Fenyvesi Béla „*Paracelsusról és koráról*“, Róth Vilmos „*A betegségek keletkezéséről*“ tartottak felavató értekezést.

△ **Kitüntetés.** *Berger János* dr. Szilágymegye főorvosának a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréseül a király a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

— **A törvényszéki és fogházorvosi tisztikar** küldöttsége f. hó 11-dikén tisztelgett *Korányi Frigyes* tanárnál; szónokuk *Fialovszky Béla* dr. volt.

— **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** segélyét október folyamán 1091 esetben vették igénybe, 279-szer sérülések, 132-szer belső bajok eseteiben, 21-szer egyéb esetekben.

† **Elhunyt**: *Löwensthal Zsigmond* dr. tiszteletbeli városi főorvos Temesvárt 46 éves korában vérmérgezésben.

○ **Orvosi protocollum** előfizetésére hirdet felhivást 5 koronával a „*Szt. László-könyvnyomda*“. Ezen könyv practikus beosztással, finom velinpapiron, erős kötéssel mintegy 750—800 névre szól és registerrel lesz ellátva, úgy hogy a beteg nevét és a betegségre vonatkozó feljegyzéseket évek mulva is gyorsan ki lehet keresni benne. A megrendelés levelező-lapon küldendő be mielőbb az „*Orvosi protocollum*“ kiadóhivatalába, Budapest, VIII., Rökk Szilárd-utcza 28.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Fasor-szanatórium Vízgyógyintézete

Budapesten, a Herczel-féle szanatóriumban (városligeti fasor, 9. szám). Bejáró és benlakó betegeknek. — Egész éven át nyitva van. — Szigorú orvosi vezetés. — Rendelő orvos: **Dr. Kuthy Dezső** (november 1-jétől lakik: VII., Erzsébet-körút 58).

Szt.-Lukács-fürdő

téli és nyári **gyógyhely.**

Nagy kénes iszapfürdő; iszapborogatás, douche-massage, kő- és káfürdő, rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. Lakás és teljes ellátás hetenként 25 frt. (közepes ár). Prospektust küld az igazgatóság

Budapesten.

HIRDETÉSEK.

45 **Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai**

ORVOSI LABORATORIUM

Budapesten, V. ker., Váczi-körút 60. sz.

Foglalkozik **vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudátum** valamint **bacteriologikus vizsgálatokkal.**

Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

San Remoban gyakorlatot üz, mint már évek óta **Dr. med. STEINBERG.**

Grossgmain és Reichenhallban.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsöi- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemü **ép és kóros váladéknak** (u. m.: **vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi,** mint **górcsöi** és **bacteriologiai** vizsgálatára vállalkoznak 45

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

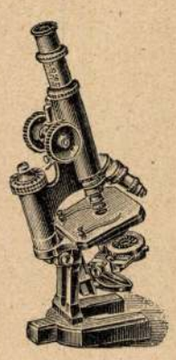
Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13—15. szám.

Dr. KELEN ISTVÁN

gyógymechanikai intézete:

Svédgymnastika, massage és testegyenészet.

Budapest, V., Váczi-körút 16., I. em. (Andrássy-úttal szemközt.)



Optikus intézet

REICHERT C.

BÉCS

VIII., Bennogasse 24 és 26.

Specialitás:

Mikroskopok

I. minőség; **Mikrotomok**

új:

Ferrometer a vér vastartalmának meghatározására Dr. A. Jolles szerint.

Haemometer Fleischl E. tanár szerint és **Fleischl-Miescher szerint módositva.**

Catalog Nr. 19 ingyen és bérmentve.

VÉDŐJEGY.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilvános

TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE

TURKEVÉN (Jász-Nagykún-Szolnokmegye)

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot, a következő árakon szállit: 46

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. —

Negyvenegyedik évfolyam. 47. szám. *Budapest, 1897. november 21.*

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.

Az Eustach-kürt atresiája.[1]

Falta Marczel dr. szem- és fülorvostól Szegeden.

A tuba elzáródásáról már több helyen tesznek említést, bár Bürkner[2] az Eustach-cső kezeléséről írt dolgozatában azt mondja, hogy valóságos atresiák csak rendkivül ritkán fordulnak elő és akkor is csaknem kizárólag a pharyngealis ostiumon. Ezen bajnak tiszta klinikai képét azonban, tehát midőn a hallószervnek sem következményes, sem egyidejű más bajával nincsen szövődve, csak igen hiányosan vagy épen nem sikerült fellelnem az irodalomban, egyrészt, mivel valóban nagyon ritka e bántalom, másrészt mivel rendszerint szövődmények társulnak hozzá.

Az irodalomban hozzáférhető eseteket három osztályba sorozhatom: olyanokba, melyek nagyon is a diagnosis bizonytalanságát keltik, olyanokba, melyek kórboncztani lelet nélkül és végül, melyek kórboncztani lelettel említtetnek fel, természetesen ez utóbbiak a legértékesebbek.

Igen messzire visszavihetők e téren a közlések és hogy már a legrégibb időben is mily nagy fontosságot tulajdonítottak a tuba szerepének, mutatja az, hogy igen hamar és bizonyos előszeretettel vettek fel okul kürtelzáródást a hallás csökkenéseknél. Már Tulpiusnál[3] 1672-ből találunk vonatkoztatásokat, részint a szájadék, részint a tuba menetének összenövésére. Anatomice az első ostium pharyngeale elzáródást Otto[4] irta le, ki ezt egész véletlenül találta boncolás közben. Azután Gruber[5] ir le egy esetet, melyben syphilitikus fekélyek okozták a szájadék elzáródását. Moos[6] egy siketnémánál a tuba legnagyobb részének csontos elzáródását találta. Bryant és Sears[7] az Eustach-kürt dobüri szájadékát találták csontosan elzárva egy siketnémánál. Beck[8] és Wéver[9] egy-egy esetében a tuba rostos szövettel volt elzárva. Ugyancsak egy siketnémáról említi Müller,[10] hogy az ostium pharyngeale hegedés folytán elzáratott, a mit igazolt a megejtett nekroskopia is, továbbá ugyanő[11] említést tesz egy 60 éves siketnémáról, kinek mindkét tubája obliterálva volt.

[1] Előadatott az osztrák fülgyógyászok egyesületében, Bécsben, 1897. junius 27-dikén.

[2] Die Behandlung der Krankheiten der Eustachischen Röhre. 1894. 12. oldal.

[3] Observationes med. Amst. p. 68. cap. 35. Lib. I.

[4] Seltene Beobachtungen zur Anatomie, Pathologie, Physiologie. Breslau, 1816. Pag. 3.

[5] Bericht über im k. k. Krankenhaus behandelten Ohrenkranken. 28. oldal.

[6] Seltene angeborene u. erworbene Veränderungen d. Gehörorgans bei einem Taubstummen. Arch. f. Aug. u. Ohrenh. Band II. 98. oldal.

[7] Donaldson Henry: Anatomical observations etc. Vol. III., IV. Cit. Holder Mygind után.

[8] Die Krankheiten d. Gehörorgans. Heidelberg u. Leipzig, 1827. 116. old. Cit. Holder Mygind után.

[9] Dissertatio de functione tubae Eustachii. Friburgi Brygoviae. 1835.

[10] Beobachtungen über Taubstummheit etc. Badensische Annales f. d. ges. Heilk. 1832. V. évfolyam. 88. old.

[11] Lehrb. II. kiadás. 545. oldal.

Lindenbaum[1] esetében a tuba garati szájadéka volt elzárva és teljes siketség volt jelen. Ezen esetet a bonczlelet teszi érdekessé a górcsövi vizsgálattal egyetemben. A szájadék tényleg össze volt nőve, a lelapult tubában és a dobűrben váladék, kengyel mozgékony. A mikroskop alatt az acustikus degeneratiója nem volt kimutatható. Egy régi cerumen is volt a külső hangvezetőben és igy a teljes siketségért nem lehet biztosan a tuba elzáródását okozni. Ezenkivül még Schwartze[2] és Tröltsch[3] említenek tuba elzáródási eseteket.

Ezen casuistikához egy esettel szándékozom hozzájárulni, mely a tuba elzáródás classikus képe gyanánt szolgálhat.

H. M. 16 éves nőbeteg 1896. szeptember hónapjában azon panaszszal kereste fel rendelésemet, hogy fülzúgás bántja, halláscsökkenést nem említett, sőt ez iránt megkérdeztetve, állítása szerint egészen jól hall.

Jelen állapot. A gyengén fejlett nőbeteg sápadt arczszínű, vérszegény, általános közérzete jó, csak gyakori fejfájásokban szenved, sem öröklött, sem szerzett alkati bajra mutató jel nem találtatott.

A hallószerv vizsgálata a következőket tünteti fel. A normalisan átlag egy meterről hallható zsebórát a bal fül 5 cm.-ről hallja, Politzer-hallásmérő 3 m., suttogó beszéd átlag 4 m., R>—, mély és magas hangvilla érzékelési tartama a processus mastoideusen hosszabb. Jobb fül az órát 3 cm.-ről hallja, Politzer-hallásmérő $1^1/_2$ m., suttogó beszéd 3 m., R>— ugyanúgy, mint jobboldalt. W. jobbra lateralizált.

Fültükri lelet baloldalt: a külső hangvezető rendes ürterű, a dobhártya csak kevéssé behúzódott, gyöngyszürke, néhol halványabb, fakóbb, fénykúp rendes alakú és nagyságú, de ketté választva, ezenkivül a rövid nyujtványra felülről ráterjedő kisebb fénykúp is van, a hártya egészben véve szokatlan áttetsző, az üllő hosszú szára egész jól látható. A tuba tükrözése igen nagy nehézségekbe ütközik, mivel a hátsó garatűr rendkivül szűk s csak hosszas próbálgatások után sikerült cocain segélyével a lelapult tubadudort és a szürkéssárga, a normalisnál jóval kisebb garati szájadékot látnom, a katheter az orrüregen elég könnyűséggel vezethető át, az ostiumba bár kissé nehezen, de határozottan befordul és bemélyed, levegőt azonban se gyenge, se a legerősebb nyomásra nem lehetett a tubán átfúni, szálcsával (bougie) a katheter ormányán túl még 2—3 mm.-re előre lehetett hatolni, azontúl azonban egy szilárd, szívós tapintatú akadály állott útjában, melyet semmiféle kézfogásokkal sem lehetett leküzdeni, illetőleg a tubába tovább jutni. Épen ilyenek a viszonyok jobboldalt és általában minden, a mi még mondandó lesz, egyaránt vonatkozik mindkét oldalra.

Az orrgaratűr az idült túltengéses hurut összes tüneteit mutatja.

A Politzer-féle eljárás alkalmazása sem alanyi, sem tárgyi reactiót nem idézett elő a fülben, míg erős Valsalva eljárásra a kalapács hosszú nyele ereződik, a dobhártya többi része, fénykúp semmit sem változik, az ereződés az eljárás által okozott vérpangásból könnyen magyarázható. Siegl-féle tükörrel a dobhártyának csak igen korlátolt mozgékonysága észlelhető, különösen befelé, míg kifelé inkább mozog. Nagyon érdekes volt a fülmanometerrel megejtett vizsgálat eredménye. Sem a katheteren át történt légbefúvás, sem Politzer-ballonozás nem mozdította el a folyadék állását, míg az erős Valsalva igen — megjegyzem, hogy ez utóbbi eljárás kivitele alatt a fogakat összetartottam, nehogy a nyomásmérő működése az állkapocs mozgásai által befolyásoltassék és esetleg tévedést idézzen elő —; a helyett azonban, hogy a mint várható volt, nyomásnövekedést mutasson a manometer, ép ellenkezőleg csökkenést jelzett, a folyadék alászállott. Ez nem magyarázható másból, mint a dobhártyafeszítő izom működéséből, mivel ugyanis Valsalva alatt az ingarat izomzat összehúzódásával a dobhártya tensora is synergikus összehúzódást végez, miáltal a dobhártyát befelé húzza és igy jő létre a külső hangvezetőben légritkulás, a mint azt épen a nyomásmérő is jelezte. Különben már Fick[4] is kimutatta, hogy a tensor tympani összehúzódásánál a manometer nemleges nyomást mutat. De

[1] Ein Fall v. Verwachsung d. Rachenmündung d. Ohrtrompete A. f. O. I. 295. oldal.

[2] Casuistische Mittheilungen. Arch. f. O. IX. 234. oldal.

[3] Membranöser Verschluss der Tuba. A. f. O. IV.

[4] Archiv für Physiologie. 1850.

még egyéb tünetek is bizonyitottak a tensor zavartalan működése mellett; így nyelésnél, ásitásnál a beteg pattogást érzett a fülben, a mi ismét az ingarat izomzat és a tensor egyidejű működésének eredménye. Ezzel kapcsolatban érdekes volt megállapitani a hangok vezetésére való befolyását a tensor, illetőleg dobhártyának, különösen azért, mert ez esetben tisztán a tensor által létrehozott változásokat és jeleket vizsgálhatjuk, a nélkül, hogy a dobüregbe levegő hatolhatna, a mely a maga feszerejénél fogva lényegesen módosithatna a tensor működési eredményén vagyis következményesen a dobhártya feszülésén. És annál inkább elfogadhatók voltak az adatok, mivel a beteg intelligens és így bemondásai, jelzései annál nagyobb nyomatékkal birtak. A végeredmény az volt, hogy a Valsalva alatt, azaz a tensor összehúzódásakor úgy a mély, mint a magas hangok gyengültek, a mi szintén megerősíti azt, hogy nemcsak a mély, hanem a magas hangok vezetésében is része van a halló csontocskáknak, mely utóbbiaknál főleg a kengyel játsza a szerepet.

E betegnél tehát oly subjectiv és objectiv tünetek vannak jelen, melyek feltétlenül mindkét oldali tuba-elzáródásra engednek következtetni és pedig az elzáródások azon ritka fajára, melynél a tuba pharyngealis szájadéka szabad és magában a kürt lumenében van az atresia.

A tuba elzáródások aetiologiájánál uralkodó szerepet játszanak a syphilitikus fekélyek utáni hegedések, ezek azonban csaknem kizárólag a pharyngealis szájadékon vezetnek összenövésre, már azon okból is, mivel az Eustach-csőnek űrtere, mint már azt Rauch[1] is kiemelte, igen kevés hajlandósággal bir ulcerativ folyamatokra. A diphtheritis is aránylag gyakran vezet atresiára. Létrejöhetnek az Eustach-cső elzáródásai az által is, hogy a lágy szájpad összenő a garat oldalával. Középfülbántalmak szintén okozhatnak atresiákat, kiindulólag az Eustach-kürt dobűri szájadékától, továbbá mint Gruber[2] tankönyvében irja, a tuba csontos vagy porczos részében a csont, illetőleg porczszövet plastikus lobja is elzáródást hozhat létre. A legkülönfélébb daganatok és új képletek, mint azt Politzer és Gruber[3] tanár legutóbb is demonstrálták, erőművi összenyomás által állandóan elzárhatják a tubát és a következményes bántalmakat idézik elő. Lövegek, általában sérülések szintén okozhatnak atresiát a fülkürtben. Az én esetem aetiologiája csakis az orrbántalommal hozható összefüggésbe, miután a paciens egy tiz éves korában kiállott tüdőgyuladáson kivül úgy a saját, mint anyjának állitása szerint soha semminemű más megbetegedésben nem szenvedett, azonban az orrával a mióta csak emlékezik, mindig kellemetlenségei voltak, a mint tényleg, mint már emlitém, az orrgaratűrben túltengéses idült gyuladást találunk, több helyen erősen rászáradó pörkkel és kissé kellemetlen szaggal. És így csakugyan nem lehet jelen esetben az atresiát másból, mint épen ezen orrgaratűr bántalomból magyarázni. Hiszen nem kell hangsúlyoznom, hogy az Eustach-kürt mily gyakran és talán nem mondok valami merészet, ha azt állitom, hogy többé-kevésbbé mindig részt vesz a diffus orrgaratűr bántalmakban.

Moos[4] egy általa tiz éven át kezelt és észlelt betegén, ki chronikus orrgaratűr, tuba- és dobüri hurutban szenvedett, megejtette e betegnek más bántalom miatt bekövetkezett halála után a makroskopikus és mikroskopikus vizsgálatot. A fülkürt garati szájadékát a normalisnak egy negyedére szükülten találta, a lumen mucosája és submucosája erősen meg volt vastagodva, sőt a fascia salpyngo-pharyngea inszerű nyulványai is, az epithel pedig kevés ellenállóképességűnek mutatkozott, a mit az évek hosszú során át fennállott hurutra vezet vissza.

Jelen esetben is a tubának chronikus túltengéses hurutját kell felvenni, mi által az epithel tényleg helyenként elpusztulhatott és igy jött létre az összenövés, illetőleg a tuba elzáródása, még pedig mindkét oldalon néhány millimeternyire a garati szájadéktól kezdődőleg és a bougie által nyert tapintási érzetből következtetve aránylag terjedelmesen.

Az atresiák therapiája ez idő szerint még igen gyenge lábon áll s a beavatkozásra az indicatio csak akkor áll fenn, ha a hallás nem elégséges vagy kinzó zúgás van jelen. Magát az atresiát áttörni vagy azon éles, hegyes eszközzel áthatolni rendkivül veszélyes a közelfekvő fontos képletek miatt (carotis), erről csakis a pharyngealis szájadék vagy pedig a lumen hártyás elzáródásánál lehet szó. Ajánlották a dobűr szellőztetését úgy elérni, hogy a processus mastoideuson át nyittassék út a levegőnek, azaz hogy az antrum útján történjék a ventilatio; ez azonban, a mellett, hogy igen nagy beavatkozást igényel, kellemetlen complicatiókkal is járhat, a melyek a legkevésbbé sem állanak arányban az elérhető eredménynyel.

Legközelebb fekvő dolog, hogy a dobhártyán át készittessék a levegő számára nyilás, mint azt Gruber tanár egy esetében maga a természet mutatta meg, a melyben ugyanis veleszületett tuba atresia volt, egyszersmind azonban veleszületett dobhártya perforatio is. Annál bajosabb azonban mesterségesen ily állandó nyilást létre hozni, mivel a dobhártya hatalmas regenerálódó képességénél fogva a legkülönbözőbb eljárások is kudarczot vallanak.

Dennert[1] emliti egy vita alkalmával, hogy egy betegénél, kinél mindkét oldali orrüreg hermetice el volt záródva complicálva ugyancsak mindkét oldali tuba elzáródással, többszörösen ismételt myringotomiát csinált és már 13 év óta észleli az esetet; ámbár a nyilás kevés nyákot választ el, de a főczél: a hallás állandó tűrhető állapotban tartása, elértetett.

Szóba jöhetne itt azon módszer is, melyet Alt dr.[2] adott elő az osztrák fülorvosok egyesületében. A véletlen folytán ugyanis egy dobűri sclerosis esetében a tubán át vaselinum liquidum befecskendése alkalmával akaratlanul mesterséges dobhártyarepedés jött létre, a mit azonban a subjectiv tünetek lényeges javulása, de csekély fülgenyedés is követett. Gruber tanár erre a másik dobhártyán, mely oldalon szintén sclerosis volt, utánozta a véletlent, úgy hogy azon a hátsó alsó negyedben egy ivalakú nyilást készitett és azonnal vaselint fecskendezett a katheter, illetőleg tubán keresztül; az eredmény ugyanaz volt, a mi a véletlené: kis otorrhoea és a tünetek javulása. A vaselin injectio folytattatott egy ideig, majd utóbb az otorrhoea gyógykezeltetett és állandó száraz perforatio maradt vissza. Természetesen az észlelési idő csekély ahhoz, hogy erről végleges itéletet lehessen alkotni. Azonban, ha beválik ezen eljárás sclerosis eseteiben, meg volna az kisérlendő tuba atresiáknál is, midőn a vaselint a dobhártyai nyiláson fecskendeznők kellő mennyiségben a dobűrbe.

A szóban levő betegnél első sorban is az orrgaratűr idült hurutjának erélyes kezelésére szoritkoztam, a nélkül azonban, hogy ennek legcsekélyebb hatása lett volna az atresiára; azután mivel a katheter jól befordult a szájadékba, azon keresztül bougiekat, majd tompavégű aczél itinerariumot kisérlettem meg óvatosan előre tolni, illetőleg az összenövésen átjutni, a nélkül azonban, hogy ezek is csak némi eredményre vezettek volna. S miután beláttam ezen eljárások sikertelenségét és nem akartam tovább erőszakot alkalmazni, részint a hely veszélyessége miatt, részint pedig, mivel nem találtam szükségesnek ily veszélyes kisérletezésekbe bocsátkozni akkor, midőn a hallás a mindennapi élet követelményeinek amúgy is megfelelt, a therapiával felhagytam. S ezen betegnél csakis akkor mennék tovább, esetleg műtéti beavatkozásokba, myringotomiába, sőt a dobhártya egy részének a kalapácscsal együttes eltávolitásába, ha a hallás rohamosabb mérvben csökkenne. Igy azonban, miután az esetet kilencz hónapon át figyelhettem és tanulmányozhattam és csak igen-igen minimalis hallási ingadozásokat — rendesen időváltozással vagy a menstruatióval összefüggésben — constatálhattam, e mellett a zúgás is tűrhető volt: esetleg többet koczkáztattam volna a műtét által, mint a mennyit nyerhettem. Hasonló esetben tehát várakozó álláspontot ajánlatos elfoglalni.

(Folytatása következik.)

[1] Lehrbuch. d. Ohrenheilkunde. 1856. 218. oldal. 3. jegyzet.
[2] Lehrbuch. II. kiadás. 545. oldal.
[3] Monatschrift für Ohrenheilkunde. 1897. Nr. 4.
[4] Ueber die histologischen Veränderungen der Eustachischen Röhre beim chronischen Katarrh. Arch. f. Aug. u. Ohrenheilk. V. 2. 441. oldal.

[1] Szenes, Bericht über die erste Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft. A. f. O. XXXIII. kötet.
[2] Casuistische Mittheilungen. Monatschr. f. Ohrenheilk. 1897. Nr. 3.

A húgykövekről, három érdekes kőeset kapcsán.

Borbély Samu dr. műtőorvostól Aranyos-Tordán.

A húgykövek aetiologiája ma is kérdés tárgya. Eltekintve azon kőalakoktól — legyenek azok akár a húgycsőben, akár a hólyagban —, a melyeknek magját vagy kivülről vagy a veséből odajutott kövek vagy idegen testek képezik, a többi kőnek nemző okát nem tudjuk. Még *Cless* a gyermekeknél fellépő húgykő okát igen érthetően magyarázza meg a vese húgysavas eltömüléséből; azonban az így létrejött köveket is másodlagosaknak kell tartanunk, ép úgy mint az *Ebstein* által elképzelt húgykőképződést is, melynek okát a hólyag desquamativ lobjában keresi és találja meg. Mindkét nézet igen elfogadható. Különösen a Cless theoriája mellett igen sok bizonyiték van, a mik előtt lehetetlen meg nem hajolnunk. Nagy bizonyító erővel bir a Cless theoriája mellett két dolog, ú. m. 1. A húgykőbetegek több mint felét a gyermekkor adja; a húgysavas veseeltömülés pedig a legfiatalabb kor betegsége. Hogy mekkora nagy számmal járul a gyermekkor a húgykőbetegek összegéhez, eléggé demonstrálható a következő táblázati kimutatással:

Cheselden által észlelt 213 esetből volt

10 éven alul	104
10—20 év között	62
20—50 „ „	32
50—70 „ „	12
70 éven felül	2

Még világosabban láthatjuk az alábbiakból:

Az észlelő neve	Az észlelt kőbetegek életkora és száma			
	1—16	16—50	50—70	70-en felül
Thomson	1028	352	409	38
Schmidt R....	170	129	46	2

A három felsorolt autor összes esetei 2387-et tesznek ki s ebből a gyermekkorra 1303 esik, tehát valamivel több mint 54%. 2. Igen fontos bizonyiték továbbá az, hogy a húgykő magja legtöbb esetben húgysav s erre rakódnak azután a többi rétegek. Ennek bizonyítására felsorolhatom *Ultzmannak* azon leletét, hogy az általa megvizsgált 224 urat, 130 oxalat, 185 phosphat s 6 cystin, összesen tehát 545 húgykőnek magját képezte: 441 esetben húgysav, 31 esetben oxalsavas mész, 47-szer földphosphat, 8-szor cystin s 18 esetben idegen test.

De, hogy a veseköveknél is mennyire nagy szerepe van a húgysavnak — illetve a húgysav kicsapódásának —, szintén *Ultzmann* vizsgálata derítette ki, megvizsgálván 300 vesekövet s hat kivételével mind húgysavmaggal birt (Albert), élénk bizonyságául annak, hogy a kőképződést megindító folyamat az esetek 90%-ában a húgysav volt.

Az *Ebstein* elmélete sok bizonyításra szorul; hány meg hány hólyaghurutot észlelünk a legkönnyebb alaktól a legsúlyosabbakig a nélkül, hogy kőképződésre vezetnének! pedig ha valahol igen, akkor a hólyaghurutnál van leginkább megkönnyítve *Ebstein* magyarázata szerint a kőképződés, mert a cystitisnél egész conglumeratuma a váladéknak hever a hólyagban, mindmegannyi kiváltó okául a kőnek.

Önkéntelenül eszünkbe kell hogy jusson az egyéni dispositio! Mert akár a húgysavjegeczek juxtapositióját, akár a bor vagy sör ivást, akár a mésztartalmú víznek állandó használatát vagy a húsnak állandó élvezetét vegyük fel a húgykő okául: önkéntelenül előtérbe lép az a kérdés, hogy mikép lehet az, hogy ugyanazon életviszonyú, ugyanoly fajsúlyú, vegyhatású vizelettel egyik embernél a húgykő fellép, a másiknál nem.

Nézetem szerint a húgykő keletkezését az incrustatiót kivéve minden esetben a húgysav okozza; különösen gyermekeknél könnyen elképzelhető folyamat megy végbe. Az eltömült veséből lejutó húgysav szemcse a hólyag valamely gurdélyába behúzódva elülhet éveken keresztül, míg a reactiv lobot, a vizelet chemikus megváltoztatását hozza létre, s ekkor a reá csapódó húgyalkatrészektől növekedve árulja el magát. A felnőtt korban is fontos kórokozó lehet a tömeges húgysavkristályosodás, magját adva meg a keletkező hólyagkőnek.

Nézetem szerint az összes hólyagköveket egy idegen test körül képződött incrustatiónak kell tartanunk, incrustálódván itt a veséből leszállott vagy a hólyagban kicsapódott húgysavszemcse. Igaz ugyan, hogy ezen magot mint húgysavat az esetek egy igen elenyésző kis részében nem kapjuk meg, de ez is ép úgy feloldódhatik s helyébe más vegy rakódik le, mint akármelyik húgykőrészlet. Talán nem lesz érdektelen, ha egy esetet felhozok a húgykő elterjedésére nézve.

Városunkban sok húgykő-beteg van s ezek a városnak mind egy, a keletnek fekvő részéből kerülnek ki; ezen városrészt csekély kivétellel oláhok lakják; magam több kőesetet kaptam itt, míg a város többi részéből csak egyszer sikerült egy 24 éves kocsisnál hólyagkövet constatálnom. Ezen városnegyedben van két család, az egyik család apja, a másik család anyjával testvérek; a fitestvér családjából két figyermek szenvedett hólyagkőben, az egyiknél a kő spontan per urethram távozott, a másiknál (később felemlítendem) műtét útján távolítottam el egy körülbelül mogyorónyi követ. A nőtestvér figyermekénél szintén volt hólyagkő jelen, a mi a gyermeknek nagy megkinzása után a húgycsőbe került s onnan távolittatott el. Hosszas utánjárásom után sem tudtam ezen köveket megkapni s a szülőket kérdezve, azt mondják, hogy a két testvér köve nem hasonlított egymáshoz, valószinű, hogy a nagyobbiknál phosphat kő volt, míg az általam eltávolított cystin kő. Az unokatestvér követ az általam eltávolitotthoz hasonlónak mondják, csak állítólag „kisebb s szegletesebb“ volt. Valószinű, hogy ez is cystinkő lehetett, az orvos, ki ezen követ a húgycső nyilásához közel fekve találta s onnan kihúzta, szintén cystinkőnek tartotta. Érdekes ezen lelet a kő öröklékenységének szempontjából.

Álljon itt végül három érdekes kőeset.

Ny. Tódor, 12 éves, vizeletével ezelőtt 3—4 évvel kezdett kínlódni, a kolozsvári sebészi klinikára vitték, a hol oldalgátmetszéssel követ távolitottak el, a műtét után állitólag 4—5 hétre a metszés helye duzzadni kezdett, fájdalmas volt s nemsokára egy nagy kő távolodott itt el; a seb ezután kicsi fistula visszamaradásával zárult. A gyermek közel két évig jól volt, csak a folytonos vizeletcsurgás zavarta, egy évvel ezelőtt állítólag vizelete megzavarodott s ismét fájdalmai léptek fel, rövid időre reá úgy vették észre, hogy a fistula külső nyilása tágulni kezd s „valami van benne“, rövid idő multán a kő kezdett kidudorodni s ekkor fordultak hozzám. A vizelet ali vegyhatású, csepeg a kő mellett, de a húgycsövön is elég jól ömlik, sok genyet és hólyaghámot tartalmaz, vizelés fájdalmas, de annak teljes elzáródása csak kezdetben volt meg, most nagy kinnal bár, de távozik. A követ fogóval távolitottam, hólyag langyos bór-oldattal kiöblittetik, sebbe jodoformgaze-csik, állandó catheter, Salvator-viz s chlorkali-oldat belsőleg. Alig egy hétre a vizelet tisztul, fájdalmak szünnek, a kő kijövetelének helye összehúzódva, vizelet ezen át csepeg. Tervbe vettem a fistula művi elzárását, azonban a beteg hozzátartozói a kórházba szállitást nem engedik, lakásukon pedig műtétről szó sem lehet. Remélem rövid idő alatt mégis csak sikerül. Az eltávolított kő phosphat s diónagyságú. Magját szerettem volna megvizsgálni, azonban a család azzal az igérettel, hogy visszaadja, elkérte s babonás hókus-pókus között megsemmisitette (állatnak beadta), hogy a kő a gyermektől ezen állatba vándoroljon!!

Mult év november havának 11-dikén *B. Sándor*, 52 éves, földmivelő, azon panaszszal fordult hozzám, hogy 10-dikén délitől fogva hiába akar vizelni: nem tud. Kérdésemre előadja, hogy fiatal korában kankót állott ki, a mely rövid időn gyógyult; két-három hét óta veszi észre, hogy vizelete messzebb szökik s vékonyabb, 10-dikén reggel még jól vizelt, de már délben, daczára hogy párázta magát, vizelni nem sikerült. Megvizsgálva kitünik, hogy a hólyag telt, szinte a köldökig ér, has tapintása nagyon fájdalmas. Pulsus kissé szapora, hő 37·9° C. Katheterrel behatolni nem sikerül, a katheter a

*

pars membranaceánál megáll; viasz-bougiet akarva bevezetni, szintén cserben hagy. Az urethrotomia externát ajánlottam, mibe a beteg bele is egyezik. A műtétet narcosis nélkül *Szentkirályi* dr. segédletével magánlakáson végeztem. A húgycső centralis nyilásának felkeresése nagyon nehéz, csak hosszas türelemmel kaptam meg, a sonda bevezetésére nehány csepp vizelet, felhasitva a húgycsövet, vastagabb katheter bevezetése nem sikerül, úgy hogy egy 12-es angol katheterrel kellett megelégednünk, erre sugárban tör elő a vizelet, a mely sötétszinű, savi vegyhatású s közel egy és fél liter mennyiségű volt. A műtét után a beteg megkönnyebbült s felesége ápolása alatt hagytam. Sokat gondolkoztam azon, hogy a különben elég tág orificium externum mellett, miért nem megy be az oly katheter, a mit az befogadni képes, feltevéseimmel azonban megbékülni nem tudtam. A műtét harmadik napján stranguria lépett fel, elhatároztam tehát a hólyag kimosása előtt új katheter bevezetését s ekkor kitünik, hogy a húgycső centralis felének jobb oldalán van egy nyákhártyadudor, a melynek közepén egy nyilás van s a nyilásból kő tünik elő, ezen követ a seb széttárása mellett tompa úton kifejtettem; alig borsónyi, porlékony $^1/_2$ gramm súlyú halványszürke kő, a melynek kiemelése után az óvatosan bevezetett vastagabb katheter hólyagba jutása is sikerült. Hogyan fejlődött ki igy, mintegy beágyazva ezen kő, sokat tünődtem rajta, de elfogadható feltevést maig sem tudok. A kiállott kankó, a szűkület fejlődése mind egy heges strictura mellett szólottak s a katheter bevezetésekor a szűkületet okozó kő vagy nem volt érezhető vagy pedig figyelmemet elkerülte.

Betegünknél kisfokú cystitis lépett fel, ali vizelet mellett kevés geny is volt a vizeletben, naponkint kétszeri hólyagmosás langyos bór-oldattal, decoctum seminum lini kevés morphiummal a cystitist szépen szüntették, a seb granulatio útján gyógyul s három hét s néhány napra gyógyulás teljes. Maig is olykor-olykor vastag viasz-bougiet vezetek be, mely minden akadály nélkül könnyen halad.

Harmadik esetem érdekességét növeli azon fent említett körülmény, hogy a gyermek oly családból származik, a hol többnek volt hólyagköve; az eset a következő:

L. Juon, 11 éves gyermeknél a vizeléskori fájdalom ezelőtt két évvel lépett fel, ekkor orvoshoz fordultak, a ki „valami orvosságot“ adott, mire a fájdalom szünt. A mult év nyarán hozzám hozták a gyermeket s a követ biztosan megállapitottam a hólyagban. Műtétet ajánlottam, azonban a gyermek félelme miatt a szülők nem egyeztek bele. Jelen hó 9-dikén délben újból felkerestek s panaszolják, hogy a gyermek tegnap estétől csak úgy tud egy kevés vizeletet kiüriteni, ha penisét húzgálja. Reá nézve feltünő, hogy a penis dorsalis vivő erei nagyon duzzadtak; a hólyag telt, tapintásra fájdalmas, pulsus 88, hő 37·2° C. Tapogatva a húgycső mentén, a scrotum közepetájt egy kemény dudor érezhető ki; vékony fémsondát bevezetve, az a daganatnál megakad s koppan. Rögtön tisztában voltam, hogy a kő a húgycsőbe jött s a retentio oka ez. Hanem az eltávolitás megválasztását nagyon mérlegelni kellett. A húgycső igen szük, a kő és a lumen között nagy a térbeli aránytalanság s a kő összezúzására eszközt bevezetni nem lehet. Két mód állott előttem: vagy keresztül forcirozni a követ s ez által összezúzni a nyákhártyát, esetleg feltépni a corpus cavernosumot, vagy pedig urethrotomia externát végezni s ezen át kihozni a követ. Mindkét eljárásnak meg voltak a fény- és árnyoldalai, az urethrotomia externa ellen szólt a gyermek fejletlen húgycsöve, melynek tovább növekedésével feltételenül strictura fog kifejlődni; de a kihúzás ellen szólott különösen a nagy térarányatalanságból származó húgycsősértés, a mi szintén stricturára vezet, de különesen a corp. cavernosum sértése, minek következményei igen súlyosak lehetnek.

Ezen utóbántalmak komoly latba vetésével az urethrotomia externa végzésére szántam magam, mibe a szülők bele is egyeztek s a mit két óra mulva *Pálffy* dr. segitségével végeztem is. A vizsgálat s műtét közötti idő alatt a gyermeket kirázta a hideg s a műtét előtt közvetlen szapora (110) pulsusa s 39·9° C. hője volt; tekintve ezen magas lázat, a tervbe vett narcosist mellőztük. A húgycső kipraeparálása a bő zsirszövet folytán kissé nehéz, felnyitva a húgycsövet, hajlitott vékony Péannal felhaladtam a kő felé, melyet sikerülve hosszátmérőbe fordítani s úgy megragadni, egész könnyűséggel tudtam eltávolitani. Húgycső kimosása után 10-es sz. angol ruganyos katheter vezettetik be s rögzittetik, mire szinte liternyi savi hatású vizelet ürül A kő kis mogyorónagyságú, 2 gm. nehéz, typikus homokóra alakot mutat; úgy látszik a nyakban ült, butykosabb részén, a vájulat szélén szép küllőalakú, alig mm. magas kidudorodásokkal. Magját még nem vizsgáltam.

A gyermeknél jelenleg a gyógyulás szépen halad, csekélyfokú urethritise miatt naponként húgycsőmosás. Hólyag részéről izgatottság nincs, hő a műtét harmadik napján rendes.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Ismeretlen eredetű oedemák a gyermekkorban.

Közli: *Aujeszky Aladár* dr.

Az irodalomban néhány olyan ritkább kóreset van feljegyezve, a melyeknek közös sajátsága az, hogy a betegeknél — rendesen gyermekeknél — általános jelenségek kiséretében, ki nem deríthető okból *vizenyők* fejlődnek, melyek néhány napi fennállás után elmulnak s a teljes gyógyulás csakhamar bekövetkezik. A bántalom lényege tehát a vizenyő, többnyire az arczon és lábszárakon, esetleg egyebütt is; prognosisa jó; okát homály borítja.

Nem terjeszkedve ki az idevágó és ritkaságuk miatt eddig közölt néhány eset ismertetésére, csupán *Henoch*[1] 3 ilyetén észleletét említem meg, mint klassikus példákat. Egy 4 éves leánygyermeknél erős arcz- és lábszárvizenyők fejlődtek enyhe lázzal, étvágytalansággal és lábfájással; vizelete kevés volt, húgysavas sókkal túltelített, de fehérjét, vért nem tartalmazott. Pihenés és hashajtók alkalmazása mellett a gyermek 3 nap alatt meggyógyult. Egy 9 éves fiúnál az arcz, a herezacskó és a praeputium vizenyője több napon át fennállott, a beteg e mellett jól érezte magát, vizelete teljesen normalis volt. Gyógyszer nélkül meggyógyult. Egy 4 éves gyermeket az arcz- és lábszárak vizenyője miatt vettek fel Henoch klinikájára; a vizelet teljesen normalis volt, a gyermek 12 nap alatt tökéletesen meggyógyult. A vizenyők oki mozzanatát kideriteni lehetetlen volt; csupán az első esetben volt meghülés kimutatható, mint esetleges causa morbi.

Bókay János professor szives értesitéséből tudom, hogy a Stefánia-gyermekkórház nagy beteganyagában csecsemőknél is észleltek 3—4 hasonló esetet. Az általam nemrégen megfigyelt két kóreset, melyeket épen ritkaságuk miatt tartok érdemesnek a közlésre, a következő:

I. eset. S. R., 8 éves leány, egészséges szülők gyermeke, a ki anyja állitása szerint csak egyszer volt még beteg, $1^1/_2$ éves korában, a mikor arcza „megdagadt“, de e baja egy-két nap alatt elmult. Egy testvére él, egészséges. A kis leány 1897. *január 6-dikán* bágyadt, étvágytalan kissé lázas lett, szédülés, fejfájás lepte meg, arcza és bokái megdagadtak. E jelenségekhez *január 9-dikén* hasmenés is társult; e napon láttam először a beteget, kinek állapota ekkor a következő: A jól táplált leánygyermek bőrszine halvány; az arcz és alszárak bőre vizenyősen beszűrődött. Étvágya rossz, szomjazik, fejfájásról, szédülésről panaszkodik. Nyelve kissé bevont, a torok nyálkahártyája halvány. A tüdők felett csekély hurut, szív ép. Hőmérsék 38·4,° pulsus perczenkint 80, mérsékelten feszes, rithmusos. Vizelet borsárga, kevéssé zavaros, savi, fs. 1020, kevés fehérjét tartalmaz, a mikroskop alatt vesealakelemek nem találhatók.

Rendelés: ágynyugalom; diaeta; bismuthum subnitr.

Január 10-dikén: A beteg állapota változatlan. Hat-zor volt hasmenése. Láz: 37·9 és 38·1° között. Vizelet napi mennyisége 800 kcm., a vizelet vizsgálatának eredménye az első lelettel egyező.

Január 11-dikén: Négyszer hasmenés. Hőmérsék 37·8 és 38° közt. A vizelet napi mennyisége 750 kcm., egyébként semmi változás.

Január 12-dikén: Az oedemák valamivel csökkentek; hasmenés megszünt; fejfájás és szédülés még csekély mértékben fennáll. Hőmérsék 37·5 és 37·8° közt változik. A vizelet napi mennyisége 800 kcm., fehérjét csak nyomokban tartalmaz.

Január 13-dikán: Az oedemák lényegesen csökkentek, fejfájás megszünt, szédülés csak felüléskor. Láztalan. A vizelet napi mennyisége 800 kcm., fehérje nincs benne.

[1] Előadások a gyermekek betegségeiről. Juba Adolf dr. ford. 668. lap.

Január 16-dikán már nyoma sincs az oedemáknak, a gyermek teljesen jól érzi magát, egyedüli panasza, hogy felüléskor még olykor-olykor egy kevéssé szédül.

Január 17-dikén e jelenség is eltünt s a gyermek teljesen meggyógyult.

Miként a kórrajzból kitünik, az azelőtt tökéletesen egészséges gyermeknél láz, fejfájás, szédülés és kiterjedt oedemák voltak a bevezető jelenségek, olyan jelek, melyek első sorban a nephritis acutára irányitják a figyelmet. Azonban a vizelet többszörös megvizsgálása nem nyujtott a vese megbetegedés diagnosisára elegendő támasztópontot, mert a vizelet makroskopos és mikroskopos képe, napi mennyisége normalis volt s kevés fehérjén kivül semmi egyéb idegen anyagot nem tartalmazott. A szív teljesen épnek bizonyult, a tüdők jelentéktelen hurutja sem magyarázhatta a vizenyőket. Az ideges alapon fejlődő s rendesen láz és általános jelenségek nélkül beköszöntő, főleg hysteriás és neurastheniás egyéneknél különböző okokból eredő, mulékony, körülirt, neuropathiás oedemákat, melyeket az idegorvosoknak gyakrabban van alkalmuk látni, a jelen esetben a priori kizárhattam. A gyermeket kimerítő betegségek sem viselték meg, a melyek gyermekeknél a szív gyengülése folytán beálló vérpangás következtében elég gyakran okai oedemák keletkezésének. Igaz, hogy naponta többször volt hasmenése, de ez a hasmenés csak az oedemák megjelenése után 3 nappal jelentkezett.

A vizenyők 5 napon át erősek voltak, azután lassankint apadtak, úgy hogy a teljes gyógyulás 11 nap alatt bekövetkezett. A láz enyhe volt, a 39°-ot sem érte el, a betegség ötödik napján már csak egy-két tized fokkal volt magasabb a hőmérsék a rendesnél s a hetedik naptól fogva a gyermek teljesen láztalan lett. A bélhurut három napig komplikálta a bántalmat.

Az eset érdekességét növeli az, hogy *tiz nappal később a betegnek bátyja hasonló jelenségek között került ágyba*; olyan dolog, a mi a contagiositás gyanuját keltheti fel. A lefolyás ez esetben a következő volt:

II. eset. S. V., 10 éves, tanuló, az előbbinek bátyja. Nyolcz év előtt scarlatinája volt, azóta mindig egészséges. *Január 15-dikén* lázas, feje fáj, étvágytalan, gyomornyomást érez. *Január 17-dikén* a status praesens a következő: A jól fejlett, erős fiú arcza bőre kipirult; az arcz és a bokák bőre vizenyősen beszűrődött, az alszárak alsó fele is oedemás. Étvágya rossz, szomjas; mérsékelt fejfájást és szédülést érez. Nyelv bevont, a torok és száj nyálkahártyája rendes színü. A tüdők felett kopogtatási eltérés nincs, hallgatódzáskor hurutos zörejek hallhatók; a szív ép. Gyomortáj nyomásra érzékeny. Bélműködés rendes. A hőmérsék a nap folyamán 38·8 és 39·2° közt ingadozik. A vizelet borsárga, tiszta, savi, fs. 1019, sem fehérjét, sem vesealakelemeket nem tartalmaz. Rendelés: ágynyugalom, diaeta, inf. ipecac.

Január 18-dikán: A beteg állapota annyiban változott, hogy a tüdőhurut jelentékenyebb; egyébként a jelenségek ugyanazok. Vizelet napi mennyisége 900 kcm.

Január 19-dikén: Status idem.

Január 20-dikán: Az oedemák csökkentek, a tüdőhurut lényegesen javult. Hőmérsék 38° körül. A vizelet semmi rendellenességet nem mutat.

Január 21-dikén: Az oedemák jelentéktelenek, valamint a tüdőhurut is. Közérzés jó, a láz megszünt.

Január 22-dikén: Teljes gyógyulás.

A különbség a két kóreset között csak az, hogy mig a leánykánál bélhurut komplikálta a dolgot, addig bátyjánál e helyett bronchitis lépett fel; továbbá, hogy mig a leánynál a vizeletben egy kevés fehérje ki volt mutatható, addig a fiúnál ennek nyomait sem lehetett találni. Egyébként a betegség fellépése, lefolyása, időtartama egyezett. Mindkét esetben tehát eléggé kifejezett általános jelenségekkel járó megbetegedéssel volt dolgunk, melyet az arcz és lábszárak oedemái kisértek a nélkül, hogy ez utóbbiak okát ki lehetett volna deriteni. A láz fokozatos gyengülése, az oedemáknak aránylag hamaros elmulása és ezzel arányban az általános jelenségeknek is eltünése, valamint a közérzésnek is csak rövid ideig való megzavarása: mind azt bizonyitják, hogy a kérdéses bántalom nem azok közé tartozik, melyek a szervezetet komolyabban megtámadnák és veszélyeztetnék.

Az, hogy ugyanazon családban az első megbetegedés után néhány nap mulva a másik gyermek hasonló jelenségek között dől ágyba: minden esetre arra hívja fel a figyelmet, hogy a baj fertőző eredetének lehetőségére vagy legalább a bántalom eredetének közös forrására gondoljunk. Ámde e tekintetben semmiféle momentumot sem sikerült találnom. Talán azt lehetne felvetni, hogy nem volt-e a gyermekeknek előzőleg enyhe scarlatina sine exanthematejuk, mely teljesen elkerülte a betegek és szülőik figyelmét s nem fejlődött-e náluk azután ebből kifolyólag a nephritisnek ama ritkán előforduló alakja, mely a vizeletben a vese megbetegedésére való jeleket egyáltalában nem külöli, s a melynek létezését épen ezért sokan tagadóba is veszik?

Hogy ilyen nephritisek — különösen a gyermekkorban — előfordulhatnak, már többen állitották. *Henoch* kézikönyvében[1] ezeket irja: „Ismerek kétségbevonhatlan eseteket, melyeknek vizeletében *daczára a megismételt vizsgálatoknak* (legalább a gyakorlatban közkézen forgó eljárások szerint) *sem fehérjét, sem a vesegyuladásra jellegzetes mikroskopi alakelemeket* sem sikerült kimutatnunk . . . . És az ezen esetekben végzett bonczolás mégis az erősen kifejlődött diffus vesegyuladásnak minden jelével szolgál.“ *Litten*[2] is közöl egy esetet, melynél a 21 éves nőbeteg nephritis scarlatinosában szenvedett, de vizelete állandóan fehérjementes maradt, napi mennyisége nem apadt, s csak elvétve tartalmazott egy-egy hyalin-hengert, vért pedig csak halála éjjelén. A bonczolás pedig mindkét vese erős nephritis haemorrhagicáját tanusitotta. Hogy ilyen esetekben a pontosan ismételt és legszorgosabban eszközölt mikroskopi vizsgálatok daczára a vizeletben a vesealakelemek ki nem mutathatók, ennek magyarázatára egyéb theoriák mellőzésével csak az újabb, *Sehrwald*-félét[3] említem meg, a ki kisérletei alapján azt hiszi, hogy a vesealakelemek, hámsejthengerek ilyenkor azért nem találhatók meg a vizeletben, mivel a savanyú vizelet pepsinje azokat tönkretette („Wiederauflösung“).

Azt hiszem azonban, hogy nem valószinü és talán nagyon is eröltetett magyarázat volna a concret két esetben az anomaliák ilyen halmazát: egyszerre két, fölötte enyhe lefolyású scarlatinát venni fel, mely a gyermekek és szülők figyelmét teljesen elkerülte volna és azután a nephritisek ama ritka alakját, mely a vizeletben a vesegyuladásra jellegzetes mikroskopi alakelemeket nem külöli.

Mindent összevéve, a leírt eseteket is a gyermekek azon acut oedemás és rendesen enyhe lefolyású megbetegedései közé vélem sorolandóknak, a melyekről a bántalom alapokát illetőleg még teljes bizonytalanságban vagyunk. Érdemes volna minden esetre, ha a kartársak, a kik efféle eseteket itt-ott talán szintén észleltek, ilyetén tapasztalataikat közölnék.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXII. rendes ülés 1897. november 13-dikán.)

Elnök: **Réczey Imre**; jegyző: **Lévai József.**

Keratosis conjunctivae.

Mohr Mihály: A trencséni vándorgyülésen tartott ezen tárgyról előadást, ott a beteget nem mutathatta be, azért idehozta az esetet, mely ritkaságánál fogva érdemel figyelmet, talán unicum, a mennyiben hasonlót leírva az irodalomban nem talált.

F. L. 47 éves takács, 1897. január 18-dikán jelentkezett az ált. munkás betegsegélyző-pénztár ambulatoriumában, előadva, hogy bal szemén egy év óta képződik egy sajátságos állapot, melyet ő maga is képes megszüntetni az által, hogy a képződményt leemeli, de az újra nő. Első megjelenéskor e képződmény 1 □-cm.-nyi területet foglalt el, jelenleg alig lencsényi, mert akkor vizsgálat czéljából egy jó részét kiirtotta és nem nőtt újra. Jelenleg a szaruhártya felső széle fölött a szemtekei kötőhártyán lencsényi, szürkés-fehér, sajátságos merevségü vékony lemez van, mely beszáradt szappanhabhoz hasonlit, mely redőbe nem emelhető, hanem egész tömegében elsiklik a sklerán és keskeny ép rész által választatván el a szarúhártyától, erre részben reátolható, Kötőhártya egyébként ép, csekély fokban hurutos. A szem átlátszó közegei épek, a szemfenék szintén, látóképesség 5/7.

A diagnosist a kötőhártya felhámjának *elszarusodására tette* és *keratosis conjunctivae* név alatt vezette be a jegyzőkönyvbe. Egy darabot kimetszve, *Schein* dr. vizsgálta. A vizsgált kötőhártyarészlet hámrétegén több stratum különböztethető meg, melyek közül az alsó sokszögletü és

[1] A magyar kiadás 648. lapján.
[2] Charité-Annal. VII. évf. 162. l.
[3] Ueber zeitweises Fehlen der Cylinder im Urin bei Nephritis. Deutsche med. Woch. 1890.

hólyagcsás maggal ellátott tüskés sejtek 3—4 rétegéből áll, melyek legalsóbb sejtjeiben néhány magoszlás látható. E fölött egy egész határozottan kifejlődött szemcsés réteg, élénken látható keratohyalinszemcsékkel következik, mely mindenütt egy sejtcsoportból áll. Ezt vékony szarúréteg fedi be. Tehát itt, a mint a praeparatumon látható, a kötőhártya felhámjának elszarusodásával van dolgunk.

A kötőhártyán előfordul elszarusodás azon kóralaknál, melyet *xerosisnak* hivunk és feladatunk esetünket épen a xerosistól elkülöníteni.

Xerosis alatt a kötőhártyának azon állapotát értjük, melyben a kötőhártya száraz felülete ezen helyeken fénylő, fehéres, epidermisszerű vagy olyan, mintha beszáradt habbal volna fedve. A kötőhártya itt vastagabb, kevésbbé hajlékony és merev redőkbe rakódik. A köny ezen helyeken lefut a nélkül, hogy megnedvesednének e helyek. Súlyos esetben a könyelválasztás is elapad. A szarúhártyán is felléphet e folyamat, mikor is a szarúhártya felülete bágyadt, fénytelen, száraz, megrepedezik, szövete megzavarodik és átlátszóságát elveszti (xerosis corneae). Oka *helybeli* vagy *általános*.

Helybeli ok a) a *kötőhártya heges elfajulása*, trachoma, pemphigus, diphtheritisnél, égetés, étetés, edző szerek huzamos használata után;

b) kötőhártyának hiányos befedetése, mikor a kötőhártya kiszárad a levegőn; ectropium, lagophthalmusnál epidermisszerű rétegek képződnek, melyek a mélyebb rétegeket a kiszáradástól megóvják.

Általános megbetegedések a) könnyű alak gyenge egyéneknél hemeralopia kiséretében *(Bitót)*. Apró kis háromszögletes szigetek a szemrés irányában;

b) súlyos alak gyermekeknél súlyos általános megbetegedés kapcsán rendesen keratomalaciával kapcsolatban. Szemrés irányában lép fel, átterjed a szarúhártyára is, mely genyesen szétesik.

A xerosis szövettani elváltozása főként az epitheliumra vonatkozik, mely elszarusodik, az utána következő sejtek elaïdin-cseppeket tartalmaznak. A kötőhártya *Bock* és *Wedel* szerint atrophiás, az egyébként laza nyákhártya alatti kötőszövet merev rostos kötőszövet által van helyettesítve. Bacillusokat és coccusokat mutattak ki, de ezek kórnemző volta kétséges.

Xerosis conjunctivaet, bár kerestünk, nem találtunk, úgy ebből nincs is készítményünk, de az atlasokban is alig van nyoma. A Wedel-féle „Atlas der path. Histologie des Auges“ III. tábla 22. ábrán atrophia tarsi in xerophthalmo és 30. ábra atrophia strati muscularis canaliculi lacrymalis in xerophthalmo, az V. tábla 43. ábra xerosis corneae mutatnak elszarusodott hámsejteket. De ezek praeparatumunkkal nem téveszthetők össze. A keratosisnál az elszarusodot *hámsejtek sűrűn és szorosan egymás felett rétegeket képeznek*, addig xerosisnál „Wulst“-okat, melyek merevek, szakadékonyak. Kiemelik az elaïdin-cseppeket (Fuchs) és zsírcseppeket (Wedel), melyeknek nálunk semmi nyomuk. Továbbá a Wedel-féle canaliculus lacrymalis „mit verhornten, zusammengeballten Epithelzellen verstopft“.

De a makroskopiás kép is elüt. Trachoma, pemphigus, égetés, étetésnek semmi nyoma, hasonlóképen ki van zárva a kötőhártyának kiszáradása hiányos befedetés folytán. Általános kór sines jelen, mely a Bitót-féle könnyű alakot magyarázná, sem keratomalacia, mely a súlyos alakkal párosul.

Ezért a *keratosis conjunctivaet*, mint külön kóralakot kellett felállítani. Pathologikus folyamat, melyben a kötőhártya felhámja elszarusodott, de a mely elszarusodás a xerosisnál előfordulótól teljesen különbözik.

Prognosis kedvező, a mennyiben a kiirtott rész nem recidivált. *Therapia* a kiirtásban áll.

Weisz Gyula: Csak a betegség elnevezésére vonatkozólag volna megjegyzése, a mennyiben egy olyan határozottan definiált nevet, mint keratosis — mely egy bőrgyógyászati kórképet jelent —, e bajnál használni nem lehet. Véleménye szerint pikkelyszerű xerosis van e betegnél jelen; de ha bemutató a xerosis névvel nem volna megelégedve, a „kötőhártya bőrösödése“ kifejezéssel volna illethető e kóralak.

Különben ez alkalommal egy praeparatumot is bemutat. A készítmény egy trachomában degenerált xerophthalmusból származik, a melyben látni lehet, hogy az epithel többszörösen meg van vastagodva, annak külső rétegjében épen úgy találhatók elszarusodott részletek, mint az előadó készítményében és ezen elszarusodott rétegek a xerotikus részletekkel váltakoznak.

Goldzieher Vilmos: Szólónak az a véleménye, hogy a *Mohr* tagtárs által bemutatott esetet xerosissal összefüggésbe hozni nem lehet, itt az epithel túltengése van s a praeparatum sokban hasonlit ahhoz, a mit conjunctivitis vernalisnál látunk s a mit szóló tankönyvében conjunct. superficialis hypertroph.-nak nevezett el; conj. vernalisnál sokszor előfordulnak olyan megvastagodások a limbus corneae körül, melyek régebben phlyktaena pallida név alatt voltak ismeretesek, a mivel nem akarja szóló azt mondani, hogy a bemutatott eset azzal azonos, annál kevésbbé, mert morphologiailag is különbözik attól s a conjunctiva palpebrae itt ép.

A xerosis trachomotosát illetőleg, azzal a bemutatott eset absolute nem függ össze, mint ezt szólónak több, trachomás xerosisból származó készítménye is mutatja.

Schein Mór: Azzal szemben, a mit Weisz mondott, hogy t. i. xerosis volna, megjegyzi, hogy jelen esetben arról absolute nem lehet szó, jelen esetben elszarusodás történt ismeretlen okból; a mi a conjunctivitis aestivalist illeti, a conjunctivitisnek semmi tünete nem volt.

Mohr Mihály: Azok után, a mikot *Goldzieher* és *Schein Weisz* megjegyzésére mondottak, nincs mit szólnia. Hogy a *keratosis* elnevezést ne vigyük be a szemészetbe, mert a börgyógyászatban van bevezetve, nincs indokolva. A mi *Goldzieher* összehasonlitását a conj. vernalissal illeti, ismeretes, hogy a conj. vernalis megfelel a bőr szemölcsképződésének.

Túlságos rövidlátás miatt sikeresen operált 26 éves nő.

Goldzieher Vilmos: S. M., 26 éves tanitónő, mindig nagy fokban rövidlátó volt, mely állapot az utolsó időben a munkaképességét tetemesen csökkentette. F. é. junius hó 26-dikán tiszta közegek és ép szemfenék mellett a bal szemen M> 14 D, V = $^6/_{15}$—$^6/_{10}$, a jobb szemen M> 14 D-t, V a legerősebb correctióval legfeljebb $^6/_{20}$. Junius 27-dikén végezte az első lencsefelhasitást a *Knapp*-féle késsel, a lencse elhomályosodása és felpuffadása csak lassan haladt, úgy hogy az első punctiót julius 18-dikán végezte, a második punctiót egy hét mulva (julius 25-dikén), a harmadikat jóval később, szeptember 2-dikán; 5 nap mulva elbocsáttatott sűrű, töpörödött hártyás utóhályoggal. Az egész operativ kezelés azért ütközött igen nagy nehézségekbe, mivel a beteg az atropin iránt idiosynkrasiával birt, a pupilla vagy nem elegendően tágult, vagy mérgezési tünetek léptek fel. Az elbocsátás óta a töpörödött utóhályog folytonosan felszívódik, mely felszivódás az utolsó időben rohamosan folyik, úgy hogy jelenleg a pupilla közepén egy teljesen fekete rés van és a látási eredmény az által kitünő. Szabad szemmel ugyanis V = $^5/_{30}$, úgy hogy a távolba minden correctiós üveg nélkül jól lát, + 2 D-val a V $^5/_{15}$-re emelkedik. Sn. 1. számát 25 cm.-re + 6 D-val élesen látja, nagyobb betűket tetszés szerinti távolságban megfelelő convexüvegekkel. A beteg tehát jelenleg minden tekintetben munkaképes.

Véleménye szerint fiatalabb egyéneknél a *régső discissio kihagyandó*, mivel, hacsak kellő idő áll rendelkezésünkre, a töpörödött utóhályog magától felszívódik. Kórboncztanilag a myopiás, discissio által létrejött utóhályog teljesen különböző az aggkori hályog után visszamaradó tokhályogtól: mert a hályogoperatio után rendesen az elülső tok maradványai és a hátulsó tok maradnak vissza és a tokepithelium hozzájárulásával álhártyás képződmény jön létre, mely a látáseredményt tetemesen zavarni képes. A myopiás operatio után az elülső tok minden esetre tönkre megy, minthogy a hatalmasan puffadó lencsetömeg által szétrepesztetik, valószinüleg a hátulsó tok is és a visszamaradó hártyáshályog csak lencserostok maradványaiból áll, melyek idővel képesek a felszivódásra.

A szemhéj gummás gyuladása.

Csapodi István: E. F., 21 éves magántisztviselő október 8-dikán jött bemutatóhoz jobb alsó szemhéjának gyuladásával. A szemhéj bőre vörös, száraz volt, nem forró, nem fájdalmas, a szemhéj egész kiterjedésében dagadt volt, benne azonban chalazionszerű göbösödést lehetett kitapintani. Befelé a kötőhártya felé jól átsárgállott, úgy hogy elgenyedt jégárpának képében mutatkozott. Befelé felszúrta, s éles kanállal kikaparta. De azonnal feltünt, hogy sem genyedséget, sem szokásos nyálkaszerű tartalmat nem kapott, hanem zavaros szövettörmeléket. Másnapra a vágás helye szalonnásan beszűrődött, s a legközelebbi napokban valóságos szalonnás fekély fejlődött, mely még három hét multán is meg volt, s éles sarkával a szemhéj szélére nyomult. A szemhéj dagadása e közben lelohadt, gyógyulásnak indult, de a fekély sarka helyén csorba maradt.

A baj mibenlétéről az előzmények kipuhatolása ad felvilágositást. A fiatal ember néhány hónappal ezelőtt luest szerzett, mely ellen bedörzsölő kurát kapott, bár ezt nagyfokú elgyengülés miatt abba kellett hagyni s erősitő kurához nyulni. A jégárpaszerű képződmény ezek szerint gummás természetű lehetett, illetőleg ama folyamat körébe sorozható, melyet Hirschler *blepharitis syphilitica* réven irt le. Nem következett ugyan be a szemhéj átlyukadása, vagy plane — mint Wecker esetében — a szemhéj teljes elpusztulása; de hát *Hirschler* is szól a szemhéjszél csorbáiról, melyekre nézve a hegedés olyan bélyegző, hogy belőle lehet a bujakórságot meghatározni; valamint *Wecker* is emliti, hogy selyempapiroshoz hasonló fénylő felszinű hegedések jelölik a kicsorbult szélen a gummás fekélyek helyét.

A mi a kikaparást illeti, káros hatással épen nem volt, sőt talán elhárította a súlyosabb roncsolódást.

A mai bemutatáson világosan látni a szemhéjszél kettőssé vált csorbáját.

Szemészeti kaparó kanál.

Csapodi István: A szemhéjak chalazionját az egyetemi szemklinikán, valamint azok a szemorvosok is, a kik onnan kerülnek ki, *Schulek* szerint rendesen a bőrben ejtett haránmetszésen át fejtik ki, s teljesen kiirtják. Vannak azonban olyan chalazionok is, melyek befelé, a kötőhártya felé könnyebben megközelithetők. A szemhéj szélére merőleges szúrással kieresztjük a híg tartalmukat, s a törmeléket, valamint a tokot borító szövetrészeket éles kanállal kaparjuk ki. Erre a czélra egy kis eszközt szerkesztett, melyet a szaktárs uraknak figyelmébe ajánl. Eszköze a *Daviel*-kanál formájára készitett éles aczélkanál, melylyel a késsel szúrt seben át igen könnyű a chalazion üregébe bejutni, s köröskörül a kaparást megtenni. A kanál fémnyelének másik végén nagyobbocska ovalis kanál van, nagyobb kaparásokra. A Daviel-forma kanalat trachoma-rögök kikaparására is lehet alkalmazni. Összehasonlitásul bemutatja a szemklinika eszköztárából a Mayerhoffer-féle kanalak sorozatát, melyet nem tartott olyan czélszerűnek, mint a magáét. Különösen az élesen elvágott fél és háromnegyed kanalakra bátorkodik azt a véleményét kifejezni, hogy egyenesen összeütköznek a kanál fogalmával, a mennyiben ott is sértenek, a hol nem kellene, sőt jobban sértenek ott, a hol nem kaparunk, mint a merre a kanál

kaparó szélét vezetjük. A bemutató Daviel-forma kanala az egész sorozatot pótolhatja.

A rövidlátás operálása.

Grósz Emil: Előadó szándéka, hogy az összes, a tárgygyal kapcsolatos kérdésekre kiterjeszkedve, saját, Schulek Vilmos egyetemi szemklinikáján szerzett, s mások tapasztalatai alapján a rövidlátás operálásának indicatióit s technicáját szabatosan körvonalozza. Erre annál is inkább szükség van, mivel az egyes bemutatások alkalmával keletkező viták az idő és alkalom hiánya miatt nem nyujthattak kellő tájékozást. A tárgy számos theoretikus kérdést hozott napirendre, melyek megoldása a physiologikus optica újabb haladását jelenti, de e mellett a bántalom elterjedése és jelentőségénél fogva minden gyakorló orvos érdeklődését megérdemli.

Mindenekelőtt ismerteti az operálás elterjedésének előzményeit. Elmondja, milyen ellenvetésekre talált *Fukala* Bécsben, *Vacher* pedig Párisban, a midőn a műtétet első izben (1889 és 1890) ajánlották. Évek voltak szükségesek, hogy elegendő adat pótolja az ajánlatot tevők hiányzó tekintélyét. A történeti kutatások csakhamar kiderítették, hogy *Desmonceaux* abbé myopia eseteiben már a mult században dicsérte az átlátszó lencse eltávolítását, *Weber* pedig 1858-ban a heidelbergi gyűlésen újból ajánlotta, de *Graefe* és *Donders* ellenzése miatt nem talált követőkre, úgy hogy *Fukala* érdeme, hogy a myopia operálása a szemoperálások között polgárjogot nyert. Ma már csak arról lehet tulajdonképen szó, hogy a műtét *mikor indicált*. Ennek megítélésére számba kell venni az elérhető *hasznot*, szemben az elszenvedett *veszteséggel és veszélylyel*. A mi a *hasznot* illeti, előadó részletesen kifejti az előnyt, a mely a refractio csökkenéséből és a látásélesség emelkedéséből származik, úgyszintén érdeme szerint méltányolja a binocularis látás helyreállásának, valamint a myopia haladása megállapodásának eshetőségét. Kifejti, hogy milyen tényezők működnek közre az előnyök megszerzésében.

A mi a *veszteséget* illeti, kimutatja, hogy az accomodatio hiánya tulajdonképen nem is veszteség.

A műtét veszélyei közül első sorban az *infectiót* és *glaucomát* tárgyalja; hangsúlyozza, hogy előbbi biztos elkerülése már azért sem lehetséges, mivel az operálás ismétlésének szüksége hatványozza az infectio alkalmát. A glaucoma elhárítására a cornea punctiója a hatékony eljárás, e veszély jelentőségét azonban nem szabad kicsinyelni. A műtét *indirect* veszélyei: a *chorioretinitis*, a *vérzések* és *ideghártya leválása* közül az utolsó a legsúlyosabb. Mi sem bizonyítja azonban, hogy az ablatio retinae gyakoribb lenne operáltakon, mint olyanokon, kiknek lencséjét nem távolították el. E tekintetben végleges ítéletre nem elegendő az idő.

Az előnyök és hátrányok mérlegeléséből azon következtetésre jut, hogy az *operatio jogosult*, de csak bizonyos *korlátozások* mellett, és pedig: *a*) az operálás csak 14·0 D-nál nagyobb fokú myopia ellen, *b*) egyszerre csak egy szemen, *c*) lehetőleg csak fiatalokon vagy középkorúakon ajánlható, *d*) egyszerre csak egy szem operálható, *e*) friss chorioretinitis vagy kiterjedt vérzések a műtét elhalasztását teszik indokolttá, ha pedig, *f*) valakinek csak egy látószeme van, míg a másik gyógyíthatatlanul vak, akkor a műtét egyáltalán nem engedhető meg.

Ilyen óvatosság mellett a budapesti egyetem szemklinikáján 1895. márczius 28-dikától 1897. augusztus 31-dikéig 12 myopia ellenes operálást végeztek. Egyetlen veszteségük sem volt. A refractio csökkenésének értéke 15—20 D közt váltakozott. A látásélesség egyetlen esetben ötszörösre javult, míg a legtöbbször 1—2-szeres javulás fordult elő. A műtéteket *Schulek* tanár és segédei végezték. A mi a technikát illeti, Rosas-féle sarlóalakú eszközzel ejtett, kiterjedt discisio után 3—5 nappal az elülső csarnokot megpungálják, de rendesen a teljes sikerhez még egy műtét szükséges.

Az egyoldali süketséget simulálók leleplezése; Kalcsics törzsorvos készülékének bemutatása kapcsán.

Nagy Albert (mint vendég): Az egyoldali süketséget és nehézhallást simulálók leleplezésére igen hasznavehető és megbizható az a készülék, a melyet Kalcsics János törzsorvos adatai alapján Hild Károly mérnök szerkesztett. Ez nem egyéb, mint egy kéztelefon, a mely két különálló, azonban egymással kapcsolható telefon-állomásból áll. Minthogy tiszta, érthető hangáttétel elkerülhetlenül szükséges, be van kapcsolva a vezetékbe külön-külön egy-egy Berliner-féle mikrofon és egy-egy inductio-tekercs. Ezzel a berendezéssel úgy a magas, mint a mély hangokat egyforma intensitással tehetjük át, tehát könnyíthetjük kevésbbé intelligens embereknek a beszéd megértheteségét. A hallgató négy kagylóból áll, a melyek közül egy-egy a vizsgálati medium bal- és jobbfülére, egy-egy az ellenőrző orvos, vagy orvosok fülére szolgál. A négy hallókagyló tetszésszerinti, itt 22 meter hosszú, négy dróthuzal segélyével van az inductio-tekercscsel összekötve, úgy hogy a vizsgálandó tetszésszerinti távolságban, akár a harmadik, negyedik szobában van a telefon-állomástól. A be- és kikapcsolás czéljaira az alapdeszkára három sárgaréz tolóka van illesztve. A telefon használatát illetőleg a vizsgálati módszer a következő:

A vizsgálandónak két fülébe a mikrofontölcséren át *egyszerre beszél egy-egy egyén*, a kik oly három szótagú szavak sorozatát mondják elő, a melyekben a két első szótag azonos, a harmadik különböző. Példának okáért a *jobb* fülbe ezt mondjuk: *Kecske-mét*, a *bal* fülbe: *kecske-láb*. Ilyen példák: keres-mény — kere-set, harang-láb — harang-nyél, tizen-nyolcz — tizen-hét, harag vó — hara-gos, fejfá-tyol — fejfá-jás.

Ezt a szöveget, hasonló hangszinezetű, kellően begyakorolt egyén, mint már említette, egyenletesen és ütemben egyszerre mondja be a mikrofontölcsérbe és pedig oly gyorsan, a mily gyorsan a vizsgálandó utána mondani képes.

Ha már most a vizsgált egyén az egyik fülére tényleg nagyot hall avagy süket, daczára annak, hogy ebbe a fülébe sokkal hangosabban beszélnek, mint az egészséges fülébe, illetőleg mint az, a ki az egészséges fülébe beszél, csupán az egészséges fülébe mondottakat fogja ismételni, mivel a süket fülébe mondottakat nem hallhatja.

Ha azonban a vizsgálandó simulál, nem képes arra, hogy az állítólag süket — tehát tényleg ép — fülébe mondottakat olykor ne mondja a beszélő után. A simuláns tehát majd azt fogja ismételni, a mit az egyik, majd meg azt, a mit a másik fülével hallott. Ily módon a magát egyik fülére süketnek tettető hadköteles önmaga nyujt positiv bizonyítékot arra nézve, hogy az állítólagos süket fülével is hall.

A vizsgálat tehát azon alapszik, hogy egyrészt csaknem lehetetlenség két különböző, egyszerre nyert hallási benyomást egymástól megkülönböztetni, másrészt csaknem lehetetlenség a nyert hallási érzés irányát, vagy a hangforrást elég gyorsan megállapítani és mindezt a miatt, mert nincs meg az idő a megfontolásra, a melyet tehát a szinlelőnek engednünk nem szabad.

És ha a simuláns bármennyire begyakorolná is magát a vizsgálati módszerbe, ha bármely alapossággal ismerné is az eszközt, sikerülni fog minden esetben a leálczázás. Még abban az esetben is, ha a szimuláns hosszas hallgatás közben felismerni tudná a két beszélőnek a hangját s így talán ki tudná zárni az egyik fülén hallottakat, gondoskodva van arról, hogy ennek eleje vétessék. Ugyanis úgy a szöveget, mint a mikrofonokat időközünként minden fennakadás nélkül a beszélők felcserélhetik.

Tomka Samu: *Kalcsics* meghivása folytán maga is kisérletezett az eszközzel s az kezdetben a német szöveggel való kisérletezéssel fényesen bevált, a mennyiben néhányszor a saját simuláló fülébe mondottakat ismételt; ama mellékes körülmények folytán azonban, hogy a felolvasott mondatok sorozata rövid volt s így azokat majdnem megtanulta, h ogy a beszélők hangjai roppant eltérők voltak, a simuláló fülébe mondottakat később egy ideig ki tudta zárni, különben is begyakorolva lévén az otoskopizálás folytán az egyoldali hallásra; ezek azonban mellékes körülmények.

Alig képzelhető, hogy laikus hosszabb ideig keresztül tudná vinni, hogy el ne szólja magát; ha azonban tisztán csak egyik oldalon beszélnek, az illető képes a hangforrást, illetőleg magát begyakorolni.

Böke Gyula: Az eszköz használhatóságáról a bemutatás alapján meggyőződött, azt azonban elengedhetetlennek tartja, hogy szakszerű vizsgálat végeztessék, mert ritkán fordul elő, hogy valaki ép füllel simuláljon; mindig van valami baja s ennek felismerése döntő arra nézve, hogy simulálhat-e; ha valakinek szép dobhártyája van, egészséges hallószerve: az hiába simulál; a bemutatott katona-medium fülében pl. olyan elváltozások vannak, hogy a priori fel lehet tenni, hogy ő nem simulál.

A Tauber-eső csak primitiv, míg ezen eszköz igen elmésen van szerkesztve, igen alkalmas arra, hogy a simulans zavarba legyen hozható, ha van két olyan egyén, kiknek hangja egyforma.

Hőgyes Endre: A kolozsvári orvos-természettudományi társulat egyik ülésén már 1878 és 1879-ben (mindjárt a telefon első feltünése után) bemutatta a telefonnak a süketség-simulálás kiderítésére való használatát, a melyre más kisérletek kapcsán jutott.[1] Az ő akkori készüléke lényegében abban áll, hogy a hallgató és beszélő telefon között fennálló áramkörbe rheochordszerű készülék illesztetik be, melynek segélyével a beszélő telefonban keletkező hangokat el lehet tüntetni a hallgató telefonban. Miután a rheochordbeli áramakadályok be- vagy kiiktatása a hallgató egyén tudtán kivül történhetik: az apparatus könnyű szerrel felhasználható a simulatio felderítésére is. Különben igen egyszerű módon el lehet azt érni úgy is, hogy a hallgató telefonban keletkező hangokat egy binocularis kaucsuk-eső stethoskoppal a megfigyelendő egyén háta mögött viszi be az ember a vizsgálandó két fülbe és a kaucsuk-eső váltakozó összenyomásával majd az egyik, majd a másik fültől zárja el a hangvezetést. Az elzáródás gyors változtatásával gyorsan ki lehet tudni azt, simulál-e féloldali süketséget az illető vagy sem? Ugyanerre a czélra fel lehetne használni hasonló berendezéssel itt a fővárosban a Telefon-Hirmondó hallgató kagylóit is. A bemutatott készülék mindenesetre leleményes, czéljának bizonyára jól megfelel!

Jendrássik Ernő: A simulansok egy része hysteriás s kétoldali süketségük olyan mint a hysteriás vakok látása, a kiknél azért a binocularis látás jó. A hysteriások siketségének megállapítására a phonendoskopot használja; ha a vizsgált mindkét fülén hall, a hangot a középvonalban véli keletkezettnek; ha az egyik fülén süket, akkor csak egyik irányban jelzi a hangot.

Kalcsics János: Nem osztja *Böke* nézetét, sőt azt állítja, hogy abban az esetben is, ha a külfül, valamint a dobhártya képe teljesen a rendesét adja, jelen lehet az egyoldali süketség, igy tehát a normalis leletet épen nem tartja a normalis hallóképesség bizonyítékának. Analogiába hozza szóló az egyoldali vakság ama eseteit, a midőn sem külső vizsgálat útján, sem a szemtükör segélyével törési rendellenességet avagy más pathologiai elváltozást kimutatni képesek nem vagyunk, pedig a vakságnak ezen esetei a hasáb üvegekkel és a Lawrence-féle stereoskoppal határozottan konstatálhatók. A készülékkel végzett vizsgálati módszert illetőleg — mint azt az előadó jelezte is volt — kétségen kivül nagy előny, ha a mikrofontölcsérekbe beszélők hangja egyenlő és hasonló hangszinezetű, de megjegyzi szóló, hogy az eltérő hangok

[1] L. *Hőgyes*: A halló erő meghatározása telephonikus úton. *Kolozsvári Orvos-természettudományi Értesítő*. 1878. és 1879.

nincsenek lényeges befolyással a vizsgálat eredményére, mert a beszélők könnyű módon és gyorsan változtathatják a mikrofontölcséreket. Ez az eljárás annál gyorsabban tévútra vezeti a simulánst, s kihozza őt hirtelen sodrából. A *Tauber*-féle készüléket szóló csak leirásból ismeri, de meg van győződve arról, hogy az is jó szolgálatot tehetne, ha az ő vizsgálati módszerét követnék vele és az ő szövegét véve irányadóul, egyidejűleg mindkét fülbe beszélhetnének a készülékkel; ez utóbbi hiányt ismeri el a *Tauber*-féle készülék főhibájául. *Tomka* dr. felszólalására megjegyzi, hogy *Tomka* szólónak a helyőrségi kórházban levő fülészeti osztályán két izben hosszasan kisérletezett a készülékkel, csupán az első alkalommal volt személyesen jelen, a mikor is Tomka doktornak a simulálás nem sikerült, ép úgy nem, mint azoknak az uraknak sem, a kik itt ma megkisérlették azt A második alkalommal végzett kisérletekről úgy értesült, hogy Tomka dr. több ideig tartó simulálása után rajta vesztett. A simulálás sikeressége, úgy véli szóló, csak annak tudható be, hogy a szavaknak ugyanazon rövid sorozatát oly gyakran mondották Tomka dr.-nak a fülébe, hogy a szöveget kivülről is megtanulhatta, nemkülönben elfelejtették a beszélők kicserélni a mikrofontölcséreket. Tomka dr. továbbá mindig csak a jobb fülére simulált, a bal fülére nem, holott erre különös súly fordítandó. Gyakran fordul elő az az eset is, hogy az egyik fül véletlenség folytán, átmenetileg avagy állandóan, a nélkül, hogy az illető észre is venné, tényleg rosszabbul hall, mint a másik; felemlített körülmények egyikének tudja be szóló, hogy Tomka dr.-t másodszor nem sikerült egy ideig leleplezni, de meg van győződve arról, hogy e mulasztások helyrehozásával Tomka dr. szerepéből határozottan ki fog esni. Ép Tomka dr. esetét hozza fel bizonyitékul a készülék tökéletessége mellett, mert, ha oly szakember, mint Tomka, a ki úgy a készülékkel, mint a vizsgálati módszerrel teljesen ismerős volt, aránylag rövid idő alatt lelepleztetett, úgy annál is inkább sikerül minden esetben a bármily művelt rendesen előforduló simulansoknál a leálczázás. *Hőgyes* professor felszólalásához, bár csak leirásból ismeri az eddig e czélra használt készülékeket, mint a *Preusse*- és *Urbantschitsch*-félét és *Tschudi*, *Levandovski* törzsorvosokét, azt fűzi hozzá, hogy e készülékeket azért nem tartja használhatóknak, mert a vizsgálati módszer és a bemondandó szöveg nem praktikus, innen az, hogy említett készülékek egyáltalán elterjedve nincsenek. A mi pedig *Jendrássik* professor megjegyzéseit illeti, azokra azt jegyzi meg, hogy a szóló által szerkesztett készülék csupán az egyoldali süketség és egyoldali és pedig nagy mértékben nagyot hallók leleplezésére szolgál és legyenek ezek bármily eredetűek, czéljának megfelel. Ily hysterikusokat nem volt még alkalma szólónak készülékével vizsgálhatni és alig hiszi, hogy erre a katonaságnál egyhamar alkalma lehetne, hacsak az egyetemi klinikák szivességből nem bocsátanának beteganyagot rendelkezésére.

Közkórházi orvostársulat.

(XII. bemutató szakülés 1897. október 27-dikén.)

Elnök: **Verebélyi László**; jegyző: **Tihanyi Mór.**

Vulva újképlet két esete.

Prokess Antal: 38 éves, II. P., utolsó szülése egy év előtt daraboló műtéttel lett befejezve; gyermekágya rendes lefolyású volt; 3 hónapra rá vizeletcsorgása támadt. Luest tagad. A bal inguinalis tájékon 2 cm. hosszú sugaras heg látható, melynek eredetére beteg előadja, hogy 4—5 éves korában ott mirigydaganata volt, mely elgenyedt. A nagy szeméremajkak oedematosusan duzzadtak, mindkét kis ajkból egy félökölnyi daganat indul ki, mely sehol sem excoriált, kemény, s számos kisebb-nagyobb tumor van a felületén. Hasonló, kisujj vastagságú elváltozást mutat a commissura posterior. Az urethra orificium ext.-a 2 cm.-nyire be van hasadva, s a V-alakú sebszél kemény, heges szövetből áll; az urethra tág, a mutatóujjat könnyen befogadja, innen az incontinentia urinae. A kis ajkak ezen daganata egy tarajszerű képlettel van áthidalva, s így a clitoris tájéka is be van vonva a folyamatba. Kettő között kellett a differential diagnosist megtenni: elephantiasis verrucosa és fibroma labiorum minorum között. A klinikai kép után inkább az előbbit vették fel, támogatni látszott feltevésüket még az a fentebb említett körülmény is, hogy az inguinalis mirigyek kis korában elgenyedtek, s így nyirkpangás következtében az inguinalis hegesedés secundaer tüneteként elephantiasis lépett fel. Jelen esetünkben azonban a megejtett szövettani vizsgálat a *fibroma labiorum minorum* mellett döntött. Ez a körülmény annál érdekesebb, mivel a vulva újképletei körül a kisajkak ilyen nagyságú fibromái a ritkább esetek közé tartoznak. 4 nappal előbb történt a daganat excisiója; zavartalan gyógyulás. Ezután lesz az urethra plastikája.

Primaer vulva carcinoma esete.

Prokess Antal: 42 éves, II. P. Első négy szülése rendes, utolsó két szülése fogóval lett befejezve, a legutolsó 11 év előtt. Gyermekágyak rendes lefolyásúak voltak. Egy év óta fájdalmakat érez altestében, melyek járását akadályozzák, s mindig intensivebbek lesznek. Ugyanez idő óta folyása is van, mely 3 hét óta véresen tingált. Vizelési panasza nincs. A jobb szeméremajk ökölnyire meg van nagyobbodva, fölötte a bőr fénylő, kékespiros. A tumor mindenütt kemény, környi szövete infiltrált, de még mozgatható. A tumor felső szélén egy félkörös tarajos kiemelkedéssel átmegy a baloldali kis ajkba. A tumor belső felszinén egy sebfelületet képez, mely apró, lepedékes, bűzösen nedvedző és igen könnyen vérző göbökkel van behintve, melyek könnyen lekaparhatók. Az urethra szabad. A vagina, méh és függelékei, valamint a parametriumok a rendestől eltérést nem mutatnak. Mint primaer folyamat a vulván a carcinoma nem tartozik a gyakori esetek közé. A daganat *Schröder* szerint lesz excindálva.

Sebészi kapcsok alkalmazása varrat helyett.

Haberern J. Pál: A „Berliner klin. Wochenschrift" tavalyi évfolyamában Wachsmann egy rövidke közleményben „Heftklammern für Wunden" czim alatt sebek egyesítésére kis fémkapcsokat ajánl alkalmazni, melyeknek rajzát is hozza.

Ezeket egyszerűeknek s alkalmazásukat praktikusnak találva, Berlinből meghozatta szóló, s máig 65—70 esetben alkalmazta metszett, zúzott és kisebb műtétek utáni sebek egyesítésénél bőrön és nyákhártyákon (pl. ajkon), továbbá tisztán sarjadzó sebek secundaer egyesítésénél.

A kapcsok aczélból készültek, nikkelezettek; középdarabjuk egyenes; élesen hegyezett két végük 45° szög alatt van behajtva egy síkban.

Úgy alkalmazzuk, hogy előbb az egyik hegyét szúrjuk a bőrbe, megfelelő távolban a sebszéltől, azután a szemben eső sebszélt eléggé közelítve, belenyomjuk a kapocs másik hegyét. Ha ezt kellőkép végeztük, a kapocs mozdulatlanul rögzít. Olyan sorrendben alkalmazzuk, mint a varratokat; a seb tátongásának megfelelőleg kisebb vagy nagyobb kapcsokat használva. A kapcsokat egyszerű anatomiai csipő segélyével alkalmazzuk, s ugyanezzel vagy egyszerűen az ujjunkkal távolítjuk el. Ha az összeforrt sebszéleket kissé közelítjük 2 ujjunk segítségével, a kapocs mintegy magától kiemelkedik, s könnyen eltávolítható.

A kapcsok alkalmazásának előnyei a varrat felett:

1. hogy varróanyagra nincs szükség. Minden esetre nagy előny, a mennyiben ezek desinfectiója, sterilizálása elesik. A teljesen fémből készült kapcsok alaposan s igen könnyen sterilizálhatók;

2. hogy alkalmazásához jóval kevesebb idő kell, mint a varratéhoz;

3. hogy az alkalmazása által okozott fájdalom is sokkal csekélyebb, mint a tű és fonál áthuzásánál.

A sebszélek ép oly pontosan illeszthetők össze, mint a varratnál; nyomás vagy izgalmi tüneteket nem okoz a bőrön, úgy hogy a gyógyulás zavartalanul per primam történhetik.

Magától érthető, hogy ezen kapcsok ott, a hol a bőr nem feszül bizonyos fokig, nem alkalmazhatók; valamint nem alkalmazhatjuk mélyebb varratok helyett sem.

Bemutató tapasztalatai szerint még egy nem kicsinylendő előnye az is, hogy tényleg minden assistentia nélkül alkalmazható.

Végre azt tapasztalta bemutató, hogy az a félelem, melyet némelyekben a varrásnak gondolata is támaszt, a kapcsok alkalmazásánál nem érvényesül.

Egy hátrányát is tapasztalta. Hogy t. i. oly esetekben, a hol a sebszélek a varrat alkalmazása után hiányos desinfectio, vagy primaer fertőzés folytán megduzzadtak, a kapcsok — ép úgy, mint a varrat is — bevágnak, a nyomásnak megfelelőleg csikszerű szövetelhalást idézve elő.

Ezen azután úgy segített bemutató, hogy ezen kapcsok egyenes középdarabjait gyenge ívben meghajlította.

Végül röviden megemlíti azt is, hogy ezen kapcsoknak nemcsak az eszméje, de a formája sem új.

Linhart is említi műtéttanában, hogy már az arabok alkalmazták bizonyos rovarok hegyes kampóban végződő állkapcsát az egymáshoz illesztett sebszélek egyesítésére, a mennyiben több ily rovart illesztettek rá, s mikor azok erősen megkapaszkodtak, testüket egy csavarással leszakították, a seben visszamaradt erősen tartó fej pedig a varratok szerepét teljesítette.

A „serres fines", melyeket *Vidal de Cassis* 1849-ben hozott alkalmazásba, mindnyájunk előtt ismeretesek és mindnyájan tudjuk, hogy alkalmazásukat mai nap joggal és végleg elhagytuk.

A kapcsok mai, *Wachsmann* által leírt formájukban sem újak, mert 1883-ból származik Cipperly teljesen hasonló alakú kapcsa. De még ezt is 3½ századdal megelőzőleg *Walther Ryff* 1545-ben megjelent „Teutsche Chirurgie" czimű könyvében leír, mint használatosakat, a *Wachsmann-Cipperly*-féléktől alig eltérő kapcsokat, melyek azonfelül ívben hajlított középdarabbal birtak.

Húgyhólyagkörüli tályog esete.

Bakó Sándor: St. Száva, 20 éves, pék, folyó évi szeptember hó 15-dikén vétetett fel a szt. János-kórházba. Panaszát gyakori fájdalmas vizelés képezte és tompa fájdalom a hypogastriumban a hólyagtájon. Ennek előzményeül előadta, hogy két hét előtt húgycsőkankót kapott, mi ellen orvos által rendelt fecskendő-vizet használt. Egy pár nap mulva a fecskendések után vizelése fájdalmas és mindinkább gyakoribb lett, mígnem az utolsó napokban minden ½—¼ órában igen fájdalmas vizelési ingerei voltak s a hólyagtájon is mindinkább fokozódó nyomó fájdalmak jelentkeztek.

Vizsgálatkor már megtekintésre feltünt a hólyagtájon a fancsont szélétől kiinduló, fölfelé elmosódott határú kiemelkedett terület; tapintásra a mindenütt tömött, fájdalmas daganat alsó határa a fancsontig ért, fölfelé két ujjnyi szélességben volt érezhető, felette a bőr rendes színű és eltolható volt. Nyilvánvaló volt ezen leletből, hogy itten a húgyhólyag előtti térben — a cavum praeperitoneale Retzii-ben — gyuladás, lobos beszűrődés van jelen, csak az volt homályos, hogy mily módon szövődött ez oly gyorsan az aránylag csak rövid idő óta fennálló urethro-cystitis blennorrhoica-hoz. A további anamnestikus adatok erre nézve némi felvilágosítást nyujtottak.

A betegnél a fancsont és köldök közötti tér közepén a középvonalban és attól balra régi heg nyoma látszik, melynek eredetére nézve beteg azt mondja, hogy 10 évvel ezelőtt egy szárazmalom mellett játszva a malom kerekei közé került és súlyosan megsérült. A részletekre homályosan emlékszik, annyit tud, hogy nagy beteg lett utána, vizelése elállt, majd a gáton ürült ki, az alhasán sebek támadtak, a mivel több hónapig feküdt otthon. Ezután a belgrádi kórházba vitték, hol 6 hónapig feküdt; itten, mint a gáton levő heg mutatja, külső húgycsőmetszést végeztek nála, azután állandó cathetert helyeztek be, melyet több hónapig viselt. Ezóta egészen a jelen bajáig egészséges volt, vizelni mindig jól tudott.

Ezen adatok után megvizsgálva a húgycsövet, a pars membranacea kezdetén jelentékeny szűkületet talált, a mi bizonyára a 10 évvel ezelőtt szenvedett sérülésre vezethető vissza. A hypogastriumban talált bőrhegek pedig az ugyanezen időben keletkezett húgybeszűrődés föltörési helyeit jelzik, és tekintve, hogy a szűkület a húgycső hátsó részében van, a húgybeszűrődés a praevesicalis téren terjedhetett föl az alhastájra. Nagy valószinűséggel ezen az úton a régi gyuladás után némi heges szövet maradt vissza, s ezen a heges s így csekélyebb ellenállású területen most a néhány napi húgycső- és hólyaglob okozta izgalom folytán is könnyebben jöhetett létre egy friss gyuladás. Ennek a gyuladásnak lefolyása a következő volt. A medenczét körülvevő Priesnitz-borogatásokra a hólyag tenesmusa gyorsan csökkent, már a harmadik napon a beteg képes volt vizeletét $2^1/_2$—3 óráig visszatartani, gyorsan tisztult a kezdetben zavaros, bő genyes üledéket adó vizelet is, de nem indult visszafejlődésnek a lobos beszűrődés. A kezdetben 38° ra terjedő esti hőemelkedések a következő napokban fölemelkedtek 39—39·5° C.-ra. Végül a mult hó 27-dikén a kórházban létel 12-dik napján a daganatnak a középvonaltól kissé balra eső részén hullámzás volt kitapintható. E helyen rétegről rétegre bemetszést tevén, elérhető volt a tályog, melyből sok bűzös, zöldes geny ürült ki. Az üregbe vastag draint helyezett bemutató, melyen keresztül azután annak rendszeres kimosása történt. Ettől kezdve a lázak megszüntek és a beteg jól érezte magát. E hónap 6-dikán a draincső eltávolítható volt s azóta a beteg csak húgycsőszűkülete miatt áll még kórházi gyógykezelés alatt.

Megemlítendőnek tartja bemutató, hogy a tályog, melynek tartalma a becslés szerint mintegy 3 decilitert tehetett ki, nyomás folytán a húgyhólyag működésére lényeges befolyást nem látszott gyakorolni. A mint a tenesmusok megszüntek, a harmadik naptól kezdve a beteg képes volt a vizeletet három óráig is visszatartani; a detrusorok működése pedig oly jó maradt, hogy daczára a jelentékeny szűkületnek (7-es számú franczia bougieval lehetett rajta áthatolni), a betegnek nem is volt tudomása arról, hogy a vizelet kiürítésében nála akadály van.

A húgyhólyag körüli kötőszövetgyuladás a ritkább betegségek közé tartozik. Mint ismeretes, származhat ez a szomszédos húgy- és ivarszervek gyuladásának direct átterjedése, nagy trauma és metastasis folytán. Különös érdekkel birnak az úgynevezett idiopathikus esetek, hol a bántalomnak előidéző okát kimutatni nem lehet; legtöbbször a bélműködés zavaraival, hasmenés vagy székszorulással vannak egybekötve. Fertőzési bántalomnak van fölvéve, de a fertőzés természete közelebbről még nem ismeretes.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A diaetetika alapvonalai útmutatóul egészségesek és betegek táplálására. Irta *Mutschenbacher Béla* dr. Budapest, Dobrowsky és Franke kiadása. 1897. 158 lap.

Kiváló elismerés illeti szerzőt, ki a klinikai és kórházi élet góczpontjaitól távol, a gyakorlat zajában is meleg érdeklődéssel viseltetik irodalmi életünk iránt és ki helyes érzékének adott ismételten kifejezést, midőn magyar orvosi irodalmunk egyes elhanyagolt fejezeteit tette feldolgozás tárgyává. Igy van ez a jelen munkával is. Szinte hihetetlennek látszik, hogy a diaetetika, mely az egész modern orvosi irányt dominálja, melynek külföldön annyi jeles művelője akadt, nálunk irodalmi méltatásban eddig nem részesült.

Szerző munkáját szerényen egészségesek és betegek táplálására szánt útmutatónak nevezi és szívesen elismerjük, hogy a kitűzött czélt minden tekintetben eléri. Munkájának első része a táplálkozásról és tápszerekről szól általában véve, igen könnyen áttekinthető ismertetését adva az emésztés physiologiájának, behatóan foglalkozva itt egyszersmind a csecsemők mesterséges táplálkozásával is. Külön-külön fejezetekben szól a nem szerves tápszerekről, az állati tápszerekről, a növényi tápszerekről és az élvezeti szerekről. Részletesen felsorol itt mindent, a mi a különféle tápanyagok értékének megitéléséhez orvosi szempontból fontos lehet, és méltatja azon támpontokat, melyek az egyes tápszereknek kellő módon és helyen való alkalmazása szempontjából a rationálisan eljáró orvosnál döntők. Könnyíti ezen fejezetek áttekintését, hogy az egyes élvezeti szerek külön alfejezetekben tárgyaltatnak és hogy a különböző tápszerek és élvezeti czikkek százalékos tápanyag tartalmát áttekintő táblázatokban foglalja össze. A munka utolsó szakasza a betegek táplálkozását tárgyalja. Felsorolja először is a betegek számára alkalmas tápszereket, élvezeti szereket, nem feledkezvén meg a mesterséges összeállítású húskészítményekről, húskivonatokról és a mesterséges összetételü, növényi terményekről sem. Ezektől eltekintve még külön-külön felsorolja az egyes fontosabb betegségeknél alkalmazandó étrendeket, megemlékezvén egyszersmind a betegek mesterséges táplálásáról és a hizlalásra és soványitásra szolgáló eljárásokról is.

Világos nyelvezet teszi a tartalmas kis munkát élvezetessé és midőn azt kartársaink figyelmébe melegen ajánljuk, egyszersmind azon kivánalmunknak adunk kifejezést, hogy magyar orvosi irodalmunk, ezen első kezdet után, mielőbb egy még bővebb, laboratoriumi munkálkodásnál is útmutatóul szolgáló diaetetika birtokába jöjjön. *T.*

II. Lapszemle.

Sebészet.

Operálás steril czérnakeztyűkkel és szájkötővel. *Mikulicz* számol be kisérleti eredményeiről; márczius elseje óta minden olyan nagyobb sebészi beavatkozásnál, a hol különösen nagy súlyt fektetett a prima intentióra, így főképen laparotomiáknál, a kötőszerekkel együtt sterilizált czérnakeztyűket húzott előbb gondosan desinficiált kezére. Eredményei kitünőek, egy esetben sem volt genyedése s a sebek teljesen elzárva (drain elhagyásával) is simán gyógyultak. A tapintást nem nehezíti s az eszközök és sebszélek fogását még könnyíti a keztyű, mert nem csúszik, a műtét ideje sem hosszabb, mint keztyü nélkül. Egy-egy műtétnél a szükség szerint 2—3 pár keztyüt cserél a szerint, hogy vagy inficiált területre ért vagy finomabb tapinthatásért lehúzta keztyüjét. A személyzet szintén keztyüt visel. A keztyük 10—12 sterilizálást kiállanak s tuczatjuk 2 és fél márka. Pár hónap óta steril sapkájához erősített sterilgaze-szájkötőt is használ, hogy a száj- és orrból a bacteriumoknak a sebbe jutását akadályozza. E kötő a légzést nem nehezíti s a bacteriumoknak bejutását megakadályozza. (Centralblatt f. Chirurgie.)

Operatiós keztyűket selyemből ajánl *Perthes* (Lipcse), a ki előbb gummikeztyükkel kisérletezett, de a melyekben sem tapintani, sem csomózni nem lehetett. A kötőszerekkel együtt sterilizálja könyökig érő vékony selyemkeztyüit. Jól tapint velük s eddig 7 laparotomia és sérvműtétnél használta őket, mindig prima gyógyulással. (Centralblatt f. Chirurgie.)

Szigeti dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **A pyramidon** (dimethylamidoantipyrin) biztos hatású antipyreticumnak bizonyult *Horneffer* közlése szerint a berlini „Bethanien"-kórház belorvosi osztályán. 1%-os vizes oldatban rendelték; az egyszeri napi adag felnőttek számára 0·2—0·6, gyermekek számára pedig 0·1 gramm. A hőmérsék lassan csökkent, de későbbi emelkedése is lassú volt. Kellemetlen melléktüneteket nem okoz, hónapokig használható káros következmény és a nélkül, hogy hatása csökkenne. Aránylag olcsóbb, mint az antipyrin. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1897. 35. sz.)

2. **Diabetes mellitus** két esetét közli *Lupò*, melyek tisztán vegetabilis diaeta mellett — tekintet nélkül a vegetabiliák szénhydrat-tartalmára — gyógyulással végződtek. Tisztán hússal táplálkozás mellett is eltünt ugyan a czukor a vizeletből, a többi kórtünet azonban tetemes rosszabbodást mutatott. (Giorn. internat. delle scienze med. 1897. fasc. 10.)

3. **Csecsemők acut gastro-enteritise** ellen *V. Fournier* somatoset használ, és pedig 3 grammot ad naponként czukros vízben. A kizárólagos somatose-diaetát több napon át folytatja és csak óvatosan tér vissza a tejhez, a mennyiben a somatose-oldatot $^1/_4$-rész tejjel keveri. A hasmenés ellen egyidejüleg tannigent is ad. (Wiener mediz. Presse, 1897. 42. sz.)

TÁRCZA.

Therapeutikus csalódások és ezek okai.[1]

Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanártól.

Tisztelt szakülés! Nem kell a t. sz. előtt külön hangsúlyoznom, hogy az orvostan tudományos mívelése csak azóta datálódik, a mióta a mystikus és dogmatikus irányt, mely annyi időn át uralta a gyógytant, elhagyták; és ez természetes is, mivel — kifolyólag amaz emberi ösztönből, mely még a legvadabb s legműveletlenebb népek közt is feltalálható, s mely arra indítja az embereket, hogy embertársaik szenvedéseit enyhíteni törekszenek — a *gyógyítás tana* létezett, mielőtt még a szó szorosabb értelmében vett orvosi tudomány az orvosi ténykedés előfeltételét képező és úgy az ép, valamint a beteg ember természetrajzát, élettani és kóros viszonyait feltüntető ismeretekkel rendelkezett volna.

Az ember is egyik individuuma a természetnek, a reá vonatkozó és őt illető viszonyok tehát szintén alá vetvék a természetet általában uraló törvényeknek. Innen van az, hogy az orvostudomány helyes művelése csak azóta kezdődhetett, a mióta itt is meghonosíttatott az a módszer, mely a természettudományok mívelésére egyedül alkalmas, t. i. az *inductiv módszer*, a kisérlet, vagy más szóval, a mióta az orvostudományt nem tekintjük másnak, mint az ember természetrajzának, az ember természettudományának.

Tudományunk egyik ága azonban, t. i. a therapia mégis több tekintetben különbözik más tudományos kutatásoktól. Míg t. i. más tudományos kutatás mintegy önczél, minden mellektekintet nélkül egyedül az igazat keresi, addig a therapia ezzel nem elégszik meg, hanem mindenkor arra törekszik, hogy az új ismeretekből az emberre bizonyos haszon háramoljék. A természetbúvár pl. egy újonnan talált növényt analyzál, annak minden sajátságát kutatja, leírja s ezzel feladatát befejezve, a növényt herbariumában elhelyezi; az orvostudomány, nevezetesen a therapia ezzel nem elégedhetik meg; minden újonnan kiderített ténynél azt is kell kérdeznie, hogy miként hat, miként használ az a szenvedő embernek.

Egy másik tekintet, melyre nézve a therapia más tudományoktól eltér, abban találja okát, hogy az a vizsgálati módszer, mely a természettudományok többi ágait rövid idő alatt oly nagy lendületre segítette, t. i. a *kisérlet* alig alkalmazható az ezeknél megszokott terjedelemben és eredménynyel, minden egyébtől eltekintve, már csak az individualitások különböző és complicáltabb voltánál fogva sem. Innen van az, hogy egész mai napjainkig ismételten discussio tárgyát képezte az, hogy a gyógyítás és a gyógyítás tana valóban tudománynak mondható-e és nem-e inkább *művészet?*

A nélkül, hogy ez alkalommal a kérdés ezen oldalának fejtegetésébe bocsátkoznánk, annyit mondhatunk, hogy a therapia mindenkor törekedett az orvostudomány exactabban művelhető részeiben divó nézetekkel és felfogásokkal relatióban maradni, úgy annyira, hogy minden kornak therapeutikus iránya többékevésbbé magán hordja az ama korban divó tudományos nézetek és tanok characterét.

Addig, míg az orvostudomány újjászületése idején a pathologia-anatomia volt mérvadó, a gyógytanban a sokak által ma annyira gúnyolt és perhorrescált *exspectativ irányt* követték.

Alig lehetett ez másképen, miután a kórboncztani kutatások a kóros elváltozásokat mint bevégzettet, mint megtörténtet, mint fait accomplit tüntették fel; annyi volt a megállapítandó új tény, hogy egyelőre a tudomány nem foglalkozhatott annak kiderítésével, hogy miként, milyen finomabb belső folyamatok, okok révén fejlődött ki valamely elváltozás. Ezeken az egyelőre még csak végeredményükben ismert változásokon a therapia mit sem segíthetett, nem tehetett egyebet, mint hogy várakozó állásba helyezkedett és leste a viszonyok természetes kibontakozását, lefolyását. A fiatalabb orvosi nemzedék csupán az orvosi történelem tanulmányozása által tudhatja meg, hogy ezen sokak által nihilistikusnak gúnyolt therapiából mennyi haszon háramlott az orvosi tudományra, mert nem csupán kiküszöbölte az addig féktelenül uralkodó durva empirismust és helyt adott a józan és rationalis empiriának, hanem a mi fő, *lehetővé tette a betegségek természetes lefolyásának ismeretét*, a mi nélkül therapeutikus tapasztalatok szerzése általában el sem képzelhető, de a mit, sajnos, még ma is sokan annyira figyelmen kivül hagynak.

A mint a pathologia anatomia által nyujtott ismeretek alapján, valamint a physiologia és pathologia által szolgáltatott adatok segítségével a helyes symptomatologiát is jobban kimüvelték, a symptomatikus therapia vergődött túlsúlyra, míg legújabban, a midőn az újabb kutatások segítségével a betegségek előidéző okairól jutottunk elődeink ismereteit messze túlhaladó adatok birtokába, az aetiologiára támaszkodó therapia, részben mint prophylactikus, részben mint causalis therapia igyekszik érvényre jutni.

De bármely irányt követjük is, megbizható therapiára csak akkor tehetünk szert, *ha annak kiindulási pontját a hamisitatlan inductio szolgáltatja és ha annak eredményei*, miután a physiologiai kérdések eldöntésénél oly fontos szereppel biró kisérletről, mint ezt már előbb kifejtettük, le kell mondanunk — *szám szerint mérlegelhetők.* Ez utóbbi csupán a statistika segélyével fog a legnagyobb valószinüség határáig elérhető lenni, mint ezt legelőször a nagy mathematikus *Laplace* hangsúlyozta, midőn „Essai philosophique sur les probabilités“ czimü művében azt mondja, hogy „valamely betegség legjobb gyógymódja felett legkönnyebben tájékozódhatunk, ha a szóban forgó gyógymódoknak mindegyikét hasonló számú betegnél alkalmazzuk, *mialatt a többi viszonyok lehetőleg egyenlők*“.

Nem ok nélkül mondtam az imént, hogy ez a módszer valamely betegség ellen foganatositott beavatkozás értékére nézve a *legnagyobb valószinüség* határáig terjedő útbaigazitást fogja nyujtani, mely valószinüség annál nagyobb, minél inkább hasonlitanak az esetek különben egymáshoz és minél nagyobb számban állottak azok rendelkezésre, mivel jól tudom, hogy *két teljesen egybevágó eset alig létezik.* Ezért mondja *Louis*, a numerikus módszer egyik régi szószólója, hogy „az esetre, ha az összehasonlitás alá kerülő esetekre nézve azt követelnők, hogy a megfelelő egyének korra, erőbeli állapotra, testalkatra, a betegség fokára, intensitására, a lefolyás stadiumára, a kisérő láz fokára, a pulsus számára nézve teljesen egyenlők legyenek, akkor két ilyen egybevágó esetet ép oly kevéssé találhatunk, mint nem találunk fát, melynek levelei alakra, színre és vastagságra nézve teljesen megegyeznének. Ily követelésnek az volna következménye, hogy az orvostanban csupa individualitásokkal állanánk szemben és soha sem juthatnánk általános tényekhez, még a pathologiában sem; ép oly kevéssé, mint a hogy nem lehet egy levélről általános leirást nyujtani“.

Ha tehát azt kivánjuk, hogy az összehasonlitás alá kerülő esetek a beavatkozás különböző voltától eltekintve legalább főbb tulajdonságaikra nézve lehetőleg hasonlók legyenek, úgy ez alatt mindama főbb tulajdonságokat kell értenünk, melyek a fennforgó kérdésben a kór lefolyására valamikép befolyást gyakorolhatnak. Az összehasonlitás alá kerülő esetek nagyobb száma azért kivánatos, hogy apróbb, de a szóban forgó kérdésre szembeötlő befolyást egyáltalán nem gyakorló különbségek is kiegyenlithetők legyenek.

Ilyen cautelákkal alkalmazva, az orvosi statistika kétségtelenül fontos szereppel bir orvosi kérdések eldöntésében és ha helytelen volna az, hogy a követelményeknek a végletekig való utrirozásával ezen módszerről lemondjunk, még sokkal helytelenebb volna az, ha azt hinnők, hogy az orvosi, de különösen a therapeutikai statistika, a véletlen által nyujtott számok egyszerü összeadásával és kivonásával és némi arányszámitással ki volna meritve. Therapeutikai statistikánál az egyszerü számadatokon kivül még annyi mellékkörülményt kell tekintetbe vennünk, hogy bizonyára mindannyian egyetértünk abban, miszerint a jó és megbizható statistikai adatok beszerzése a legnehezebb feladatok egyike.

Mindez azonban olyan természetesnek, magától értetődőnek tetszik, hogy szinte azt lehetne hinni, miszerint tekintélyesebb észlelők alig fognak a felhozottak ellen véteni.

[1] Felolvastatott az Erd. Természettudományi Egylet orvosi szakosztályának 1897. október 22-dikén tartott ülésén.

És ez még sincs így. Néhány példa felemlítése által leszek bátor a t. sz. előtt kimutatni, hogy még csak a közelmultban is mily jelentékeny csalódáson kellett a therapiának csupán azért átesni, mivel *a szigorú inductio útját elhagyták, mivel indokolatlanul egy tünetből általános következtetéseket vontak le és az ily módon nyert tételek bizonyításánál a statistikát nem a fentebb mondott cautelákkal alkalmazták.*

Ama régibb nézet, mely a lázat ontologikusan, mintegy külön betegséget fogta fel, már rég elhagyatott, a láz lényege felett azonban a nézetek ma sem összhangzók. Még csak az imént mondhatta egy olasz iró, hogy „sokat tudtunk meg újabban a láz okáról, annak mechanismusáról, következményeiről, tulajdonképeni lényege azonban századokon át valóságos sphinx volt és úgy látszik, az marad továbbra is. Ha csakugyan történt haladás, úgy ez abban áll, hogy ezelőtt 50 évvel némelyek azt hitték, miszerint tudják, hogy mi a láz, holott ma tudjuk, hogy ezt nem tudjuk". Mindinkább megszoktuk, hogy láz alatt egy tünetcsoportot értünk, mely fokozott hőmérsékben, az anyagcsere változásában, az idegrendszer és a beidegzés által szabályozott működések csaknem mindegyikének, mint a légzésnek, a szívműködésnek, a psychének zavarában, izomgyengeségben, számos szervnek szöveti elváltozásában áll, a nélkül, hogy ezek mindegyike mindenkor jelen volna vagy egyaránt volna kifejlődve, úgy hogy dignitásra nem vagyunk képesek ezek közül egynek a többi felett előnyt adni. A közelmultban *Virchow*, de különösen *Liebermeister* és *Jürgensen* voltak azok, kiknek vezetése alatt a fokozott hőmérséket tekintették a láz pathognomikus tünetének és innen származtattak minden veszélyt. Liebermeister pl. így nyilatkozik: „Die Gefahr des Fiebers beim Abdominaltyphus beruht . . . . . auf der deletaeren Einwirkung der hohen Temperatur auf die Gewebe stb."

Ha csakugyan a magas hőmérsék okozza mindama változásokat, melyek az organismust annyira veszélyeztetik, úgy mi sem volt természetesebb, mint az, hogy mindent el kell követni a czélból, hogy a magas hőmérséket minden áron lefokozzuk. Hiszen *Liebermeister* határozottan mondja, hogy „Wer mit der Beobachtung und Beurtheilung desselben (i. e. des Fiebers) und mit der antipyretischen Behandlung vollständig vertraut ist, darf die Prognose bei seinen Fällen um ein Bedeutendes günstiger stellen, als derjenige, welcher den neuen Fortschritten fern geblieben ist."

Igy keletkezett az annyira elterjedt és részben még ma is divó antipyretikus therapia, mely még tetszetősebbé vált az által, hogy a gyakorlatban időközben általánosan alkalmazott thermometria segítségével mindenkor pontosan sikerült kimutatni, hogy ennyi gramm chininnel, ilyen vagy amolyan fokú fürdővel ennyi egész és néhány tized fokkal sikerült a hőmérséket lenyomni, azaz az akkori felfogás szerint, a beteget fenyegető főveszélyt csökkenteni.

Mi sem természetesebb, mint hogy ilyen körülmények között az antipyretikus therapia nagy elterjedtségnek örvendett, alkalmazták azt majdnem valamennyi lázas betegségnél, a mi nem meglepő, hiszen az indicatio pontosan meg volt állapitható, a legexactabb módon, esetleg a harmadik decimalisig volt az eredmény ellenőrizhető, mi a beteg környezetére sem téveszthette el hatását és a mi talán nem egy orvosnak emelte önérzetét.

Nem maradhatott el a kedvező eredmény sem. Napnál világosabban mutatták ki a statistika segélyével, hogy hány emberrel kevesebb hal el typhusban, pneumoniában ma, mint régebben, ép úgy, mint ezt egynémely divattá vált gyógymódnál ma is tapasztalhatjuk. A kérlelhetetlen számok előtt pedig sajnos, a legtöbb orvos inkább ellentmondás nélkül meghajlik, az utolsó sorokban feltüntetett kedvező végeredményt inkább elhiszi, semhogy azokat megbizhatóságukra nézve kellő kritikával átolvasná és mérlegelné.

Mindezeknek természetes következménye volt az, hogy valóban lázasan keresték a lázellenes szereket; sikerült is ilyeneket nagy számban felfedezni, melyek segítségével a betegségnek majdnem egész tartama alatt lehetett a betegek hőmérsékét alacsony, szinte normalis fokon tartani. Most kellett volna azután az antipyretikus therapiának legfényesebb diadalát ünnepelni.

(Folytatása következik.)

Dudits Endre (1533—1589) pécsi püspök.

Egy lap az orvostudomány történetéből.

Irta *Goldzieher Vilmos* dr., egyetemi tanár.

(Folytatás.)

II.

Dudits Endre 1533. február 6-dikán Budán született mint egy Dél-Magyarországból származó régi magyar család sarja. Ezen származásáról többek közt nemesi előneve „Horahowitza" tesz tanuságot, a mely némely életrajzírója szerint állítólag „Oravitza"-val azonos. Atyja korán halt el; ennélfogva anyjára hárult nevelése, a ki a „Sbardellato"-k velenczei patricius családjából származott, a mely nemzetség Magyarországon meghonosodott, bizonyságaul azon művelődéstörténetileg is jelentős ténynek, hogy az Anjouk uralkodása óta a legélénkebb személyes és culturalis kapcsolatok állottak fenn Magyarország és Italia közt. Az anyának egyik testvére, Sbardellato Ágost, váczi püspökké és azután esztergomi érsekké lett és mint ilyen a törökök elleni egyik csatában vérét ontotta a hazáért. Ezen egyházfejedelem örködött Dudits ifjúkori nevelése felett és ő szánta korán az egyházi hivatásnak. Minthogy akkor a háború okozta ziláltság közepette rendszeres nevelés Magyarországon lehetetlenné vált, a püspök a boroszlói egyetemre küldte öcscsét, hogy ott magát a tudományokra adja és a német nyelv ismeretére tegyen szert. Itt néhány évig időzött, majd az akkori nemes emberek szokása szerint a bécsi udvarnál tette tiszteletét, azután pedig tanulmányainak folytatására a renaissance igazi hazájába, a humanismus otthonába, Italiába vette útját. Legelébb Veronában állapodott meg, a hol Polusnak, a híres biboros egyházfejedelemnek, nyerte el kiváló barátságát, a ki a Garda-tó melletti múzsaotthonában classikus tanulmányoknak szentelte magát és Veronának nemes fiatalságát maga köré csoportosította, hogy a régi irodalom szépségeibe beavassa. Innen a paduai főiskolára került, a hol *Paulus Manutius*-tól, a neves humanistától vezérelve, a görög bölcseletet és a rómaiak irodalmát tanulmányozta; a cicerói ékesszólásban annyira megszilárdult, hogy később mint zsinati szónok a legdúsabb babérokat vívhatta ki. Mennyire érezte magát Magyarország e korban a nyugati Európa tagjául, mily bensőleg forrott hozzá, midőn az művelődésileg oly hatalmasan lendült, bizonyítja azon körülmény, hogy Duditson kivül más magyar ifjak is tanultak Paduában, ezek sorában Báthory István, később Erdély fejedelme és Lengyelország királya. Azonban megemlíteni való, hogy a két ifjú közt komoly egyenetlenség támadt, mely később halálos ellenségeskedéssé fokozódott; e viszony következései nagyon is érezhetőkké váltak Duditsra nézve későbbi politikai pályája folyamán. Dudits leveleinek egyik-másik helyéből, úgy vélem, kivehetni, hogy engesztelhetetlen gyülölségük politikai felfogásukból fakadt: Dudits ugyanis családi összeköttetéseinél és nevelésénél fogva a hazának boldogulását a Habsburgokkal való egyezségben kereste, Báthory ellenben ép ez egyezségtől féltette a hon minden érdekét, javát és inkább a törökkel mint a bécsiekkel kivánt szövetkezni.[1] Padua után Dudits Itáliának többi városát látogatta meg: Rómát is, majd Polus bibornok kiséretében Párist is, a hol tanulmányait folytatta és kiváltkép a keleti nyelveknek szentelte magát. Rövid hazai utazás után megint Itáliába hajtotta őt lelke. Ezúttal Paduában a jogtudományt művelte, majd pedig Angliába kisérte Polus bibornokot, a ki 1554-ben pápai legatusként ment oda. Honába visszatérve esztergomi kanonok lett és megkapta a „budai melegforrások" prépostságát (praepositura ad superiores Thermas Budenses). 1560-ban Ferdinand király titkos tanácsossá és a dalmátországi Tinina püspökévé nevezte ki. Kiváló tudós voltát a hazában már annyira elismerték, hogy 1562-ben a magyar püspöki kar őt képviselőjeként a tridenti zsinatra küldte, melynek, mint köztudomású, azon hálátlan feladat jutott, hogy a Luther reformatiója által támadt egyházi szakadást áthidalja. A zsinaton a legfényesebb szónoki

[1] 1576-ban Crato-hoz intézett levelében Dudits Báthoryt „török bérencznek" nevezi: „nomine perfidi illius turcici mancipii;" továbbá más helyen: transsylvanum, vilissimum turcae mancipium, perfidum et impurum turcicum mancipium.

sikereket vívta ki, a jelenlevők itélete szerint; de kevesebb tetszéssel találkozott Rómában, mert úgy látszik, a protestáns eszmék leheletétől érintve, útjába állott az uralkodó áramlatnak és különösen a papi házasság valamint az úrvacsoránál a kehelyhasználat dolgában messzemenő engedményekre volt hajlandó. Rómában sikerült keresztülvinniök, hogy Duditsot visszahívják; de a király nem vonta meg tőle bizalmát és nyomban visszatérése után kinevezte *csanádi*, majd *pécsi* püspökké és mint követet a lengyel király udvarára küldte, a hol a jövendő királyválasztás ügyében jelentős politikai küldetésben járt el. Ferdinand király halála után is megtartotta utódjainak, I. Miksának és Rudolfnak bizalmát, továbbra is megmaradt lengyelországi követnek, jóllehet megtett egy lépést, melylyel egyházából kivált. Lemondott ugyanis püspökségéről és nőül vett egy elökelő lengyel nőt, ekképen tettleges bizonyságát adván, hogy a protestáns egyházhoz tartozónak érzi magát. Lengyelországi tisztjét mindaddig megtartotta, míg honfitársát, Báthory Istvánt királyul nem választották; ekkor elhagyta az országot meg az államszolgálatot és visszavonult családjának morvaországi jószágaira, majd 1579-ben Boroszlóba költözött, hogy maradékéveit kizárólag a tudomány szolgálatába szegödtesse.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Szünidei orvosi cursus. Az V. szünidei orvosi cursus végrehajtó bizottsága a f. é. október hó 28-dikán tartott előadói közgyülésen számolt be müködéséről. Jelen voltak: Ángyán Béla, Böke Gyula, Csapodi István, Dollinger Gyula, Erős Gyula, Elischer Gyula, Goldzieher Vilmos, Grósz Emil, Irsai Arthur, Lichtenberg Kornél, Schwarcz Arthur.

A cursust f. é. szeptember hó 6—19-dikéig tartották meg, a résztvevők száma 51, az előadóké 57 volt, kik 61 collegiumot hirdettek.

A résztvevők száma az első cursuson 118, a másodikon 59, a harmadikon 34, a negyediken 99 volt. Az 51 résztvevő à 30 frt: 1530 frtot fizetett, a kiadások 477 frtot tettek ki s 1033 frtot az előadók kaptak hallgatóik s a hirdetett órák száma szerint. Ezen kulcs szerint volt előadó, ki *6 óráért 2 frt 90 krt kapott*, a maximum pedig 8 óráért 76 frtot tett ki.

A közgyülés a jelentéseket tudomásul vette és a végrehajtó bizottságnak: *Böke Gyula* elnöknek, *Elischer Gyula* alelnöknek és *Csapodi István* titkárnak a felmentést megadta, de a választásokat Ángyán Béla indítványára tekintettel a megjelentek csekély számára elhalasztották. A folytatólagos közgyülést f. é. november hó 11-dikén tartották meg. Jelen voltak: Bókay János, Böke Gyula, Baumgarten Egmont, Csapodi István, Dollinger Gyula, Erős Gyula, Goldzieher Vilmos, Grósz Emil, Haberern J. Pál, Hirschler Ágoston, Havas Adolf, Irsay Arthur, Korányi Sándor, Liebmann Mór, Lichtenberg Kornél, Schaffer Károly, Terray Pál.

A VI. szünidei cursus elnökének *Bókay Jánost* egyhangúlag, alelnökének *Goldzieher Vilmost* szótöbbséggel, titkárnak *Schaffer Károlyt* egyhangúlag választották meg. A végrehajtó bizottság tagjai lettek túlnyomó többséggel: Böke Gyula, Csapodi István, Dollinger Gyula, Erős Gyula és Elischer Gyula

A szünidei cursusok fenmaradása és erősbödése nagyon kivánatos. A vizsgáló módszerek szaporodása, a therapia újabb iránya nagyon is szükségessé teszi, hogy a gyakorló orvosoknak alkalmuk legyen ezek elsajátítására; úgy látszik azonban, hogy a cursusok a jelenlegi nehéz megélhetési viszonyok között csak úgy lesznek nagyobbszámú orvos számára hozzáférhetők, ha, mint azt egy izben *Dollinger Gyula* mint titkár részletesen kifejtette, sikerülni fog a hatóságoktól, a vállalatoktól és társulatoktól orvosaik számára segítséget kieszközölni. Ugyancsak az ügy hasznára lenne, ha az előadók *megfelelő* honorálására állami subventiót sikerülne kieszközölni. Hogy a cursus újonnan választott ügybuzgó elnökének e feltételek megszerzése sikerüljön, szívből óhajtjuk. *G. E.*

***

A „Semmelweis-Emlékalap" gyüjtésének X. kimutatása. 1897. november 15-dikén Elischer Gyula ivén: Ujfalussy J.-né 5, Beöthy J. dr. 5, Coser J. 10; az egyetemi I. szülészeti és nőbeteg-klinika gyüjtése 55; Egyesült fővárosi takarékpénztár 25; Budapesti Hirlap útján: az I. szülészeti és nőbeteg klinika 96.70; Általános biztosító intézet 50; Elischer Gyula útján: Kulenkampf dr. Bréma 5.80; Pinard tnr. útján: a Baudelocque klinika Páris = 190; az első szülészeti klinika 99; Posewitz dr. 40; Kézmárszky T. dr. 23; Budapesti Hirlap 2; Lindner S. dr. VIII. gyüjtése 4; *Egy ismeretlen nő 500 frt*; Elischer dr. *„Tarokregeln"*. (I. elszámolás) 106 frt 50; összesen 1117 frt. Az I—IX. kimutatás összege *14,188.57*. *Főösszeg = 15,305 forint 57 kr.* Elischer Gyula dr., mint a Semmelweis-Emlék v. b. pénztárosa, IV., Petőfi-tér 1.

Vegyesek.

Budapest, 1897. november 19-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. október 31-től 1897. november 6-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 418 gyermek, elhalt 207 személy, a születések tehát 211 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob 3, hökhurut 3, kanyaró 1, vörheny 1, himlő —, typhus abdominalis 8, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 7, agyvérömleny 8, rángások 5, szervi szívbaj 16, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 29, tüdőgümő és sorvadás 37, bélhurut és béllob 18, carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák 1, Bright-kór és veselob 5, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 15, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 14, erőszakos haláleset 10. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2067 beteg, szaporodás 762, csökkenés 689, maradt e hét végén ápolás alatt 2140. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1897. november 5-dikétől november 12-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 21 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben 2, bárányhimlőben 59 (meghalt —), vörhenyben 11 (meghalt 2), kanyaróban 36 (meghalt 1), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 20 (meghalt 4), trachomában 10, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 11 (meghalt 1), orbánczban 26 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1 (meghalt —).

— **A IX. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus** 1898. április 10—18-dikáig fogja tartani üléseit *Madridban*. A madridi végrehajtó bizottság felkérésére *Müller Kálmán* tnr. f. hó 15-dikére értekezletet hivott össze, melyen magyar nemzeti bizottságot alakítottak. Ennek elnökéül *Pertik Ottó* egyetemi tanárt, titkáraiul pedig *Nékám Lajos* és *Grósz Emil* dr.-okat választották meg.

— **A budapesti általános poliklinikán** október hó folyamán 1807 új beteg fordult meg 9143 rendeléssel, laboratoriumi vizsgálat 46 esetben történt.

△ **A szülészeti poliklinikum** segélyét október hó folyamán 153 esetben vették igénybe; műtétet 93 esetben vettek igénybe; az éjjeli látogatások száma 215 volt.

△ **A budapesti Császár-fürdőben** 1897. január 1-től október 31-dikéig 1106 személy lakott és 342,406 személy fürdött.

—r. **Szontagh Miklós** dr., kir. tanácsos Ujtátráról Abbaziába utazott s orvosi gyakorlatát ott újból felvette.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Szt.-Lukács-fürdő téli és nyári **gyógyhely.** **Nagy kénes iszapfürdő**; iszapborogatás, douche-massage, kö- és kádfürdő, rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. Lakás és teljes ellátás hetenként 25 frt. (közepes ár). Prospektust küld az igazgatóság **Budapesten.**

Október 15-ike óta ismét megkezdtem orvosi működésemet
ARCOBAN (klimatikus téli állomás Déltirolban).
Dr. WOLLENSACK
Arcoi fürdőorvos 1888. óta.

Abbazia
Tengeri klimája javalva van a légzőszervek idült hurutainál, kezdődő tüdővésznél, szívbajoknál, neurastheniánál, szegénvvérűségnél és súlyos betegségek utáni üdülésnél.
Fürdőorvos:
Dr. Szontagh Miklós
kir. tanácsos.

JODOL
N. B. Szab. 53130.
Ajánlják az első orvosi tekintélyek.
A Jodoform legjobb pótszere — szagtalan és nem mérges. Kiválóan előnyösnek bizonyult a **sebészet-, nőgyógyászat-** és **bőrgyógyászatban,** kivált minden **bujakóros bántalomban,** a **szemészetben** és a **rhinolaryngologikus gyakorlatban,** névszerint **tuberkulotikus gégefekélyeknél.**
Egyedüli gyártók
Kalle & Co., Biebrich a. Rh.
Eredeti elcsomagolásban rendelhető minden gyógyszerüzletben és gyógyszertárban.

Negyvenegyedik évfolyam. 48. szám. *Budapest, 1897. november 28.*

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 szt. Rókus-kórház V. orvosi osztályából (Róna Sámuel egyet. m. tanár).

Periproctitis gonorrhoica.

Huber Alfréd dr. kórházi gyakornoktól.

A diagnostizált végbélkankónak esetei nem tartoznak ma már a ritkaságok közé. Míg ezelőtt csak még néhány évvel Neisser, Bum, Frisch, Staub, Neuberger, Nobel, 1—5 eset kapcsán referálnak a végbélnek kankós megbetegedéséről, addig az újabb időben Baer a gonorrhoea rectinek sokatmondó statistikájával lép már az orvosi világ elé. Baer 191 gonorrhoeás nő közül 67-nél talált egyszersmind végbélkankót is, tehát az eseteknek 35·1%-ában. Ha nem is statistikával, de legalább is elég nagyszámú esettel rendelkezik a mi osztályunk is.

A rectal gonorrhoeának ezidőszerinti gyakori észlelését első sorban azon körülményre kell visszavezetnünk, hogy nem indulunk ma már csupán a gonorrhoeában szenvedő beteg panaszai után, hanem egyenesen *keressük* a gonorrhoeát a végbélben, kiindulván azon már számos esetben bebizonyított tényből, *hogy a végbélkankónak főleg subacut, de gyakran acut alakja is nem idéz elő semmiféle kisérő tünetet vagy legfeljebb csak oly csekélyfokú tünetekkel (viszketés, stb.) jár, melyeket a gonorrhoeás beteg nem hoz végbelének megbetegedésével kapcsolatba.*

Azon arányban, a mint a rectal gonorrhoea esetei szaporodnak, szaporodnak azon complicatiók is, melyek a végbélnek kankós lobjával hozhatók összefüggésbe.

Ez alkalommal három periproctitissel complicált rectal-gonorrhoea esetéről számolok be, melyek egyikét Róna dr. észlelte és mutatta be a közkórházi orvostársulatnak 1895-dik évi január 23-dikán tartott II. bemutató szakülésén; a többi két esetet Róna dr. osztályán nekem is volt szerencsém észlelni.

1. *N. E.* puella publica. 1894. november 6-dikán vétetett fel az osztályra. Status praesens: Urethro-cystitis, endo-cervicitis, tubaris és ovarialis lobos tumor. Méhszájon kis erosio. A húgycsőnek és cervixnek váladékában nagymennyiségű gonococcus; a vagina váladéka gonococcus mentes.

Deczember 3-dikán a vizsgálatnál egy magától felfakadt abscessus találtatott a bal segpofán, mely a havi vérzés hetében támadt és titkoltatott. A tályogba vezetett kutató fürmenetbe jut, mely a végbél faláig halad. Felébredvén a gonorrhoea recti gyanuja, ez irányban eszközöltetett vizsgálat, a midőn a végbélnyílásból nyomásra genynek kiszivárgása volt tapasztalható. A váladékban genysejtek voltak találhatók és részben ezekbe ágyazva, részben szabadon nagy mennyiségű gonococcus volt jelen. A másnap eszközölt tükörvizsgálat által Róna dr. a sphincter ani kifoszlását, berepedését és a nyálkahártyának 5—6 cm. magasságig sötétvörös elszinezödését és duzzadását észlelte; a végbélnek bal falán mintegy borsónyi vérző hely volt látható. A beteg ugyanekkor kikérdeztetvén előadja, hogy körülbelül egy hó óta van gyakori fájdalmas székingere kinzó tenesmussal.

2. *W. E.* puella publica. 1896. deczember 1-jén vétetett fel az osztályra. Status praesens: Ulcus venereum orificii urethrae. Urethritis. Papillomata introitus vaginae. Heg a bal Bartholini-mirigy helyén. Cervicitis. Papillomata circa anum. Psoriasis mammarum atypica. Herpes labialis. Tonsillitis hypertrophica lateris utriusque. Sycosis alae nasi. A végbélnyilás mellett jobboldalt sipolyszerű behúzódás. Az urethra, cervix és rectumnak genyes váladékában számos gonococcust találtam, részint többmagvú leukocytákba ágyazva, részint szabadon. A felvétel napján nem volt a sipolyból geny kinyomható. A sipoly egy 2 hónappal azelőtt keletkezett végbélnyilás körüli duzzanat feltöréséből eredt.

1896. deczember 23-dikán. A sipoly nyilásából nyomásra egy csepp sárgás-fehér geny ürült. *A sipoly váladékában* számos polynuclearis leukocytát *és kizárólag csak gonococcusokat találtam, részint genysejtekbe ágyazva, részint szabadon.*

1897. január 19-én. Az 5 cm. hosszú incomplet fistula completté tétetik. Operatio előtt és után beteg teljesen láztalan.

1897. február 13-dikán. Csekély reggeli és esti hőemelkedés, melyet időközben fellépett nagyfokú tonsillitis follicularis idéz elő.

Az urethrából, cervixből, uterusból és rectumból, néhány napi időközökben vett váladékban, egymásután négy izben, negativ lévén a gonococcus-lelet és minthogy az operált sipoly is teljesen begyógyult, beteg 1897. február 26-dikán gyógyultan hagyta el a kórházat.

3. *K. M.* puella publica. Felvétetett 1897. január 6-dikán. Status praesens: Urethritis. Hüvelybemenetben baloldalt körömnyi erodálfelület. A hüvely nyálkahártyája sötétvörös, duzzadt, kölesnyi szemcsékkel fedett. Vaginitis. Proctitis. A sphincterredők erodáltak. A végbélnyilás mellett jobboldalt diónyi tömött és fájdalmas duzzanat tapintható. Az urethra, vagina és *rectum váladékában többmagú leukocytákat és gonococcusokat találtam*, utóbbiakat részben szabadon, részben leukocytákba ágyazva.

1897. február 24-dikén. A végbél melletti duzzanat fölött terjedelmesebb fluctuatio lévén tapintható, a tályog megnyittatik. *A tályog genyes váladékában többmagú leukocytákat és gonococcusokat találtam*, utóbbiakat részben szabadon, részben genysejtekbe ágyazva. Január 27. és 28-dikán este csekély hőemelkedés (38° C.), különben a kórházban egész tartózkodása alatt állandóan láztalan.

A beteget már mint reconvalescenset, rákoneztatlankodás miatt a tolonczkórházba tették át.

Az előzőkben röviden előadottak szerint eddig három *periproctitissel complicált gonorrhoea recti* esetével találkoztunk.

Legyen szabad e három eset kapcsán a végbélkankó szövődményeit és az ezek kapcsán fellépő consecutiv elváltozásokat kritikailag méltatnom.

Tudjuk, hogy a végbélnek kankója csakolyan specifikus nyálkahártyamegbetegedés, mint az urethral-gonorrhoea. De nemcsak abban közös a rectum és urethra gonorrhoeája, hogy mindkettőt a gonococcus idézi elő, hanem abban is, hogy mindkét helyen hasonló kóros folyamatot provocál a Neisser-féle diplococcus. Legfontosabb azonban úgy a rectal, mint az urethral gonorrhoea között létező hasonló folyamatnál ama tulajdonság, melynél fogva a rectal gonorrhoeának nemcsak rendes alakja, de ennek complicatiói is teljesen analog folyamatokat képviselnek, mint a mely folyamatokat már eddig is az urethra kankójánál nem egy esetben észleltük. *Tehát röviden összegezve, a végbélkankó rendes lefolyásában és complicatióival együtt teljesen úgy fogandó fel, mint a hogyan ezt eddig a húgycső-gonorrhoeának rendes alakjára és ennek complicatióira nézve tanultuk.*

Valamint a húgycső, úgy a végbél kankójánál is látjuk, hogy a folyamat esetenként nemcsak a nyálkahártya legfelületesebb rétegeiben székel, hanem tendentiával bir arra, hogy a mélybe is terjedjen. Hogy ez tényleg így van, az kitünik nemcsak Frischnek szövettani készitményeiből, melyeket ő kankós beteg végbélnyálkahártyájából és ugyanezen egyén elhalása után a végbélnek egész falzatából metszett, de kitünik az általam elősorolt kórtörténetekből is, a hol górcsövileg is látjuk bizonyitékát annak, hogy a rectal gonorrhoea folyamán fellépett *periproctitis* a gonorrhoeás virus mélybe terjedésének következménye, mert a complicatióként képződött

abscessusnak és fistulának genyes váladékában megtaláltam a Neisser-féle specifikus mikrobát.

A kankós folyamat azonban a végbélben, ép úgy mint a húgycsőben is többnyire a felületen zajlik le és csak a mirigyképletekre terjed át. Tudjuk, hogy a pars anterior urethraebe nyiló mirigyek praedilectionális helyei a húgycsőkankónak. A kankós inger következtében létrejön a nagy mennyiségű leukocyta kivándorlásában nyilvánuló folliculitis és ha a gyuladás a mirigykörüli kötőszövetre is átterjed, létrejön a perifolliculitis vagy periurethritis.

Szükségesnek tartottam ezt előrebocsátani, mivel mai tudomásunk szerint a rectumban lefolyó gonorrhoeát ezen fenn vázolt folliculitis és perifolliculitissel teljesen analog folyamatnak kell tartanunk.

A mint Frisch vizsgálataiból tudjuk, a rectum kankójánál is a Lieberkühn-féle mirigyek részt vesznek a gonorrhoeás folyamatban, *tehát folliculitis* itt is van jelen; ha most a kankós lob átterjed a mirigykörüli kötőszövetre, akkor épen úgy mint azt a húgycsőkankónál láttuk, *létrejön itt is a perifolliculitis.* Ily világításban a végbélkankót, a húgycsőkankóval való általam vázolt teljes rokonságánál fogva, már mint előttünk ismeretes kórfolyamatot látjuk és most meg fogjuk érteni a periproctitis létrejövését is a végbélkankó folyamán.

Ha a végbélkankónál jelen levő genyes beszűrődés a mirigyek körüli kötőszövetben felszaporodik, tályoggá alakul át és mint azt Frisch vizsgálataiból tudjuk, a már praeformált kötőszöveti hézagokon át ezen tályogok be- vagy kifelé vagy ki- és befelé törhetnek. *Ezen tályogok tehát épúgy mint a periurethralis tályogok, a Jadassohn-féle pseudoabscessusok gyanánt fogandók fel,* melyek kankós genyretentio útján keletkeztek; *valószinű a górcsői lelet alapján, hogy e tályogok csak mint a végbél kankójához szegődő complicatiók, nem pedig mint más pathogen coccusok okozta társ-infectiók fogandók fel;* nincs azonban természetesen kizárva, hogy ily abscessusokat esetleg más pathogen coccusok is létesitsenek.

A gonorrhoea recti kapcsán képződő fistulákról nem szükséges bővebben megemlékeznem, mert azoknak képződése a lefelé süllyedt és kifelé tört vagy megnyitott abscessusokból épen úgy történik, mint bármely más sipoly keletkezése.

A végbélkankó folyamán fellépő periproctitis az eredeti kórfolyamatnak heveny vagy félheveny volta mellett szól.

A végbélkankónak az urethra gonorrhoeás folyamatával való analogiájából kiindulva *valószinű, miszerint épen ezen perifolliculitis jellegével biró kankós infiltratumok azok, melyek hosszabb fennállás után a rectum üterének nagyobbfokú stricturálásához vezetnek.*

A mi a végbélkankónál elég gyakran leirt fekélyeket illeti, ezeknek úgy hiszem távolról sincs annyi közük a kankóhoz, mint a hogyan azt eddig hangoztatják, nem pedig azért, mert:

1. Az urethra gonorrhoeájánál, melyhez a rectalgonorrhoeát is teljesen analognak declaráltuk, a fekélyek észlelése csak a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

2. Mert Róna dr. kankós végbéllobban szenvedő hét egyénnek tükrözésénél eddig egy esetben sem talált fekélyeket.

Az előadottakat röviden összegezve a következő conclusióra jutunk:

1. *A végbélkankó aránylag igen gyakori és specifikus nyálkahártyamegbetegedés, mely az urethra kankós megbetegedésével teljesen analog folyamatot representál.*

2. *A végbélkankó* a Lieberkühn-mirigyekben és ezek körül is székelhet és ekkor a végbéli perifolliculitis *az urethra perifolliculitisével hasonló folyamatnak fogandó fel.*

3. *A végbélkankó folyamán fellépő periproctitiseket a legtöbb esetben szoros értelemben vett complicatióknak, nem pedig társinfectióknak kell tartanunk;* ez nem zárja azonban ki azt, hogy esetenként a kankóra nézve nem specifikus mikroorganismusok ne létesitsenek hasonló folyamatokat.

4. *A végbélkankóhoz szegődő abscessusok egy része teljesen úgy fogandó fel, mint azon Jadassohn-féle pseudoabscessusok, melyeket a periurethralis kötőszövetben, a prostatában és a Bartholini-mirigyekben észlelünk.*

5. *Igen fontosnak tartom a rectal-gonorrhoea folyamán fellépő folliculitist és perifolliculitist a betegség prognosisára nézve, mert valószinű, miszerint épen ezen esetek vezetnek a rectumnak nagyfokú stricturálásához.*

6. *A végbélkankó lefolyásában épen oly ritka a fekélyképződés a nyálkahártya felületén, mint a mily ritkán észleljük azt a húgycső kankójánál.*

Kimutatás Laufenauer tanár elme- és idegkórtani klinikájának 1896. évi ambulans beteganyagáról.

Észrevételek a körzeti facialis-bénulás egyes alakjairól.

Moór Emil dr.-tól.

Az elmult évben 2105 új beteg keresett orvoslást a magyar tud.-egyetem elme- és idegkórtani klinikájának ambulatoriumán, 394 beteggel több, mint az előző évben, s összehasonlitva az utóbbi 8 év beteganyagával látható, hogy

1889-ben	506
1890-ben	217
1891-ben	344
1892-ben	43
1893-ban	173
1894-ben	160
1895-ben	272
végre 1896-ban	394 idegbeteggel több jelentkezett, mint a megelőző évben.

Nem czélja e kimutatásnak, hogy rövid keretében rámutasson amaz okokra, melyek a jelen századot, különösen mondhatni ennek utolsó negyedét alkalmassá teszik, hogy az idegesség százada néven jelöltessék, csak meg akarom említeni, a statistika kedveért, hogy hazánk ezeréves fennállásának vidékről felrándult ünneplői szintén hozzájárultak az említett szaporulathoz.

Egyes kóresetek szerint részletezve: a functionalis idegbajok 512 hysteria- és 354 neurastheniával vannak képviselve; amazok főtömegénél anaemia szolgál kórokul, ezeknél főleg a kifejlődés és nemi élettel függ össze a megjelenés; súlyos, kényszerképzetekkel járó alak kisebb számban fordult elő. 146 epilepsia, 134 tabes dorsalis, 147 paralysis progressiva, beleszámitva a gerinczagyból felfelé terjedő hűdéses elmezavar eseteket is, a tabo-paralysist; 98 esetben észleltettek az agy és burkainak elváltozásai, mely csoportban főleg a vérömlenyek okozta hűdések szerepelnek mint klinikai tünetek, 94 neuralgia, főleg a trigeminust uralók, 91 toxikus bántalom, kivált az alkohol által előidézve, kisebb számban ólomintoxicatiók, egy esetben a foglalkozás előidézte idült mercurialismus. A cephalalgiák két fajtája 81 esettel van képviselve, a habitualis fejfájások és a meghűlést okul mondottak, a többiek részben más bántalmak tünetei, részben aetiologiai momentumaik szerint osztályozva. 67 psychosis, 57 lues systemat. nervos., legtöbbnyire a luesnek az idegrendszeren kivül is meglevő manifest tüneteivel, 57 peripherikus hűdés; a gerinczvelő organikus megbetegedése 35-ször fordult elő, nem értve ide a hátsó kötegek szürke elfajulását; a tic és dadogás 33, chorea 31, rheumatikus bántalom 28, paralysis agitans 13, tetania 1 esetben; más rendelésre utasíttatott 116 beteg.

***

A mult évi ambulans betegek között a körzeti bénulások tetemes részét az arczidegen levő hűdések képezik és az aetiologiai momentumokban majdnem mindig megtalálható a locus communis: a meghűlés. Igaz, hogy az időváltozással járó külbehatások szerepelhetnek betegségek keletkezésénél, sőt a beteg concret esetben rámutat a körülményekre, melyek között baját szerezte, a légvonatra, mely után betegsége jelentkezett, csakhogy a kapocs a meghűlés és a betegség helyi fellépése között hiányzik: a locus minoris resistentiae csak fogalom, mely a tényt nem magyarázza. A legtöbb arczhűdéses betegnél észleltem bizonyos degenerativ jeleket s a következő két eset időbeli lefolyásának különbségére, valamint az előzményi adatok közel egyezésére figyelmet érdemel.

Z. A., 20 éves, hajadon nőbeteg, 1896. szeptember 1-én vette észre, hogy arczának jobb fele bénulva van, étel megrágásánál, ital ivásánál ezeket nem tudja jól szájában tartani, gyakran kicsurognak; bármennyire is izzad a bal arczfél, a jobb száraz marad; jobb szemében néha ½ óráig tartó könycsurgása van. Utóbbi néhány évben már többször volt ilyen baja, de 4—5 nap mulva önként eltünt. Családtagjai közül anyja kezelésünkre jár (hysteria), utóbb egy nővérét szintén gyógykezeltük. (Hysteria ex anaemia.)

Objectiv vizsgálat: Lenőtt, aláfelé hirtelen keskenyedő fülek, apró, hézagos, kékes-fehér fogak, mint a degeneratio külső jelei. Kék sclerák. Középtág, jól reagáló láták. Behunyt szemmel élénk pillarezgés. Összes reflexek fokozódottak. Jobb facialis területén teljes bénulás; ezen oldali arczfél kifejezéstelen, homlokredők elmosódottak, jobb szemrés tágabb, innen bő könycsurgás (a vizsgálat alatt), jobb sulcus-naso-labialis elsimult, jobb szájzug lecsüng. Homlokránczolásnál, nevetésnél, fogak mutogatásánál jobboldal visszamarad, ezen oldali szem zárásnál tökéletlenül csukódik, mialatt a bulbus felfelé fordul, úgy hogy a pupillát a felső szemhéj eltakarja. Uvula középen van, szájpadivek egyforma magasak, phonatiónál egyenlően emelkednek. Izlési vizsgálatnál nyelvének mellső jobboldalán a keserűt édesnek jelzi. Hyperacusis nincsen. Bőrérzés rendben.

A symptomák szerint localizálva a hűdést, ez a foramen stylomast.-on belül van, a chorda tympani elágazódásán túl, a nervus stapedeus-on innen, mint ezt az ízeltérés jelenléte s az acusticus hyperaesthesia hiánya mellett ezen oldali arczizmok működésképtelensége mutatja. Az idegnek direct villamos ingerlékenysége csökkent, az izomé a 2-dik hét végén emelkedett, továbbá az *A Z R* nagyobb volt, mint a *K Z R*, az összehúzódások renyhébbek. Ezek szerint prognosis tekintetében a hűdést az Erb-féle középalaknak lehet tartani.

Beteg bajának rheumatikus eredetét említvén, megjelenésekor 3 napon át este félórai időközökben ½ gm.-os natrium salicyl.-ot kapott, majd naponként váltogatva faradikus-galvanikus árammal peripherice kezeltetett. A hűdés nem javult. November végén beteg fejfájásról, szédülésről panaszkodik; havi baja rendetlenül jelentkezik, tagjaiban fáradtságot érez, legkisebb testi munka kimeríti, szórakozott, feledékeny, könnyen indulatba jön, labilis kedélyhangulata van. Körülményesebben kikérdezve szédüléseiről, azokat ájulásoknak mondja, mikor néhány pillanatra eszméletét elveszti. Nyákhártyák halványak, ovarialis táj nyomásra fájdalmas; villamos vizsgálatnál elfajulási reactio, különben a szeptemberi status. Beteg belsőleg vasarsen-syrupot kap, hypnotikus kezelés alá jön, hypnosis alatt fictiv massage a bénult arczfélen delejjel másodnaponként, közbenső napokon galvanikus kezelés. Négy heti ily kezelés mellett az eddig makacsnak mutatkozó hűdés javulni kezd: homlokát tökéletlenül ránczolja, jobb szemét körülbelül 3 mm. rés hátrahagyásával zárja, fogak mutogatásánál jobb szájzúg teljesen visszamarad; fejfájásai, szédülései elmaradtak. Hysteriás panaszai elmultával hypnosis abbanmaradt, s csak villanyos therapiára járt ambulantiánkra. F. év február hóban ismét előtérbe léptek deczemberi panaszai, a hűdés javulása nem halad előre, mire ismét vasarsen-szörpöt szed a villanyozás folytatása mellett. Gyógyszerét márcziusig veszi s e hónap végén a hysteriás panaszok tökéletesen megszüntek, a facialis hűdés pedig a középső ág gyengébb innervatiójáig visszafejlődött.

W. R., 20 éves, hajadon. 1896. november 26-dikán jött ambulantiánkra. Három nap előtt vette észre, hogy szája bal felé húzódik. Két napja, hogy jobb szemét zárni nem tudja tökéletesen, mig bal szemhéjai időnként becsukódnak, úgy érzi, mintha e szeme ugrálna. Igaz, hogy már két héttel ezelőtt is érzett fültövénél szaggató fájdalmakat, de csak most tulajdonít ennek jelentőséget. Hűdése óta száját leforrázottnak, zsibbadtnak érzi, hangot jobboldalt fátyolozottabban hall. Már hosszabb idő óta sokat szenved fejfájásban, kezeiben zsibbadási érzései vannak, gyakran szédül, émelygések bántják, fojtó, szorító érzése van torkában. Havi baja rendesen jelentkezik, nagy fájdalommal jár, sok vért veszít. Családja több tagja fejfájós, egy nővére hysteria diagnosissal ambulantiánkon járt.

Objectiv vizsgálat: Asymmetrikus koponya és arcz, mintha a jobb fél fejlődésben kissé visszamaradt volna, occipitalis lépcsőzet, lenőtt fülek, hézagos, tejfehér fogak. Középtág, szabályos, egyenlő, jól reagáló pupillák. Behunyt szemmel biztosan áll, jobb szemen kisfokú lagophthalmus, balon élénk pillarezgés. Szemmozgások szabadok. Jobb facialis közös törzse nyomásra fájdalmas. Jobboldali homlokredők elsimultak, ezen oldali szemrés erősen tágult, a sulcus-naso-labialis elmosódott, szájzúg itt lecsüngőnek tetszik, az egész arcz jobb fele kifejezéstelen, mimikai mozgása megszünt. Igen élénk térdtünetek, valamint élénken fokozottak a felső végtagok in- és izomreflexei. Csontvezetés jobb fül felé erősebb. Jobboldali parotistájékon, valamint az alsó ajktól a mandibula széléig hyperaesthesia és hyperalgesia. Izeltérés, a mennyiben az édeset keserűnek jelzi az egész nyelv jobb felén.

Az arczizmok hűdése, a subjective panaszolt szárazság, ízlési zavarok, a csontvezetés erősbülése a jobboldal felé, a garatvitorla prompt működése megjelölik a hűdés határának helyét, mely a nerv. communic. c. plex. tymp. és nerv. petros. superf. m. között van, tehát a gangl. gen. előtt. A villanyos vizsgálat az idegek és izmok változatlan elektromos ingerlékenységét mutatá.

Két facialis bénulás; mindkét beteg terhelt családilag: a család egyes tagjainál ambulantiánkon kórismézetett a hysteria. Mindkettőnél külső degenerativ jelek vannak. Az egyiknél kezelés közben, a másiknál jelentkezése alkalmából kórismézetett a hysteria. Z. gyógyulási időtartama 7 hónap, W. facialis hűdése 5 hét alatt visszafejlődött, ámbár az affectio nagyobb területre terjedt, mint az előbbinél. A következők kedveért ki akarom még emelni, hogy Z. gyógylefolyása alatt mintegy két gyógyulási hullámot vettem észre, mely azon időre esett, midőn tonizálólag és suggestive lett kezelve négy-négy heti tartam alatt.

A peripherikus facialis bénulások legtöbbje ex frigore keletkezetteknek mondatik, kisebb számban szerepelnek a dobűr és környékének bántalmai, az infectiosus betegségek, trauma, intra partum keletkezés, köszvény, diabetes. Ha könnyen megmagyarázható is a dobűr bántalmainál a canalis Fallopiae szomszédsága miatt az átterjedés; trauma után és a szintén ide sorolható intra partum származóknál, hogy a direct behatás folytán áll elő; infectiosus betegségeknél természetesnek látszik, hogy a termelt toxinok egy területre localizálódnak (mint némely méregnél, pl. az ólomnál is localizálódik a hűdés); a köszvény, diabetesnél a diathesis következtében lépett fel a facialis bénulás: az ex frigore eredet még nagyon homályosnak tetszik. Mert épen nincs kellőleg támogatva, hogy a hideg, sőt közelebb szemlélve, a légáram az idegben neuritist, s így bénulást idézne elő, de ott, hol más aetiologiai momentum hiányzik, ezt a beteg kimondásán alapuló rheumatikus megfejtést, illetve a légvonat behatását, kell elfogadnunk. Valószínűleg az ex frigore eredet mögött különféle kórok árnyban marad. Eseteinkben is a két beteg légvonatot említ bajának okául, sőt pontosan megjelöli az időt és helyet, hol ennek ki volt téve; de természetes, hogy az ügyei után járó ember mindenféle légbeli változásnak ki van téve s ha valami éri, oknyomozólag könnyen kikap ezekből egyet, ellenkező esetben ügyet sem vett rájuk. Mindkét beteg hysterica, vajjon nevezhető-e paralysisük functionalisnak?

A hysteriás hűdések a vitának pro és contra maig is hálás terét képezik; már maga az elnevezés sem fejezi ki teljesen a functionalis lényeget, hiszen hystericánál organikus bénulás is lehet jelen. A német szerzők psychikus okokat említenek a hysteriás hűdések pathogenesisében; az izmokat beidegző impulsus hiányoznék és csak az akadályozási impulsus volna meg. Strümpell szerint „die hysterischen Lähmungen entstehen dadurch, dass die Übertragung des Willens einer Bewegung auf das somatische centrale motorische Centrum (die motorische Rindencentren) gestört ist.“ Charcot szerint, tekintettel a paralysist kisérő sensibilis zavarok kiterjedésére és intensitására, a feltételezett dynamikus vagy functionalis laesio nemcsak a motorikus kéregzonára, hanem a parietalis lebeny szomszédos részleteire is kiterjed. Kisérletileg bizonyítja, hogy ártatlan traumatikus behatásokra rögtönösen keletkezhetnek hystericáknál hűdések. Hypnosisban egy hysterica vállára ütött, természetesen gyengéden, a beteg összerezzent, majd elmondta, hogy karját zsibbadtnak, elhaltnak érzi: a vizsgálat hűdést constatált. Szerinte a localis shock autosuggestio útján a nehézség, elhaltság érzetét kelti a paralysisbe menő területen; a mozgási képtelenség érzése akadályozólag hat a corticalis motorikus centrumra s így a mozgás ki nem vihető. „Dans l'un et l'autre cas en effet, la spontanéité psychique, la volonté, le jugement etant plus ou moins deprimés ou obnubilés, les suggestions sont faciles; aussi la plus légère action traumatique, par exemple, portant sur un membre, peut-elle devenir alors l'occasion d'une paralysie, d'une contracture ou d'une arthralgie.“ Löwenfeld szerint a hysteriás hűdések azon esetei, melyek hysteriás convulsiókhoz csatlakoznak, nem autosuggestio eredményei, hanem valószínűleg hasonlóan jönnek létre, mint a Jackson és genuin epilepsiához csatlakozó postparoxysmalis paralysisek. Angliában még nem hódított tért ez a psychikus eredet. Bastian vasomotorikus göresöt tart közvetlen oknak, illetve a nem elegendő mennyiségben odavezetett vér hoz létre bizonyos táplálkozási zavarokat.

A kérdés csak része az anyabetegség megfejtésének: bizonyos, hogy a közvetett kórnemző ok, a hysteria, termékeny táptalajul szolgál úgy psychikus traumáknak, mint organikus megbetegedéseknek; hogy ha bizonyos vérelválto-

*

zásokkal van az alapbaj párosulva, ennek javulásával maga a szövődmény is javul vagy gyógyul: de nem vagyunk feljogosítva a posteriori functionalisnak tartani ezen eseteket, mert hiszen az általános táplálkozás javulása a helybelit is javítja.

Visszatérve a két leirt facialis hűdésre, mindkét betegnél megvolt a suggestibilitas megfelelő foka az autosuggestióra; alapul szolgált ennek a táplálkozási zavar, mely mindkettőnél jelen volt: a légvonat közbenjárásával meg volt vetve az alap a functionalis baj kifejlődésére, de keletkezhetett ez egyéneknél organikus betegség is. Z. említ ezen baját megelőző hűdéseket, melyek hysteriásoknak látszanak, de hogy a tárgyalt szintén functionalis, amazok nem bizonyítják; mindkét beteg javulása roborans kezelésre gyors mérveket öltött, de ez a fentebb mondottak szerint természetes; a suggestiv kezelés hatását illetőleg pedig ellenérvül felemlíthető, hogy némely facialis hűdés minden beavatkozás nélkül is bizonyos időtartam után visszafejlődik. A két eset lefolyásának időkülönbsége e tekintetben nem szolgál felvilágosítással. Összevetve az előbbiekkel, nem találok elegendő támpontot arra, hogy a két facialis paralysist functionalisnak nevezzem, de helyes útmutatást arra, hogy localis betegség az általános testi állapot szemüvegén keresztül nézendő, hogy a therapia ezen szempont figyelembe vételével indittassék meg. Specialisan pedig a facialis hűdésre, hogy bizonyos neuropathikus terheltség észlelhető a legtöbb állitólag meghűlés folytán keletkezett facialis paralysisnél.

Mint minden associatiónál, annál finomabb munkát végez az agy, mennél több társító roston megy keresztül a gondolat: a diagnosis felállításánál is az összes körülmények tekintetbe vételével, a legcsekélyebb mozzanatnak figyelemmel való kisérésével apró mozaikokból alkottatik meg a kórkép, de a mi még fontosabb a betegre nézve, biztos alapot nyer az orvos a baj elhárítására, a gyógykezelésre.

Az Eustach-kürt atresiája.[1]

Falta Marczel dr. szem- és fülorvostól Szegeden.

(Vége.)

A tuba elzáródás legközönségesebb és rendesen előforduló tünetei a dobhártya erős behúzódása, váladék a dobűrben, általános dobűri hurut a hallás igen jelentékeny csökkenésével, subjectiv tünetek zúgás és fülteltség érzetének alakjában, azonkivül még a kellemetlen fejhangzás — autophonia — járul e tünetcsoporthoz.

Jelen esetben csak zúgás, az sem állandóan és leginkább csak jobboldalt, továbbá a hallás csökkenése volt jelen, ez utóbbi azonban korántsem oly mérvben, mint az tuba elzáródásnál okvetlen elvárható; a többi tünetek hiányoztak. Hogy váladék, legalább kórismézhető mennyiségben nem volt, bizonyítja a dobhártya állapota, azaz színe, fénye, áttetszősége és állása, továbbá az üllő hosszú szárának tisztán kivehető képe és a hallásnak aránylag elég jó foka. A „horror vacui" természeti törvény elvénél fogva azonban valaminek kellett a dobűrben lennie és ez a valami jelen esetben *levegő* volt, épen úgy, mintha nem volna a fülkürt elzárva. Sőt az atresiának legállandóbb kisérő tünete a fejhangzás is hiányzott; ilyen érzése a betegnek sem észlelésem tartama alatt nem volt, sem ilyenre visszaemlékezni nem tud. De hogy valamikor autophoniának jelen kellett lennie, mutatja az, hogy a beteg, úgy a saját, mint édesanyjának bemondása szerint, a mennyire csak vissza tudnak emlékezni, mindig *csendes, suttogó* hangon beszélt, ép úgy, mint a jelenben is. Tehát ebből következik, hogy valamikor kellett oly időszaknak lennie, a melyben tényleg meg volt a bántó autophonia és épen ezt elkerülendő halkan kezdett beszélni a beteg, ezt megszokta és ez a jelenség mai napig is változatlanul fennáll.

Hogy mikor jöhetett létre ezen atresia a szóban levő betegnél, ezt illetőleg a legvalószinübb, hogy már a zsenge gyermekkorban, semmi esetre sem azonban a méhenbelüli életben, mert ha már ekkor elzáródott volna a tuba, ez bizonyára sokkal súlyosabb következményeket vont volna maga után, különösen a hallás tekintetében. A dobűr ugyanis a lélegzés kezdetéig kocsonyás, embryonalis szövettel van telve s ha már annak kezdete előtt elzáródott volna az Eustach-kürt, lehetetlen, hogy e kocsonyás szövet normalis felszívódási folyamata véghez ment volna, hiányozván ehhez a főfeltétel, a dobűri lélegzés, azaz a ventilatio. Hanem igenis, akkor kellett létrejönnie a bántalomnak, midőn már a dobűr normalis volt, még pedig bizonyára nem hevenyen, hanem lassanként szűkült mindinkább a tuba lumene, időt engedve a természetnek arra, hogy némileg kiegyenlitse azon működéshiányt, a melyet a tuba végleges elzáródása létrehozandott.

Es épen ezen momentum az, a miért — eltekintve, hogy a legritkább esetek egyikével járulhattam a casuistikához — elhatároztam ez esetet közölni és különös tanulmány és vizsgálódás tárgyává tenni. A tuba elzáródásával ugyanis a hallószerv functiójának egy főtényezőjétől, a dobűr ventilatiójától esik el. Azonban ez esetben, mint a fentebbiekből kitünik, mégis levegő volt a dobűrben és ennek megfelelőleg a hallás is elég jó. Ezen levegő természetes, hogy nem ugyanaz a levegő, mely a tuba elzáródása után benne maradt a dobűrben, mivel ezt az edények már régen absorbeálták volna, hanem a dobűrben rendes légkicserélődési folyamatnak kell végbemennie és ez jelen esetben csak egy úton lehetett: a *dobhártyán* át, miből kifolyólag azon határozott meggyőződésre jutottam, *hogy nemcsak tubaris, hanem dobhártyai szellőztetés is létezik.* Sőt jelen esetben a dobhártya egészen átvette a fülkürt functióját, a miben bizonyára a természet kezének van szerepe és csak az által vált lehetségessé, hogy a dobhártyák a rendesnél jóval vékonyabbak, valamint Gruber tanár már emlitett esetében a veleszületett tuba elzáródást a természet egy veleszületett dobűri nyilással pótolta, a melyen keresztül a dobűr szellőztetése akadálytalanul mehetett végbe és ezen egyén egész jól is hallott.

Különben már Urbantschitsch tanár[1] azon nézetének ad kifejezést, hogy a dobhártya átjárható a levegő részére, hivatkozva arra, hogy Hensen[2] is ugyanazon nézetben van, a ki szó szerint idézve azt mondja, hogy tekintetbe jő továbbá azon lehetőség, hogy a dobhártyán át egy osmotikus áram mehet.

Jelen eset azonban feltétlen bizonyíték arra, hogy *van dobhártyai ventilatio.*

Erre vonatkozólag már több rendbeli kisérleteket is végeztem, melyek megerősitik a mondottakat, miután azonban ezeket még nem fejezhettem be, közelebb fogok azokról beszámolni.

Röviden érintenem kell még azt is a befejezés előtt, a mi, bár szorosan nem tartozik a tárgyhoz, de miután ennek leirásában egy mathematikai jel új alkalmazásával áll összefüggésben, elkerülhetetlennek látszik.

A mily becses a fülgyógyászok legnagyobb részének nézete szerint a Rinne-féle kisérlet a hallószerv vizsgálásánál, illetőleg bajának megállapításánál, ép oly értékes és azzal méltán helyezhető egy sorba a Schwabach-féle kisérlet, meg ti i. a csontvezetés időtartamának megfigyeléséből áll; még értékesebb azonban a diagnosisra a kettőnek combinálása.

Miután úgy a Rinne, mint a Schwabach-féle kisérletet kivétel nélkül minden fülvizsgálatnál alkalmazom, a rövidség és a könnyebb, gyorsabb áttekinthetőség okáért a Rinne jelzését combináltam a mathematika kisebb és nagyobbat $< >$ jelző jelével, mely utóbbi a Schwabach-féle kisérletre vonatkozik, oly értelemben, hogy ha a csontvezetés tartama hosszabbodott, akkor a R mellé egy $>$ jelet irok, ha rövidült, akkor a $<$ jelet, ha normalis akkor semmit sem, hiszen a Rinnenél különben is vizsgálat tárgyát képezi a csontvezetés.

Igy azután nyerünk hat jelzést, melyek következőket jelzenek:

[1] Lehrbuch der Ohrenheilk. II. Aufl. 217. oldal.
[2] Hermann's Handbuch der Physiologie. 1880. III. 53. oldal.

R + = Tevőleges Rinne normalis csontvezetéssel. (Normalis viszony.)

R — = Nemleges Rinne normalis csontvezetéssel. (A hangvezető közeg könnyebb megbetegedése.)

R > + = Tevőleges Rinne hosszabbodott csontvezetéssel. (Az acut otitis media kezdeti időszaka.)

R < + = Tevőleges Rinne rövidült csontvezetéssel. (Sclerosis, labyrinth vagy acustikus bántalmak.)

R > — = Nemleges Rinne hosszabbodott csontvezetéssel. (A hangvezető közeg bántalma, vagy tuba elzáródás.)

R < — = Nemleges Rinne rövidült csontvezetéssel. (A hangvezető és hangfelfogó közeg egyidejű megbetegedése.)

Természetesen kellő óvatossággal kell a vizsgálatot megejteni, ha a fülbántalom egyoldali.

Belátható tehát, hogy eme jelzések úgy a betegfelvételi könyvekben, mint nyilvános közléseknél alkalmazásba jöve, a diagnosist illetőleg könnyű betekintést és gyors tájékozást engednek, a miért is bátorkodom ezen jelzések elfogadását ajánlani.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Lymphosarcoma mediastinale esete.[1]

A 67 éves férfi néhány napi kórházi tartózkodás után szeptember 21-dikén Hochhalt dr. kórházi főorvos osztályán meghalt s hullája tumor mediastinalis kórismével került bonczolás alá, mely alkalommal azonnal szembeötlött, hogy felső végtagjain a mellkas oldalsó és hátsó részein a halvány bőr erősen dagadt, savósan beszűrődött, míg a test alsó részén vizenyőnek semmi nyoma nem volt látható; a jobb kulcscsont feletti árok mélységében galambtojásnyi csomó érezhető, mely a megdagadt paizsmirigy felé fölhúzódik.

A szívburokban 30 grammnyi tiszta savó és a szívburok felső zugában, a függőértől kifelé krajczárnyi, erősen belövelt területen több borsó, babnyi, részint sötétpiros, részint agyfehér, lapos dudorka emelkedik ki. A szív középnagy, izomzata kissé barnás, a billentyűk épek. A bal tüdő hártyásan odanött, hátsó két harmadában erősen savósan beszűrődött, csúcsában heges behúzódás mogyorónyi elkérgesedéssel; a hörgök nyákhártyája duzzadt, vörös, egyik hörgi mirigy kis mogyorónyi, tömött, palaszürke, részben elmeszesedett, a többiek aprók. A jobb tüdő alsó fele hasonló a balhoz, csakhogy mellső széle kissé felfujt; felső lebenye ellenben szívósan, részint kérgesen odanött, a mellhártya erősen megvastagodott és a csúcsban, a hónalj-ároknak megfelelőleg, lebenyközti hasadékban és különösen a tüdő medialis felületén több különálló és egymással összefolyt bab, mogyorónyi és féldiónyi csomókkal van áthatva, melyek részint tömöttek, szürkések, másutt lágyak, velőfehérek vagy pirosak és a fali mellhártyából eredve a tüdő állományába terjednek, mégis úgy, hogy a határ valamennyire kivehető; a tüdő gyökéből is a felső hörgök mentén fehéres daganatszövet nyomul a tüdő állományába, a hörgök tetemesen szükültek, sőt átjárhatatlanok s ennek folytán a tüdő felső fele összelohadt, légszegény. A felső lebeny mellső részében tyúktojásnyi területen a tüdő szövete számos kendermagnyi, mogyorónyi, vöröses szürke, genynyel telt ürcsékkel van áthatva, melyek között a tüdőszövet légtelen, részint szürke, részint fakófehér, szívós, elkeményedett. Az alsó lebeny hörgje sűrű nyákkal telt és erősen belövelt, ellenben a felső lebeny hörgága, valamint a főhörg és a légcső alsó (paizsmirigy alatti) részének jobb oldala egyenetlen, göcsös, fehéres daganatszövetté vált és részint e miatt, részint a külső nyomás miatt tetemesen megszűkült. Úgy a jobb hörg, mint a légcső alsó része ugyanis egy a megnagyobbodott és egymással elválaszthatlanul összeforrt mirigyekből alakult daganattömegbe van temetve, mely a tüdő gyökétől a mediastinumba terjed, az apertura thoracist elfoglalja, a középvonalban a kissé nagyobb enyves paizsmirigy isthmusáig, jobboldalt a gyürűporcz magasságáig felér és a jobb kulcscsont feletti árokban levő mirigycsomóval összefügg, míg baloldalt az aorta íve felett csak azon helyig terjed, hol a bal subclavia ered. A tömeg haránt és függőleges átmérője 11 cm.-t, a sagittalis 7 cm.-t tesz ki, csomói hol velőfehérek, hol világosabb vagy sötétebb vörösek, nagyobbrészt lágyak akár a szétfolyásig s metszett lapjukról tejszerű nedv bőven vonható le. Az egyes nyirokmirigyeket a metszett lapon egymástól elkülöníteni és megkülönböztetni nem lehet, azonban a csomókban található szívósabb, néhol akár hegszerű kemény szövetben, helylyel-közzel fekete koromfestődés látszik. A tüdőütér bal ága a daganat határán túl esik, de jobb ága felülről és kivülről daganatszövettel van benőve és megszükült, kis ujjamat csak nehezen fogadja be, holott a bal ágba a hüvelykujjam is befér. A jobb tüdővisszerek törzse szabad, de a tüdő állományába érve a dagannat beléjük nőtt és belső felületükön fehéresen áttünik. A lehágó ürös visszér alsó részében csak hátul, felfelé pedig köröskörül a daganathoz forrt, tetemesen megszükült ürében három mogyorónyi lapos fehér csomó domborodik elő, kettő síma, egyik érdes felülettel, melyek között a különben igen tág vena azygos alig kutaszolható nyilása van elrejtve; a bal névtelen visszér is odaforrt, babnyi lapos csomókkal áthatott, de különösen a jobb névtelen visszér és a jugularis alsó része, a subclavia centralis vége a daganat tömegéhez rögzítva számos csomóval van átjárva, melyek ugyan nagyobbrészt még síma intimaszerű felületet mutatnak, de részben egészen puhák, vörösesek vagy fehérek. Rögösödést ezen visszerekben sehol sem találunk, azok mind átjárhatók maradtak, bár tetemesen szükültek, leginkább az anonyma dextra, melyen a boncztani kutatót csak ügygyel-bajjal lehetett keresztülvezetni. A függőér ívének szintén nagyobbrészt a daganattal összeforrt nagy ágai a daganaton haladnak keresztül, de a fala ép maradt és a belhártya némi csekély sclerotikus megvastagodásoktól eltekintve síma. A trachea alsó fele jobbról kissé összenyomott, nyákhártyája belövelt, felső fele, valamint a gége és a torok is halvány. A musculus crico-arytenoideus post. mindkét oldalt lapos, fakó barnás, sorvadt; górcső alatt ép izomrostok mellett számos erősen szemcsés, zavaros és barnás festékszemcsékkel megrakott, továbbá sok vékony és zsíros rostot is találunk. A bal vagus szabad, a jobb vagus a kulcs-szegyizülettől kezdve a daganatba mélyed és csakis a tüdő gyöke alatt lesz megint láthatóvá; míg a nervus recurrens kezdeti része mindkét oldalon és kivált jobboldalt meszszire a daganat állományába van temetve, felső végök lapos, de fehér. A bárzsing mellső fala a daganathoz rögzített, belfelülete kissé egyenetlen, de a nyákhártya ép és a submucosa is szabad maradt.

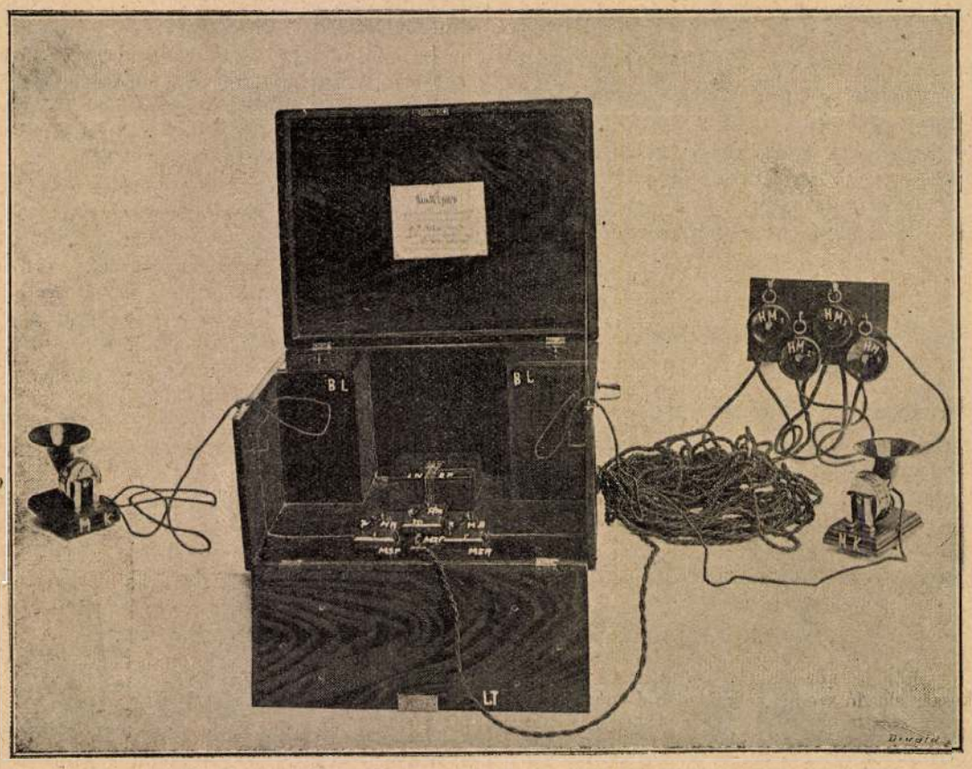
A máj középnagy, bő vérü, jobb lebenyének külső-felső szegletében, mélyen elrejtve egy mogyorónyi, alsó-belső harmadrészében közel a függesztő szálaghoz egy kis diónyi és a bal lebeny közepe táján egy nagy diónyi, velőfehér, foltonkint vörös, a metszlapon gyengén elődomborodó, puha csomó van. Egyebütt sehol nem találtunk metastasist és a nyirokmirigyek mindenütt vékonyak, sorvadtak, halványak.

A mikroskopos vizsgálatnál kitünt, hogy úgy a gátorbeli fődaganat, valamint a mellhártyán és a tüdőben levő másodrendü daganatok is főtömegükben apró sejtü cytogen-szövetből állanak, a mely a környékből benyuló kötőszöveti gerendák által kisebb-nagyobb rekeszekbe van osztva és hol gyérebb, hol sürübb vékonyfalú, tág vérerekkel és véröblökkel ellátva, sok helyt oly bőven, hogy a tömeg egynemü vörösnek látszott. A cytogen-szövetet a jellegzetes erősen fénylő, aránylag nagymagvú, de kevés protoplasmával biró nyiroktestek oly sürün töltik be, hogy a finom reticulum csak ecsetelés vagy vízben való hosszas rázás után vehető ki. A nagy tömeget alkotó nyirokmirigyek még a górcső alatt sem különíthetők el egymástól. A mellhártyában nőtt csomókból a cytogen-szövet a tüdő kötőszövetére, az interalveolaris és alveolaris és peribronchialis szövetre terjedt. A hörgök és a légcső falán a cytogen-szövet előbb az adventitialis szövetet alakította át, azután a nyákhártyában és a submucosában lép fel és néhol közvetlenül a még felismerhető hám alatt is cytogen-szövetet kapunk, melyben a nyákmirigyek többnyire még jól megkülönböztethetők. Itt úgy mint másutt is a tömörebb kötőszövetben látni lehet, hogy az apró sejtü beszürődés a nyirokrésekben halad

[1] Előadatott a „Közkórházi orvostársulat" 1897. évi X. bemutató szakülésén.

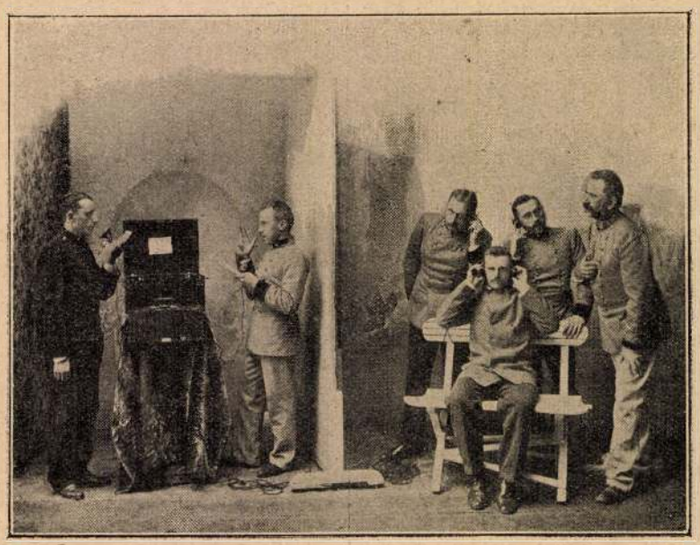
előre és a kötőszövetet behálózó reczézetet alkot, melynek hézagai mindinkább szükebbek lesznek, míg az egész terület egyöntetű cytogen-szövetté válik.

A májbeli csomók határán a lebenykék májsejtjei összelapultak, festékkel meg vannak rakva és közöttük, de különösen a lebenyke közötti kötőszövetben is bőségesen szabad szemcsés és rögös festéket kapunk, mely ferrocyankalium és sósavra vasreactiót ad. Adaganat szövete itt is apró sejtű, fényes magvú cytogen-szövet, mely rostos kötőszöveti sövények által kisebb-nagyobb területekre van osztva s a durvább sövényekben ama vastartalmú festéket szintén böven találjuk; a sövények elrendezése s azoknak az interlobularis kötőszövetbe való átmenetéből nyilván való, hogy a cytogen-szövet nem az interlobularis kötőszövetből, hanem a májlebenykék centrumából indult ki, mi arra mutat, hogy a májbeli metastatikus daganatok a lehágó ürös vivőérben levő érdes felületű hámhiányos csomóból retrograd infectio útján támadtak.



1. ábra.

A jobb tüdő mellső részében levő lobos góczból készült górcsövi metszeten interstitialis és peribronchialis sarjadzási, részben már rostos szövetet találunk, a tüdőhólyagcsák hol szükebbek, hol középtágak és nyákkal, genysejtekkel, korom- és sárga festékszemcséket tartalmazó vedlett hámokkal vannak megtöltve, míg a bomlott helyeken bőséges polynuclearis genysejtek mellett szövet detritust, ruganyos rostokat, hyalinszövet-rögöket, tojásdad és gömbölyü, amylumra emlékeztető testeket (jodreactio nélkül) találunk.



2. ábra.

A bemutatott puha lymphosarcoma kétségkivül a gátorbeli nyirokmirigyekből indult ki. Positiv bizonyiték erre a daganat szerkezetén felül még azon körülmény, hogy a csomókban a koromfestődés nyomait lehetett találni és a hogy a daganat nem az ürös visszér és a névtelen visszerek előtt, hanem mögöttük fekszik és hátulról hatolt be az erek falába, míg másfelől a Hassal-féle testek és a laphám teljes hiánya határozottan ellene szól annak, hogy a daganat a csecsemőmirigyből fejlődött volna ki.

Esetünk különös figyelmet érdemel először *a beteg magas kora miatt*, mert a baj oly időben lépett fel, melyben nemcsak a thymus rég elpusztult, hanem még a nyirokmirigy-rendszer is sorvadásnak indul. Tapasztalat szerint a mediastinalis daganatok közül épen a lymphosarcomák a fiatalabb férfikorban fejlődnek a 20—40 években, serdülőknél és gyermekeknél is nem nagyon ritkán találtatnak, de aggkorban felette ritkák, utóbbiban inkább rákok, pajzsmirigydaganatok észlelhetők. Másodsorban kitünik daganatunk a *rohamos infectio és kiváló sarcomás természete* által, mely abban nyilvánul, hogy a daganatszövet a nyirokmirigyekből nemcsak per continuitatem terjedett rohamosan a szomszédos kötőszövetre, a hörgökre, a tüdőre, a mellhártyára és a vérerekre, hanem a vérkeringés útján távoli áttételeket okozott a májban, míg a szomszéd tájak nyirokmirigyei változatlanok maradtak.

Genersich Antal.

Féloldali süketséget tettetők leleplezése.

Kalčić János törzsorvos készüléke.

A féloldali süketséget és nehéz hallást tettetők leleplezéséről Kalčić János törzsorvos e czélra szolgáló telefonjának gyakorlati alkalmazásáról az *Orvosi Hetilap* legutóbbi számában közöltünk volt referatumot *Nagy Albert* dr. bemutató előadásánál a budapesti kir. orvosegyesület XXII-dik ülésének tudósításai között.

A mostan közölt ábrák a mult heti közlemény kiegészítéseül szólnak s az I-ső számú magát a készüléket mutatja be, a II. számú pedig annak mikénti alkalmazásáról ad felvilágositást.

A telefon-készülék összes kellékeivel koczkaalakú szállítható kis faszekrényben van elhelyezve és a következő részletekből áll: (1. ábra.)

1. Villamos-telep, mely két *Leclanche*-elemből (BL, BL) áll, azonban bármily más megbizható pl. *Meidinger*-elemekkel pótolható.

2. Inductiós tekercs (INSP), mely két egyszerü, egy külső és egy belső egymásba illő tekercsből áll.

3. Két *Berliner*-féle mikrophon (MK, MK.).

4. Négy hallókagyló (HM_1, HM_2, HM_3, HM_4).

Ezek az alkotó részek tetszésszerinti hosszú dróthuzalok által vannak egymással összekötve. A két mikrophon itt három meter hosszú selyemdrót-huzallal van a teleppel összekapcsolva és pedig azért, hogy a mikrophon-tölcsérekbe beszélők egymást ne zavarják beszédközben, nemkülönben azért, hogy a beszélők a mikrophonokat kisérletezés közben gyorsan kicserélhessék.

A négy hallókagyló 22 meter hosszú, négy drótsodrony magában rejtő selyemzsinór (LT) segélyével van a külső inductiós tekercscsel összekötve, ennélfogva a simuláns akár a harmadik, esetleg negyedik szobában lehet a készüléktől.

Az alapdeszkán három sárgaréz tolóka (SHB) van megerősitve, a melyek az ábrán balfelé eltolvák. Ily helyzetben az eszköz ki van kapcsolva s nem működik. Ha mind e három tolóka be van kapcsolva, az egyik mikrophon-tölcsérből egyszerre beszélhetünk mind a négy hallókagylóba; ezzel az eljárással a vizsgálandót begyakoroljuk arra, hogy a

telefonba mondottakat elég gyorsan utána mondja. Az eszköz használatakor a vizsgálat tulajdonképeni megejtésére, a jobb- és baloldali tolóka fejecse a kis sárgarézlemezhez (MSP) kapcsolandó.

Az egész eszköz súlya nyolcz kilogramm.

A 2. ábra mutatja az eszköz mikénti használatát a gyakorlatban. A szekrény előtt áll az a két beszélő, a kik a Kalčić dr. által szerkesztett szöveget bemondják a mikrophon-tölcsérekbe. A széken ül a simulans, a ki a két jobboldali és a két baloldali hallókagyló közül egyet a jobb, egyet a bal füléhez illeszt s fenhangon ismétli az általa hallottakat, míg a fenmaradó másik két kagylót az orvosok megosztják egymás között, úgy hogy egyik a bal fület, másik a jobb fület ellenőrizhesse.

A készüléket Kalčić törzsorvos adatai alapján *Hild Károly* mérnök készítette, a kinek a feltaláló a szabadalom megszerzési jogát átengedte.

Nagy Albert dr.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Magyar Tudományos Akademia.

(III. oszt. ülése 1897. november 22-dikén.)

Elnök: **Than Károly**; titkár: **König Gyula.**

Orvosi érdekű előadás volt a következő:

A Jacobson-féle szervről.

Mihalkovics Géza: A Jacobson-féle szervről eddig csak egyes állatokra és az emberre vonatkozó vizsgálatok közöltettek, ellenben valamennyi gerinczes állatokból a főtypusokat kiválasztó és azokat egymással összehasonlító dolgozat hiányzott. Ezen hézagnak kitöltésére vállalkozott előadó, hogy az egybevetésből ezen rejtélyes szerv működésére következtetést lehessen levezet i. Dolgozatát a m. t. Akademiának beterjesztve, azon hézagot is pótolni óhajtotta, mely irodalmunkban a Jacobson-féle szervre vonatkozólag fennáll, a mennyiben Balogh K. dolgozata a bárányról 1860-ban a bécsi cs. akademia kiadványaiban német nyelven jelent meg, s egyéb dolgozat ezen érdekes szervről nálunk nem közöltetett.

Mindenekelőtt ki volt derítendő, melyik állatosztályban mutatkozik a Jacobson-féle szerv első megjelenésében? Halakban nyoma sincs, ellenben a kétéltűek közül a farktalanok olyannal már el vannak látva. A farkos kétéltűek, melyek szervezetük tekintetében alsóbb fokon állnak, mint a farkosak, előadó szerint nélkülözik a Jacobson féle szervet. Seydel ugyan ilyennek tartotta az orrüreg járulékos oldaltömlőjét a benne fekvő kis érzékhámmező miatt, de e nézetet előadó összehasonlító anatomiai okokból nem osztja, mert ama tömlőt az állcsonti öbölnek egyértékűnek tartja, mint azt már Born is állította.

A farktalan kétéltűek Jacobson-féle szerve a belső (medial) járulékos orrtömlőnek egy kis érzékhámi kiöblösödéséből áll, melynek szomszédságában nagyobb csöves-bogyós mirigycsoport fekszik, s a melyhez a szagló-idegnek külön pamatjai vannak. Ezen egyszerű berendezésben rejlik a szerv typusa egyéb gerinczes állatokban is, a mi arra mutat, hogy a Jacobson-féle szerv az orrüreg alsó részének, az ú. n. lélekző tájéknak érzékszerve, melyen az érzékhám rejlettebb fekvésbe jönni iparkodik s kis tömlővé lesz, hogy a belejutott levegő huzamosabban vesztegeljék benne, mint az orrüreg lélekző tájékában lehetséges, tehát behatóbb érzéki kihasználás teszi a Jacobson-féle szerv feladatát, talán azért, mert olyan szaglási ingerek érzéklésére való, melyek lassan izgatják az érzéki ideghámokat, míg az orrüreg szagló tájékában elhelyezett szaglósejtek a gyorsabb levegőcsere miatt amaz ingereket nem képesek felfogni. Minthogy a Jacobson-féle tömlő szomszédságában egyéb gerinczes állatokban is rendszerint megvan a nagy mirigy, melynek mekkorasága nincs arányban a kis hámtömlő nedvesen tartásának szükségével: valószínű, hogy ennek bő váladéka a felfogott szagló részecskékre chemiailag hat, s csak ily megváltozott minőségben képesek azok az érzékhámsejteket ingerületbe hozni. Hogy fajlagos szaglószervvel van dolgunk, az a beidegzési viszonyokból is kiderül, mert kigyókon jól lehet látni, hogy a Jacobson-féle ideg a szagló agykirálynak egy külön törzse, mely annak medial oldalán halad el, s a miatt valószínűleg az emlős állatok szagló huzamának medial gyökerével egyértékű.

Legtökéletesebb a Jacobson-féle szerv a *kigyó-* és *gyíkfélékben*, melyekben úgy viselkedik mint egy alsó orrüreg, azaz félholdalakú tömlő, melynek tetején vastag érzékhámréteg van. Az utóbbi a főorrüreg szaglótájékának érzékhámjától vastag idegsejtréteg jelenléte által különbözik, mely kötegalakú berendezésű, a mi miatt azokat Born mirigyeknek tartotta, ellenben Leydig azon okból, mert nincs bennük üreg, az érzéki hámbimbókhoz hasonló képződményeknek mondott. Előadó szerint ezek az érzékhám mélyebb rétegét alkotják, s egy fajtája az apró idegsejteknek azok, olyanok, minők a kis agyvelő és látóhártya magvas rétegei; a kötegalakú berendezés pedig egyedül a köztük felhágó velőtlen idegpamatoktól okoztatik. A szerv szűk nyilása az elülső harmadán indul ki a félholdalakú szerv medial szárától és a szájüreg tetején végződik a szájpadi szemölcs oldalán. A kigyó- és gyíkfélék az egyedüli állatok, a hol a Jacobson-féle szerv a szájüreg tetején nyilik, valamennyi többin a nyilása feljebb húzódott s vagy a Stenson-féle menetben, vagy még magasabban az orrüregben van.

Teknősbékákban a szerv csak kis behajlott helyből áll az orrsövényen, *krokodilfélékben* pedig egészen kiveszett (csak embryokban van meg a nyoma), tehát a csúszómászók azon fajtáiban, melyek oldalágkép a madarakhoz vezettek, felesleges lett a működése, s e miatt csenevészesedett el. Minthogy *madarakban* is hiányzik — legalább mint működő szerv, mert vele egyértékű, de működés nélküli hámcsövet érzékhámok és ideg nélkül előadó látott —, ebből azt lehet következtetni, hogy a levegőben való életmódra a Jacobson-féle szerv jelentőség nélküli, s inkább a talajon csúszó vagy ahhoz legalább fejüket közel hordó állatoknak van reá szükségük, akár táplálékkeresés, akár káros hatányok (pl. romlott levegőjű helyek megismerése) vagy az ellenség elkerülése, avagy talán ivari czélokból a pároknak összehozására. Erre mutat azon körülmény is, hogy emlős állatokban a Jacobson-féle szerv jó fejlettségű, ellenben az emberben, a kiben amaz életfeltételeket nem az ú. n. ösztön, hanem észbeli egybevetés látja el, a Jacobson-féle szerv egészen csenevészes.

Az *emlős állatok* között legtökéletesebb a Jacobson-féle szerv a csőrös emlősökben, jeléül annak, hogy ezek a kigyó- és gyíkfélékhez közelebbi rokonságban vannak, mint a madarak. Csőrös emlősökben majdnem olyan berendezésű, mint a kigyó- s gyíkfélékben, s kagylóféle képződmény is van benne; eltérés csak abban jelentkezik, hogy nyilása nem a szájüreg tetején, hanem a Stenson-féle menetben van. Így találjuk ezt a rovar- és húsevőkben, valamint a patás és ormányos állatokban is, ellenben a rágcsálókban a nyilás feljebb húzódott az orrsövényre. Mindezekben közös megegyező sajátsága a csőnek az, hogy nyilása jóval szűkebb, mint az ürege, s hogy a közelében a sövénynek nagy csöves-bogyós mirigycsoport van (Jacobson-féle mirigy), melynek számos kivezető csöve a Jacobson-féle csőbe nyilik. Sok fajtában a cső szomszédságában merevedő érszövet s sok sima izomsejt is van, jeléül, hogy ennek segélyével a hámcső ürege tágítható, a mi a levegőnek beáramlását a szűk nyiláson át elősegíti, tehát az állat a szerv működését kormányozhatja.

Az *ember* Jacobson-féle szerve szűk hámcsőből áll, melyben lélekző hám van csak, s minthogy idegek sem mennek hozzá, biztosan mondható, hogy a működésnélküli csenevészes szervekhez tartozik, melyeket az ember philogeniai leszármazása közben az őseitől vett át. Minden 5—6 esetben az egyik vagy másik oldalon egészen hiányzik is, a mi arra mutat, hogy kiveszendő félben van. E tekintetben a Jacobson-féle szerv úgy viselkedik, mint a mellékhere függelékek, tobozmirigy, pislogó hártya stb. A szerv szomszédságában az orrsövény mindig vékonyabb, a mi különösen embryokon tünik szembe, s ott a sövény gyakran elgörbült, egyszersmind a nyálkahártya igen érdús, a mire Kiesselbach figyelmeztetett először, s e miatt a rhinologok e helyet *locus Kiesselbachi*-nak nevezik. Az érdús állapot valószínűleg az emlős állatok barlangos érszövetének a maradványa. Tény az, hogy e helyen a nyálkahártya vérzésekre hajlamos, s ott szoktak leggyakrabban a sövény fekélyek, valamint átlyukasztások előfordulni. De ennek nem a Jacobson-féle szerv az oka, mint azt némelyek állították (Löwe, Landmann stb.), hanem a nyálkahártya érdús állapota, s talán hámcsirok visszamaradása, minőket előadó azon a helyen embryokban a Jacobson-féle csőből a nyálkahártya kötőszövetébe beburjánozni látott.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXIII. rendes ülés 1897. november 20-dikán.)

Elnök: **Rákosi Béla**; jegyző: **Lévai József.**

Discussio Grósz Emil „A rövidlátás operálása" czímű előadása felett.

Szili Adolf: Úgy látszik, hogy a szóban forgó tárgyra tett eddigi nyilatkozatai azt a véleményt keltették felőle, hogy az operatiót ellenzi. De ez tévedés. Hiszen szóló is operálja a nagyfokú rövidlátóságot.

A különbség szóló és néhány helybeli szaktársa közt csak az, hogy nem osztja teljesen azoknak sanguinismusát; hogy míg ők minden operatióban egy örvendetes eseményt ünnepelnek, szóló az aggodalomtól nem tud szabadulni az illető szemnek jövendő sorsa felett.

Nem hiszi, hogy volna valaki, ki abban a tévedésben él, hogy a nagyfokú rövidlátóság nem lehet progressiv, vagy a ki komolyan azt a nézetet akarná megalapitani, hogy a lencse kiküszöbölésének gyógyitó hatása legyen arra a tulajdonképen nem is ismert kóros folyamatra, mely a továbbhaladó rövidlátóságnak alapjául szolgál.

Eszében van itt az eset, melyet *Wecker* az edinbourghi congressuson *Fukala* előadása után emlitett. Egy fiatal egyénnél 30 év előtt réteghályogot operált. Mindkét szem lencse nélkül emmetropnak mutatkozott; jeléül annak, hogy azelőtt legalább 10 dioptriás rövidlátó volt. Idővel azonban mind a két szem megint rövidlátó lett és az egyikben látóhártyaleválás támadt.

Ha az operált szem jövendő sorsára gondol, akkor nem érti ez alatt épen a közeli jövőt, nem az első két-három évet, sőt szorosan véve ötöt-tizet sem, hanem az egész jövőt.

A veszteségek, melyeket a myopia excessiva operálása után már eddig tapasztaltak, ahhoz az időhöz viszonyitva, mióta az eljárás egyáltalában divik, elég számosak, úgy hogy az előadó maga is az operálandó szemek gondos kiválasztását ajánlja.

Megfontolva egyrészt azt, hogy alig telt el még nyolcz év, mióta a szóban forgó beavatkozást gyakorolják és másrészt azt is, hogy az operatiót a legtöbb esetben fiatal egyéneken csinálják, kik előtt a legnagyobb valószínűséggel még egy hosszú élet fekszik: azonnal be fogjuk

látni, hogy eddigelé még *nem is lehetnek* tapasztalataink, melyek az operált szemek jövendő sorsa felett megnyugtatnának.

Ha már most van szemorvos, ki nem elégszik meg pusztán azzal, hogy egy fényes eredményű műfogást végzett, hanem ezen beavatkozásnál eszében van az is, hogy a kóros megnyulásban szenvedő szemre a jobb látóképességgel nehezebb feladatok is fognak hárulni, okvetlenül meg kell fontolnia azt is, hogyan fogja az illető szem azokat elbirni.

És ez azon álláspont, melyet a szóban forgó kérdésben szóló elfoglal.

Véleménye tehát röviden így hangzik:

Addig míg az általunk operált szemeknek későbbeni sorsa felett kielégítő tapasztalatok nem állnak rendelkezésünkre és erre egy ember élet és még hosszabb idő szükséges, addig az excessiv rövidlátóságnál kedvező körülmények közt is csak az egyik szemen tanácsos a lencsét operatio útján eltávolítani.

Feuer Náthán: Mindenekelőtt a rövidlátás bizonyos fokait kell megállapítani és pedig a 15—16 D-t, melynél az operatio bizonyos feltétel mellett szükségessé válhatik. Kisfokú M-nál nincs szükség operatióra. Továbbá a szembeli vérzések esetében a lencsét ki nem vonja, mert a többszöri csapolás, a szembeli nyomásnak önkénti leszállítása lehetetlen, hogy új vérzésekre alkalmat ne adjon. A végeredményre nézve osztja *Szili* nézetét, hogy nem lehet biztosat mondani, mert ahhoz sok évi tapasztalat szükséges. A hol reczeleválás állott be, nem is említené, mert elég gyakori az ablatio myopiánál és nem okvetlenül kell, hogy annak az operatio legyen az oka. Mégis van néhány bevallott veszteség az operatio következtében, a miért is az operatiót magasabb fokú myopiánál sem hajtaná végre szükség nélkül. Az utolsó napokban volt szólónál egy adótiszt 10·0 D M-val, neurastheniás egyén, hyperaemia conjunctivaevel, mely munkánál bizonyos nehézségeket okoz. Ennek, a ki 4·0 D-val jól dolgozott, ajánlották az operatiót. Az ilyen ember az operatio után hogyan dolgozzék közelre? Látott azonkivül más által operált két esetet. Egyiknél iridectomia volt, az egyik szár becsípve. A másik esetet *Goldzieher* mutatta be, 26 éves leányt, a ki tanitónői hivatásának jól megfelelt. Az orvos ajánlja neki az operatiót, a beteg beleegyezik. Az eredmény szép és a tág pupillában egy fehér koszorú van a sphincter körül lencsemaradékból Ha már most az illető más állásra pályázik és a laikus látja a fehérséget a szemében, megtudja, hogy hibás a szeme és ez többet árt, mint a mennyit a M ártott. Nem is akar szólni más consequentiákról, a melyekkel ezen eltorzitás járhat. Ezért 15 D-tól felfelé és csak akkor végezné az operatiót, ha a beteg életpályája megkivánja. Akkor is csak az egyik szemet operálja, mindkét szemet koczkára tenni nem jó.

Mohr Mihály: Szólónak a myopia operatiója körül nincsenek személyes tapasztalatai és ha mégis felszólal, azért teszi, hogy némileg indokolja, miért nincsen. A mióta a M megoperálása nálunk is nagyobb tért hódított és a mióta a látott eredmények igen biztatóaknak bizonyulnak, ő is ajánlotta a nála megfordult nagyfokú myopiásoknak az operatiót. Nem hallgatta el természetesen az operatio veszélyeit sem, a melyekre — mint eshetőségekre — nézete szerint minden operativ beavatkozás előtt utalni kell és még eddig nem igen akadt betege, a ki — épen mert nem nagyon beszélte reá — kérte volna az operatiót. A biztató és látott jó eredmények erősebb rábeszélésre jogosítanak, minden esetre elfogadva azt az elvet, hogy egyelőre csak az egyik szemet operáljuk. Csak ha itt az eredmény tartós és biztos, operáljuk a másik szemet.

Az operatio technikáját illetőleg osztja ama nézetet, hogy a hátsó tokot ne bántsuk. És erre utóbbi időben szerzett kellemetlen tapasztalata tanította meg. Egy 27 éves munkásnak bal cataracta traumaticáját, mely főként contusio folytán — lencsesérülés nem látszott — származott és a hátulsó kéregre szorítkozott, discindálta az általános munkás betegsegélyző-pénztár kórházában. A puffadó hályogrészleteket kibocsátotta, a discissiót és kibocsátást még egyszer megismételte, majd harmadszorra csak a discissiót. Szép likja is támadt utána, de ez csakhamar elzáródott. Reactio egyszer sem mutatkozott nagyobb fokban. Gondolta, hogy kiadó discissio, mely az üvegtestet beszabadítja a lencsemaradékok közé, megóv a secundariáktól. És bár kifőzte instrumentumaimat, olyan plastikus iritis lépett fel, mely igen kinos állapotot teremtett a betegre nézve és teljes pupilla-csukulattal végződött. A szem most van nagy nehezen megpihenőben.

Tehát *óvatosság az esetek megválasztásában és az operatio kivitelében legyen a főszempont.*

Béla Pál: Midőn *Fukala* a myopia megoperálásával fellépett, az első kérdés, mely a szemészeket foglalkoztatta, az volt, hogy vajjon az operatio kivitele lehetséges-e, nem jár-e veszélylyel és a myopia kisebbedésével a látás is javul-e? A műtét kivihetősége körül nagy controversia támadt. Ma ott vagyunk, hogy a műtét kivihető és a pár év előtt operált myopiásoknak nagyobb káruk nem lett. Azonban az a kérdés, hogy az operatio a nagyfokú M továbbfejlődését megátolja-e, eddig fel nem derittetett. Concret esetben mindig megfontolandó, hogy melyik szemet tegyük ki a nem csekély veszélynek, melylyel minden operatio jár. És kérdés, hogy a fénytörés értékének leszállása megérdemli-e a veszélyt, melynek a szemet kiteszszük, hogy megállítja-e az operatio a myopia továbbhaladását? Ha igen, akkor szembe szállunk a veszélylyel. Epen azért a további vizsgálatoknak a főfeladatuk megállapítani, hogy az operatio megakasztja-e a M továbbterjedését?

Id. Siklóssy Gyula: Azt hiszi, hogy a lencsekivonás a M haladását is megakasztja vagy legalább csökkenti. Tudjuk, hogy atropinra a kimutatható M az alkalmazkodás bénulása folytán 1—2 D-val kisebb szokott lenni, mint a nélkül, tehát a lencseokozta fénytörésemelkedésen kivül, a lencsekivonás után beálló kisebbedésnél az is hozzájárul a M kevesebbedéséhez. De a M-val convergentia is jár, mely a M-t a tengelymegnyújtás által csak fokozza; tehát a M kisebbedésével a kevésbbé szükségessé váló convergentiának M növelő hatása is megszünik.

Nem operál olyan eseteket, melyekben az edények szenvedtek és csak egy szemet operál.

Vidor Zsigmond: Azt hiszi, hogy a mikor a reclinatióról és discisióról az extractióra átmentek, folyhattak ilyen viták. A reclinatio kényelmes volt, sok esetben sikerült is, tehát féltek az extractiótól.

Szép eredményeket látunk a M operálásánál, de félhetünk attól, hogy a discissio folytán olyan állapotok statuálódnak, melyek a későbbi időben megbosszulják magukat, de várhatjuk, hogy a mint a műtéti eljárás finomodásával az extractio veszélyei kisebbedtek, itt is később a művi eljárás tökéletesedésével a discissio is veszélytelenebb lesz és ezért *Feuerrel* ellenkező nézetben van, a ki azt mondja, hogy a korai punctio veszélyezteti a szemet (Feuer közbeszól: „nem mondtam, csak a vérzéseket előmozdíthatja, ha jelen vannak"). Véleménye az, hogy korai punctiót kell alkalmazni. A *Goldzieher* által bemutatott esetben focalis világításnál látta, hogy a lencsemaradékokhoz az iris körüskörül oda volt nőve. Igaz a glaucoma itt nem olyan veszedelmes, de lehet, hogy fellép. Ha azonban Goldzieher sűrübben alkalmazta volna a punctiót, akkor a lencse kiürült volna, mert véleménye szerint nemcsak a lencse részletek ürülnek ki a punctióval, hanem a csarnokvíz nagyobb mértékben oszlatja fel a lencsepépet, mint ha azt nem eresztjük ki. Erre nézve kisérleteket kellene tenni állatokon. Veszélyeseknek tartja a visszamaradó részleteket és mint előadó említette, 2—3% kapott glaucomát; érthetetlen, ha szem előtt tartjuk a Graefe-Albert elvét, a ki a kezdődő hályogot a messziről jött betegeknél discindálta és a puffadó hályogrészleteket kibocsátotta. Igaz, hogy a puffadó hályogpép kieresztésekor az ilyen hosszú tengelyű szemek üvegtestje is előeshetik, de ilyen esetekre való Jacobson tanácsa, hogy azokat narcosisban operáljuk.

Ifj. Siklóssy Gyula: A *Goldzieher* esetére megjegyzi, hogy abban a további discissio felesleges volt, mert a pupilla széle rögzitve nem volt, hisz fényre prompte összehúzódott. Az eset igen szép, a mit a jó látóképesség is bizonyitott. Hogy nem szükséges további discissio, annak oka az egyén fiatal kora. Azt is szeretné még hangsúlyozni, hogy a szemre nézve a veszély nem az utóhályog keménységében, hanem annak puffadásában áll és ha idős egyénen végezzük, helyes iridectomiát is végezni előre, a mint azt id. Siklóssy első közkórházi bemutatása alkalmával mondotta, mert így az iritist, iridocystitist el birjuk kerülni. A mi a szem további sorsát illeti, ha birnók 1000 operált és 1000 nem operált myopiás szem statistikáját, azt hiszi, hogy az operáltak sorsa sokkal kedvezőbbnek mutatkoznék.

Goldzieher Vilmos: Nem akar az operatio történetével foglalkozni, miután *Grósz Emil* azt elég bőven előadta, csak egy kis rectificatiót akar tenni, hogy ezen operatio feltalálója *Fukala* bécsi orvos volt és nem pilseni; csak azután ment Pilsenbe az ellenállás következtében, melyet ellene az uralkodó, az operativ eljárásnak ellenséges áramlat kifejtett. Nem kapott anyagot, ezért ment Pilsenbe magánklinikát csinálni.

A mi az operatio magyarországi történetét illeti: *Szili* azt mondta, hogy ő nem ellenezte, csak óvatosságra intett; ez nem egyezik meg a hivatalos protocollummal; *Szili* t. i. ott előre bocsátja, hogy „bár a Weisz által bemutatott esetet ő operálta", a ki nem pártolja, nem tartja indokoltnak; továbbá a binocularis látás kiesését hátrányosnak tekinti, mikor e nagy fokban myopiás a binocularis látásra nem fektet súlyt, ha dolgozik, kénytelen egy szemmel dolgozni, minthogy a nagy convergálást hosszabb ideig nem győzi és a belső szemizmok elégtelensége miatt ezalatt a másik szem kitér. Tehát épen a binocularis látás esetleges helyreállítása szempontjából indokolt az operatio.

Feuer azt mondja, hogy ha szöveti elváltozások, vérzések a hátsó poluson vannak a retinában, az operatio nem ajánlatos. Erre szóló azt mondja: „Probiren geht über Studiren". Többen operáltak már vérzésnél s nem láttak rossz eredményt. Hét esetet mutatott be szóló is, a kiknél chorioretinitis és nagy vérzések voltak jelen és az operatio után a vérzések feltisztultak az operált szemben. Nem állítja, hogy az operatio hatott kedvezően, hanem valószinűleg az operatio utáni nyugalom volt jó befolyással. A heidelbergi congressuson szó volt erről is, a tapasztalat azt mutatta, hogy szabad operálni nagyfokú myopiánál, ha complicatiók jelen vannak is.

Hogy az operatio egyáltalában milyen következményekkel fog járni ezen szernek sorsára nézve, azt nyolcz év mulva még nem tudjuk eldönteni, de léteznek már 5—6 éves kedvező esetek. A szemorvosok e tekintetben két csoportra oszlanak, egyik megpróbálja az operatiót, a másik nem. A ki megpróbálja, meg van elégedve.

Szólót eddig egy operativ eljárás sem elégitette ki annyira, mint a rövidlátóság operatiója. A gyógyult myopiás megelégedése sokkal nagyobb, mint azé, a ki hályog miatt operáltatott és pedig azért, mert a myopiás az operatio után rendesen jobban lát, mint az operatio előtt, míg az operált hályogos csak kivételesen örvend akkora látóélességnek, mint a műtét előtt.

A közkórházi orvostársulatnak egyik ülésén (1895. január 5-dikén) szóló kimerítően előadta álláspontját, hogy 13—14 D az alsó határ, a melyen alól az operatio már nem ajánlatos. Azóta azonban azt a modificatiót tette, hogy igen fiatal egyénnél alacsonyabb myopiás fokúal (pl. 10 D) is indikált az operatio, ha a myopia haladó jellegű. A mi a mult ülésen (november 13-dikán) bemutatott esetét illeti, nem tartja helyesnek, hogy szemére vetik, hogy a töpörödött utóhályog egy része még nem szivódott fel, mivel épen azért mutatta be az esetet, mert be

akarta bizonyítani, hogy fiatal egyéneknél a végső discissio kihagyandó, a kedvező látáseredmény veszélyeztetése nélkül, a mi az operativ eljárás fontos egyszerűsítését képezi. A pontszerű hátsó synechia, mely a bemutatott esetben visszamaradt, nem hiba és csak azért fejlődött, mert a beteg az atropint nem tűrte. Áttér ezután statistikájára. Operált tiszta M-t *hét* szemen, egy egyénnél mindkét szemen, öt esetet 1—1 szemmel. Mind a hétnél kedvező eredmény van. Azután operált egy még éretlen cataractát rövidlátó szemen, továbbá egy rövidlátó fiúnál réteges hályogot, szintén jó eredménynyel. Azonban egy 40 éves embernél (réteges hályog és túlságos M) a műtétnem sikerült, mert a beteg magatartása miatt üvegtest esett elő, és daczára annak, hogy az operált 6 hét mulva még jól látott, reczeleválás fejlődött. Még említ három traumás hályogot túlságos myopiásoknál, melyek operatio után szépen gyógyultak.

Grósz Emil: A felvetett nagyfontosságú kérdés megérdemli a vele való foglalkozást. A felvetett kérdések közül mindenekelőtt arról szól, hogy *egy vagy két szemet* operáljanak-e? Azt az álláspontot foglalja el, hogy egyszerre csak egy szemet szabad operálni és csak midőn ennek sorsa már biztosítva van legalább az operatio közvetlen veszélyei ellen (infectio, glaucoma), operáljuk a másikat. Ma már elég tapasztalat van, hogy kellő időköz (1 év) után a másik szemet is megoperálják, mi által a binocularis látás is helyreállhat. A M esetleges haladása nem lehet ellenérv, mert arra nincs ok, hogy miért haladjon az aphakiás szemben a M jobban, mint a nem operált szemben. De ha 1—2 D-t még emelkedik is, ez nem koczkáztatja az eredményt, mert ez a M úgy is haladott volna.

A mi a *vérzéseket* illeti, ezek indokolttá teszik a műtét elhalasztását, mert ha Goldzieher eseteiben fel is szívódott a vér, de Hippel és Schröder említenek eseteket, a mikor a friss vérzés az operatio eredményét tönkretette.

A *glaucoma* ellen megvan a fegyverünk, a punctio; mi nem vesztettünk esetet, de *Hippel* említ egy egyént, a kinek operált szemét a glaucoma tönkretette. A szemklinikán operált esetek közül egy esetben volt glaucomás roham, melyet a punctio azonnal megszüntetett.

A mi a szemek további sorsára vonatkozó ifj. *Siklóssy* által felemlített statistikát illeti, hogy ki tudja megmondani, hogy a nem operált myopiások közül hány vakult meg? Körülbelül sejtjük, hogy bizonyos százalék megvakul, akár operáljuk, akár nem. De az infectio kérdése más, mert ez legalább a nem operált szemet nem fenyegeti és ez is 2—3%, a mit számba kell venni. Praeparativ iridectomiát véleménye szerint nem szükséges végezni. A cataracta secundaria operálásának veszélyesebb voltát hangsúlyozta szóló is. Szólót nem csábítja el az, hogy az operáltak nagyon dicsérik az eredményt, mert Sattler két betegénél $^6/_{36}$ volt a látóképesség operatio előtt és operatio után semmi. Tehát szóló örömét, a mit az operált esetek okoznak, megbolygatja az *eshetőség*, hogy a kedvezőtlen esélyeket teljes biztossággal kizárni nem tudja. A hályogosokkal való összehasonlítás nem áll. Ott olyan szemről van szó, melylyel az egyén nem lát semmit, vak; ha az operatio sikerül, akkor lát, ha nem, akkor ott van, a hol operatio előtt volt. Pedig ez az operatio biztosabb, mint a M ellenes. De a myopiás azelőtt látott, látószem koczkáztatásánál reserváltabban kell álláspontunkat megállapítani.

Szóló az operálandó M 14—15 D fokából nem enged, mert csak positiv indicatio alapján végzi; a mi a kort illeti, inkább fiataloknál ajánlja, egyszerre csak egy szemen, monoculusnál nem; friss chorioditis és vérzések esetében pedig az operálás elhalasztását tartja indokoltnak, szóval az előadásában kifejtett indicatiókat fentartja.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Gyakorlati elmekórtan. Irta *Moravcsik Ernő Emil* dr. egyetemi tanár. Magyar orvosi könyvkiadó társulat kiadása. Budapest, 1897.

Elmekórtani tankönyvirodalmunk az utóbbi időkben hatalmas lendületet mutat. Csak utalunk e tekintetben *Salgó* jeles tankönyvére és főleg *Schwartzer Ottó* hatalmas könyves triaszára; állításunk legújabb és ékes bizonyítéka *Moravcsik* elmekórtana, mely jelen alakjában valóságos óriás szerény elődjéhez. „A gyakorlati elmekórtan vázlata“ czímü munkához képest. Egy alapjában új munka fekszik előttünk, mely elődjével csakis az anyag világos feldolgozása tekintetében közös. M. könyve egy minden ízében modern, a bel- és külföldi szakirodalmat az egyéni tapasztalat által megrostált alakban felhasználó, irályában egyenes, tiszta, tartalmában gazdag, elrendezésében könnyen áttekinthető elmekórtan, melynek rövid birálatát talán leghelyesebben ama személyes benyomásommal fejezhetném ki, hogy a feldolgozott anyagnak ritka hü leirását tartalmazza. Nagy előnye egy oly munkának, mely az orvosi tudomány egyik legnehezebben kezelhető ágát tárgyalja; hogy a didaktikai értéke ily könyvnek mily nagy, az fentiekből önkényt folyik. Ezt a benyomást annál illőbbnek találtuk hangsúlyozni, mert épen a psychiatriai tankönyvirodalom bővelkedik oly munkákban, melyek nagy anyaghalmazt képviselnek ugyan, de a melyekből hiányzik a leirás közvetlensége és plasticitása, s így tanértékük is csekélynek mondható.

A munka 522 lapon hat részben tárgyalja az elmekórtant. 26 lapra terjedő bevezetésben az idegrendszer élet- és kórtanának az elmekórtannal közvetlen összefüggő tételeit igen áttekinthetően adja.

Az I. rész *az elmebetegség okairól* szól, melyeket testi, szellemi és vegyes okokra felosztva tárgyal; utóbbiaknak ismertetését igen sikerült fejezetnek kell nyilvánítanunk.

A II. részben *az elmebetegség tüneteit általában* fejtegeti és pedig a következő alfejezetek czímén: 1. az érző kör rendellenességei, 2. az észrevevés rendellenességei, 3. az értelmi működés zavarai, 4. a tudat zavarai, 5. az akarat zavarai, 6. az ösztönélet rendellenességei, 7. a mozgatás rendellenességei, 8. a beszéd és irás zavarai, 9. trophikus zavarok, 10. az elválasztás és egyéb élettani folyamatok zavarai. E rész a psychiatriai általános tünettannak oly tökéletes képét adja, a minőt a M. könyvével azonos terjedelmü elmekórtanokban alig találhatunk. Igen tömören megirt fejezet, melynek csupán egy csekély pontját, a pupillaris reflex útjára vonatkozó leirást módositandónak tartjuk. Szerző u. i. akkép ismerteti a fényreactio mechanismusát, hogy „A fényingert a látó idegpálya átvezeti az agykérgi központhoz, a honnan az ú. n. oculomotorius agyi rostjain át az oculomotorius magvakhoz vetíttetik és innét terjed tova a sphincter pupillaehoz, a láta szükülését eredményezve.“ A láta fényreactiója a spinalis reflexek homologonja levén, czélszerűbbnek véljük a leirást oda módositani, hogy a látóideg pályáján haladó izgalom közvetlen az oculomotorius magvára helyeződik át; ezek szerint tehát a pupillaris reflex subcorticalis és nem corticalis reflex.

A III. rész *az elmebetegek megvizsgálását* tartalmazza, a melyben jól eső határozottsággal itéli el a lucidum intervallumnak a jogászkörökben ma is kisértő babonáját.

A IV. rész, *az elmebetegség alakjai*, a munkának nézetünk szerint classikus fejezetét képezi. Ritka élethüséggel és tömör alakban találjuk e helyen az egyes elmekórformákat ismertetve, melyek közül főleg a hüdéses elmezavart, jelesen ennek bekezdő stadiumát mesteri leirásban olvashatjuk. Egyáltalán e fejezet minden során meglátszik szerzőnek rendkivül gazdag klinikai tapasztalata és önállósága, a melyet itt bőven érvényesithetett.

Az V. rész, *az elmekórtan alkalmazása az igazságszolgáltatás keretében*, rövidre vont törvényszéki elmekórtan, mely épen rövidségénél fogva a tanulónak e nehéz szakba való behatolását igen meg fogja könnyiteni. A Lombroso-féle tan jelen álláspontját e helyen igen tisztán találjuk körülhatárolva.

A VI. rész, *az elmebetegek elhelyezése*, berekeszti a tartalmas munkát.

Az összeállításban kiváló gond és lelkiismeretesség, gazdag tartalom, saját felfogásnak idegen nézetekkel való harmoniás egyesítése jellegzik fentieken kivül még a könyvet. M. munkáját mindenesetre a magyar orvosi irodalom egyik legkitünőbb termékének kell mondanunk, melyért az orvosi és tanuló körök igazán köszönettel tartoznak. És ha „habent sua fata libelli“, úgy e könyvnek csakis meleg fogadtatása lehet. —*ff*—

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Europhen a dermatologiában.** *De Molènes* eredményeit a következőkben foglalja össze: száraz dermatosisoknál nem mutatkozott eredmény, nedvező és genyedő bőrbajoknál azonban nagyon hatásosnak bizonyult az europhen. Varicosus-fekélyeknél is nagyon jó eredménynyel járt a 10%-os europhen-lanolin-kenőcs használata. (Wiener mediz. Presse, 1897. 42. sz.)

2. **Mandoladuzzadás** gyógyitására *Moure* következő toroköblögetőt használ: Rp. Jodi puri 0·05; Kali joditi 0·10; Laudani Sydenhami 1·0; Glycerini ad 100·0. Egy ½ kávéskanálnyit ½ pohár meleg vízre. (Wiener mediz. Presse, 1897. 42. sz.)

TÁRCZA.

Therapeutikus csalódások és ezek okai.

Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanártól.

(Folytatás.)

És mit látunk most? Ma is alkalmazzuk lázas betegeknél a fürdőket, a chinint és a többi ú. n. antipyretikus szereket, de egészen más indicatiók alapján, más adagban és más czélból, miután épen a legsikerültebb antipyretikus therapia révén elégszer meggyőződhettünk arról, hogy csupán a hőmérsék lefokozásával nem fogjuk meggátolhatni ama számos functionalis zavart és szöveti elváltozásokat, melyeket mind a fokozott hő által véltek feltételezettnek. Hiszen elég gyakran van alkalmunk mindamaz elváltozások kifejlődését észlelni, ámbár a hőmérsék emelkedése aránylag oly alacsony regióban mozog, a minő alant még antipyretikus beavatkozásunkkal is alig tudjuk állandóan tartani; sőt talán épen ilyen, ha szabad *Jaksch*-sal szólnom, láztalan lázas betegeknél látjuk azokat leginkább kifejlődni.

Az oly nagy és fáradságos tanulmányok alapján előkészített és az oly nagy statistikai apparatussal jónak bizonyított antipyretikus therapia teljesen kudarczot vallott. Legjobban jellemezhetjük talán a helyzetet, ha *Unverrichtnek* a belgyógyászok mult évi congressusán, mint referensnek mondott néhány szavát idézzük: Jedenfalls muss es mit Freuden begrüsst werden, mondja Unverricht, dass auch von dieser autoritativen Stelle aus es ausgesprochen worden ist, dass man in der Bekämpfung der erhöhten Körperwärme nicht mehr den Angelpunkt der Therapie der fieberhaften Krankheiten zu erblicken hat, sondern stb.

Bizonyára érdekelni fogja a t. sz.-t annak kiderítése, hogy mi lehetett annak oka, hogy oly sokan és mondhatom tudományunk legjelesebbjei által hirdetett és jónak bizonyított tan, mint az antipyretikus therapia ily szegényesen mult ki?

Nem lehetett és nem is volt ennek oka más mint az, *hogy nem volt igaz* és az igazság mezében csupán azért tetszeleghetett, mivel hirdetői és követői szem elől tévesztették azt, hogy bármely therapia, mint azt előbb említém, megbizható csak akkor lehet, ha kiindulási pontját a hamisitatlan inductio szolgáltatja és ha az elért eredmények oly statistikai adatok által igazoltatnak, melyek alapját főbb tulajdonságaikra nézve lehetőleg hasonló és csupán a beavatkozás módjára nézve eltérő esetek összehasonlítása szolgáltatja.

A szóban forgó és oly nagyon elterjedt, de mégis szegényesen kimult tannak indokolatlan és minden objectiv alapot nélkülöző, *csupán aprioristikus felvétel volt az a kiindulási pontja, hogy mindama súlyos tünetek, melyeket mi a láz nomen collectivuma alatt szoktunk összefoglalni és melyek a szervezetre nézve olykor oly vészt hozók, csupán az emelkedett hő által volnának feltételezve.* Hogy ez mennyire indokolatlan és mennyire semmi által nem támogatott aprioristikus felvétel volt, az kitetszik nem csupán abból, hogy mindazok mérsékelt hőemelkedés mellett is kifejlődhetnek, hanem különösen abból, hogy kifejlődtek azok akkor is, midőn a böven rendelkezésünkre álló és a félszázat jóval meghaladó antipyretikus szerekkel sikerült a lázas betegek hőmérsékét állandóan alacsony fokon tartani.

Hogy pedig a statistikai adatok mennyire nem feleltek meg az orvosi, de különösen therapeutikai statistika legelemibb kívánalmainak, azt már 1887-ben volt alkalmam e helyen részletezni. Nem terjeszkedhetem ki ma az akkor elmondottakra egész terjedelemben, de egyes mozzanatokat legyen szabad a t. sz. szíves engedelméből ismételnem.

Minden esetre feltünő — mondottam akkor, midőn az antipyresis még nagyon is zenithjén állott — hogy a szigorú hydropaták ép úgy, mint a mérsékeltek, a belső antipyretikus szereket alkalmazók ép úgy mint azok, kik a hőfokot általában nem igyekeznek mérsékelni, eljárásuk helyességének bizonyítására mind arra hivatkoznak, hogy az általuk követett methodussal sikerült az exspectativ kezelésnél ezelőtt észlelt 25—30%-ra menő typhushalálozást 6—9%-ra leszállítani.

Miután a halálozási arány eme javulása ilyen különböző gyógybeavatkozások mellett egyaránt bekövetkezik, legalább is jogos kételyek merülhetnek fel az iránt, hogy a javulás tényleg a beavatkozásoknak következménye-e? Nem lehetetlen ugyanis, hogy a therapiától eltekintve, e javulás előidézésében különböző mozzanatok érvényesültek. Igy pl. nem lehetetlen, hogy a typhus okának virulentiája mérséklődött, e mellett szól legalább a mai és régebbi betegek kórképének különbsége. A typhus halálozási arányának javulását bizonyára nagyban mozditotta elő a jobb diagnostica. Mert habár elődeink diagnosticai képessége előtt tisztelettel hajlunk meg, úgy mégis kétségtelen, hogy thermometria, a percussio, auscultatio és a többi physikalis vizsgálati módszerek általánosítása óta kevésbbé valószinü, hogy valamely esetben typhust diagnostizáljunk csak azért, mivel az ú. n. status typhosus van jelen, holott az állapot esetleg tuberculosis miliaris, pneumonia asthenica, endocarditis ulcerosa stb. által volt feltételezve. Ez által elesik sok halállal végződött eset, melyet csupán a typhosus tünetek miatt tartottak typhusnak és irtak a typhushalálozás rovására; másrészt sok olyan esetetet ismerünk ma fel typhusnak, melyek ezelőtt csak azért irattak más rovatokba, mivel a status typhosus hiányzott. Ezelőtt tehát sok esetben a könnyü esetek kimaradtak, míg más súlyos, de nem typhosus eset felvétetett a typhus halálozási statistikájába, minek folytán a halálozási arány hibásan, bár súlyosabbnak lett feltüntetve.

(Folytatása következik.)

Dudits Endre (1533—1589) pécsi püspök.

Egy lap az orvostudomány történetéből.

Irta *Goldzieher Vilmos* dr., egyetemi tanár.

(Folytatás.)

Életének utolsó éveiben, melyeket Boroszlóban töltött, a hol 1589. február 23-dikán rövid betegség után ki is mult, vallási felfogása mindinkább dogmaellenes pályára vitte; a lutheri hitvallástól eltérve a socinianismus felé fordult. De e helyütt Dudits Endrének viszonyát a korabeli vallásos áramlatokhoz nem fejtegethetjük behatóan, ép oly kevéssé mint politikai tevékenységét, bármily csábító volna, hogy különösen Báthory István lengyel királyhoz való viszonyát megvilágitsuk. Mi feladatul azt tüzzük ki, hogy Dudits Endre jókora kiterjedésü tudós levelezését vegyük szemügyre, melyet életének politikától ment nyugodt szakában korának néhány nevezetes orvosával folytatott és a mely az ez időbeli egyéb irodalmi emlékeknél jobban tájékoztat a század szellemi mozgalmai felől. Ez időben ugyanis a levélváltás volt a legfontosabb út, melyen felfedezések, nézetek, a tanulmányok eredményei közvetlenül a correspondenshez, azután pedig gondos másolatok által a többi szaktárshoz is eljutottak. A középkornak nehézkes disputatiói kiszorultak a könnyed, előkelő levélforma által, mely a szerző egyéniségét oly határozottan kidomborítja. A mi nem volt eléggé terjedelmes, hogy egy folianst megtöltsön, azt baráthoz, kartárshoz intézett levélben tették közzé; mai szokásunk szerint ezt *publicatiónak* mondhatnók. Időszaki vagy politikai folyóiratok, tudományos szaklapok még nem léteztek; a tudós, a ki gondolatait a hasonló törekvésüeknek tudtára akarta adni, a levelezésre volt utalva. Orvosi consultatiók is ez úton történtek és a consiliarius, természetesen tudományának ékessége, nem irta meg szárazon a rendelését, hanem a hogy mi is teszszük mostan, az esethez tudós észrevételeket füzött. E szerint ezen „*consultationes medicae*“ a mai casuistikus közléseknek felelnek meg. Ezen consultationes medicae drága, minden esetre drágán fizetett kincsként gondos őrizetnek, néha pedig kritikának is váltak tárgyaivá. Az ezen korbeli legfontosabb epistolae medicinales és consilia egy gyüjtőmunkában maradtak ránk, melyet Laurentius Scholz, medicus Vratislavensis 1592-ben Frankfurtban tett közzé és a mely az orvostan történetének egyik legjelentősebb kútfőjéül szolgál. Ezen gyüjtőmunkában találjuk Dudits Endrének is levelezését Venceslaus Raphanus-szal, Petrus Monavius-szal és a kit első sorban kell említeni, Krato de Kraftheim-mal, korának egyik legkitünőbb orvosával, a ki mint Duditsnak testi-lelki barátja is megérdemli, hogy a mai napon mellette figyelem és szó nélkül el ne menjünk. Dudits András az orvostannal csak mint magasabb értelemben vett polyhistor foglalkozott, kiindulva a görög philosophusok tanulmányá-

ból, kiknek legnagyobbjai közé Hippokratest is kell soroznunk; ellenben Kraftheimi Krato-ban mintaképét kell tisztelnünk a gyakorló, tudománynyal és sikerrel egyaránt ékeskedő orvosnak. 1519-ben Boroszlóban született, tehát körülbelül 14 évvel volt idősebb Duditsnál. Főiskolai tanulmányait a nagy hírű wittenbergai egyetemen kezdte, még pedig korának gondolkodását követve, mely a sacrosancta theologiában a tudás koronáját látta, legelébb is theologiára adta magát és Luther Márton szorosabb köréhez tartozott. Tulajdonképeni tanítója Melanchthon volt, az ő vezetése mellett a classikus nyelvek és philosophia kiváló ismerőjéül képezte ki magát és mint ilyen oly buzgósággal tanulmányozta a görög orvosokat, hogy Luther maga azt a tanácsot adta neki, legyen orvossá. E czélból Lipcsébe ment, majd Itáliába, az orvostan szentelt földjére, melyet minden orvosnak fel kellett keresnie, hogy érvényre és tekintetbe juthasson. Paduában akkor mint ünnepelt mester Johannes Montanus munkálkodott; ennek barátja lett és iratait kiadta. Németországba mint doctor hazatérve, szülővárosában, Boroszlóban, elfoglalta a városi physikusnak tisztjét; tudásának és képességének nemsokára alkalma nyilt, hogy egy rettenetes pestisjárványban derekasan beváljék. Ő volt az első német orvos, a ki a pestisnek ragadós voltát klinikailag határozottan kimutatta. Hírneve akkorára növekedett, hogy I. Ferdinand császár Bécsbe hívta udvari orvosául, kegyében bőven részesítette, sőt politikai ügyekben is tanácsát kérte. Ferdinand császár halála után hasonló állásban maradt fiánál és utódjánál, a nemes II. Miksánál, bár a bécsi udvar neki, a hitéhez hű protestánsnak, sok bajt szerzett és bár e bajok egyre súlyosabbakká lettek, a mint II. Miksára a trónon II. Rudolf következett, ki Spanyolországban II. Fülöp környezetében jezsuitáktól kapta nevelését, ezek daczára a császár még sem vonta meg töle bizalmát. Azonban az udvari fondorkodások elleni emésztő harcz által, valamint saját betegsége által késztetve (polyarthritis rheumatica következményes betegségeül szerzett szívbajban szenvedett), végleg elhagyta az udvart. Visszavonult sziléziai hazájába és itt szenvedései közepette élete utolsó éveit kizárólag a tudománynak szentelte, nevezetesen újból kiadta tanítójának, Montanusnak, műveit és összefoglalta a pestisről szerzett tapasztalatait. Számosak az értekezései a materia medica-ról, a gyakorlati orvostan egyes részeiről; ezek közül kiemelni való a gynaekologia egyik első összefoglalása, tractatusa de morbis mulierum ante partum, in partu et post partum. Betegség okozta kínjában vigaszt lelt a tudományban és a vallásos költészetben; mindvégig orthodox lutheranus maradt.

Egy rettenetes pestisjárvány alatt, mely magában Boroszlóban 9000 embert, a lakosság egy ötödét elpusztította, meghalt 1585. október 19-dikén.

Ilyen volt azon férfiú, a kivel a mi Dudits Endrénket szoros barátság és sokban rokon felfogás fűzte egybe. Hasonló volt a külső szintér is, melyen a két szellem világbeli szerepe lejátszódott. Mindketten három császár és magyar király szolgálatában állottak, az egyik mint udvari orvos, a másik mint tanácsos és követ. Mindkettejük elfordult a korukbeli katholicismustól; ezért az egyiknek életét sorvasztó küzdelmeket kellett elviselnie, a másik könnyű szívvel leszállott az egyházfejedelmi magas polczról. De míg a német férfiú vallási tekintetben conservativ marad, addig a magyar merész következetességgel tovább haladt az ösvényen, melyet értelme számára kijelölt, és minden dogmatismusból kibontakozva, állásra, személyre, érdekre való tekintet nélkül nyiltan vallotta az unitarismushoz való tartozását, jóllehet tudnia kellett, hogy az ilyen lépést a bécsi udvar szerfelett zokon veszi és még a protestánsok is gonosz eretnekségül rójják fel. Azonban a természettudományban és az orvosi tanulmányban megtalálták a közös szellemi talajt, melyen a hitéhez ragaszkodó németet és a gyökeresen szabadelvű magyart szilárd barátság és hű kitartás fűzte egymáshoz, a miről levélváltásuk dicsőséges tanúságot örökít meg. E levelezésnek tüzetes részletező fejtegetését nem engedhetem meg magamnak ezúttal, nehogy önöket túlságosan soká és mértéken felül fáraszszam; fenntartom ezt egy kimerítőbb közzétételnek, melynek ez előadás csak kivonatát adja. Czélom ezúttal főkép, hogy néhány jellemzetes vonással adjam azon kornak vázát, melyből súlyos szellemi küzdelmek közepette az újabb orvostudomány története kiindul; e nevezetes kor rakta le alapját azon templomnak, melynek csarnokaiban mi manapság művészetünk papi tisztjét végezzük. És azon eszmék közül, melyek ma bennünk hatékonyakká váltak, néhány, még pedig az alapvetőkből való, magyar ember agyában ébredt; ezért megérdemli ezen levélváltás, hogy most következő tárgyalásunk belőle induljon ki.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Az országos orvos-szövetség elnöksége e héten küldötte szét a megyei főorvosoknak felhivását a fiókszövetségek megalakitása tárgyában. Az igazgató tanács, mint értesülünk, első sorban lehetőleg széles körben óhajtja összegyüjteni a tagokat, mert kétségtelen, hogy a szövetkezet munkaképessége és munkájának eredménye egyenes arányban fog állani a tagok számával. Remélhető is, hogy általános viszhangra fog találni a felhivás, mert valóban közérdekről van szó, a melyet feláldozni esetleg kicsinyes pártoskodásból mindnyájunk rovására történnék. Az összetartásból kár nem származhatik, s az ilyen fiatal intézmény továbbfejlődése fogja legjobban megmutatni, mily irány lesz a jövőre nézve leghelyesebb. Az országos orvos-szövetség szervezete különben is olyan, hogy annak minden tagja megtalálhatja módját a munka részvételében. Az igazgató tanács ugyanis a fiókszövetségek között az összeköttetést fogja fentartani, a felmerülő kérdéseket a fiókszövetségekkel közölni s igy alkalmat adni a legszélesebb köröknek hozzászólásra és az évi congressuson a döntésre.

Mihelyt a fiókszövetségek legnagyobb része megalakult, komoly lépéseket szándékozik első sorban tenni az igazgató tanács a legsürgősebben szükséges országos orvossegitő és nyugdijalap megvetésére, a mely irányban az első tanulmányok máris folyamatban vannak. Örömmel jelenti az igazgató tanács, hogy mint legelső fiókszövetség az esztergomi alakult meg Mátray Ferencz dr. elnöklete alatt, s a budapesti orvos-szövetség is bizottságot küldött ki a fiókszövetséggé való átalakulás tárgyában.

A megyei főorvosokhoz intézett felhivás szövege következőképen hangzik:

Igen tisztelt ügyfél úr!

Az országos orvos-szövetség f. hó 7-dikén a belügyminister jóváhagyta alapszabályai alapján megalakult s közgyülése megválasztotta a legközelebbi három évre tisztikarát és igazgató tanácsát. Az idemellékelt alapszabályok feltüntetik működésének czélzatát s ama bizonyára általán érzett feladatok között, a melyek rendünk anyagi érdekeit s társadalmi befolyását vannak hivatva emelni, kétségtelenül legégetőbb az orvosok segitő- s nyugalomdij-alapjának megalkotása. Ezen téren számos év vállvetett munkássága teremtheti csak meg azon állapotot, a midőn karunk szerencsétlenné vált tagjain, azok szükölködő családján társadalmi állásunkhoz méltó módon segiteni tudunk, s a midőn majd nem kell aggódva tekinteni kis jövedelmű kartársainknak öregségben töltendő napjaikra.

Mindenki érzi szövetségünk többi feladatainak is fontosságát, de a segélyalap és nyugalomdij ügye valóban sürgős s minden tétlenül letünt év számos szükölködő nyomorát nyujtja meg. Lehet eltérő, sőt ellenkező nézetünk orvosrendünk ethikai, társadalmi kérdéseinek megoldási módozata felett, de a segélyezés létesitése kell, hogy összehozzon, összetartson bennünket. Az országos orvos-szövetség törekvései valóban csak akkor fognak eredményt elérni, ha az ország orvosainak összesége, vagy legalább igen jelentékeny része csoportosul zászlónk alá s vállvetve támogatjuk egymást.

Czéljaink teljesülését alapszabályaink alapján a következő módon iparkodunk elérni. Az országos orvos-szövetség a létesitendő összes fiókszövetségek összesége s miután fiókszövetségeinket mindenütt iparkodunk megalkotni, tagja az országos szövetkezetnek csakis valamely fiókszövetkezet tagja lehet, a ki a fiókszövetkezetbe belépése által már az országos szövetkezetnek is tagjává vált. Az országos szövetkezet igazgató tanácsa állandó összeköttetést tart fenn a fiókszövetkezetek közt *s a felmerülő indítványok, tervezetek közlésével alkalmat fog adni a függő kérdések lehetőleg általános megvitatására.* Ezen czélra szolgál továbbá az évenként előre meghatározandó helyen tartandó általános congressus, a melyen az összes fiókszövetségek tagjainak alkalma nyilik közös tárgyalásra; tervben van továbbá ezen feladatra szolgáló folyóirat alapitása is, a mely még nagyobb mértékben létesitheti az ügy érdekében kivánatos közös közreműködést.

A jelen congressus a tagsági díjat 5 koronában állapította meg; a 19. §. szerint ezen összegnek csak felét fordithatja a fiókszövetség saját czéljaira, tehát minden tagjáért legalább 2 korona 50 fillért szállit be az országos orvos-szövetség pénztárába. Ott, a hol magasabb díjat szavaz meg a fiókszövetség, az 5 koronán felüli összeg teljességében az illető fiókszövetség birtokában marad, míg az 5 koronából annak feléig terjedőleg fedezheti saját kiadásait.

A fiókszövetségek elnökei a 21. §. szerint már tagjai az igazgató tanácsnak, ha tehát az igazgatótanács tagjai közül valaki valamely fiókszövetkezet elnökévé választatik: annak helye az igazgató tanács beválasztott tagjai sorában megürül s a legközelebbi congressuson pótoltatni fog.

Mindezek előrebocsátása után őszinte tisztelettel felkérjük az igazgató tanács határozata alapján ügyfél urat, mint a kit egyéni és

állásából folyó tekintélye bizonyára a legnagyobb mértékben hivatottá tesz ügyünk előmozditására, hogy a hatásköre alatt álló területen a mellékelt alapszabályok s itt felhozottak értelmében fiókszövetség felállitását kezdeményezni szíveskedjék.

Az általános működés megkezdése érdekében nagyon fontos, hogy a fiókszövetségek minél hamarabb megalakuljanak s ezért kérelmünk elfogadása esetén legyen szives lehetőleg gyorsan intézkedéseit megtenni s minket erről értesiteni. Budapest, 1897. évi november hó 15-dikén. Kiváló tisztelettel *Jendrássik Ernő* dr., főtitkár. *Kétli Károly* dr., elnök.

* * *

Olvasóinkhoz. A „*Közegészségügy és Törvényszéki Orvostan*“ című mellékletünknek utolsó számát e számunkhoz csatolva kapják olvasóink.

Midőn tisztelettel hajlunk meg szerkesztő-társunk azon érvelése előtt, melyet ő jelen melléklet vezérczikkében a megszüntetés indokolására elősorol, nem mulaszthatjuk el, hogy a legőszintébb köszönetünket ne nyilvánitsuk neki azon buzgó és kitartó fáradozásáért, melyet e melléklet szerkesztésében és az által a hazai közegészségügy előmozditásában oly hosszú időn át kifejtett. A hazai közegészségügy fejlődéstörténete az ő és munkatársainak e lapokban lefektetett szellemi munkásságát mindenkor hálásan fogja elismerni.

Nem kevésbbé hálásan fogadjuk távozó szerkesztő-társunk azon igéretét, hogy a fenforgó viszonyok által az eddiginél szükebbre szorított közegészségügyi szakirodalmi munkakört a külön mellékletből a főlap hasábjaira teszi át, a mi által biztositva vagyunk, hogy a fontosabb hazai közegészségügyi kérdésekben az ő és munkatársainak legilletékesebb szakértői véleményét ezentúl sem fogjuk nélkülözni.

A megszüntetett melléklet helyett a jövő év elejétől kezdve „*Gyermekgyógyászat*“ című mellékletet fogunk megindítani, melynek feladata leend az orvosgyakorlati tekintetben oly fontos szakma hazai önálló tudományos irodalma fejlesztésének és mivelésének az eddiginél nagyobb teret szolgáltatni. E melléklet szerkesztésére *Bókay János* egyetemi tanárt, a budapesti Stefánia-szegénygyermek-kórház igazgatóját nyertük meg, a kinek szakirodalmi, itthon és külföldön elismert hírneve biztosítékul szolgál az iránt, hogy ő és a köréje csoportosuló hazai jeles gyermekgyógyászok szakirodalmunk ez ágát az eddiginél is még nagyobb lendületre fogják emelni.

* * *

Az országos közegészségi tanács új elnökei. Az országos közegészségi tanács elnökéül Ő Felsége *Müller Kálmán* dr. tanárt, alelnökeül a belügyminister *Fodor József* dr. tanárt nevezte ki. Mindkét kinevezés a tanács felterjesztése értelmében történt és biztositékot nyujt az iránt, hogy az ország legfelsőbb véleményező és indítványozó közegészségügyi testülete az eddigi eredményes és bölcs vezetést ezentul sem fogja nélkülözni és a jövőben is sikeresen közre fog működni a hazai közegészségügy emelésére.

Vegyesek.

Budapest, 1897. november 26-dikán. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. november 7-től 1897. november 13-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 387 gyermek, elhalt 209 személy, a születések tehát 178 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 3, hökhurut 1, kanyaró 2, vörheny 5, himlő —, typhus abdominalis 3, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 1, agykérlob 12, agyvérömleny 7, rángások 2, szervi szívbaj 18, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 39, tüdőgümő és sorvadás 40, bélhurut és béllob 16, carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák 5, Bright-kór és veselob 3, angolkór —, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 17, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 9, erőszakos haláleset 12. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2140 beteg, szaporodás 795, csökkenés 658, maradt e hét végén ápolás alatt 2277. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1897. november 12-dikétől november 19-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 25 (meghalt 3), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 49 (meghalt —), vörhenyben 22 (meghalt 4), kanyaróban 43 (meghalt —), roncsoló torokloban és torokgyíkban 13 (meghalt 5), trachomában 8, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 17 (meghalt —), orbánczban 29 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1).

— **Preisz Hugó** dr. állatorvosi akadémiai tanárt, az állami bakteriologiai intézet igazgatóját a belügyminister az országos közegészségi tanács rendes tagjává nevezte ki.

—r. **Új Röntgen prospectus.** Az orvosi körökben ismert Reiniger, Gebbert & Schall czégtől (elektrotechnikus gyár Erlangen, Berlin és Bécsben) új prospektus jelent meg készülékek, eszközök és segédszerekről a Röntgen-sugarak előállitását és alkalmazását illetőleg, mely átnézete, elrendezése és pontos, még a laikusoktól is könnyen érthető berendezése folytán gyors tájékozódást nyujt az eszközök használatára nézve. Ezen előrajzot a nevezett czég ingyen és bérmentve küldi szét.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Fasor-szanatórium Vízgyógyintézete

Budapesten, a Herczel-féle szanatóriumban (városligeti fasor, 9. szám). Bejáró és benlakó betegeknek. — Egész éven át nyitva van. — Szigorú orvosi vezetés. — Rendelő orvos: **Dr. Kuthy Dezső** (november 1-jétől lakik: VII., Erzsébet-körút 58).

Téli kúra a Szt. Lukács-fürdőben **Budapest.** rheumatikus bajok, köszvény, ischias stb. ellen

A szállodák és fürdők egy épülettömböt képeznek. *Minden helyiség jól fűlve van. Meghülés kizárva.* **Kénes iszapfürdő.** Külön fürdők. Douche-massage stb. Felvonó a vízben. Lift. *Lakás és teljes ellátás hetenként* (közepes ár 25 *frt*) Prospectust küld az igazgatóság.

DR. KELEN ISTVÁN

gyógymechanikai intézete:

Svédgymnastika, massage és testegyenészet.

Budapest, V., Váczi-körút 16., I. em. (Andrássy-úttal szemközt.)

Orvos urak figyelmébe!

Azon tisztelt **orvos urak**, kik magukat **önállósítani akarják**

KELETI J. **BUDAPEST, IV., Korona-herczeg-utcza 17. szám alatti sebészeti műszergyártó** czégnél

orvos-sebészeti műszereket, valamint **teljes berendezéseket** mindennemű **magángyógyintézetek részére, havi vagy negyedévi részletfizetésre** kaphatnak, szavatolt legjobb kivitelben és a legcoulánsabb feltételek mellett.

Prospektusok és képes árjegyzékek ingyen.

Juber Forrás

Természetes arsen- és vastartalmú **ásványvíz**

Srebrenicában Boszniában.

Mattoni és Wille Budapest

Mattoni Henrik Bécs

Budapest, Bécs, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn.

„GLANDULEN“

az organotherapiának specificusan ható szere

tüdőtuberculosisnál

bronchialis mirigyekből készitve

a **legrationalisabb** és **leghatásosabb** az összes eddigi kezelési módszerek között.

Ezen szer nagyszámú orvosoktól kipróbáltatott, a kik a tüdő tuberculosisának előrehaladott eseteinél is kitünő eredményről tanuskodnak. Például **Dr. Niendorf R.,** Rhinow (Brdbrg) így ir: „Resumém az, hogy az Ön tablettái az eddigiek között a legjobb szer, tuberculosis ellen sem arsenicum, sem kreosotal, sem soleol nem hatnak oly gyorsan és biztosan, mint a Glandulen.“

Dr. Braun, Herbstein 27/8. 97: A „Glandulen“-tabletteket makacs rekedtség és köhögés ellen igen kedvező sikerrel alkalmaztam. Kedvezőtlen mellékünetek soha sem fordultak elő. Azokat hasonló esetekben ismét fogom használni és kartársaimnak a legmelegebben ajánlhatom.

Raktár a gyógytárakban. Azok számára nagyban eladás **G. & R. Fritz, Bécsben, I., Bräunerstrasse 5.**

Fónagy József Diana gyógyszertárában, Bpest, Károly-körút 5.

Dr. Hofmann utóda, vegyi gyár Meerane i/S.

Tengeri gyógyintézet (Seehospitz)

gyermekek számára

ABBAZIÁBAN.

Igazgató orvos: Dr. Szegő Kálmán.

Felvétel kisérővel vagy a nélkül egész éven át. Állandó orvosi felügyelet, modern kényelem, mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 48. számához. 4. SZ. Budapest, 1897. november 28.

KÖZEGÉSZSÉGÜGY ÉS TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTAN.

Szerkeszti FODOR JÓZSEF tanár.

Tartalom. *Öhler László* dr.: A talaj és a talajvíz szennyezettsége Budapesten 1876/9. és 1895-ben. — *Rigler Gusztáv* dr.: A temesvári mosniczai próbakútak vizeinek egészségtani vizsgálata és bírálata. — *Fodor József* tnr.: A vízórák Budapesten. — *Közegészségügy.*

Az olvasóhoz.

Tizenhat esztendő előtt vettem át a Közegészségügy és Törvényszéki Orvostan szerkesztését. Feladatomul tekintém, hogy közegészségügyünk javítására serkentsek s az egészségtudomány és törvényszéki orvostan művelését támogassam, előmozdítsam.

Jó lélekkel és buzduló szívvel fogtam a feladat betöltéséhez. S ha most visszatekintek az évek hosszú sora munkájára, megnyugvással látom, hogy nem váltam hűtelenné kitűzött feladatomhoz. A közegészségügy minden tere, az egészségtudomány számos fejezete nyert komoly méltatást e lapok hasábjain. Ezért elismeréssel, sőt hálás köszönettel tartozom buzgó munkatársaimnak.

Mindazáltal a viszonyok mostohasága egyre nehezebbé teszi e lapoknak kellő anyaggal való ellátását. Közegészségtani szakintézeteink a buvárkodás szempontjából nagyon is szerény helyzetben tengődnek; a közegészségügy terén pedig a közigazgatásnak államosítása vár eldöntésre, s a míg végleg el nem dől, útjában áll a közegészségügyi kérdések részletes tárgyalásának, fejtegetésének, megbeszélésének. A mi szakszerű és eredeti munkálat ily módon rendelkezésre áll, az nem elég e lap kellő betöltésére.

És így az Orvosi Hetilap „Közegészségügy és Törvényszéki Orvostan“ czímű melléklapja a jelen számmal megszünik, a mi azonban korántsem jelenti azt, hogy a közegészségügy és törvényszéki orvosi ügy előtt az Orvosi Hetilap bezárulna. A főlap készségesen ad helyet a jövőben is ama közügyeknek és tudományszakoknak. Munkatársaimnak tehát, a kik éveken át támogattak a Közegészségügy és Törvényszéki Orvostan szerkesztésében, megnyugvással mondhatom, hogy viszontlátásra, a főlap hasábjain.

Fodor József.

A talaj és a talajvíz szennyezettsége Budapesten 1876/9 és 1895-ben.

Irta *Öhler László* dr., közegészségtani gyakornok.

A budapesti egyetemi közegészségtani intézetben évek során át végeztek beható vizsgálódásokat Budapest balpartja talaj- és vízviszonyait illetőleg.[1] E vizsgálódások nyilvánvalóvá tették, hogy városunk talaja és talajvize általában véve szerfölött szennyes.

Fodor e szennyezettség legfontosabb forrásaként első sorban az akkori csatornahálózat silányságát jelöli meg. 1876-ban a 82·5 kilométer hosszú csatornáknak nem egészen egy harmadrésze volt czélszerű alakkal és jó anyagból (tégla, czement) építve, a többi csatornának nevezett földalatti alagút a csatorna névre igényt alig tarthatott, mert kövezetlen, falazatlan fenekén és kövekből, törmelékből így-amúgy összerótt falain át akadálytalanul ömlött a talajba a házi és ipari szennyvíz, az emberek ürüléke, minden rohadó, szerves anyagával, rohasztó és fertőző bakteriumaival egyetemben.

A talaj és a talajvíz szennyezésének második, nem kevésbbé fontos okozója az a sok árnyékszék és trágyagödör volt, a melyek rohadó anyagokkal szintén itatták a földet s a melyekhez az udvarokban felhalmozódott szenny és piszok, az utczák feltöltésére szolgáló szemét és ganaj stb. járultak.

Fodor a radikális egészségügyi javítás sarkkövéül fővárosunkban a helyes csatornázást és árnyékszék-rendszerünk javítását jelöli meg. Eme javításnak a házakban, kiváltképen az újonnan épülőkben kell megkezdődnie.[1]

Eme vizsgálódások óta majdnem 20 hosszú év telt el! Ha ezen idő alatt a hatóság komolyan fogta fel hivatását és javította, illetve javíttatta a régi rossz csatornákat; ha az azóta épült nagyszámú új házban a szennyvíz és ürülék levezetéséről jobban gondoskodtak, mint annak előtte; ha a házak, udvarok tisztántartását a réginél jobban ellenőrizték: úgy Budapest talajában illetőleg talajvizében a lefolyt 20 év alatt jelentékeny változásnak kellett beállania; — mert, miként *Rigler* [2], [3] kimutatta, a talajba került szervi nitrogen és szén — kedvező talajviszonyok mellett — rendkivül gyorsan oxydáltatik, úgy hogy az organikus szennyanyagoknak 50%-a már az első és további 15%-a már a második évben eltünik a talajból. *Rigler* kisérletei alapján kiszámítja, hogy azon óriási mennyiségű szennynek, melyet *Fodor* 1876—79-ben a budapesti talajban talált, 2—3 év alatt oly változást kellett szenvednie, hogy a legnagyobb mértékben beszennyezett talaj is — ha újabb beszennyezése meggátoltatott — a talajnak tisztulási képessége folytán tisztává vált.

Ennek a kérdésnek megvilágítását, azt, hogy vajjon 20 év óta javult-e vagy sem városunk talaja és talajvize, tűzte feladatomul főnököm.

Vizsgálataim sikeres végzésére több alkalmasnak látszó mód kinálkozott.

A legalaposabb kétségkivül abban állott volna, hogy *Fodor*-nak 1876—79-ben végzett vizsgálatait megismételjem; tehát, hogy úgy mint ő, több száz házban fúrásokkal feltártam volna a talajt, s a kivett földpróbákat elemeztem és karöltve a kutak vizét is megvizsgáltam volna Ez azonban olyan nagy munka lett volna, a melyre főleg csekély erőm öntudatában, de másrészt a közegészségtani intézet segédeszközeinek és budgetjének a legszükségesebbre is alig elegendő kicsinysége miatt, nem is gondolhattam.

Feladatom megfejtésére másodsorban a csatornák közvetlen megszemlélése és megvizsgálása jöhetett volna szóba, vagyis annak megállapítása, hogy Budapesten tényleg javult-e a csatornázás technikája?

Erre nézve ámbár részletes adatokkal nem rendelkezem, mégis személyes tapasztalásból konstatálhatom, hogy igenis történt haladás a csatornázás terén. Igy kiépült (részben) a dunaparti főgyüjtő, kiépült a körúti főgyüjtő is, s egyszersmind több utczában megújították, javították a régi, rossz csatornákat. Az új házakban is kétségen kivül sokkal jobb anyagból és több gonddal épitik most már a csatornákat és — esetleg — az árnyékszékgödröket, mint a hogy azok régibb házakban épültek. Az utczák és udvarok tisztasági viszonya is jelentékenyen javult az utóbbi években.

[1] V. ö. Fodor: „Egészségtani kutatások a levegőt, talajt és vizet illetőleg.“ Budapest, 1879—80. Kiadta a M. tud. Akademia. — Németül: Hyg. Untersuch. ü. Luft, Boden u. Wasser. 2. kötet, kiadta Vieweg, Braunschweigban, 1881–82.

[1] Fodor: „Egészségtani kutatások a levegőt, talajt és vizet illetőleg.“ 344—348. oldal.

[2] Rigler: A talaj szennyezettségének stb. befolyása Orv. H. 1894; ugyanaz németül: „Ueber den Einfluss der Verunreinigung, Temparatur und Durchlüftung des Bodens auf die Härte des durch denselben durchsickernden Wassers.“ Archiv für Hygiene. 1897.

[3] Rigler: A szennyes talaj tisztulásáról, Orv. H. 1895.; ugyanaz németül: „Ueber die Selbstreinigung des Bodens.“ Archiv für Hygiene. 1897.

Mindez azonban elégtelen annak eldöntésére, hogy valóban javult-e általuk városunk talajának és talajvizének tisztasági állapota; mert nem tudjuk, vajjon ezen újabb csatornák nem-e elégtelenek még mindig a talaj tisztántartása czéljára; nem épültek-e még mindig tökéletlenül; nem elenyésző csekély-e az ő javító hatásuk a sok régi, rossz csatorna stb. káros hatásával szemben stb. Csupán a talajnak feltárása az új csatornák alatt derithetné ki positive a talaj szennyezésének kérdését: hogy a talaj az újabb csatornák alatt immár tiszta marad-e vagy sem, a mit magától érthetőleg nem végezhettem.

Hátra maradt számomra a vizsgálódásnak az a módja, hogy azon kutaknak vizeit, a melyeket *Fodor* 1876—79-ben talajvizsgálataival kapcsolatban analyzált, most 20 év után újból megvizsgáljam.

A talaj szennyezettségének a benne haladó talajvíz minőségéből való megitélésére kétségtelen jogunk van, mert több vizsgáló sokszoros kisérleteiből tény gyanánt az derült ki, hogy a kútvíz rendszerint valósággal mutatója a talaj tisztaságának, illetve szennyezett voltának.

Fodor említett munkájában százakra menő vizsgálatok alapján következetesen és szabályszerűen azt találja, hogy a mely házak, utczák, városrészek talajában sok volt a bomlásra alkalmas szerves nitrogen és széntartalmú anyag, ugyanazon házak, utczák, városrészek kútvize nemcsak tetemes mennyiségű szerves anyagot tartalmazott, hanem ennek közvetlen bomlástermékeit is: ammoniákot, salétromsavat, továbbá tetemes mennyiségű maradékot bepárolás után, bőséges chlort stb. Ellenben a tisztább talajú házak, utczák, városrészek talajvize is tisztább volt.

És igy jogosan föltehető, hogy ha az utóbbi 20 év alatt javult városunk talajvize, akkor javult a talaj szennyezettségi viszonya is, és ellenkezőleg a víz javulása hiányából méltán a talaj beszennyezésének folytatására, a csatornázás hiányos és eredménytelen voltára lehet következtetni.

A kutak vizét ugyanazon chemiai módszerekkel vizsgáltam, mint a melyekkel az 1876—79-diki vizsgálódások végeztettek a czélból, hogy a nyert eredmények egymással összehasonlithatók legyenek.

Vizsgálódásaim főbb eredményei e következők:

I. *Egyes kutak vize.*

Az 1876—79-diki vizsgálódások alkalmával több kút egy és több éven át havonként vizsgáltatott. Tanulság kedvéért e kutak közül néhányat 1895 folyamán havonkint (májustól deczemberig) vegyelemeztem. Példaképen közlöm e következő eredményeket:

1. A Dorottya-utczai úgynevezett „Wurm-udvar“ vize 1878-ban és 1895-ben. (1 literben milligramm):

1878	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
Május	256·0	12·65	19·525	4·17	—	0·15
Junius	265·0	21·75	39·05	5·25	—	—
Julius	225·0	21·35	19·525	0·43	—	—
Augusztus	215·0	23·3	67·45	1·14	—	—
Szeptember	195·0	22·4	55·025	0·84	—	nyom.
Október	202·5	15·0	26·625	—	—	0·16
November	—	42·2	42·6	9·5	0·017	0·26
Deczember	245·0	15·25	42·6	1·5	—	—
1895						
Május	580·5	35·929	42·875	40·66	0·15	0·35
Junius	463·0	32·896	31·0	27·906	—	0·75
Julius	450·0	27·246	29·25	22·04	—	0·5
Augusztus	432·0	25·536	30·0	21·05	nyom.	0·55
Szeptember	512·0	34·4	49·0	12·4	nyom.	2·5
Október	Javitás alatt volt a kút.					
November	535·0	27·952	47·0	26·44	—	0·8
Deczember	510·0	25·12	45·5	25·2	nyom.	0·7
1896						
Január	434·0	27·2	28·0	38·48	nyom.	0·65

Tehát ez a kút 1878 óta jelentékenyen rosszabbodott.

2. A Károly-kaszárnyai kút vize.

1877	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
Május	1033·3	22·910	108·8	220·3	—	nyom.
Junius	900·3	27·50	105·31	258·86	—	nyom.
Julius	875·0	22·08	101·766	210·0	—	—
Augusztus	841·6	18·3	104·18	173·3	—	—
Szeptember	783·3	35·0	115·375	178·3	—	—
Október	941·6	29·16	133·125	225·0	—	—
November	1075·0	30·41	156·791	336·6	—	—
Deczember	1175·0	29·16	156·2	326·6	—	—
1880						
Május	1290·0	24·5	113·6	228·6	0·667	—
Junius	1300·0	22·5	110·05	163·8	0·05	—
Julius	1325·0	18·5	104·7	188·0	—	—
Augusztus	1225·0	23·5	120·7	212·7	0·099	—
Szeptember	1075·0	26·5	103·0	182·8	0·067	—
Október	775·0	39·5	113·6	182·0	0·067	0·36
November	975·0	45·5	120.0	215·0	—	—
Deczember	1125·0	55·0	123·1	246·5	0·4	0·4
1895						
Május	2199·0	30·6016	233·87	450·056	—	0·15
Junius	1983·5	34·2992	204·6	509·65	nyom.	—
Julius	1778·0	31·217	183·0	464·16	—	—
Augusztus	1676·0	32·416	180·0	452·16	—	0·15
Szeptember	1562·0	30·124	167·0	337·12	nyom.	—
Október	1816·0	30·657	189·0	431·72	nyom.	0·25
November	1866·0	31·936	192·5	467·52	nyom.	—
Deczember	1806·0	27·821	185·0	462·56	—	—

Vagyis ez a kút 1878—80-ig is mutat már némi rosszabbodást. 1880-tól 1895-ig pedig a romlás szembetünően fokozódott.

3. Rókus-kórház kútvize.

1877	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
Junius	2001·6	81·633	210·0	253·3	0·002	nyom.
Julius	1893·3	44·043	220·0	293·3	—	—
Augusztus	1883·3	45·688	206·0	270·0	—	—
Szeptember	1875·0	48·848	196·6	286·6	—	—
Október	1766·6	50·066	198·3	226·6	—	—
November	1888·3	60·83	230·0	345·0	—	0·012
Deczember	2083·3	60·441	261·6	346·6	—	0·06
1880						
Junius	5570·0	101·0	763·2	682·9	—	0·1
Julius	4115·0	95·0	472·2	372·9	—	0·15
Augusztus	3994·0	89·5	461·5	510·3	0·198	0·1
Szeptember	3709·0	100·5	458·0	579·3	0·33	0·3
Október	3689·0	95·0	450·0	570·0	—	—
November	3669·0	87·5	447·3	562·0	0·8	0·26
Deczember	4471·0	115·0	436·65	429·0	—	0·1
1895						
Junius	2065·0	92·0	243·0	375·44	4·2	1·75
Julius	1754·0	38·936	216·0	269·12	0·2	3·5
Augusztus	2020·0	79·296	234·0	345·28	2·5	2·0
Szeptember	1686·0	75·63	203·5	212·64	3·0	3·0
Október	1728·0	61·6	185·0	331·52	3·5	5·5
November	1645·0	46·112	186·0	210·56	0·25	2·5
Deczember	A kút elromlott.					

Ezen kút vizében tehát 1877—1880-ig fokozatos és igen nagy rosszabbodást találunk; 1895-ben az 1880-diki vizsgálatokkal szemben pedig tetemes javulás mutatkozik, úgy hogy az utóbb jelzett évben megközelitőleg olyannak találtam a vizet, mint az 1877-ben volt. Feltünő — és intő jel — e víznek 1895-ben szerfölött nagy salétromossav- és ammoniak-tartalma.

4. Gizella-téri kútviz.

1880	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
Junius	487·0	42·6	—	—	—	—
Julius	497·5	46·1	—	—	—	—
Augusztus	505·0	42·6	—	—	—	—
Szeptember	615·0	51·5	—	—	—	—
Október	446·0	63·9	—	—	—	—
November	922·5	85·2	—	—	—	—
Deczember	639·0	78·1	—	—	—	—
1895						
Junius	567·0	21·2	51·75	15·26	—	—
Julius	530	25·92	44·0	15·04	—	—
Augusztus	534·0	23·83	42·5	15·56	—	—
Szeptember	649·0	27·648	57·0	14·2	ny.	—
Október	696·0	29·232	66·0	16·38	—	—
November	730·0	23·36	76·0	18·73	—	—
Deczember	800·0	23·712	83·0	19·35	—	—
Január	596·5	29·6	61·0	21·52	ny.	0·2

Tehát e kút szilárd alkatrészei némileg szaporodtak, mig szerves alkatrészei majdnem fele mennyiségre alásülyedtek, a mi arra enged következtetni, hogy ott helyben jelenleg kevésbbé szennyezik a talajt s a vizet, mint azelőtt, azonban a kút környékén a talaj szennyezése még egyre tart s nagyobb mérvű, mint 1876/79-ben volt.

Igen tanulságos e négy kút vizsgálatából az is, hogy

azok vize a hosszú időköz daczára nagyjában állandó jelleget mutat: a Rókus-kórházi és Károly-kaszárnyai kútvíz állandóan rendkivül sok szilárd alkatrészt, chlort és salétromsavat mutat, ellenben a Gizella-téri és a Wurm-udvari kút amazokkal szemben állandóan sokkal kevesebb szilárd anyagot, illetve chlort, salétromsavat, a mi tanusítja, hogy a kutak szennyezése nem kicsiny területek esetleges talajszennyezésétől függ, hanem nagy, kiterjedt területek folytonos, fokozatos szennyezésétől, a mely a gyors ugrásokat bármely irányban előre is kizárja, s a mely az egyes kutaknak, illetve e kutak környéke talajának, jellemző chemiai s ennek nyomán közegészségi sajátságot kölcsönöz.

Feltünő módon mutatja egyes kutak specialis szennyeződésének (nevezetesen ammoniak-tartalmának, tehát nyilván vizelettel való beszennyezésének) állandóságát e következő néhány példa is:

Vigadó kútja.

	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
1878.	537·5	43·055	71·0	6·86	0·63	9·0
1895.	730 0	43·76	77·5	21·2	0·1	5·0

Lloyd kútja.

1878.	905·0	46·61	74·55	2·94	1·584	4·4
1895.	600·0	48·0	49·5	22·8	—	4·5

Városház-tér 4.

1878.	990·0	58·45	85·2	58·82	0·132	7·0
1895.	1138·0	79·86	166·0	17·072	0·35	10·0

Csányi-utcza 3.

1878.	—	75·95	422·45	322·56	0·347	4·6
1895.	2078·0	99·312	238·5	401·1	0·25	9·5

Sándor-utcza 42.

1878.	—	42·25	440·2	541·67	1·32	6·0
1895.	2748·0	53·088	398·0	344·48	—	7·0

Baross-utcza 43.

1878.	—	105·85	429·55	704·3	0·561	2·8
1895.	2390·0	92·72	300·75	279·52	2·5	5·0

Kerepesi-út 32.

1878.	2740·0	62·4	411·8	331·82	0·23	13·0
1895.	2130·0	98·4	246·0	160·64	5·0	2·5

Kistemplom-utcza 12.

1878.	2760·0	143·3	385·175	375·0	0·363	4·0
1895.	3000·0	50·448	345·5	455·584	0·45	2·0

Némely kút 1876/79 óta rendkivül rosszabbodott, például:

Király-utcza 11.

	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
1878.	—	31·60	193·475	357·0	0·215	—
1895.	1514·0	324·552	220·0	13·08	10·0	10·0

Ez a kút jól illustrálja *Fodor* ama tapasztalatát, hogy túlságos mértékben való talajszennyezésnél a víz szerves anyaga, salétromos sava és ammoniakja növekszik, ellenben salétromsava csökken.[1]

Károly-körút 17.

	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
1878.	1300·0	32·4	166·8	219·0	0·15	0·12
1895.	2034·5	42·048	232·5	372·32	nyom.	4·5

Károly-körút 19.

1878.	1140·0	25·3	138·5	176·0	0·04	0·25
1895.	1956·5	37·6	209·0	381·28	—	2·5

Conti-utcza 40.

1878.	1780·0	81·37	291·0	280·34	0·78	0·08
1895.	5874·0	67·888	697·0	1439·44	nyom.	10·0

Némely kút ellenben feltünően javult, mint például:

Zöldfa-utcza 8.

	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
1878.	5845·0	137·46	447·3	1080·0	1·13	0·6
1895.	2194·0	43·2	209·0	802·88	0·45	—

Aradi-utcza 32.

1878.	475·0	39·5	63·9	nyom.	—	0·2
1895.	200·0	24·36	7·75	0·87	—	—

[1] L. Egészségtani kutatások i. h.

Márton-utcza 38.

	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
1878.	—	79·0	294·65	940·0	0·627	7·0
1895.	2630·0	42·4	196·0	532·112	0·3	0·55

Tompa-utcza 30.

1878.	4260·0	74·25	603·5	1120·0	—	1·1
1895.	3907·5	36·8	353·0	685·504	—	0·1

II. *Az egyes városrészek kútvize.*

Még tanulságosabb közegészségi tekintetben az egyes városrészek kútvizének átlagos összetétele 1878/79 és 1895-ben.

A *belváros* 8 kútjának vize[1] átlagban a következő alkotást mutatta:

	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
1878.	1632·8	51·694	134·11	294·41	0·399	3·268
1895.	1208·25	36·0645	118·875	230·894	0·193	2·126

A belváros kútjai tehát egészben véve, összes alkatrészeik tekintetében javultak.

A *Lipótváros* 14 kútjának alkotása:

	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
1878.	894·46	30·814	85·91	197·436	0·175	0·834
1895.	923·0	27·224	85·02	127·445	—	0·6966

A Lipótváros kútjai is javultak tehát, nevezetesen csökkentek a talajnak friss szennyezésre való alkatrészei (szerves anyag, salétromos sav, ammoniak).

A *Terézváros* 14 kútjának átlagos összetétele volt:

	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
1878.	2393·571	45·123	340·681	449.81	0·1156	0·494
1895.	1986·78	39·6187	203.55	346·188	0·128	0·935

Tehát ebben a városrészben is javultak a megvizsgált kutak.

Az *Erzsébetvárosban* elemzett 26 kút következő alkotást mutatta:

	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
1878.	1993·96	44·332	241·08	349·33	0·182	0·862
1895.	1882·0	53·679	198·173	282·717	0·578	0·815

A víz ebben a városrészben is javult. A salétromos savnak és szerves anyagnak erős szaporulatát a Király-utcza 11. számú ház kútvizének szerfölött nagy salétromos sav és szerves anyag tartalma okozza. (L. föntebb.)

A *Józsefvárosnak* 43 megvizsgált kútja következőt eredményezett:

	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
1878.	2687·25	77·336	375·226	591·927	0·372	4·117
1895.	2737·627	56·679	293·229	542·173	0·455	1·245

A kutaknak friss ürülékanyagokkal való szennyezése nyilván csökkent 1878 óta.

A *Ferenczváros* 18 kútjának alkotása volt:

	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
1878.	2881·666	58·123	380·115	723·346	0·1518	2·412
1895.	2099·177	40·5976	260·180	543·556	0·280	0·977

E kerület vizei lényegesen javultak 1878 óta.

A IV—IX. kerület 123 kútjának átlagos összetétele a következő volt:

	Szilárd alkatrész	Szerves anyag	Chlor	Salétromsav	Salétromos sav	Ammoniak
1878.	2080·617	51·237	259·52	434·376	0·2325	1·997
1895.	1784·064	41·8698	190·91	341·649	0·271	1·1221

Vagyis Budapest balpartja alatt a kutak vize általában véve javult. Ez az általános javulás azonban — bár így is örvendetes — mégis ama hosszú időszakkal szemben, ez időszaknak nagy hygienikus haladásával szemben, nagyon csekély fokú. A vizek eme maguktartásából következtetést vonhatunk a város talajának viszonyaira nézve is. Valószinűnek mondhatjuk, hogy 1876/9 óta javult, tisztult talajunk is, ez a javulás, tisztulás azonban igen csekély mértékű.

Ellenvetésképen talán felhozható volna, hogy a kutak

[1] Sajnálatos, hogy nem birtam nagyobb számú kutat a két időközből egymással szembe állitani, minthogy az első elemzések óta számos ház kútját elbontották, lezárták, úgy hogy nem lehetett belőlök vizet szereznem.

vize azért nem mutat nagyobb javulást, mert a vízvezeték behozatala és elterjedése óta egyre kevésbbé használják e kutakat s így — mint mondani szokták — az állástól a kutak vize romolhat. Ily ellenvetés a szakszerű kritikát nem állja ki. A kutak vizének chemiai alkotására az a körülmény, hogy annakelőtte inkább, most pedig kevésbbé használják a kutak vizét, alig gyakorolhat befolyást, mert ez a víz, mint *Fodor* kimutatta, az egész város alatt mozgó talajvíz, a mely kelet felől a Duna felé áramolva, most is ép úgy megújul a talajban és az abba lesülyesztett kutakban folytonosan és ép úgy veszi magába útjában a szennyező anyagokat, a mint megújult régebben és a mint beszennyeződött régebben. Az a víz, a mi a talajvizből régebben és most is kiszivattyúztatott, illetve kiszivattyúztatik, alig képezte és képezi csekély töredékét a talajvíz egész tömegének.

Az előadottak nyomán méltán aggodalmaink támadhatnak talajviszonyainkat illetőleg, mert a közel 20 éves egészségügyi törekvés nagyon csekély eredményt mutat fel a talaj tisztulását illetőleg. Nyilvánvaló, hogy csatornázási viszonyaink távolról sem kielégítők.

És kutatnunk kell szorgalmasan, hol hibázunk még mindig csatornáink körül és a található hiányokat energikusan el kell háritanunk. A legfőbb hiba nyilván abban rejlik, hogy a csatornákat, a házakban úgy mint az utczákon, még mindig igen felületesen, hiányosan épitjük. Ilyen hiányos csatornaépitkezést láttunk a Sándor-utcza új csatornázása alkalmával, a hol a csatornát alkotó czementcsatorna-talpak előre megöntve egymásután lerakattak a földbe, azonban eme daraboknak egymáshoz való illesztése szerfölött felületesen, ki nem elégitő módon (kanállal vékonyan a két darab közti részre csapott czement-habarcsesal) eszközöltetett.

Fölötte hátrányos csatornáinkra nézve az is, a mit *Fodor* a főváros törvényhatósága közgyülésén (1897. május hó) hangoztatott, hogy t. i. az előljáróságok elrendelték a házi ereszeknek az utczai csatornákba direct és földalatt bevezetését, a mely czélra minden ház mellett a csatorna (rendesen amúgy is rozoga) falait bedöntötték és ott vezették be — jól-rosszul elfalazva — az eső-csöveket. A csatornák ily barbár rongálását és a talaj szennyezésének ily nyilvánvaló létrehozatalát semmi más művelt városban nem tűrnék meg, csak Budapesten!

Ma is, mint 20 év előtt, méltán sürgethetjük tehát fővárosunkat, hogy csatornázásunkra, a talaj tisztasága eme legfontosabb oltalmazójára, immár nagyobb gondot fordítsanak.

A temesvári mosniczai próbakutak vizeinek egészségtani vizsgálata és birálata.

Irta *Rigler Gusztáv* dr. egyet. magántanár, közegészségtani tanársegéd.

I. *Leirás.*

Az α és γ jelzésű fúrások, illetve próbakutak Temesvár városától délkeleti irányban mintegy 4—4½ kilométernyire, egymástól pedig mintegy 500—700 méternyire, a Bega és Temes folyók között levő területen feküsznek. Orbán Ignácz, városi I. mérnök úrtól kapott adatok szerint az α fúrásnál a csőfenék 34·45 méterre, a γ fúrásnál pedig 29·92 méterre fekszik a tenger szine felett 90·59, illetve 90·07 méter magas talajfelszintől. Az α próbakútban a víz saját nyomásánál fogva 1·87 méterre, a γ-nál pedig 1·60 méterre jön fel a talajfelszin alá.

A kutak a Seidl-féle szabadalmozott, vizöblitéses módszerrel lettek fúrva, melynél a talajban maradó és utóbb kútul szolgáló tágasabb vascső helyét egy vékonyabb vascső végére erősitett szárnyas fúró fellazitja, s az igy fellazított földtömeget a vékony vascsövön lepréselt vízsugár kimossa úgy, hogy a tágasabb vascső magától vagy csak kevés utána-segitéssel halad befelé a talajba. Ezen eredeti, s az összes talajrétegekre alkalmazott eljárástól az α és γ próbakút fúrásánál annyiban volt eltérés, hogy a vízöblités csupán a laza talajrétegek eltávolitására alkalmaztatott, a vízáthatlan agyagrétegek azonban Orbán Ignácz úr kimondása szerint rendes fúrással törettek át.

Az általam megejtett helyszini szemle, illetve vízpróbavétel alkalmával a kutakul szolgáló mindkét vascső lazán állott a földben, s csekély erővel jobbra és balra volt mozgatható.

A fúrás alkalmával több, de vékony vízvezető rétegre bukkantak; ezekből azonban, kivéve az „ fúrásnál a talajfelszintől 24 méterre talált talajvizet, próbák nem vétettek. A fönnebb jelzett mélységekben azonban durva kavicsból álló több (4—5) méter vastag vízvezető rétegre akadván, ennek vizét — mennyiségénél fogva — a vizsgálatra alkalmasnak találták és pedig annyival inkább, mert fölötte hatalmas (6—7 méter vastag) vízáthatlan, tehát védő, kék agyagréteg terül el.

A vízpróba vételét megelőzőleg 24 órán keresztül mindkét kút folytonosan szivattyúzva lett a tágasabb csőbe leeresztett, s felső végén egyszerű szivattyúval ellátott 5 m. hosszú vascső segitségével. Megjegyzem, hogy az utóbbi cső, illetve szivattyú megerősitve nem volt, hanem csupán a szivó szerkezetnek a kútul szolgáló vascső végére támaszkodó pereme tartotta.

A chemiai vizsgálatra szolgáló vízpróba vétele után a kútul szolgáló tágasabb vascsőbe 9 és a szivattyúba 1, összesen 10 liter tömény, nyers sósavat öntöttem, s azt 15 perczig behatni engedtem. Ez alatt a csőben levő vizből piszkos színű buborék és folyadék ömlött ki magától. 15 percz letelte után a vékony, szivattyús csövet a kútba bocsátottam, s a szivattyúzást lassú tempóban megkezdettem, érzékeny lakmuszpapirral ellenőrizve azon időpontot, midőn a víznek savi vegyhatása eltünt. Erre mindkét kútnál átlag 40 percz volt szükséges. Innen számitott további 15 perczig a szivattyúzás folytatva lett, s csak ekkor vettem a bakteriológiai vizsgálatra szükséges vízpróbát, mely azonnal 8—8 Petri-féle csészében lemezzé öntetett.

A folyó évi augusztus hó 20-dikán, délelőtt személyesen vett vízpróbákon kivül kivánatomra a vizsgálatnál tapasztalt zavarodás oka és mibenléte kikutatása czéljából újabb nagy mennyiségű (10—10 liter) vízpróbákat küldött augusztus hó 28-dikán Orbán Ignácz városi I. mérnök úr, melyekkel egyszerre az α kút fúrásánál 24 méter mélységből nyert és általa személyesen augusztus hó 9-dikén 12 órai szivattyúzás után felfogott és üvegdugós üvegben eltartott vízpróbát is kezemhez juttatta, tájékoztató vegyi megvizsgálás czéljából.

II. *A vízpróbák vizsgálata.*

1. Chemiai és physikai vizsgálat.

α kút vize 34·45 m. mélységből.

Természettani sajátságok	1897. aug. hó 20-dikán d. e. vett vízpróba	1897. aug. hó 28-dikán vett vízpróba
	A víz meritésnél kristálytiszta, jó ízű, 13·5° C. hőmérsékű, definiálhatlan szagú, állásnál 24 órán belül opalizálóvá válik, 3×24 óra mulva pedig sárgásbarna üledék száll az üveg fenekére, de azért a víz 40×24 óra mulva is opalizáló marad, úgyszintén olyan marad levegővel, valamint szénsavval való erős összerázás után is	
Szilárd anyagok ... ... 1 literben	354 mg.	350 mg.
Szerves anyagok ($KMnO_4$-ben) „	26·0 „	25·6 „
Chlor (Cl) „	14·25 „	13·25 „
Salétromsav (N_2O_5) „	2·16 „	2·16 „
Salétromossav (N_2O_3) „	0·00 „	0·00 „
Ammoniak (NH_3) „	0·50 „	0·50 „
Mészoxyd (CaO) „	78·00 „	76·00 „
Magnesiumoxyd (MgO) „	25·90 „	24·15 „
Kénsav (SO_3) „	gyönge nyomok	gyönge nyomok
Vas (Fe) „	erős nyomok	erős nyomok
Natriumoxyd (Na_2O) „	—	54·318 mg.
Kaliumoxyd (K_2O) „	—	7·275 „
Kovasav (SiO_3) „	közepes mennyiség	közepes mennyiség
Aluminiumoxyd (AlO) „	kevés	kevés
Alkalicitás „	309·76	311·56
Keménység német fokokban	11·43	10·96
Az üledék áll	—	főképpen vas- és mészsókból, továbbá kevés kovasav és aluminiumsókból
A víz vegyhatása	kifejezetten alkalikus	

A γ kút vize 29·92 m. mélységből.

Természettani sajátságok		1897. aug. hó 20-dikán d. e. vett vízpróba	1897. aug. hó 28-dikán vett vízpróba
		A víz merítésnél kristálytiszta, jó ízű, 13·5° C. hőmérsékü, definiálhatlan szagú. Állásnál 24 órán belül opalizálóvá válik, 3×24 óra mulva pedig, sárgás üledék száll az üveg fenekére, de azért a víz 40×24 óra mulva is opalizáló marad, úgyszintén olyan marad levegővel valamint szénsavval való erős összerázás után is	
Szilárd anyagok	1 literben	300 mg.	300 mg.
Szerves anyagok ($KMnO_4 \times 5$)	„	27·60 „	25·60 „
Chlor (Cl)	„	10·50 „	9·25 „
Salétromsav (N_2O_5)	„	2·16 „	2·16 „
Salétromossav (N_2O_3)	„	0·00 „	0·00 „
Ammoniak (NH_3)	„	0·50 „	0·50 „
Mészoxyd (CaO)	„	62·80 „	62·00 „
Magnesiumoxyd (MgO)	„	23·05 „	24·66 „
Kénsav (SO_3)	„	igen gyönge nyom.	igen gyönge nyom.
Vas (Fe)	„	igen gyönge nyom.	igen gyönge nyom.
Natriumoxyd (Na_2O)	„	—	34·65 mg.
Kaliumoxyd (K_2O)	„	—	6·05 „
Kovasav (SiO_2)	„	közepes mennyiség kevés	közepes mennyiség kevés
Aluminiumoxyd (AlO)	„		
Alkalicitás	„	271·04	270·00
Keménység német fokokban		9·42	9·64
Az üledék áll		—	föképpen vas- és mészsókból, továbbá kevés kovasav és aluminiumsókból
A víz vegyhatása		kifejezetten alkalikus	

Az α kút fúrásánál 24 m. mélységből 1897. aug. 9-dikén merített víz.

Természettani sajátságok		A víz merítésnél kristálytiszta, de 3 óra alatt opalizál. Ize és szaga definiálhatlan, nem kellemes, pár nap mulva sok, barnás üledék száll az üveg fenekére, de azért a víz 40×24 óra m. is opalizáló maradt
Szilárd anyagok	1 literben	330 mg.
Szerves anyagok ($KMnO_4 \times 5$)	„	27·296 „
Chlor (Cl)	„	12·25 „
Salétromsav (N_2O_5)	„	2·16 „
Salétromossav (N_2O_3)	„	erős nyomok
Ammoniak (NH_3)	„	0·00 „
Mészoxyd (CaO)	„	76·60 mg.
Magnesiumoxyd (MgO)	„	21·618 „
Kénsav (SO_3)	„	gyenge nyomok
Vas (Fe)	„	nyomok
Keménység német fokokban		10·68
Az üledék áll		főleg sok vassókból, kevesebb mész-, kovasav- és aluminiumsókból
A víz vegyhatása		kifejezetten alkalikus

2. Bakteriologiai vizsgálat.

Az α kút augusztus 20-dikán személyesen merített vize.

A Petri-féle csésze száma	A feldolgozott vízcseppek száma	A bakteriumok száma összesen	gelatinát folyósított	gelatinát nem folyósított	penészek
1	5	31	1	16	14
2	5	29	1	18	10
3	5	14	0	10	4
4	5	25	0	20	5
5	10	39	2	30	7
6	10	38	2	26	10
7	10	32	2	28	2
8	10	38	2	26	10
összesen 60 cseppben		246	10	174	62
1 cm³ = 36 csepp					
1 cm³ vízben		147	6	104	37

Fajok szerint.

1. Gelatinát folyósító, nem mozgó bacillus.
2. „ „ élénken mozgó bacillus.
3. „ „ élénken mozgó vékony bacillus.
4. „ „ renyhén mozgó nagy bacillus.
5. Gelatinát nem folyósító, mozgó kis ovalis bacillus.
6. „ „ „ nem mozgó vastag bacillus.
7. „ „ „ renyhén mozgó vastag bacillus.
8. Gelatinát folyósító coccus.

Pathogen voltára gyanusat nem találtam.

A γ kút 1897. augusztus 20-án személyesen merített vize.

A Petri-féle csésze száma	A feldolgozott vízcseppek száma	A bakteriumok száma összesen	gelatinát folyósított	gelatinát nem folyósított	penészek
9	5	77	0	36	41
10	5	98	1	36	61
11	5	89	1	51	37
12	5	84	8	38	38
13	10	175	3	86	86
14	10	160	2	86	72
15	10	114	1	65	48
16	10	168	4	96	68
összesen 60 cseppben		965	20	494	451
1 cm³ 44 csepp					
1 cm³ vízben		707	14	362	331

Fajok szerint.

1. Gelatinát folyósító, sarcina.
2. „ „ élénken mozgó bacillus.
3. „ „ élénken mozgó vékony bacillus.
4. „ „ nem mozgó bacillus.
5. Gelatinát nem folyósító, nem mozgó bacillus.
6. „ „ „ mozgó bacillus.
7. „ „ „ mozgó kis bacillus.
8. Gelatinát folyósító coccus.

Pathogenre gyanusat nem találtam.

III. *Vélemény.*

Az α kút 34·45 méter és a γ kút 29·92 méter mélyből fakadó vize aránylag csekély mennyiségű szilárd anyagot tartalmaz, a melyből csak kis részlet esik a szerves anyagokra. Ez utóbbiak bomlás-termékeiből a salétromsav csak kis mennyiségben, a salétromossav pedig egyáltalán nincsen jelen. Ammoniak azonban valamivel nagyobb mértékben van képviselve mindkét vízben. A vizek chlortartalma közepes, keménysége nem nagy és túlnyomó részben szénsavas mésztől okoztatik; kénsav és vassók csak nyomokban, kovasav és aluminium-sók pedig csekély mennyiségben vannak a vizekben, melyeknek lúgos volta a bennük levő, s már tetemesebb mennyiségű szénsavas natron és kali által okoztatik.

Mindkét vízben, de különösen a γ kútéban feltünő nagy számú és sok fajú bakteriumot találtam, melyek között azonban betegséget okozókra, vagy erre gyanusakra nem akadtam.

A chemiai vizsgálatok alapján az α és γ kút vizét vegyi szennyanyagoktól mentes, ivás, főzés, mosás, tisztogatásra alkalmasoknak minősíthetem. Az ammoniaknak jelzett mennyiségét ugyanis nem tartom jelen esetben fontossággal birónak, mert a kutak mély voltánál fogva nem tekinthetem azt friss rohadás termékének. Igen nagy hátrányul szolgál azonban az a sajátságuk, hogy állásnál pár óra alatt megzavarosodnak, hosszabb idő mulva pedig sárgás színü, bár kis mennyiségü üledék képződik bennük, nevezetesen pedig, hogy a zavarodás ennek utána is állandóan megmarad. Ezen megzavarodás ugyanis sok egyénnél az undor érzetét kelti fel, a miért is vagy nem issza meg azt a vizet, vagy ha megitta, esetleg gyomorbántalma támadhat az undor következtében. Másrészt pedig nincsen kizárva annak lehetősége sem, hogy a zavarodást illetve

üledéket képező mész, kovasav, aluminium- és vassók kiválása a vezetéki csövekben is végbemenne, a mi azután a fennebb említett kellemetlen hatáson kivül gyakori csőmosást követelne.

Bakteriologiai szempontból szintén jónak lehet minősítenem az α és γ kút vizét, annak daczára, hogy kivált az utóbbiban sok és sokféle mikroorganismust találtam, a melynek a víz eredésének mély volta, és főleg a fölötte levő hatalmas és átjárhatlan védő agyagréteg jelenléte egyenesen ellentmondani látszik. Erről hosszabb idő mulva megejtett újabb bakteriologiai vizsgálat kétségen kivül meggyőző adatokat szolgáltatna, mert a fönnebbieknél fogva előre is valószinűtlennek mondható a talajvíznek bakteriumokkal való fertőzöttsege.

A lelet váratlan voltát azonban kellőleg megmagyarázza a kutak fúrásának módja. Ennél a kimosásra alkalmazott erős vízsugár egyrészt a lesülyedő cső körül bő aknát váj, s így a felületes talajvízrétegeknek az alsóbb és tisztábbal való keveredésére módot nyujt mindaddig, míg a víz által lassanként odahordott finom homok és agyag vizáthatatlanul körül nem veszi és nem fixálja a csövet (a mi pedig csak több hónap mulva történhetik meg). De másrészt és főleg a jelen esetben, tekintetbe véve a bakteriologiai vizsgálat előtt alkalmazott és fönnebb leirt óvóintézkedések szigorú és a magyaros völgyi fúrásoknál beigazolt czélravezető volták, épen a fúrásnál használt tisztátalan víz az, a melynek mikroorganismusait, illetve ezek ivadékait a bakteriologiai vizsgálatnál megkaptam. Ez a víz ugyanis magas nyomásánál fogva bepréseltetik a cső végét körülvevő talajba, a hol azután a mikroorganismusok megtelepedve, csupán hosszú és erős szivattyúzás útján volnának onnan eltávolithatók, a mi pedig a vízpróba vételét megelőzött, és kicsiny szivattyúval eszközölt szivattyúzásnál meg nem történhetett, avagy pedig hosszabb idő mulva a talaj mélyében maguktól is elpusztulnának. Az elmondott úton bepréselt bakteriumoknak a csövet közvetlenül körülvevő talajrészletben és esetleg a cső legalsó részében végbement megmaradását, sőt esetleg szaporodását jelen esetben elősegíthette a víznek alkalikus volta is, a mely szintén úgy itt, mint esetleg a létesitendő vízmű csöveiben, illetve az azoktól kibocsátandó vízben is bakteriologiai tekintetben kifejthetné káros hatását.

Az α jelzésű fúrásból 24 m. mélyből vett vízre mind az reáillik, a mit chemiai tekintetből a fönnebbi két vízre mondottam, azon különbséggel, hogy ebben még több üledék és még erősebb zavarodás támadt, mint a másik kettőben.

Mindezeknél fogva sem az α, sem a γ jelzésű, s valószinűleg azonos talajrétegből fakadó vizet nem tartom alkalmasnak arra, hogy Temesvár városát ellátó vízmű reájuk épitessék. Éppen igy a Seidl-féle szabadalmazott fúrási módszert sem tartom alkalmasaknak oly esetekben, a midőn fölületesen vagy mélyebben fekvő talajvizeknek chemiai és bakteriologiai vizsgálat czéljából való megnyitásáról van szó, mert ez a fúrási módszer nem zárja ki azt, hogy a mély talaj, illetve talajvízréteg a felületesebben fekvő, illetve a fúrásra használt víz által ne szenyeztessék be vagy fertőztessék meg.

Végül megemlitem, miszerint nem tartom kizártnak azt, hogy alkalmas technikai eljárással a vizet a csapadékot illetve zavarodást okozó anyagoktól megszabaditani lehessen. Ha tehát az ezzel járó költségek akadályt nem képeznek, e czélra irányuló kisérletek megejtését ajánlanám.

A vizórák Budapesten.[1]

Tehát ismét a főváros közgyülése napirendjére került a vizórák kérdése. Több mint 20 éve kisértenek a vizórák. Első, szemérmes megjelenésükkor néhai *Bókai János* tanár erélyes föllépése a közgyülésen, az ő egészségügyi érvei verték vissza. Azóta meg se mondhatnám hányszor vetette már el a közgyülés a vizórák behozatalára vonatkozó műszaki indítványokat, — hiába, újra és újra visszakerülnek a napirendre, hogy kisértsenek — hogy a közgyülésnek egy gyenge órájában keresztülhajtassék a technikusok ama kedvencze, a mikor azután véglegesen a fővárosi népesség nyakán maradna, mint egy vér- helyesebben pénzszopó lidérez. Mert jól gondoljuk meg: ha egyszer a közgyülés megszavazta a vizórákat, azonnal kirepül érettük az óriási pénz, s az egyszer nyakunkra vett óráktól nem szabadulunk többé.

Most azzal indokolják a vizórákat, hogy először: a vízmű költségvetésében 182,000 frtnyi hiány van; másodszor, hogy a belügyminister úr elrendelte, hogy Budapesten mindenki annyi vizért fizessen, a mennyit tényleg elhasznál — mert ez az igazság.

Meg vagyok győződve, hogy ezek az indokok csak a külszin kedveért szerepelnek, s a vizórák állhatatos sürgetésének egészen más indító oka van. És mi az?

Már húsz év óta tapasztaljuk, hogy valahányszor a vízmű vízszolgáltatása csütörtököt mond, elégtelen, mindig azzal állanak elő, hogy a közönség *pazarolja* a vizet; és a helyett, hogy arra törekednének, hogy legyen elég víz, a mit a közönség pazarolhasson, a helyett, hogy rajta lennének, hogy a vizműveket czélszerüen bővitsék, az üzemet értelmes takarékossággal olcsóbbá tegyék, e helyett a közönséget akarják elriasztani a víz használatától, hogy a kevés víz is elég legyen.

Most is igy áll a vízmű dolga. Nincsen annyi víz, mint a mennyit a műszaki közegek reméltek. Az úgynevezett végleges vizműnek magának immár 120,000 köbméter vizet kellene adnia naponkint, holott elég gyakran alig ad sokkal többet, mint ama mennyiség felét, kétharmadát. Nosza, hangoztatni kell a vizpazarlást, meg kell riasztani a vizet használó közönséget, hogy ne vegye észre az a közönség, hogy az egész végleges vizmű teljesen hibásan van koncipiálva és czélszerütlenül kiépitve, és hogy innét ered minden baj, a melyen a vizóra a legkevesebbet segit.

Hogy végleges vizművünk közegészségi tekintetben épenséggel nem kielégitő módon van koncipiálva, azt évek előtt és évek óta hangoztattam és hangoztatom a szaksajtóban s hatósági üléseken. Ez a mi vizünk túlnyomó részében közönséges Dunaviz, melyet a Duna partján, sőt a Duna medrében fekvő kutak kavicsos-homokos talaja szür meg. Ezt a vizet kerüli, avagy legalább is gyanús szemmel nézi ma is a fővárosnak sok ezer értelmes polgára, ha pedig — előbb vagy utóbb — cholera vagy typhus mutatkozik fővárosunkban, avagy pl. Váczon, avagy például a vizmű telepén, melynek klozetjei oda vezetik az ürüléket, a hol vizművünk a mi vizünket kapja a Dunából, akkor méltán utálattal és aggodalommal fogja azt a vizet szájába venni a főváros összes polgársága. Egyedüli nyomós érv a káposztás-megyeri vizmű mellett az volt, hogy kimerithetetlen bőséggel fogja a vizet szolgáltatni. És ime, a mint fokozatosan kiépül a vízmű, egyre világosabbá válik, hogy a víznek még csak mennyiségében sem bizhatunk.

De nem kivánok a vízmű egészségtani kritikájába bocsátkozni. Ez nincsen napirenden. Csupán a vizórák kérdésével foglalkozom: azzal a nagy *közgazdasági* és *közegészségi* kárral és ártalommal, a melylyel a vizórák behozatala fővárosunkra nézve járna.

A vizórák kérdésének *gazdasági* méltatásával röviden végezhetek.

Azt mondják, hogy a vizért a polgárságtól beszedett díjak nem fizetik ki a vízmű költségét. Hogy e díjak behozzák a víz költségét, azt mondják, bele kell épiteni a vizműbe újabb százezreket, milliókat: be kell hozni a vizórákat, a melyek ámbár egyetlen egy cseppel sem növelik a vizben szükölködő vízmű vizét, mégis ugyanazért a vizért be fogják hajtani nemcsak a víznek az árát, de a deficzitet is, de sőt még a sok ezernyi vizóra költségét is. Hogy mily óriási valóban az a költség, a mibe a vizórák kerülnének, ki sem számithatjuk előre. Budapest 15,000 házába illetve telkére

[1] A főváros tanácsa f. é. november 11-dikén tartott rendkivüli közgyülésen ismét indítványozta a vizórák kötelező használatát s szabályzatot terjesztett a közgyülés elé a vizórák és vizdijak tárgyában. A közgyülés valamennyi szavazattal egy ellenében elvetette az indítványt s a szabályzat-tervezetet, s igy *egy időre* megmenekedtünk a vizóráktól.

legalább 15,000 vizóra kellene,[1] nem is szólva arról, hogy némelyek szerint minden *lakosztályba* külön óra kell, hogy a lakósok s a háztulajdonosok folytonos czivakodása, méltánytalankodása a vízdijak fölött megelőztessék, a mikor vagy 100,000 vizóra kellene! Ha tekintetbe vesszük, hogy egy-egy óra bére átlagban legalább 15 frtra tehető,[2] akkor az óradíj maga évente 225,000 frtot fog elemészteni, oly összeget, a mely körülbelül 5 millió forint tőkebefektetés évi kamatjainak s törlesztésének felel meg, nem is szólván amaz ijesztő nagy összegekről, a mibe 15,000 óra számára a házakban óra-gödrök építése, fenntartása, az óráknak beillesztése stb., nevezetesen pedig azoknak örökös leolvasása, ellenőrzése kerülne. És ez a kiszámíthatatlan nagy évi kiadás csupán arra való, hogy a 182,000 frt deficzitet megszüntesse,[3] no meg arra, hogy a vízelhasználást megszoritva, a vízmű vize elég legyen. Vajjon nem bölcsebb-e, ha már be kell fektetni a vízműbe, az új befektetéssel tovább növelni a *víz mennyiségét*, mint a befektetést arra használni, hogy azzal a vízhasználattól riasszák el a közönséget s igy sporoljanak a vízzel. A vizórák évi költségével még lehet kétszerezni, többszörözni a vízmű vizét.

De jó a vigasztaló argumentálás az órák mellett; úgy hangzik, hogy az óra igazságosan megmutatja, ki használ el több vizet, mint a mennyi őt megilleti, vagyis megmutatja, kik a *pazarlók*, és csakis azok fogják megfizetni mindama költségeket, a mibe a viz is, pazarlás is, óra is kerül, — a nem pazarlók ellenben nem fizetnek többet, mint eddig.

Ezzel a frázissal meg lehet ragadni a becsületesen gondolkozónak sympáthiáját, mert, hát a mi igaz, az igaz: a ki több vizet pazarol el, mint a mennyi pénzeért neki jár, az fizessen is többet.

De nem igy áll a dolog a valóságban!

Mindenekelőtt azt vethetjük ellene, ennek az igazságosnak látszó frázisnak, hogy a vizórák *hamisan* mutatnak. A hatósági előterjesztés, sajnos, csupán erre az egy ellenvetésre reflektál; szélesen, lelkesülten foglalkozik azzal, hogy mily jók a vizórák, — igaztalanul rágalmazták azokat, és minthogy most hivatalos vizsgálat bizonyitja, hogy az órák jobbak, mint a hirük, következteti, hogy nosza, rajta, tessék azokat bevezetni. Meg kell engesztelni a megsértett vizórákat!

Véleményem szerint az az ellenvetés, hogy az órák rosszul mutatnak, csak mellékes dolog; a kardinális ellenvetés: az órák óriás költsége és az általuk okozott közegészségi kár.

Én szivesen elhiszem, hogy a vizsgált vizórák mind pontosan mutattak; de még ha pontosabbak is egy Patek-féle chronométernél, még sem kellenek, mert rengeteg pénzt visznek az idegenbe s közegészségileg káros hatásúak.

Azután ne is tessék még sem annyira bizakodni azoknak az óráknak jóságában. Elhiszem, hogy az a nehány próbaóra, a mit a bizottság beszerzett, jól mutatott; hisz a gyáros érdekében állott, hogy legkitünőbb, kipróbált óráit küldje a bizottságnak s egy pár órát könnyű jól, pontosan elkésziteni. De ha majdan 10—20,000 órát rendelnek, s azokat nem 1—3 hónapig, de évekig használják, vajjon azok az órák is mind és mindig jól fognak-e mutatni? Ki állhat jót erről? Senki!

És igy az órák állitólagos igazságossága még sem oly biztos, mint a műszaki urak állitják — ámbár nyilván nem is oly rosszak azok, a minőnek ellenkező oldalról bizonygatják.

De ismétlem, elfogadom, hogy jók azok az órák. Mi lenne behozataluknak első és positiv eredménye? Az, hogy tényleg *csökkenne a fővárosban a vízhasználás*. Igy volt ez mind azokban a városokban, a hol kapzsi víztársaságok, avagy szük látású, avagy vízben megszorult hatóságok vizórákat hoztak be. Nálunk is csökkenne a vízhasználat. Ha látjuk, mily rettenetes zaklatásokkal, birságokkal fenyegeti a vizórás szabályzat a népességet, természetes, hogy az képes egyáltalán lemondani a vízről, kivált a budapesti vízmű vizéről, csakhogy ép bőrrel szabadulhasson a vízmű-igazgatóság mindenféle ellenőrei, órái, feljegyzései, intései, birságolásai elől. Képzeljük csak el egy bérház lakosságának a helyzetét, a hol az erélyes — de aligha tapintatos — házmester, ura rendeletére, ellenőrizné az egyes lakosokat, hogy ne pazaroljanak, nehogy a negyed év végén a vizóra többet mutasson a megengedett mennyiségnél s a tulajdonosnak pótdijat kelljen fizetni. S ha a pótdij mégis előáll, miféle czivakodásba fog kerülni, ha a tulajdonos akár az összes lakosokra egyenletesen, akár az egyesre, a kire a házmester a „pazarlást“ konstatálja, kiveti a pótdijat! A lakosok minden fürdővétel előtt gondolkodóba esnek, vajjon nem haladja-e majd túl a vizóra a megengedett mennyiséget — s inkább abba hagyják a fürdést,[1] megszoritják a mosást; a házmester pedig szivesen ritkitja az udvar locsolását s a lépcsők lemosását stb.[2] A fölött nem kételkedhetünk, hogy a vizórák — akár jók, akár rosszak — csökkentenék a vizhasználatot.

De hisz éppen ezt akarja a hatóság elérni, mert meg akarja szüntetni a *„vízpazarlást“*.

Voltaképen nagyon komikus dolog előttünk, a kik a vízvezetéki viszonyokat ismerjük, a hatóságoknak ez az örökös panasza a *„vízpazarlás“* ellen. Mindannyiszor hangoztatják, valahányszor szűken van a víztartóban viz.

Budapesten van valóban vízpazarlás, de ezt nem a közönség cselekszi, hanem a *vízművi hatóság*, melynek csövei pár év óta egyre szakadoznak s oly árvizeket rögtönöznek, a minőt ezer és ezer vízpazarló polgár egész éven át nem okoz. Azután nézzük csak a nyilvános vizhasználat jelenlegi kontrollját, mennyire hiányos az. Számos példát tudnék felhozni éppen hatósági épületekből, a hol barbár szerkezetű, avagy romlott vizelő-öblitőkből évek óta zuhogva foly el a viz, éjjel és nappal.

Miből következteti a hatóság, hogy éppen a *közönség pazarolja* a vizet? A vízmű-igazgatóságának kimutatásai nyomán számitva, azt találom, hogy Budapesten egy-egy lakosra és napra alig esik 200 liter viz. De hisz ennyi viz elhasználása nem vízpazarlás. Ős Róma 2000 liter forrásvizet adott minden egyes lakosának és nem 200 liter szürt folyóvizet, mint Budapest. Nézzék Acquincum hatalmas aquaeductumának romjait. Az a régi provincialis kis város nyilván bővebben mérte a vizet, mint a mai főváros. Páris most emeli 200 literről 250 literre a napi vízszolgáltatást. Amerikai városok 4—600 és több liter vizet adnak és Budapesten az az állitólagos 200 liter már nagymérvű pazarlás volna —, pedig abban a 200 literben benne vannak a csőrepedések, a rossz közkutak, vizelő-öblitők, utczalocsolás, ugrókutak, gyárak vize stb., nevezetesen pedig benne van még valami. Minden városban, a hol vízmű van, tudjuk, hogy a vizvezető csövekből az utczákon rengeteg sok viz foly el s jut látatlanul a talajba. Vízvezető csöveink százezer és százezer helyen vannak egymásba rakva, tömitve. Ezek a tömitések hogy mily lelkiismeretesek, azt látjuk abból a perből, a mit csak az imént indított a város a körúti vízcsövek lerakói ellen. Azokon a számlálhatatlan tömitéseken mindenütt rendkivül sok víz foly el,

[1] *Steiger* főv. biz. tag szerint 12,000 órára volna ez idő szerint szükség, mert ennyi házba van a viz bevezetve. Nyilvánvaló, hogy csak rövid idő kérdése, hogy a vizzel ellátott házak száma gyorsan emelkedjék. A mint t. i. tovább kiépül a káposztás-megyeri vízmű, s több viz lesz, a főváros újabb és újabb területeit fogják majd a vízműhálózatba bekapcsolni.

[2] A legkisebb órákért 6 frtot, a nagyobbakért fokozatosan többet, egész 50 forintig, számit a tanács.

[3] *Halmos* polgármester a közgyülésen kijelentette, hogy voltaképen 1895-ben volt a vízműnek deficzitje. Most már nincs; sőt fölösleg várható.

[1] *Heltai* főv. biz. tag azt vélte, hogy a lakosság nem fog takarékoskodni a vizzel, mert hisz egy fürdő vize, a vizóra szerint, csak 1½ krajczárba kerül. A közönség nem a 1½ krajczár miatt tartózkodnék gyakran a fürdőtől, hanem azért, mert egyáltalán nem tudja előre, hogy mennyit fog kitenni a vízdij a negyed végén, s azért folyton aggodalmaskodik.

[2] Ha a háztulajdonos valamelyik lakójának felmond — vélekedett egy bizottsági tag — úgy a rosszakaratú lakó esetleg készakarva, boszúból az egész évnegyeden át, titokban, folyathatja a vizet és szerfölött károsithatja a tulajdonost.

különösen sok víz folyhat el azonban nálunk Budapesten,[1] a hol meggyőződhettünk, hogyan ügyeltek fel a csőlerakásokra és tömítésekre. És mindezek mellett a 200 liternyi vízelhasználást *„vízpazarlásnak“* merik nevezni s ezzel a közönséget vádolják!

Azt mondják, hogy a közönség nem törődik a vízvezeték csapjaival; ha megromlottak, nem igazíttatja s ily módon rendkivül sok víz pazaroltatik el használatlanul. Ebben van valami igazság. A baj voltaképen onnét ered, hogy a házépítő a lehető legolcsóbban kivánja elkészittetni a vízvezetéket, minélfogva silány árút kap, a mely csakhamar megromlik. A háztulajdonos azt véli, hogy a csap a lakos dolga s nem törődik vele, ha megromlik, a lakos pedig sajnálja a maga pénzét az egyre romladozó vezetékre költeni s ő is szemet húny, illetve fülét dugja be, ha csurog vagy akár zuhog a vízvezeték. Ez minden esetre vétkes gondatlanság, csakhogy csupán egyesek hibája és nem az egész közönségé, nem is szólva arról, hogy az úgy, látszólag használatlanul elfolyó víz is elvégre fontos szolgálatot teljesit, a közegészség érdekében: öbliti, tisztitja a házi és városi csatornákat.

De egyszersmind a vízvezeték silány fölszerelése s a csapok rozoga állapota másképen is elháritható, mint a mindezen esetleges pazarlásnál sokszorta drágább vízórák segitségével. A vízvezetéki berendezést — mint helyesen jegyezte meg *Polónyi* főv. biz. tag a közgyülésen — minden újon épült házban a lakhatási engedély kiadása előtt „köteles“ megvizsgáltatni a hatóság s ha rossz a vízvezetéki berendezés, megtagadhatja a lakásengedélyt; ugyancsak a hatóság feladata a vízvezetéki iparosok kellő ellenőrzése, hogy a közönséget ne zsarolják; végre a hatóság feladata, hogy a csapokat is ellenőriztesse, a mint ezt más nyugati városokban is teszik, a legjobb eredménynyel.

És igy nem jogosult, nem bizonyitható, sőt egyenesen téves az az állitás, hogy Budapesten pazarolja a közönség a vizet.

Egyáltalán a víz kérdésében az akadékoskodó, aprólékosan takarékoskodó, a financialis álláspont nem helyeselhető; müvelt város népessége és hatósága azt az álláspontot nem fogadhatja el, nem tarthatja fenn — hacsak kényszerűség nem viszi rá.

A helyes álláspont a víz kérdésében az, hogy *adassék a népnek annyi víz, a mennyit csak képes elhasználni, a mennyivel tisztaság-érzékét kielégitheti.*

Minden csepp víz, a mi egy város háztartásaiban elfogy, a köztisztaságra szolgál, mert tisztátalanságot mos el, távolit el a házakból, a városból, a minek az összes népesség hasznát veszi. És minden megkimélt víz egyszersmind szenyet is kimél; benn hagyja a házban s a városban. És igy voltaképen örülnünk kell annak, ha mennél több víz fogyasztatik s jut csatornáinkba. Inkább pazarolja *ide* a vizet a közönség, mint a talajba a hatóság. Különösen fontos pedig a közönségnek lehetőleg bőséges vizfogyasztása Budapesten, a hol a csatornák rosszak, rohadók, úgy az egyes lakóházakban, mint az utczákon; a hol a nyáron forró klima kétszeresen igényli a tisztaság ápolását házban, lakásban, testen, ruházatban; a hol a sok por, szemét, a mit a város talaja, éghajlata, továbbá a folytonos épitkezés, utczabontás stb. okoz, sok igen sok vizet kiván minden lakásban, minden házban az eltisztogatásra. Igaza van *Steiger* főv. biz. tag úrnak, a mikor mondja, hogy a vizet pazarlót voltaképen meg kellene jutalmazni, mert ingyen végez tisztogató munkát a város számára; igaza van *Polónyi*-nak, a ki megbotránkozott azon, hogy a vizórákról referáló bizottság túlsó fényüzésnek, pazarlásnak jelezte a budapestieknek azt a kivánságát, hogy minden lakásnak legyen saját klozetje, fürdője, vízcsapja.

De és végre, különösen ártalmas közegészségi tekintetből éppen az a rendszer, a mit hatóságunk szabályzati javaslatában tervez: hogy t. i. a közönség fizessen minden szoba, helyiség után 1 frt, klozet után 4 frt stb. évi vizdijat, a miért joga van minden 8 krért egy-egy köbméter vizet elhasználni. Ha ennél kevesebbet fogyaszt, azért meg kell fizetnie a teljes dijat, ha többet, akkor köbméterenkint 8 kr. pótdijat fizet.[1] Ez a rendszer ugyanis — a mely látszólag olyan igazságos — voltaképen a szegényebb néposztályok kárára szolgálna. Egyszerü számitásból kitünik ez: egy gazdagabb család fizetne nagy lakása után körülbelül 30 frt évi dijat; ezért kapna egy évre 360 köbméter vizet, naponta tehát 1 köbmétert. Ha a család 10 tagból áll, mindenik külön-külön fogyaszthat naponta 100 litert és még sem lesz baja a vízórával. Ellenben a szegény, a ki egy szoba és konyhából álló lakásban szorong családjával, albérlőkkel, fizet évente ($^1/_4$ klozettel együtt) 3 frtot, a miért elhasználhat egy évre 36 köbméter vizet, vagyis naponta 100 litert; s minthogy az ilyen egyszobáskonyhás lakások népessége átlagban legalább 10, esnék minden egyes lakosra és naponta csupán 10 liter víz — a mi teljességgel elégtelen. Eme szegények lakásai tehát folyton pótdijakat fizetnének, illetve nem fizetnének, mert a szegénység és a pótdijak csakhamar rászoktatnák őket arra, hogy a vizet *ne* használják.

Olyan hatóságot, olyan belügyminisztert, a ki ilyen vízszabályzatot kivánna életbe léptetni, olyan szabályzatot, a mely épen a szegényebb néposztályokat sujtaná, azok számára drágitaná a vizet, azokat riasztaná el a vízhasználattól és tisztaságtól, olyan hatóságot és ministeriumot nem is tartok Magyarországon lehetségesnek.

Mindezeknél fogva Budapesten egyszer és mindenkorra elejtendőnek vélem a vízóra-rendszert. A hatóság arra törekedjék, hogy a közönségnek mennél több, mennél jobb vize legyen s azt a vizet bőségesen használja is.

Európa és az egész müvelt világ városai a víznek és csatornázásnak köszönhetik legelső sorban újabb időben tapasztalt hygienikus előrehaladásukat, a melyek megteremtették a modern tisztaságot a lakásban, házban, városban, a melyek leküzdötték a járványok félelmetességét, alászállitották a halálozási arányt, meghosszabbitották és kényelmesebbé tették az eletet.

Bécs népessége is többet köszönhet kitünő vízművének, mint legszebb palotáinak, városházának. A mikor *Pettenkofer* biztatta a münchenieket, hogy egységes és tökéletes vízművet épitsenek, rámutatott arra, hogy nem sajnálnak sörért *évente* 40 millió márkát kiadni, mig ha azt az összeget csak egyszer és mindenkorra adnák ki vízért, legkitünőbb vízzel birhatnának. Budapesten is felhányják, hogy mennyibe került már a vízvezeték, pedig Budapesten sokkal, de sokkal kevesebbet adtak ki eddig az összes vízművekre (körülbelül 9—10 millió forintot), mint a mennyibe az elfogyasztott szeszes italok *évente* kerülnek. A budapesti vízmünek nem az a hibája, hogy drága, hanem hogy rossz. *Fodor József.*

[1] Technikailag jól épült vízműveknél a vízelhasználás (nappali) maximuma és (éjjeli) minimuma közt nagy különbség szokott lenni (30—45%); Budapesten ez a különbség csekély (alig 20%), mert, a mikor nem használják a csapokat (éjjel), akkor is elfoly a víz, — nyilván jó részt az imént emlitett módon, t. i. rosszul tömitett csöveken keresztül a talajba.

[1] A budai oldalon 10 krt.

KÖZEGÉSZSÉGÜGY.

A Liebig-Kemmerich-féle húspeptonnak étvágygerjesztő hatását igen előnyös színben tüntetik fel azon vizsgálatok, a melyeket *Zinn*, Gerhardt klinikáján végzett, a mennyiben 20 gr.-nyi mennyiség, naponta többször kicsiny adagokban nyujtva, vérszegény, sápkóros, tüdővészes betegek és üdülők étvágyára és emésztésére egyaránt kedvező befolyást gyakorolt. (Hygienische Rundschau 15. September 1897.) *Genersich V.* dr.

Foltos typhusban megbetegedettek véréből és kötőhártyájuk váladékából *Levaschew* a coccusokhoz tartozó bakteriumfajt tenyésztett ki s ezt Micrococcus exanthematicusnak nevezte el. Ő ezen mikroorganismust a foltos typhus specifikus bakteriumának tekinti, remélve, hogy állatkisérletekkel alkalma lesz bebizonyitni specifikus fertőző hatását. (Hygienische Rundschau 15. September 1897.) *G. V.*

Budapest, 1897. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető: Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.