*Negyvenkettedik évfolyam.* 10. szám. *Budapest, 1898. március 6.*

# 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.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI ÉSZETI KLINIKUM

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Hőgyes Endre** tnr.: Észrevételek a lyssa néhány kérdéséhez a pozsonyi eset kapcsán. 112. l.

**Kovács József** és **Móricz Ernő** dr.-ok: Közlemény a Korányi Frigyes tnr. vezetése alatt álló I. belgyógyászati kóroda laboratoriumából. A vizelet alkata infectiosus lázas bántalmaknál. 114. l.

**Ifj. Siklóssy Gyula** dr.: A subconjunctivalis sublimatinjectiókról és a heveny takáros kötőhártyagyuladásról. 115. l.

**Tárcza.** † Schwimmer Ernő Lajos tnr. 116. l.

**Irodalom-szemle.** *Könyeismertetés. Than Károly:* A kisérleti chemia elemei. 117. l. — *Lapszemle.* A salophen alkalmazása fejfájás és influenza ellen. — *Robin:* Dyspepsiábaan szenvedők gyógyitása. 119. l.

Meghivás a magyar orvosi könyvkiadó társulat évi közgyülésére. 119. l.

**Hetiszemle és vegyesek.** Tauffer Vilmos ezredik laparotomiája. — A főváros egészsége. — Az I. sz. sebklinikai tanszék betöltése. — *Csákly János* kitüntetése. — *Dusnitz Emil, Filep Sándor, Chyzer Kornél* és *Tóth Lajos* kinevezése. — A budapesti általános poliklinika forgalma. — A szülészeti poliklinika forgalma. — Herczel dr. — Kuthy Dezső dr. — Szt. Lukács-fürdő 120. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Észrevételek a lyssa néhány kérdéséhez a pozsonyi eset kapcsán.

*Hőgyes Endre* egyet. tanártól.

*Dobrovics Mátyás* főorvos úr a Gyógyászat ez évi 8-dik számában a lyssának a pozsonyi kórházban észlelt egy esetét tette közzé, a mely tanuságos az ezzel kapcsolatban felmerült körülményeknél fogva, melyekre észrevételeimet az egész marás-eset kiegészítése és a vele kapcsolatban szóba hozott és felmerülő kérdések tisztázása végett, a következőkben vagyok bátor megtenni.

A marás-eset tényállása, a melyből a közölt lyssa-eset keletkezett, a következő:

Nagy Sándor pozsonyi m. k. posta- és távirda-tiszt kutyája 1897. október 9-dikén őt magát balkezének kézhátán, október 12-dikén pedig feleségét jobb kezének mutatóujján és jobb fülén megharapta. Ugyane kutya hazulról elkóborolva október 13-dikán megharapott még más két egyént: egy Schön Ignácz nevű 11 éves gyermeket és egy Peterka Ádám nevű 28 éves városi rendőrt. A tulajdonos és tulajdonosnő sebei felületes karczolások voltak, melyek pár nap alatt behegedtek s Schön Ignácz bal kezének hüvelyk- és mutatóujján öt foghelynek megfelelő szakitott sebet, Peterka Ádám pedig jobb kezének gyűrűujján két egy-egy centimeter hosszú, a kötőszövetbe hatoló, szabálytalan szélű sebet kapott. A két utóbbi egyént Vámossy dr. és Fischer dr. kartársak ajánlatára, kik a kutyát veszettségre gyanusnak tartották, a pozsonyi rendőrség a marás utáni napokon felküldötte a budapesti Pasteur-intézetbe, a hol Schön október 15-dikétől november 3-dikáig, Peterka pedig október 16-dikától október 31-dikéig kapott veszettségellenes védoltásokat. A tulajdonos és tulajdonosnő nem hivén, hogy kedves kutyájuk megveszhetett, annak daczára, hogy a bekövetkező eshetőségekre figyelmeztetve lettek, otthon maradtak.

A maró kutyát, mely gazdája nyilatkozata szerint harapós természetű volt, a rendőrség október 14-dikén d. u. 1 órakor vetette állatorvosi megfigyelés alá. Az nap délután a kutya a szakértői jelentés szerint igen izgatott volt, ketrecze vasrácsozatát folyton harapdálta, este azonban elesendesedett és 15-dikén egész nap csendesen viselte magát, 16 dikán reggelre pedig elhullott. Az állatorvosi szakértő a kutyát nem tartotta veszettnek, izgatottságát arra vezette vissza, hogy a kutya farkán friss vágott genyes seb és tályog mutatkozott és a bekövetkező halált is vérmérgezésre vezette vissza és e véleményében megmaradt az október 17-dikén megejtett hivatalos bonczolat után is, miután az a farkon mutatkozó genyedésen és az ajkakon talált apró sebeken és a gyomorban észlelt csekélyfokú elváltozásokon kivül egyéb elváltozásokat nem tüntetett fel. Kovács rendőrorvos a negativ bonczlelet alapján az elhullott kutyát veszettségre gyanusnak nyilvánította, a kerületi orvos pedig azon véleményben volt, hogy a halál oka fel nem deríthető, mert a gyomorbeli csekély elváltozások az elhullást nem okozhatták, a farkon mutatkozó elváltozások pedig teljesen a farkon localizálva maradtak. A kérdés eldöntése végett az állat fejét levágták és további vizsgálatra a budapesti állatorvosi akademiába beküldötték, a mely véleményét 1897. november 22-dikéről keltezve, a következőkben nyilatkoztatta: „*Tek. rendőrkapitányságnak Pozsony. 283. sz. A 19,491. sz. a. kelt boncztani jegyzőkönyv kiséretében október hó 21-dikén beérkezett kutyaagyra vonatkozólag van szerencsém értesíteni, hogy az abból oltott kisérleti állat november hó 21-dikén veszettségre való tünetek nélkül, más ok következtében elhullott. Minthogy azonban a veszettség lappangási ideje kisérleti állatoknál minden körülmények között 10—14 nap, de kivételesen 1—2 hónapig is eltarthat, azért ezen kisérlet nem zárja ki a veszettségnek jelen esetben való fenforgását. Budapest, 1897. november 22-dikén. Preisz Hugó s. k.*“

Hogy a maró állat azonban csakugyan veszett volt, még ez állatkisérleti eredmény közlése előtt kétséget kizárólag eldöntötte az a szomorú körülmény, hogy a kutyatulajdonosnőn november hó 1-jén, tehát megmaratása után a 20-dik napon, megjelentek a veszettség prodromái, melyek november 3-dikán már az izgatott veszettség hydrophobiás stadiumának classikus tüneményeibe mentek át, melyek 4-dikén, 5-dikén és 6-dikán szokott módon tartottak és az utóbbi nap délelőttjén $1^1/_2$ órai paralytikus stadium után halálban végződtek. A klinikai diagnosist *Dobrovics* elsődorvos úr a pozsonyi kórház fertőző osztályán, a hova a kitört veszettségben szenvedő nő bevitetett, egész határozottsággal és szabatosan állitotta fel, a melynek helyességét az elhunyt nő agyával a budapesti Pasteur-intézetben végzett állatoltás minden kétséget kizárólag igazolta. Ez oltás eredményéről a következő hivatalos átiratot kapta a pozsonyi m. k. állami kórház igazgatósága: „*2966/1897. szám. Vonatkozással a t. czímnek f. hó 13-dikán 314/97 eln. sz. a. kelt átiratára, hivatalos tisztelettel van szerencsém értesíteni, hogy a Nagy Sándorné f. hó 6-dikán lyssa-tünetek közt elhalt egyén nyultagyából f. hó 10-dikén trepanatio útján beoltott házinyúl alólirott napon a veszettség kifejezett tünetei között el-*

*hullott. Budapest, 1897. XI./26-dikán. Hőgyes Endre s. k., egyet. tanár, a Pasteur-intézet igazgatója.*"

A kutya tulajdonosa csak 1898. január 5-dikén vetette magát alá a veszettségellenes védőoltásoknak sok tétovázás után, a melyben ő még neje halála után is sok ideig megmaradt, dominálván gondolkozásában az a makacs elővélemény, hogy az ő kedvencz ebe meg nem veszhetett, mely hiedelmében elősegitették őt az állatorvosi diagnosis positivitása, hogy a kutya nem volt veszett és az állatkisérletnek látszólagos negativ eredménye.

Jelenleg e négyes, mint az egész eset áttekintéséből kétségen kivül kitetszik, veszett ebmarás-esetnek eddigelő csak a védoltás nélkül maradt tulajdonosnő lett az áldozata.

* * *

E különben egyszerű veszett ebmarás-eset érdekes és tanuságos a vele kapcsolatban felmerült körülmények folytán.

A kutyatulajdonosok ilyetén makacs hiedelmével, hogy szeretett hű kutyájok, mely folytonosan szemük előtt van, nem veszettségben, hanem egyéb bajban pusztul el, gyakran találkozunk, igy ez nem feltünő a jelen esetben sem, annyival inkább, mert a maró állat gazdája kutyáját harapós természetűnek ismerte. Feltünő azonban az állatorvosi szakértőnek kategorikus tagadása az óvatosabb orvosi szakértők véleményeivel szemben. A kutya rövid idő közben megmarta gazdáját és úrnőjét, hazulról elkóborolt és megmart még két más egyént, befogatása után egész nap marta vasketreczének rácsozatát, harmadnap reggelre megdöglött, bonczolatnál nem találtak érdemleges elváltozásokat: ezek mindmegannyi jelek, melyekből a bénulásba átmenő izgatott veszettség diagnosisát, ha nem teljes biztossággal is, de valószinűséggel fel lehetett volna állitani, minden esetre azonban semmi esetre sem lehetett azt kizárni. Azon körülmény, hogy a kutya gyomrában bonczolat alkalmával nem kapják meg az idegen anyagokat (szalmát, papirt, fadarabot stb.), nem zárja ki a veszettséget; laboratoriumban veszettség-virussal inficiált és saját ketreczében megvesző állat gyomrában hiányzanak ez anyagok egyszerűen azért, mert az állatnak deliriuma alatt nem volt alkalma az anyagokat felfalni, a mi tiszta háznál és szemétnélküli városban szabadon megvesző kutyákon is előfordulhat. A kutya farkán leirt genyedő folyamatot ez esetben halál-okul felvenni alap nem volt, mert a belső szervekben kóros átrakódások nem találtattak; septikaemiának sem volt ok felvenni a folyamatot, mert ahhoz a lefolyás rövid volt és septikaemia alatt a dühös veszettség oly jellemző tüneményei, mint ezen állatnál mutatkoztak, jelentkezni nem szoktak. A veszettség diagnosisának állatorvosi kizárásánál nem ajánlható eléggé az óvatosság az állatorvos uraknak. Sajnosan tapasztaltuk a maró és elhullott állat veszettsége határozott kizárásának szomorú következményeit már több, a pozsonyihoz hasonló esetben, a midőn a megmart egyének a profilaktikus védoltást az állatorvosi nyilatkozat alapján elhanyagolták és csak akkor jelentkeztek a védoltásokra, a midőn a megmart egyének vagy állatok közül valamelyiken kitört a veszettség és reájok nézve is kérdésessé lett a védőoltások sikeressége.

Jelen esetben a maró állat veszett voltának kétségtelen bizonyitékát sajnos a megmart egyének egyikén kitört veszettség és nem az orvosi szakértők által veszettség gyanujában elhullott állat agyvelejéből tett próba-állatoltás adta meg. Az október 12-dikén megmart asszonyon már november 1-jén, tehát a marás utáni 20-dik, a kutya elhullása után a 14-dik napon már megjelentek a kitört veszettség prodromái: a maró kutya 16-dikán reggel hullott el, a bonczolat 17-dikén ejtetett meg, az állatorvosi akademiához beküldött állat agyából végzett próba-nyúloltás negativnak deklarált eredménye csak november 21-dikén, tehát a megmart asszony veszettségének kitörése után 21, a kutya elhullása után 36 nap mulva lett nyilvánvalóvá és ez is ellentétbe jutott az elhalt asszony velejéből a budapesti Pasteur-intézetben végzett próba-állatoltás eredményével, miután ez positivnak mutatkozott, a mennyiben a november 10-én beoltott nyúl november 24-dikén, tehát az oltás után 14 nap mulva megveszett és november 26-dikán, tehát az oltás után 16 nap mulva elhullott.

Ezen látszólag ellentmondó körülmények a próba-állatoltások értékességét látszanak desavouálni és első pillanatra jogosultnak tüntethetik fel a Gyógyászat 8-dik számának első hasábján közölt következő reflexiókat: „Két érdekes okmány (a m. kir. állami bakteriologiai intézetnek és a budapesti Pasteur-intézetnek fennebb cursivbetükkel közölt tudósitásai az oltások eredményeiről) egymásmellé rakva közleményünk végén ily irányban tanuságosabb, mint egész statistikai táblázatok. Az egyik azt mutatja, hogy azon kutyánál, kitől a végzetes lefolyású lyssa az emberre átszármazott, teljesen megbizható vizsgálat sem találta a lyssa kórokozó anyagát; a másik pedig azt mutatja, hogy ezen látszólag ártalmatlan kutyától ragályozott és elhalt egyénnél a tudományos vizsgálat a rabies anyagát kimutathatta. Ily heterogen leletek egymásmellett azt bizonyitják, hogy a tudományos része a kérdésnek még távol áll a teljes tisztázástól . . . ." Szükséges azért, hogy e próba-oltásokkal közelebbről foglalkozzunk és a jelen esetben felmerült ellentétesnek látszó körülményeket kellőleg megvilágitsuk.

Ezerekre menő, nálunk valamint más Pasteur-intézetekben végzett próba-oltásokból elvont tapasztalat az, hogy ha utczai veszettségben elhullott állat vagy veszettségben elhalt ember agyvelejéből kis részt 7‰-es sósvízben vagy sterilizált húslevesben szétdörzsölünk és az igy készült emulsióból néhány cseppet egy kinőtt nyúlnak agyburka alá fecskendezünk, az ilyeténkép inficiált nyúl 14—21 napi incubatio után megkapja a veszettséget és a betegség kitörése után 2—4 nap mulva elpusztul. A veszettség kitörésének tünetményei a nyúlnál — ilyen utczai veszettség virussal való infectio után — többnyire nem vehemensek. Izgatottság sok esetben nem vagy alig mutatkozik. Gyors lesoványodás és bénulási tünemények a rendesek, melyek néha csak az élet utolsó 6—8 napjában mutatkoznak, úgy hogy a ki nem ismeri a tüneményeket, nem gondol veszettségre; hogy azonban az állat veszettségben halt el, a továbboltás sikeressége bizonyitja.

E próba-oltások eredménye annyira biztos, hogy 4—500 nyúl közül alig akad egy olyan, a mely az infectio ellen immunisnak mutatkozik és a subduralis infectio után életben marad. A legritkább esetek közé tartozik az is, hogy az igy megejtett fertőzés után a 14—21 napi incubatio ideje hosszabbra nyulnék. 14 napnál rövidebb incubatio is rendesen csak akkor mutatkozik, ha a próba-oltás igen fiatal állatokon történik. E módszer tehát, ha az ember azzal az elővigyázattal él, hogy a vizsgálandó agyvelőből nem egy, hanem legalább két nyulat inficiál, absolut biztos annak a kimutatására, hogy a vizsgálat alá vett agyvelő veszett állattól vagy veszett embertől eredt-e? A vizsgálat sikerének legelső feltétele természetesen az, hogy a trepanatio, az agyburok alá fecskendés, a trepanatio felett összevarrott bőrsebnek gyógyulása teljesen aseptikus legyen, valamint az, hogy a vizsgálat alá veendő agy is friss és egyéb fertőző anyagtól mentes legyen. Gyakorlatlan experimentator kezében a különben friss velővel való oltás, valamint a gyakorlott experimentator kezében a rohadt vagy egyébként inficiált velővel való fertőzés nem adja meg a kivánt sikert, mert az állat vagy agyburokvérzés vagy agyburoklob vagy sepsis következtében a trepanatio után pár nap mulva elpusztul.

A próba-oltás eredményének megitélésénél figyelembe veendő továbbá az is, hogy, mint számtalan idevonatkozó kisérlet kimutatta, az egészen friss és virulens veszett agyvelő, ha szabadon a levegőn áll, virulentiájából napról napra veszit, az állatot napról napra hosszabb incubatio után veszíti meg, utoljára pedig hatástalanná változik. Teljesen sikeres oltást tehát — ha a vizsgálandó agyvelő a levegőn áll — csak egészen friss veszett velővel való inficiálás ad.

Ismét ezerekre menő kisérleti tapasztalat bizonyitja azonban azt is, hogy a veszett velő virulentiája változatlanul vagy alig elgyengülve eltartható heteken keresztül, ha a veszett állat velejét az ember 2%-os carbolvíz-oldatban vagy felhevitett és kihűtött, tehát sterillé tett glycerinben teszi el, a midőn azt a próbaoltás sikerességének koczkáztatása nélkül lehet elküldeni

a bonczolat helyétől távolabb fekvő központi kisérleti állomásokra vagy az ilyen vizsgálatokra berendezett Pasteur-intézetekbe.

Ezek lévén a kisérletileg megállapított tapasztalati tények, lássuk honnan eredt az eltérés a két tudományos intézet próba-oltásainak adatai között.

(Folytatása következik.)

## Közlemény a Korányi Frigyes tnr. vezetése alatt álló I. belgyógyászati kóroda laboratoriumából.

### A vizelet alkata infectiosus lázas bántalmaknál.

Közlik: *Kovács József* és *Móricz Ernő* dr.-ok.

(Folytatás.)

És ha „a“ görbéjét tovább követjük, arra a tapasztalatra jutunk, hogy „a“-nak a menete ezen adatok között a legkevésbbé állandó, a mit természetesnek kell vennünk más vizsgálatok alapján, melyek hasonlókép arról tanuskodnak, hogy a kiürült bomlási termékek mennyisége nem halad parallel a lázgörbe magasságával.

Legfeltünőbb az egész táblázatban $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ parallel haladása a lázgörbével.

$\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ tulajdonkép az összes szilárd alkatrészeknek a Na Cl-hez való viszonyát fejezi ki. Ezen viszonyszám a Ni és Cl anyagcsere normalis viszonyai mellett Korányi Sándor vizsgálatai szerint 1·40 körül ingadozik néhány tizeddel.

Typhusnál, mint láznál egyáltalában, a N és Cl anyagcsere közti egyensúly lényegesen meg van zavarva. Mint fentebb láttuk, a kiürült achloridák a betegség kezdeti szakában közel járnak a normalis értékhez, ezzel ellentétben, részint mert láznál egyáltalában a N bomlási termékek a szervezet saját Cl szegény *fehérnyéjéből* erednek, részint pedig — mint azt Terray vizsgálatai mutatják — még a bevett kevés Cl-ból is visszatartatik a szervezet által, tehát két okból is megváltozik a chloridok és achloridok közötti viszony.

A mint a táblázatban látható, $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ abnormis nagy értékeket ér el, görbéje pedig a láz görbéjével halad párhuzamosan. $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ tehát a betegség elején igen nagy, a lázgörbe esésénél egyre kisebbedik és a reconvalescentia bizonyos szakában a normalisnál is kisebb értéket képvisel. Vagyis ez azt jelenti, hogy ezen szakban több fehérje tartatik meg a szervezet által és több Cl üríttetik ki. *Összegezve a dolgokat, typhusbetegeknél végzett vizsgálataink a vizeletelválasztó szervek kimutatható működés gyengeségét engedik fölvenni.*

A typhus súlyos kórhatánya által a különböző szervekben előidézett functionalis zavarok, degeneratiók tehát a veseműködés kimutatható aláhanyatlásában is nyilvánulnak.

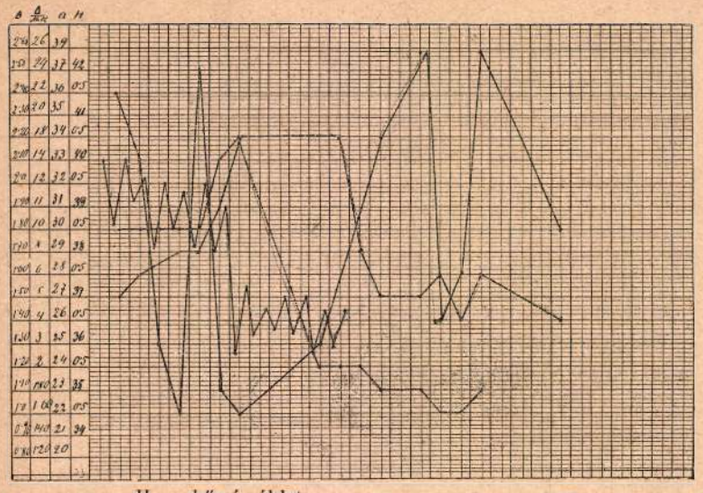
Megközelítőleg a typhusláz magasságában lefolyó, de jóval rövidebb ideig tartó megbetegedés a *pneumonia*, s igy már ezen oknál fogva sem gyakorolhat a szervezetre akkora káros behatást, mint amaz. Klinikai tapasztalatok tényleg azt mutatják, hogy tüdőgyuladásnál a különböző szervek, és ezek közt a vese, ritkábban lesznek bántalmazva, mint typhusnál. A mi vizsgálataink a vesefunctióra vonatkozólag tüdőgyuladásnál a következő eredményeket mutatják: (I. tábla)

Ha összehasonlítjuk a typhus és pneumonia táblázatait és azok adatait jelentőségök szerint csoportosítjuk, már t. i. olyan értelemben, hogy $\Delta$ a veseműködés erőbeli állapotát, $a$ és $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ pedig az anyagcserét világitja meg megközelítőleg, akkor nagyjából azt a benyomást nyerjük, hogy a pneumonia lefolyása alatt a veseműködés a két betegségnél különbséget mutat, ellenben az anyagcsere a kettőnél nagyon közel jár egymáshoz. Typhusnál $\Delta$ görbéje úgy alakul, hogy a megbetegedés egy bizonyos tartamán keresztül a normalistól el nem térő magasságban halad, részben a lázgörbe ingadozásait is követve, ekkor fokozatosan kezd lefelé sülyedni és itt bizonyos határon ismét egyenletesen bár, de természetesen alacsony niveaun halad, hogy végül a reconvalescentia előrehaladása egy pontján újból emelkedjék.

$\Delta$ görbéje a pneumonia lázas szakában ép úgy halad mint a typhus első stadiumában és ugyanazon tényezők által van szabályozva mint ottan. Az első eltérés pnemoniánál a crisis alatt és után nyilvánul és ez feltünően állandó Ezen jelenség okát, ha keressük, a szivműködésben nem találjuk meg, mert hisz ez crisis után csak javulni szokott; a húgyesatornáeskahám fokozott működésének betudni ezt nem igen lehet, mert, ha

| Datum | X | $\Delta$ | NaCl% | NaCl | a | $\frac{\Delta}{\text{NaCl\%}}$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | I. | | | |
| V/1 | 1200 | 1·34 | 0·05 | — | 26·16 | 26·8 |
| 3 | 1540 | 1·27 | 0·10 | — | 31·88 | 12·7 |
| 4 | 1200 | 1·28 | 0·10 | — | 25 | 12·8 |
| 5 | 760 | 1·21 | 0·12 | — | 15 | 10·8 |
| 6 | 1000 | 1·87 | 0·16 | — | 30·5 | 11·7 |
| | | | II. | | | |
| XI/11 | 1460 | 1·50 | 0·15 | — | 35·72 | 10 |
| 12 | 1280 | 1·56 | 0·15 | — | 32·57 | 10·4 |
| 13 | 870 | 1·75 | 0·18 | — | 24·84 | 9·72 |
| 14 | 780 | 1·71 | 0·17 | — | 21·76 | 10 |
| 15 | 1220 | 1·88 | 0·18 | — | 37·41 | 10·4 |
| 16 | 640 | 2·17 | — | — | 22·66 | 14·2 |
| 17 | 600 | 2·20 | 0·12 | — | 21 53 | 18·3 |
| 24 | 1280 | 1·67 | 0·78 | — | 34·71 | 2·14 |
| 26 | 1560 | 1·53 | 0·81 | — | 39 | 1·9 |
| 27 | 1000 | 1·62 | 0·91 | — | 26·42 | 1·77 |
| 28 | 1220 | 1·43 | 0·87 | — | 28·52 | 1·41 |
| 29 | 1470 | 1·62 | 0·99 | — | 38·5 | 1·63 |
| XII/3 | 1240 | 1·42 | 0·80 | — | 29·72 | 1·77 |
| | | | III. | | | |
| XII/1 | 980 | 1·59 | 0·09 | — | 25·42 | 17·6 |
| 3 | 1440 | 1·51 | 0·19 | — | 35·47 | 8 |
| 4 | 1640 | 1·66 | 0·50 | — | 44·28 | 3·32 |
| 5 | 2085 | 1·07 | 0·84 | — | 36·3 | 1·27 |
| 6 | 2780 | 0·99 | 0·73 | — | 44 | 1·3 |
| 8 | 2085 | 1·30 | 0·96 | — | 44 22 | 1·35 |
| 9 | 1800 | 1 42 | 0·90 | — | 41·7 | 1·57 |
| 11 | 1860 | 1·34 | 0·98 | — | 40·66 | 1·36 |
| | | | IV. | | | |
| IV/18 | 840 | 1·33 | 0·16 | — | 18·23 | 8·3 |
| 19 | 780 | 1·36 | 0·22 | — | 17·3 | 6·18 |
| 20 | 2250 | 1·28 | 0·10 | — | 46·4 | 12·8 |
| 21 | 1280 | 1·22 | 0·20 | — | 25·47 | 6·1 |
| 22 | 1510 | 1·36 | 0·08 | — | 34·17 | 17 |
| 23 | 1420 | 1·41 | 0·16 | — | 32·66 | 8·81 |
| 24 | 1620 | 1·45 | 0·08 | — | 38·23 | 18·1 |
| 25 | 1400 | 1·47 | 0·10 | — | 33·6 | 14·7 |
| 26 | 1280 | 1·44 | 0·22 | — | 30·08 | 6·54 |
| 27 | 1020 | 1·45 | 0·25 | — | 24·07 | 5·8 |
| 28 | 1860 | 1·27 | 0 33 | — | 38·54 | 3·85 |
| 29 | 1440 | 1·32 | 0·42 | — | 31 | 3·14 |
| V/1 | 1940 | 0·91 | 0·53 | — | 28·71 | 1·71 |
| 2 | 2980 | 0·82 | 0·49 | — | 39·93 | 1·67 |
| 3 | 2260 | 0·83 | 0·50 | — | 30·51 | 1 66 |
| 4 | 2035 | 0 76 | 0·37 | — | 25·03 | 2·05 |
| 5 | 3000 | 0·62 | 0·39 | — | 30·03 | 1·6 |
| 6 | 2460 | 0 67 | 0·30 | — | 26·81 | 2·23 |
| 7 | 2020 | 0·65 | 0·64 | — | 21·41 | 1 |
| 10 | 2000 | 0·83 | 0·65 | — | 27 | 1·27 |
| 12 | 1380 | 1·16 | 0·70 | — | 23·87 | 1·66 |
| | | | V. | | | |
| V/3 | 440 | 1·60 | 0·09 | — | 11·5 | 17·7 |
| 5 | 680 | 1·11 | 0·05 | — | 12·3 | 22·2 |
| 6 | 740 | 1·11 | 0·02 | — | 17·4 | 55·2 |
| 8 | 400 | 1·53 | 0·06 | — | 10 | 25·6 |
| 10 | 440 | 1·81 | 0·27 | — | 13 | 7 |
| 11 | 1020 | 1·46 | 0·86 | — | 24 3 | 1·76 |
| 13 | 1380 | 1·14 | 0·73 | — | 32·84 | 1·56 |
| 14 | 1020 | 0 98 | 0·62 | — | 16·32 | 1·51 |
| 16 | 1000 | 1·02 | 0·66 | — | 16·6 | 1·54 |
| 17 | 1050 | 1·21 | 0 93 | — | 20 68 | 1·3 |

*



— = H = hőmérséklet.
—.— = a
— — — = $\Delta$
. . . . = $\frac{\Delta}{NaCl}$

azt fel is tehetnők, hogy a vesecpithel a crisis után élénkebben functionál, mint a magas láz tartama alatt, de hát nem élénkebben mint normalisnál szokott, pedig hát crisis után még a szokottnál is concentráltabb vizeletet szoktunk kapni. Az okot másban nem kereshetjük, mint hogy most a vesék még kevésbbé lesznek átáramoltatva vérrel, a mi teljes összhangzásban van a crisisnél észlelt azon tapasztalattal, hogy a crisis alkalmával a betegek jelentékeny nedvveszteségeket szenvednek el a verejték mirigyek által. Hogy ezen fölvételünk helyes alapon nyugszik, támogatja azon körülmény, hogy Korányi Sándor regattistáknál forcirozott és bő izzadástól kisért munka után hasonló viszonyokat talált. Ezen jelentékeny kitérések után $\Delta$ görbéje ismét sülyed lefelé, majd kiindulási niveaujának kevéssel alája kerül és ezen magaslaton halad tovább. A görbe ezen utolsó sorban említett, a normalistól jelentékenyen el nem térő sülyedése a glomerulusváladék ez idei megszaporodásának — a mint azt később látni fogjuk — természetes következménye.

A mondottakat a vesék erőbeli állapotának értelmezésére értékesítve, a következő következtetéseink látszanak jogosultaknak: typhusnál a megbetegedés bizonyos pontján a vesék kisebb munkát kezdenek végezni, erejük aláhanyatlik és működésük alább száll. Midőn a betegek javulása bizonyos fokot elért, a vesék ismét erőteljesebben kezdenek dolgozni, functiójuk fokozódik. A pneumonia táblázatai közt egyedül a IV. számú mutat hasonló typust, a többi a fent leirt typust mutatja, eltekintve azon ingadozásoktól, melyek egyik-másik betegnél digitalis által vannak feltételezve, de ott is azt látjuk, hogy ezen súlyos esetben a megbetegedés nem folyik le oly rövid idő alatt, mint pneumoniánál szokott, hanem elhúzódik, akáresak typhusnál. Azok a klinikai észleletek, melyek azt igazolják, hogy a láz kártékony hatását a szervezetre vagy úgy gyakorolja, hogy szokatlanul magas fokot ér el, vagy pedig alatta marad ezen foknak, hanem hosszasabban húzódik el, a mi eseteinkben is igazolást nyernek.

„a“ görbéjének haladása sem a lázas, sem a láztalan időszakban szabályosságot nem mutat; vagyis pneumoniánál a lázzal járó élénkebb anyagcsere bomlási terményei rendetlen időközökben ürittetnek ki. A láz tartama alatt a typhus első szakában és a pneumonia egész lefolyása alatt a szilárd molecúlak szabálytalan kiürülése nem hozható az anyagcsere ingadozásaival direct összeköttetésbe, minthogy a kiürült N molecúlák nem csupán a szervezet anyagcseréjénél elhasznált N tartalmú anyagoknak bomlási terményeiből, hanem bizonyos tönkrement és előbb vagy utóbb kiküszöbölt szövetekből veszik eredetüket és mindaddig, míg ezt a két részét a kiürülő anyagoknak elkülöníteni nem lehet, „a“ ingadozásainak oka sem magyarázható meg biztosan. Hogy pedig „a“ a láztalan időszakban miért végzi egyszer előbb, másszor később második emelkedését a crisis után, azaz miért áll be egyszer előbb, másszor később epicritikus kiválasztás, első lehetőségképen ismét az merül fel előttünk, hogy itt ugyancsak a vesék erőbeli állapotának lehet döntő befolyása.

(Folytatása következik).

## A subconjunctivalis sublimatinjectiókról és a heveny takáros kötőhártyagyuladásról.

*Ifj. Siklóssy Gyula* dr. kórházi rendelő főorvostól.

(Vége.)

Darier Mutermilch ellenvetéseit czáfolja (1894) s azt állítja, hogy általános bujakórban szenvedőknél a bőr alá fecskendett sublimatból nem jut a szembe $^1/_{1000}$ mgr.-nál több. Ugyanezen közleményében található az a tanács is, hogy a subconj. injectiókat a betegek a legjobban akkor tűrik s azok a legjobban akkor hatnak, ha lehető távol adjuk a limbus corneaetől.

Mellinger 1894-ben kisérleteket tett egy olyan oldattal, melynél az 1 : 2000-hez sublimaton kivül még egy kevés (0·1%) konyhasó is foglaltatott. Ez oldatból egy fél, sőt egy egész Pravazzal is fecskendett be. Ez az eljárás azonban adhaesiv gyuladást okozott; erre higitották az oldatot s az eredmény jobb lett, majd pedig 2%-os konyhasó-oldatra tértek át, a mi nem okoz fájdalmat, sem gyuladást. A befecskendések gyógyerejüket annak köszönik, hogy a konyhasó a nyirk keringését gyorsítja és az infectiosus anyag eltávolítását sietteti.

Ugyanily véleményben van Morti is, a ki ugyancsak a baseli klinikáról közli a 3%-os konyhasó-oldattal elért eredményeket.

Bossalino és Mellinger 1895-ben tust fecskendeztek be házinyúlnak conjunctivája alá s azt találták, hogy a tusszemcsék eljutnak az egész subconj. űrbe; másnap már az iris is szenyes fekete, a papilla körül pedig fekete alakokat láthatni, melyek felett a chorioidealis edények elfutnak. Kisérleteik második része arra terjedt ki, hogy kimutassák, miszerint a leucocyták activ működése nélkül is megtörténik a subconjunctivaliter injiciált folyadék elterjedése a szem belsejében. Frissen levágott borjúfejet használtak erre a czélra, melynek szemébe berlini kéket vittek. Ez a festanyag eljutott a szarúhártyába, de sokkal több jutott belőle hátrafelé a Tenon-tokba, az izmokba, sőt az opticusig. De eljutott a duralis hüvelyen át a másik oldali szem köré is.

Darier (1895) azt állítja Mellinger ellenében, hogy a konyhasó-oldat is fájdalmas, ha ideget sért a tű. A cocain szerinte csak akkor szünteti meg a fájdalmat, ha hydr. cyanatumot adunk vele. Darier a konyhasó-oldattal nem ért el oly eredményt, mint sublimattal. Fentartja azt a nézetét, hogy az eredménytelenségnek az az oka, mert nem alkalmazták az eljárást elég kitartóan.

Stuelp 1895-ben azt a kérdést, hogy bejut-e a szembe a sublimat, elektrolytikus és microchemikus úton megvizsgálta igen érzékeny eljárásokkal s mindkét esetben negativ eredményt kapott. De nem birta a szem belsejében azokat a festanyagokat sem kimutatni, melyeket ilyen czélból fecskendett házinyúl kötőhártyája alá.

Bochi 1894-ben irt dolgozatában elveti a subconj. subl. injectiókat, mert adhaesiv gyuladás támad a subconj. szöveben. Aggályai túlzottak, mert heges megvastagodásról, zsugorodásról beszél, felemliti annak lehetőségét, hogy heges gyűrű képződik a szarúhártya körül. Házinyúlnál lobos beszűrődést mutatott ki még az izmok körül is. A ciliaris edényeket a subconjunctivaliter befecskendett folyadék összenyomja s a teke mozgásában (!) akadályoztatik.

Ezeknek az adatoknak felsorolása után áttérek annak a 112 esetnek ismertetésére, melyek conjunctivitis bennorrhagica klinikai diagnosis elnevezés alatt kerültek kezelésem alá.

| | 1 Conj. blenn. adult. . . . | 2 Conj. blenn. neon. . . . | 3 Diagn. a gór-csői lelet előtt | 4 Diagn. a gór-csői lelet után | 5 Conj. blenn. non gonorrh. | 6 Conj. gon. neonat. . . | % | 7 Conj. gon. adult. . . | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rókus | 39 | 17 | — | — | — | — | — | — | — |
| Irgalmas | 13 | 21 | — | — | — | — | — | — | — |
| Ambulantia | 4 | 9 | — | — | — | — | — | — | — |
| Magán | 3 | 6 | — | — | — | — | — | — | — |
| Összesen | 59 | 53 | — | — | — | — | — | — | — |
| Összesen | 112 | | 94 | 18 | 23 | 37 | | 52 | |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | % | 7 | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adultorum | 7 | 16 | 11 | 34 | 370 | 16 | 13 | 4 | 7·50 |
| Neonatorum | 16 | 11 | 34 | 370 | 16 | 13 | 56·5 | 4 | 21·6 |
| Legrövidebb kezelési időtartam | 11 | 34 | 370 | 16 | 13 | 56·5 | 4 | 21·7 | 39 |
| Leghosszabb kezelési időtartam | 34 | 370 | 16 | 13 | 56·5 | 4 | 21·7 | 39 | 9 |
| Kezelés alatt töltöttek a betegek napot | 370 | 16 | 13 | 56·5 | 4 | 21·7 | 39 | 9 | 16 |
| Átlagos kezelési időtartam | 16 | 13 | 56·5 | 4 | 21·7 | 39 | 9 | 16 | 45 |
| Vérzések a kötőhártya alatt | 13 | 56·5 | 4 | 21·7 | 39 | 9 | 16 | 45 | 6 |
| Nagy chemosis | 1 | 5 | 9 | 39 | 9 | 6 | 16 | 6 | 4 |
| Középfokú chemosis | 5 | 9 | 39 | 9 | 6 | 16 | 6 | 4 | 2 |
| Kisfokú chemosis | 9 | 39 | 9 | 6 | 16 | 6 | 4 | 2 | 1 |
| Szemhéjak oedemája | 4 | 9 | 6 | 16 | 6 | 4 | 2 | 1 | 0 |
| Bulb. conj. oedemája | 9 | 6 | 16 | 6 | 4 | 2 | 1 | 0 | 4 |
| (Széli) Szarúhártyafekély | 6 | 16 | 6 | 4 | 2 | 1 | 0 | 4 | 19 |
| Központi beszűrődés | 2 | 6 | 4 | 2 | 1 | 0 | 4 | 19 | 23 |
| Széli fekély-áttörés | 1 | 4 | 2 | 1 | 0 | 4 | 19 | 23 | 5 |
| Szaróhártya elmálás | 0 | 2 | 1 | 0 | 4 | 19 | 23 | 5 | 7 |
| Idült hurut maradt vissza | 4 | 1 | 0 | 4 | 19 | 23 | 5 | 7 | 11 |
| Idült hurut nem maradt vissza | 19 | 0 | 4 | 19 | 23 | 5 | 7 | 11 | 23 |
| Jeges borogatás | 23 | 5 | 7 | 11 | 23 | 5 | 7 | 11 | 23 |
| 3 napig | 5 | 7 | 11 | 23 | 5 | 7 | 11 | 23 | 3 |
| 6 napig | 7 | 11 | 23 | 5 | 7 | 11 | 23 | 3 | 4 |
| 6 napon túl | 11 | 23 | 5 | 7 | 11 | 23 | 3 | 4 | 3 |
| 1% arg. nitr. | 23 | 3 | 7 | 11 | 23 | 3 | 4 | 3 | — |
| Canthotomia | 3 | 4 | 11 | 23 | 3 | 4 | 3 | — | — |
| Subconj. inj. | 4 | 3 | 23 | 3 | 4 | 3 | — | — | — |
| Kékkő | 3 | — | 3 | 4 | 3 | — | — | — | — |
| Két szem meg volt támadva | — | — | 4 | 3 | — | — | — | — | — |
| Egy szem | — | — | 3 | — | — | — | — | — | — |
| Második szem a kezelés al. bet. meg | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Meg volt támadva összesen | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Szarúhártyai complicatio | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Subconj. sublimat-injectio | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Mennyileges látás maradt vissza | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Iridectomia | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Malignus alak | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Meleg borogatás | — | — | — | — | — | — | — | — | — |

1—7 a kezelésbe lépéskor fennállott.

E táblázat adatai úgyszólván maguktól beszélnek. Nem is időzöm hosszasabban azoknál a tanulságoknál, melyek belőlük levonhatók,[1] megemlítem azonban a subconjunctivalis injectiók jó hatását, a mely jó hatást 52 beteg közül, 83 megtámadott szem közül, 43 esetben 158-szor volt alkalmam tapasztalhatni. E tapasztalataim azt bizonyítják, hogy a subconjunctivalis sublimatinjectio demarcans határt szab az infiltratiónak, genyes fekélynek, sőt néha a necrosisnak is. Növeli a reactiót, emeli a vérbőséget, közvetlenül a limbus körül s talán ez által menti a szarúhártyát a széteséstől. Nem mondhatom azonban, hogy az minden esetben így állana, mert 4 esetben teljes szarúhártya elmállás következett be a subconjunctivalis injectiók daczára. Igaz ugyan, hogy ez a négy eset a 8 malignus-alak közül való volt, úgy hogy azt a körülményt, hogy 8 teljes elmállás helyett csak négyet jegyezhetek, biztosan a subconjunctivalis injectiók jó hatásának kell betudnom.

Más megitélés alá esik annak eldöntése, hogy mi az oka a subconj. sublimatinjectiók e hatásának? Vajjon átmegy-e a sublimat, mint ilyen, a corneának legalább histogenetice conjunctivalis eredetű lemezei közé, vagy pedig egyedül csak az a hatás jön számításba, melyet Recklinghausen és Mellinger mint nyirkáramgyorsítót ir le: e kérdésekre kisérleti kutatások nélkül igen nehéz választ adni. Minthogy pedig ily irányban döntő érvényű kisérleteket nem tettem, azért tartózkodom itéletet mondani. A gyakorlat azonban, úgy látszik, Recklinghausennak és Mellingernek ad igazat.

## TÁRCZA.

### † Schwimmer Ernő Lajos tnr.

Ismét egy érdemes tagja dőlt ki a budapesti egyetem orvosi karának az élők sorából. Schwimmer Ernő rövid betegeskedés után f. hó 25-dikén elhunyt. Mult év deczember 12-dikén volt tanítványai és tisztelői fényes ünnepséggel ülték meg 25 évet betöltött tanárkodásának jubileumát, méltatva ezen kiváló orvos és búvár érdemeit és akkor még semmi sem mutatott arra a gyors végre, mely e napokban utolérte őt. Részint a jubilaris izgalmaktól kifáradva, részint az utolsó hónapokban túlfeszített munkától elernyedve f. é. január elején pihenésre Abbaziába ment, honnan február elején halálosan megbetegedve hozták haza.

Schwimmer Ernő született 1837. november 21-dikén Budapesten. Igen keresett budapesti orvos fia volt és kiváló házi nevelésben részesült. Középiskoláit és az egyetem első 2 évfolyamát szülővárosában végezte, a többit Bécsben, hol 1861-ben orvosdoktorrá lett. Ezután mint alorvos működött a bécsi közkórházban, leginkább Sigmund és Hebra osztályain. Különösen a dermatologia vonzotta őt. Hebrának, a bécsi dermatologiai iskola megalapítójának egyénisége, éles észlelőtehetsége, ritka leiró és előadó képessége és különösen azon igyekezete, hogy méltó tanítványok kerüljenek ki mellőle, tetemesen hozzájárultak e vonzalom erősbítéséhez és nagy befolyást gyakoroltak tanulmányaira.

Még Hebra klinikáján kezdődött Schwimmer tudományos irodalmi működése. Első dolgozata az 1861—63-ban a bécsi közkórházban kezelt himlőbetegekről szóló jelentése volt, melyben a *vaccinatio* fontosságát és szükségességét hangoztatta. Ugyancsak assistens korában közölt Hebra klinikájáról dolgozatokat a bécsi és magyar orvosi lapokban. 1864-ben Egyptomba ment, hol nehány hónapig tartózkodott, tanulmányozva az endemiás bőrbajokat és szerzett tapasztalatait az Orvosi Hetilapban közölte. Ezen útjáról megérkezte után Budapesten telepedett le. Schwimmer csak nagyon nehezen tudott itthon a szakmája müveléséhez szük-

[1] A „Klinikai Füzetek“ augusztusi számában ugyanc táblázat van csekély módositással közölve, ott bővebben vannak ezek magyarázva

séges beteganyaghoz jutni és így eleinte csak privatklientelájának tudományos kiaknázására szoríttatott. 1871-ben a *dermatologiából és syphiligrafiából docenssé* habilitáltatott. Hogy tanítási és önképzési kötelezettségének megfelelhessen, több docenssel egyetemben poliklinikát alapított. 1875-ben a barakkórház *heveny kiütéses osztályának rendelő orvosává* neveztetett ki. Ezen osztály anyagát is önálló kisérletekre használta fel és egyike volt az elsőknek, a kik az antiseptikus szereket a himlős folyamatokra való hatásukra kipróbálták. Ugyancsak ő alkalmazta először kiterjedt mértékben az antiseptikus helyi therapiát (carbol, thymol, jodoform) himlőnél. 1879-ben *rendkivüli tanári czímmel* tüntettetett ki, és 1880-ban ambulatoriumát az orvosi kar engedelmével a poliklinikáról az *orvoskari épületbe tette át*. Ezen idő óta kezdődött a budapesti egyetemen a modern dermatologia és syphiligrafia intensivebb tanítása. 1882-ben a barakkórházban elhelyezett heveny fertőző osztályához kicsiny *bőrbeteg- és venereás* osztály is csatoltatott, ezt is a tananyag keretébe vonta bele. Végre 1885-ben elérte hőn óhajtott vágyát: egy *modern dermatologiai osztályt*, 130 ágygyal, teljes felszereléssel és kellő segédszemélyzettel az újonnan épült szt. István-közkórházban. Csak 1892-ben sikerült Schwimmernek a budapesti egyetemen a *dermatologia és syphiligrafia részére tanszéket* kivívnia, mely ugyan szük tanhelyiséggel és csak ambulans beteganyaggal rendelkezett, de kapcsolatban a Schwimmer által vezetett fent említett nagy osztálylyal pótolta az egyetemi bőrkórtani klinikát.

A dermatologia hazánkban is számottevő tényezővé válván, a külföld is mindjobban figyelmére méltatta a magyar dermatologia fejlődését. Ezen méltánylás kifejezője volt az, hogy az 1892-ben Bécsben megtartott II-dik nemzetközi bőrgyógyászati congressus alkalmával Schwimmer meghivására több mint 100 külföldi szakember Budapestre jött és a legnagyobb elismeréssel szólt az itt e téren tapasztaltakról, nevezetesen a bőrklinika számára készült *nagy képes atlasról* és *moulage* gyüjteményről. Német, franczia és angol szaklapok akkoriban kimerítő tudósításokat közöltek a *magyar dermatologiai iskola* fejlődéséről.

A viszonyok ezen kedvezőre fordulta vezetett 1896-ban a *dermatologiai és urologiai társulat megalapításához*, mely máris meghozta gyümölcseit és kiváló faktorként szerepel a szakkollegák kiképzésében. E társulat megalapításában is Schwimmernek volt oroszlánrésze.

Schwimmer halálával nagy vesztesség érte a magyar orvosi tudományt, a budapesti egyetemet és a fővárosi közkórházakat. Több mint száz czikkelyben és több nagyobb munkában közölte Schwimmer gazdag tapasztalatait és ezen közleményei által *hazánk határain kivül is elismert és általánosan becsült nevet vivott ki magának*. Hazánkban legelőször 1871—74-ben megjelent *magyar „Bőrkórtan"-áival*, melyben itthon a bécsi iskola tanait terjesztette, alapította meg hírnevét. Nagyobb munkái közül a *„Leukoplakia buccalis"*-t emelem ki, mint a mely különösen Német-, Franczia- és Angolországban keltett általános figyelmet és a londoni internationalis dermatologiai congressuson 1881-ben beható discussio tárgyát képezte; *„Neuropatische Dermatonosen"* czímü munkája is, kezdetben több oldalról megtámadtatva, az újabb búvárok által kellő méltánylásban részesült. Számos munkája német, franczia, angol és olasz nyelven is megjelent. Schwimmer munkatársa volt az Eulenburg-féle nagy *Realencyclopediának*, a *Ziemssen-féle kézikönyvnek*, melyben a dermatologiának (XIV. kötet) egy jelentős részét ő irta. A *Magyar Lexikon*-nak (Pallas), a *„Janus"* czímü történeti Archivumnak (Amsterdam) is munkatársa volt; társkiadója volt a Bécsben és Lipcsében megjelenő *„Archiv für Dermatologie u. Syphilis"*-nek; levelező tagja volt sok külföldi tudós társulatnak és számos internationalis congressuson (Bécs, Páris, London, Róma, Moszkva) *tiszteletbeli elnöknek választatott meg*. Az áldz vég is nagy munkában lepte meg, ép most dolgozott a nagy magyar *„Belgyógyászat kézikönyve"* számára az *Ulcus venereum*, *Syphilis* és *Bőrbetegségek* fejezetein.

Schwimmer a szó szoros értelmében véve lelkes orvos volt; czéltudatosan törekedett előre nemcsak a maga, hanem a szakmája érdekében is. Kórházi új osztályát szorgalommal és pedáns pontossággal vezette. Érdemes segédeit és kartársait megbecsülte és hogy őt mennyire becsülték *hazai* és *külföldi szaktársai*, azt a már fent mondottakon kivül legjobban jellemzi az ezek által az ő jubileumára *felajánlott „Ünnepi dolgozatok"* czímü könyv. —*a.*

# IRODALOM-SZEMLE.

## I. Könyvismertetés.

*Than Károly*: **A kisérleti chemia elemei.** I. kötet 2-dik könyv. Az elemi testek leirása. Budapest, 1898. A magyar tudom. Akadémia könyvkiadó hivatala bizománya.

(Vége.)

A munka tartalmáról és irányáról legvilágosabb képet adunk, ha egy fontosabb elemnek a leirását, például a magnesiumét teljesen közöljük, mely a következő:

**Magnesium.**

$Mg = 24{\cdot}37$.

*Physikai sajátságok.* Kissé szürkés árnyalatú fehér fém, mérsékelten kemény, szívóssága nem igen nagy, törése kristályos. Hidegen rugalmas, de mintegy 200°-ra melegítve lágy és ekkor kalapálható, lemezzé nyújtható vagy dróttá is húzható. Az 1 mm² keresztmetszetű magnesium-drót 14 kgm. megterhelést bir el. Vörös izzáson megolvad, fehér izzáson elpárolog; vacuumban destillálva hatszöges hasábokban kristályosodik.

*A fém-magnesium fontosabb physikai állandói.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fajsúly | $d_{(^0/_0)}$ | = 1·743 | [Bn] |
| Kiterjed. coeff. | $\beta_{(40^0)}$ | = 0·00002694 | [Fz.] |
| Hővezetés (*Ag* 1) | *Hv.* | = 0·343 | [Lr.] |
| Elektr. vezet. (*Hg* 1) | $Ev._{(0^0)}$ | = 22·84 | [Lr.] |
| Olvadáspont | *Op.* | = 800° körül | [V. M.] |
| Forráspont | *Fp.* | = 1100° körül | [Dr.] |
| Fajhő | $C_{(0^0)}$ | = 0·2456 | [Lr.] |
| Elektr. potential | *Ep.* | = + 1·231 *V.* | [B. N.] |
| Ionosodáshő | $Mg^{+2}$ | = *Aq.* 1072 *K.* | [Os] |

Feltünő kis fajsúlya, magasan fekvő olvadás- és forráspontja. A higanyban feloldott magnesium molekulája, mint a legtöbb fémé, egy atomból áll. Elektromos potentiálja és így elektrolytos oldási feszülése rendkivül nagy, miből következik, hogy nagy mértékben positiv jellemü, ennek megfelel ionosodási höjének jelentékeny értéke is.

*Chemiai sajátságok.* A magnesium chlor-gázban, brom-, kén- és vízgőzben erősebben hevítve meggyulad és elég. Erős izzáson nitrogen-gázban hevítve, vele magnesiumnitriddé $Mg_3 N_2$ vegyül. Finom poralakban kénnel, phosphorral és arsennel is egyesül. Legfontosabb az oxygenhez való magaviselete. Száraz levegőn nem változik; nedves levegőn felületén megszürkül, mert vékony oxydréteg képződik, de ez a további oxydatiótól megvédi. Vékony magnesium-szalag vagy drót a lángba tartva meggyulad és vakító kékes-fehér lánggal magnesium-oxyddá ég el. E fény, mely az elektromos ívfényhez hasonlít, igen erős a zöld, különösen pedig az ibolyaszínben; a chlor-ezüst e fénytől bomlás folytán ibolya színüvé válik, a hydrogen- és chlor-gáz elegye pedig felrobban. Tiszta oxygenben még hevesebben ég el, mint levegőben, és olyan káprázató fényt áraszt, mely mulékony vakságot okozhat. A meggyujtott magnesium kénhydrogen- vagy kéndioxyd-gáz-ban, sőt széndioxydban is folytatja égését, és ez utóbbiból — reducálván azt — szenet választ ki, úgy hogy a magnesium magas hőmérséken egyike a leghatalmasabb reducáló szereknek. Magas hőmérséken a legpositivabb fémek oxydjaiból is kiválasztja a fémeket. A magnesium és a kaliumchlorat-por keveréke meggyujtva vakító fénynyel explosiószerüen ég el. Hidegen a vizet nem bontja el, de forrón élénken fejleszt belőle hydrogent, miközben magnesiumhydroxyd keletkezik belőle. Higított savakból rendkivül hevesen fejleszt hydrogent; töményebb sósavra dobva a fejlődő hydrogen meg is gyulad. A nálánál kevésbbé positiv fémeknek legnagyobb részét oldataikból kiválasztja, és ekkor egyszersmind hydrogen is fejlődik.

*A magnesium ($Mg^{II}$) fontosabb vegyületei.*[1]

*Magnesiumfluorid* $MgFl_2$; fehér csapadék, $d = 2{\cdot}47$, vagy színtelen négyszöges kristályok (sellait), $d = 2{\cdot}97$; *Op.* = 908°.

[1] E táblában a *K*-val jelzett számok az illető vegyület képződési hőjét, *d* a fajsúlyt, *Op.* az olvadáspontot, $s_{(t)}$ az oldékonyságot, vagyis azt a vízmennyiséget jelenti, mely az illető vegyület 1 s. részének feloldására szükséges.

*Magnesiumchlorid* $MgCl_2$ = **1510** *K.*; fehér kristályos tömeg, $d = 2{\cdot}18$; *Op.* = 708°; $s_{(25)} = 1{\cdot}72$. Hat molekula kristályvízzel $d = 1{\cdot}56$, $s_{(25)} = 0{\cdot}27$. Szétfolyó. Levegőn hevítve elbomlik.

*Magnesiumbromid* $MgBr^2$: a chloridhoz nagyon hasonló; *Op.* = 695°.

*Magnesiumjodid* $MgJ_2$; szétfolyó kristályos tömeg, mely levegőn hevítve magnesiumoxydra és jodra bomlik.

*Magnesiumoxyd* $MgO$ = **1440** *K.*; fehér alaktalan por, $d = 3{\cdot}22$, vagy kristályos tömeg. Vízben alig oldható.

*Magnesiumhydroxyd* $Mg(OH)_2$ = **2173** *K.*; fehér csapadék, $d = 2{\cdot}36$. Vízben alig oldható; gyengén lúgos.

*Magnesiumsulfid* $MgS$ = **776** *K.*; barnás-szürke tömeg; vízben oldható. Oldata főzéskor hydrogensulfidra és magnesiumhydroxydra bomlik.

*Magnesiumnitrat* $Mg(NO_3)_2, 6H_2O$; monoklin hasábok, $d = 1{\cdot}46$; *Op.* = 90°. Szétfolyó, vízben könnyen oldható.

*Magnesiumphosphat* $Mg_3(PO_4)_2$, valamint a $Mg_2H_2(PO_4)_2$ oldhatatlan fehér csapadékok, ellenben a savanyú $MgH_4(PO_4)_2$ vízben oldható.

*Magnesiumsulfat* $MgSO_4$ = **3023** *K.*; fehér só, $d = 2{\cdot}65$; $s_{(20°)} = 2{\cdot}76$. Vizes oldatából rhombos prismákban kristályosodik a *keserű só* $MgSO_4, 7H_2O$, $d = 1{\cdot}68$; *Op.* = 70°; $s_{(2\,)} = 0{\cdot}836$. Kaliumsulfattal $K_2SO_4, MgSO_4, 6H_2O$ összetételü kettős sója van.

*Magnesiumorthosilikat* $Mg_2SiO_4$; rhombos kristályok (olivin) vagy vaskos tömegek, $d = 3{\cdot}28$. Oldhatatlan. Izzáson megolvad.

*Magnesiumcarbonat* $MgCO_3$; kristályos tömeg, $d = 3{\cdot}04$, vagy alaktalan duzzadt csapadék. Vízben alig oldható. A magnesium-hydrocarbonat csak vizes oldatban ismeretes.

A magnesiumoxyd és hydroxyd elég erős basisok; utóbbi gyengén lúgos és a levegőből széndioxydot szí. A magnesium-sók színtelenek, ha a savmaradék nem színes. A haloid-sók, a sulfat és a nitrat vízben oldhatók; ízük kesernyés-sós; innét a magnesiumsulfat neve keserűsó. A magnesium haloid-sói a lúgfémek haloid-sóival, sulfatja pedig a lúgfémek sulfatjaival jól kristályosodó kettős-sókat alkotnak. A felsorolt adatokból következik, hogy a magnesium mindig mint igen positiv kétvegyértékü gyök szerepel vegyületeiben, és hogy rokonsága különösen nagy az oxygenhez.

*Előállítás.* A fémes magnesium megolvasztott magnesiumchlorid elektrolysise útján állítható elő. Mivel azonban a magnesiumchlorid a levegőn izzítva könnyen részben oxyddá alakul, előállításához legczélszerübb magnesiumchloridot kaliumchloriddal és kevés ammoniumchloriddal elegyítve porczellántégelyben megolvasztani, a mikor állandóbb összetételü és alacsonyabb olvadáspontú magnesiumkaliumchlorid keletkezik. A megolvadt sótömegen gáz-szénből készült elektrodok révén vezetjük át az elektromos áramot. Előnyös a két elektrodot a tégelybe illesztett máztalan porczellánlemezzel egymástól elválasztani és a negativ elektrodba lépcsőszerü bevágásokat csinálni; e mélyedésekben az elektrolysiskor kiváló magnesium benmarad és nem emelkedik ki a megolvadt sótömegből. Jelenleg ilyféle módon dynamo-gépekkel gyárilag állítják elő a magnesiumot.

Előadási kisérletben az elektrolysist bemutathatjuk agyagpipában, ha ebben az emlitett sókeveréket megolvasztva elektrolyzáljuk, úgy mint a lithiumnál leirtuk (537. l.)

Nagyban a fém-magnesiumot gyakran úgy gyártják, hogy fluorit ($CaFl_2$) és vízmentes carnallit ($KMgCl_3$) teljesen száraz keverékét natrium-darabkákkal együtt izzó tégelybe dobják, a tömeget jól összekeverik és befödve kihülni hagyják. E folyamatkor a fém-natrium a magnesiumchloridot

$$MgCl_2 + 2Na = 2NaCl + Mg + 442\ K.$$

egyenlet értelmében reducálja. Az ekként gyártott magnesium rendesen szénnel, nitrogennel és siliciummal van szennyezve; e szennyezésektől megtisztítható, ha vasedényben átdestillálják.

*Alkalmazás.* A magnesiumot leginkább drót vagy keskeny szalag alakjában árulják; ezt alkalmas szerkezetü lámpákban elégetve barlangok vagy más sötét helyek megvilágítására használják, a végből, hogy azokat photographálhassák. A magnesium fénye ugyanis, mint már emlitettük, az ibolyaszínben igen erős, miért is a photographiai lemezek ezüst-vegyületeire gyorsan hat. Ezenfelül jelző-tüzekre és tüzijátékokra is használják szalag-alakban vagy poralakban éghető keverékhez adva, hogy ezek fényét fokozza. Chemiai kisérletekben a magnesiumot mint kényelmes és hathatós reducáló szert gyakran alkalmazzák.

*Meghatározás.* Mivel a magnesium-vegyületek nagyon tűzállók, a *Bunsen*-féle lángban nem párolognak el és azt nem festik meg. Ha azonban magnesium-elektrodokon nagy feszültségü elektromos szikrákat üttetünk át, ennek spectrumában jellemző vonalakat észlelünk. Így három zöld vonalat, melyek azonban kisebb spectroskopban közönségesen összefolyva csak egyetlen zöld vonalnak látszanak. Ezenkivül e szikraspectrumban nagyszámúak az ibolyaszínü vonalak. Sóinak vizes oldatából ammonium-, kalium- és natriumhydroxyd fehér csapadékot választ ki, mely magnesiumhydroxydból áll és ammoniumchloridban könnyen oldódik. Ez oldatban se ammoniumcarbonat, se sóskasav, se kénsav nem okoznak csapadékot; e reactiókkal különböztethető meg a magnesium a calcium-csoport elemeitől. Minthogy sulfidja oldható, sem kénhydrogen, sem ammoniumsulfid nem adnak sóival csapadékot.

Jellemző a magnesiumra, hogy ammoniumchloridot tartalmazó oldatához sok ammoniát és azután dinatriumhydrophosphatot öntve, $Mg(H_4N)PO_4, 6H_2O$ összetételü kristályos csapadék áll elő. E csapadék savakban könnyen, sőt kevéssé vízben is oldható, melyben ammoniára és $MgHPO_4$-ra dissociál, a tömeghatás törvénye szerint oldhatóságának tehát ammonia hozzáadására csökkennie kell, miért is a reactióhoz ebből sokat kell használni. Ha ezután a folyadékot jól összerázzuk, bizonyos idő mulva a magnesiumnak egész mennyisége kiválik a fentebbi csapadék alakjában. A csapadékot ammoniás vízzel kimosva, megszárítjuk és kitüzesítjük, ekkor magnesiumpyrophosphattá ($Mg_2P_2O_7$) változik, melynek súlyából pontosan kiszámíthatjuk a magnesium mennyiségét.

*Előfordulás.* A természetben a magnesium-vegyületek igen el vannak terjedve. Legfontosabbak a *magnesit* $MgCO_3$, a *dolomit* $[Ca, Mg]CO_3$,[1] mely nagy hegylánczok főtömegét is képezi. A *kieserit* $MgSO_4, H_2O$, a *kainit* $MgSO_4, KCl, 6H_2O$, a *carnallit* $MgCl_2, KCl, 6H_2O$ a stassfurti sótelepben bőségesen fordulnak elő. A *spinell* $MgO, Al_2O_3$; a *szalonna-kő* és a *tajték* magnesiumhydrosilicatok. Az *asbest* (tremolith) $[Ca, Mg]SiO_3$. Ezenkivül a magnesium számtalan silicat alkatrésze, ilyenek az augit, amphibol, turmalin, serpentin stb. Mindezekben az ásványokban és általában a természetben a magnesium a leggyakoriabb kisérője a calciumnak, melynek megfelelő sói gyakran isomorphok a magnesiuméival. A magnesiumsulfat a keserü ásványvizekben, a chlorid a tengervízben és némely ásványvízben, a magnesiumhydrocarbonat csaknem minden talaj- és ivóvízben található.

A *növények hamujában* szintén mindig fordulnak elő magnesiumvegyületek, aránylag sok a gabona hamujában. A növényi szervezet kifejlődéséhez megkivántató ásványos anyagok közül — mint már fentebb emlitettük — szükséges, hogy az alkali-fémeknek, továbbá a calciumnak és magnesiumnak, úgyszinte az aluminiumnak, vasnak és a mangannak bizonyos sói legyenek a talajban. Ez ásványos anyagok viszonyáról a növényi szervezetben némi fogalmat nyujt a bükkfa hamujának összetétele:

| | Százalék | Molekulák száma |
|---|---|---|
| Kaliumcarbonat $K_2CO_3$ | 14·80 | 10·29 |
| Natriumcarbonat $Na_2CO_3$ | 3·02 | 2·74 |
| Natriumchlorid $NaCl$ | 0·13 | 0·21 |
| Calciumcarbonat $CaCO_3$ | 68·75 | 66·04 |
| Magnesiumoxyd $MgO$ | 7·16 | 17·02 |
| Calciumsulfat $CaSO_4$ | 1·47 | 1·06 |
| Calciumphosphat $Ca_3(PO_4)_2$ | 2·55 | 0·79 |
| Magn.-, vas-, alum.- és mangan-phosphat | 1·18 | 0·34 |
| Siliciumdioxyd $SiO_2$ | 0·94 | 1·51 |
| | 100·00 | 100·00 |

Ebből láthatjuk, hogy a calciumcarbonat mennyisége a legnagyobb, azután következik a kaliumcarbonaté, utána a magnesiumoxydé és a natriumcarbonaté. A növények hamujában a lúgos földek fémeinek mennyisége a lúgfémekéhez képest túlnyomó; így példánkból is kitünik (utolsó számsorozat), hogy e hamuban 66 molekula calciumcarbonatra csak 10 molekula kaliumcarbonat

[1] A zárójelbe foglalás itt azt jelenti, hogy a *Ca* és *Mg* atomsúlyaik viszonya szerint változó viszonyban helyettesithetik egymást, mert a két fém carbonatja isomorph.

esik. Általában a szárazföldi növényekben a lúgfémek közül főképen a kalium van képviselve, ellenben a tengeri növényekben a natrium. Feltünő a hamuban a carbonatok nagy mennyisége a többi sókhoz képest. A carbonatok (és oxydok) a növényekben eredetileg benfoglalt carbonsav-sók elégése folytán képződnek; a hamu 100 molekulája közül, a fentebbi analysis szerint, mintegy 96 molekula a carbonat és oxyd, miből következik, hogy az élő növényekben foglalt sók túlnyomó nagy része carbonsav-só, annál is inkább, mert valószinü, hogy még a phosphatok és sulfatok egy része is szénvegyületek elégéséből származott.

Az *állati szervezetben* szintén előfordulnak a magnesium-vegyületek, a hol csaknem mindenütt kisérik a calcium-vegyületeket; igy a csontokban a calciumphosphat mellett mindig előfordul csekélyebb mennyiségü magnesiumphosphat, úgyszintén a nedvek és a szövetek hamujában is, valamint a húgyban. Ha a nedvekben rothadás útján ammonia képződik, ammoniummagnesiumphosphat $Mg(H_4N)PO_4$, $6H_2O$ keletkezik, miért is a húgy üledékében, valamint a húgykövekben és bélkövekben is gyakran találjuk e nehezen oldható sót.

*Történet.* A keserü vizekből elállított keserüsó már a XVII-ik század végén ismeretes volt. *Hoffmann* 1722-ben és *Black* 1755-ben, később *Bergmann* és *Marggraf* különböztették meg élesebben a magnesiumoxydot a calciumoxydtól, melyeket azelőtt gyakran összetévesztettek. Elsőnek *Davy* állította elő a fémet tisztátalan állapotban, *Bunsen* 1855-ben tisztán állította elő, *Deville* és *Caron* pedig megállapították a fém gyártás-módját.

***

Az egyes elem leirása, mint látjuk, előbb a legfelötlőbb külső sajátságokat közli, ezután az egészen megbizható és szabatos physikai állandók táblázatosan vannak összeállítva. Ezt követik az elemi test physikai sajátságaiból vonható következtetések.

A chemiai sajátságok czimén az elemi test magaviseletét tárgyalja más testekkel szemben; különös gondot fordít e helyen a gyakorlatilag is legfontosabb jelenségekre. Az elem chemiai jellemének szabatosabb megitélésére szolgál az illető elem legfontosabb vegyületeinek táblázatos összeállítása, melyben e vegyületek legkiválóbb sajátságai néhány vonással vannak jellemezve. Ez adatok után következik az elem chemiai jellemzése, melynek helyes átértése, ez adatok áttekintésével a kezdőre nézve is biztos alapra van fektetve. Az adatok e táblázatos összeállítása természetesen nem a megtanulásra van szánva, hanem csak arra, hogy a jellemzés megértésére és bizonyitására szolgáljanak. Minthogy ez adatok a legmegbizhatóbb észlelések eredményei, ezek által a munka mint kézikönyv is igen jól használható.

Minden egyes elem leirása ily szellemben történt, a fontosabbaké természetesen részletesebben, a kevésbbé fontosaké rövidebben.

A csoportok egyes tagjainak leirása után következik az illető elem-csoport rövid jellemzése, mely az összetartozó elemek legkiválóbb közös sajátságát előtüntetve, a tanulást és az áttekintést nagyon megkönnyiti. Mutatványul ide mellékeljük a zink-csoport (Be, Mg, Zn, Cd) jellemzését:

„Kékes-fehérszinü fémek, fajsúlyuk atomsúlyukkal növekszik. A vizet csak magasabb hőmérséken bontják el; híg savakkal hydrogen-gázt fejlesztenek.“

„*Két vegyértékü, határozottan positiv gyökök; egy állandó oxydot képeznek és ezek, valamint hydroxydjaik erős basisok, de vízben oldhatatlanok* (különbség a calcium-csoporttól).“

„A BeS és MgS vízben oldhatók és bomlékonyak, a fehér ZnS és a sárga CdS oldhatatlanok. Sóik színtelenek; vízben oldhatók a haloid-sók, a nitratok és a sulfatok. Az alkali-fémek haloid-sóival és sulfatjaival kettős-sókat alkotnak. A magnesium és zink vegyületei egymásközt, némelyikük ($MgCO_3$) a megfelelő calcium-vegyületekkel isomorph.“

„Viszonyos rokonságuk potentialjukból megitélhető; ezzel összhangzásban van megfelelő vegyületeik képződési hője is, pl.:

| | | | |
|---|---|---|---|
| $MgCl_2$ | = 1510 K. | $MgO$ | = 1440 K. |
| $ZnCl_2$ | = 972 K. | $ZnO$ | = 853 K. |
| $CdCl_2$ | = 932 K. | $CdO$ | = 657 K. |

Ebből látjuk, hogy e fémek chloridjainak és oxydjainak képződési hője növekedő atomsúlylyal csökken. E vegyületek képződési hője egészben véve (a magnesiumoxyd kivételével) kisebb, mint a lúgos földek fémeinek vegyületeié. E csoport fémei közül a berryllium átmenetet képez az aluminiumhoz, a magnesium a calciumhoz.“

A gyakorlatilag is nagyobb fontosságú testeket vagy tünemény-csoportokat, milyenek pl. a levegő, a spectrum-analysis stb., a munka alkalmas helyeken beiktatva, külön czikkekben ismerteti. A második könyv befejezése mintegy nyolcz lapra terjedő összefoglalás. E kissé tömören irt összefoglalásban az elemek osztályai és csoportjai oly módon vannak röviden jellemezve, mely úgyszólván teljes és világos áttekintést ad a chemia leglényegesebb tartalmáról; igy a tanulás a tárgy megértése és az áttekintés szempontjából megbecsülhetetlen.

A munkának most már teljesen megjelent első kötete a tartalomjegyzékekkel együtt 56 ívre terjed, 114 vázlatos rajzzal és egy színes spectrum-táblával ellátva. A könyv a Franklin-társulat nyomdájától igen szépen van kiállítva, jól olvasható, sajtóhibák alig találhatók benne, a mi tekintve a szedés és ellenőrzés nehézségeit, a munka értékét igen emeli.

Az egész munkát eredeti felfogás jellemzi. Szabatosság, áttekintés és általában a tanitás szempontjából e mü a hasonló irányú könyveket összehasonlíthatlanul felülmulja; tekintetbe véve még az értékes és helyes adatoknak nagy halmazát, melyben a munka bővelkedik, végül, ha jó magyar nyelvezetét is méltányoljuk: biztosan állíthatjuk, hogy e mü hazai tudományos irodalmunkra nézve valóban nagy nyereség. Ennélfogva a tanulóknak ép úgy mint az illető szakembereknek, különösen a tanároknak, az orvosoknak és gyógyszerészeknek figyelmébe azt legmelegebben ajánljuk.

## II. Lapszemle.

**A salophen alkalmazása fejfájás és influenza ellen** újabb időben nagyon elterjedt, a mi ezen analgeticum kimutatott ártalmatlanságánál fogva igen jogosult. Helyén lesz tehát e készitményt bővebben ismertetni. A salophen $C_6H_4$ (HN. $COCH_3$) vagy OC. $C_6H_4$ (OH) egy acetyl paramid salicylsavany, egy acetyl-p-amidosalol. Széthasadása a salolnak megfelelőleg a pankreas és a bélnyálkahártya által történik, miután ez utóbbiak által salicylsavra és acetyl-paramidophenollá hasad. Ezen két alkatrésze a salophennek a húgygyal ürül ki. Azon arányban, a melyben a salicylsav tartalma növekszik, az acetylparamidophenolé is nő. Az utóbbi a vizeletben túlnyomóan változatlanul marad, részben kénsavval egyesül. A kiválasztás igen gyors, a salophen bevétele után már $^3/_4$ óra mulva componensei a húgyban feltalálhatók. A salophen hatása fejfájásnál általában, valamint az egyoldalúnál (migraene), arczzsábáknál, fogfájás és influenzánál rendesen gyorsan következik be. Ideges fejfájásnál 1 gm.-ot és egy óra mulva ismét egy grammot adunk vízben vagy ostyában. Influenzánál kisebb ($^1/_2$ grammos) adagok 2—3 órai időközökben ismételve hatásosabbaknak bizonyultak. Egyidejü használata valamely szénsavas ásványvíznek növeszti és elősegíti a szer kiválasztását. A mint a tünetek javultak, az adagot is kisebbiteni kell, de Hennig és mások ajánlata szerint később is ajánlatos a szert kisebb adagokban folytatni a visszaesések megelőzésére; influenza-járványoknál a salophen kisebb adagai hatásos prophylaktikumnak bizonyultak be.

**Dyspepsiában szenvedők cardialis zavarai** ellen *Robin* bedörzsöléseket ajánl Botkin-féle kenőcscsel, melynek összetétele a következő: Rp. Veratrini 0·15; Extr. opii 0·75; Ol. terebinth. 2·0; Ol. menth. pip. guttas XII.; Axung. benz. 30·0. (Bull. gén. de thérap. 1897. nov 30.)

## Meghivás a magyar orvosi könyvkiadó társulat évi közgyülésére.

A magyar orvosi könyvkiadó társulat évi *közgyülését* f. év márczius hó 30-dikán d. u. 6 órakor a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében fogja tartani.

Tárgyak:

1. Titkári jelentések a társulat működéséről.
2. A mult évi közgyülés által a pénztár megvizsgálására kiküldött bizottság jelentése.
3. Az igazgató-tanács egy harmadának megválasztása az alapszabályok 17. és 18. §§-ai értelmében.
4. Három tagú bizottságnak megválasztása a pénzkezelés megvizsgálására az alapszabályok 36. §-a értelmében.

Midőn az igazgató-tanács meghagyásából a társulat t. tagjait ezen közgyülésre meghivni szerencsém van, egyszersmind megjegyzem, hogy azon tagok, ki a gyülésen személyesen meg nem jelenhetnek, szavazataikat a titkársághoz (V., Sas-utcza 16. sz.) irásban is beküldhetik.

A jelenleg kilépő igazgató-tanácsi tagok a következők: budapestiek: Fodor József, Mihálkovics Géza, Navratil Imre, Stiller Bertalan, vidékiek: Boleman István, Genersich Antal, Konrád Márk, Schuster Henrik.

A kilépő igazgatósági tagok újra megválaszthatók.

Budapest, 1898. február 28-dikán.

*Koller Gyula* dr., első titkár.

## Hetiszemle és vegyesek.

**Tauffer Vilmos** tanár márczius 3-dikán végezte *ezredik* laparotomiáját. Tanítványai ezt az alkalmat felhasználták arra, hogy mesterük köré gyülve, végig nézzék a műtételt és egészen zajtalanul ünnepet üljenek fölötte. Összejöttek régi segédei a vidékről: így Velits Dezső Pozsonyból, Fráter Imre N.-Váradról, Dobozy Halasról, Pataky, Tauffer Jenő s mások. Eljött Janny Gyula tnr. is, a ki Tauffernek az első hasmetszésénél assistált. Megjelentek tanártársai és barátai közül is azok, a kik hírét vették az ezrediknek: így Ajtai, Hőgyes, Thanhoffer, Bókay Á., Pertik, Dollinger, Bókay János és Schwarzer Ottó.

A tanítványok egy albumot ajánlottak fel mesterüknek emlékül erre a napra, a melyet Dirner Gusztáv dr. a következő beszéd kiséretében nyujtotta át:

Mélyen tisztelt Mesterünk!

Ezredik izben történt ma, hogy ön Mesterünk, az orvos éles aczélfegyverével behatolt az emberi szervezetnek ama kényes és fölötte érzékeny, lobos reactióra annyira hajlamos regiójába, a melyet késsel megnyitni, még az én orvosi tanulmányom kezdő idejében is — legalább minálunk — szinte istenkisértés számba ment.

Ezredik laparotomia! Az ön szünetlenül haladó mély tudományának és mesteri ügyességének legnagyobb próbái közül az ezredik! Méltó alkalom arra, hogy a tanítványok hódolata, hálája és szeretete, a mely mindig él itéletünkben és szivünkben, most felkeresse és őszinte megnyilatkozással lelkesen köszöntse a mestert.

Mint a mester legöregebb legényének, nekem jutott a szerencse, hogy szerény tolmácsa lehessek mindazoknak, a kik — akár megjelentek itt ma az ön tiszteletére, akár távolmaradni voltak kénytelenek — a magyar operativ gynaekologia megalapitóját s e téren elért tudásunk és eredményeink kútforrását önben tisztelik.

Mindenki tudja, de legjobban tudjuk mi, az ön tanítványai, mennyire távol van az ön igazi tudós lelkétől minden hiúság s mennyire ellenére van minden ünnepeltetés. Ennek tudatában tartózkodtunk is a zajos, nagyobb nyilvánosságú ovatióktól; de még ennek tudatában se mondhattunk le ez alkalomból tudományos meggyőződésünk és hű érzéseink ünnepies kinyilvánításától, mert ezzel mi nemcsak önnek, a mesternek, hanem magának a magyar orvostudománynak, in specie a magyar operativ gynaekologia történetének is tartozunk.

Nem személyi cultust üzünk mi ma, hanem történetet irunk. Lapidaris rövidséggel így véshetnők ma márványba e történet summáját:

*„Ezer Laparotomia 1878—1898."*

Ennek jelentését és jelentőségét meg fogja érteni és ki fogja fejteni az, a ki majdan egykor e történetet a tudomány és cultura szempontjából pragmatice irja meg. Az, igazságosan, kénytelen lesz fontolóra venni egyfelől az 1878 előtti időket és állapotokat, másfelől ennek az „1878—1898"-nak hatását a kartársakra és az utódokra. E történetirónak bőven lesz alkalma és oka rá, hogy reflexiókat fűzzön ez időszakhoz és embereihez, a mikor érdemük szerint el akarja őket helyezni. Nem félünk ettől: akkor és ott majdan, egész bizonyosan az a fényes hely jut a mi mesterünknek, Tauffer Vilmosnak, a mely őtet megilleti.

A ki maradandó érdemeinek történeti méltatásáról olyan bizonyos lehet, mint ön mesterünk, annak valóban könnyű mentnek lenni a hiúságtól, könnyű kerülni, sőt visszautasitani a kartársak tömjénező dicséreteit.

Nem is tömjénezünk mi önnek; nem is hivom ki visszatetszését további dicsőitő szavakkal. A mennyit elmondtam, az a legkevesebb volt, azt el nem hallgathattam, szólván olyanok nevében, a kik önben, mestert, nem csupán az embert, hanem a tudományt is ünnepelik.

Az ünneplés gyöngéd tekintettel a tudós ember büszke szerénységére, csendes, úgyszólván családias, de annál mélyebb és szeretetteljesebb. E szeretetteljes, családias ünnep hangulatához illik az emlékjel is, melyet mesterünk, önnek ezennel felajánlunk. Ime, egy album ez, a melyet a nagy és jó mester hű és hálás tanítványainak arczképei töltenek meg. Fogadja tőlünk ezt szivesen s lapozza végig néha e képeket azzal az érzéssel, hogy ebbe a gárdába az ön szelleme vetett termékenyitő fényt. E gárda minden egyes tagja felvett e fényből annyit, a mennyit az ő photographáló agyvelőfilmje absorbeálni képes volt, de annyit minden esetre, hogy tudja: a magyar gynaekologia nagy-mestere Tauffer Vilmos.

Ez a gárda egy szivvel-lélekkel kiáltja most és kivánja mindig, hogy a mi tanitónk, a mi mesterünk, a magyar operativ gynaekologia alapvetője: *Tauffer Vilmos éljen!* . . .

Utánna *Ajtai* tanár is üdvözölte néhány szóval tanártársát, a kinek pályaválasztására ő is befolyást gyakorolt annak idejében, a minek most egész szivéből örvendhet.

Tauffer válaszában kifejtette, hogy ő a humanismus és a tudomány kettős szolgálatában az eddigi keretben csak az elsőt szolgálhatta saját megelégedésére is, a másodiknak még ezentúl kell igazán megfelelnie.

A régi klinikából ezután az egész társaság kiment a botanikus kertben fekvő új szülészeti klinikára, a melyet Tauffer tnr. maga mutatott be minden részletében vendégeinek, a melyet annak idején megfogunk ismertetni mi is olvasóinkkal.

Este banketre gyülekeztek össze a Royal szállóban.

**A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. február 13-dikától 1898. február 19 dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 520 gyermek, elhalt 219 személy, a születések tehát 301 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob 3, hökhurut 2, kanyaró 1, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz —, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 11, agyvérömleny 9, rángások 4, szervi szivbaj 18, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 34, tüdőgümő és sorvadás 39, bélhurut és béllob 11, carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák 3, Bright-kór és veselob 6, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 17, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 9, erőszakos haláleset 13. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2429 beteg, szaporodás 684, csökkenés 643, maradt e hét végén ápolás alatt 2470. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. február 19-dikétől február 26-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 17 (meghalt 3), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 24 (meghalt —), vörhenyben 19 (meghalt 1), kanyaróban 53 (meghalt 2), roncsoló toroklobban és torokgyikban 34 (meghalt 1), trachomában 12, vérhasban 14 (meghalt —), hökhurutban 17 (meghalt 1), orbánczban 13 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1 (meghalt —).

— **Az I. sz. sebklinikai tanszék betöltése.** Ő Felsége folyó év február 16-dikáról keltezve, *Dollinger Gyula* dr. nyilvános rendkivüli czimmel és jelleggel felruházott budapesti tudomány-egyetemi magán- és helyettes tanárt ugyanezen egyetemen a sebészet nyilvános rendes tanárává a rendszeresitett illetményekkel kinevezte. Dollinger tanárt, mint annak idején emlitettük, egyhangúlag, meghivás útján ajánlotta a tanár-testület a közoktatásügyi ministernek kinevezés végett való felterjesztésre: így a betöltés a kar egyértelmű óhaja szerint történt. Meg vagyunk győződve, hogy e kinevezéssel a Kovács tanár halálával megüresedett tanszék teljesen méltó erővel lett betöltve, kinek tudományos és tanitói működése e fontos tanszék jó hirének emelésére tetemesen közre fog járulni.

— **Csákly János** dr. vésztői községi és tiszteletbeli járásorvosnak a király a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréséül az arany érdemkeresztet adományozta. A község diszgyülést tartott, melyen *Zöldy János* m. főorvos tűzte fel az ünnepelt mellére az ordót, mi mellett több küldöttség üdvözölte őt; délben banketet rendeztek tiszteletére.

— **Kinevezések**: *Duschnitz Emil* körorvost az igazságügyminister a lugosi fogházorvosi állásra nevezte ki és megbizta a lugosi kir. törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendők ellátásával. — *Filep Sándor* dr. csikszeredai járásorvost Csikmegye főispánja a csikszeredai megyei kórháznál üresedésbe jött kórházorvosi állásra nevezte ki.

— **Chyzer Kornél** dr. ministeri tanácsost és *Tóth Lajos* dr. közoktatásügyi ministeri osztálytanácsost a kereskedelemügyi minister a m. kir. központi statistikai hivatali szakvizsgálati bizottság tagjaivá nevezte ki.

— **A budapesti általános poliklinikán** január hóban 2061 beteg fordult meg és 10,207 rendelést kapott.

— **A szülészeti poliklinika** segélyét január hóban 166 esetben vették igénybe 129 nappal, 37 esetben éjjel; gyermekágyasok látogatásának száma 250; műtét 91 esetben történt.

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** (lakik: VII., Erzsébet-körút 58).

**Téli kúra** rheumatikus bajok, köszvény, ischias stb. ellen a Szt. Lukács-fürdőben **Budapest.**

A szállodák és fürdők egy épülettömböt képeznek. *Minden helyiség jól fütve 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.

# TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (VIII. rendes ülés 1898. február hó 26-dikán) 121. l. — Közkórházi orvostársulat (III. bemutató szakülés 1898. február 9-dikén) 123. l.

## Budapesti kir. orvosegyesület.

(VIII. rendes ülés 1898. évi február hó 26-dikán.)

Elnök: **Moravcsik Emil**; jegyző: **Dieballa Géza.**

*Elnök* az ülést megnyitva, mély részvéttel jelenti, hogy tudományos életünk kiváló alakja, *Schwimmer Ernő Lajos*, az egyesület volt üléselnöke f. hó 25-dikén elhunyt. Schwimmer tanár tudományos működése és egyesületi tevékenysége sokkal intensivebb és kihatóbb volt, sembogy elnöki bejelentés keretében leróhatná iránta a tisztelet adóját, ezért az igazgatóság gondoskodni fog érdekeinek beható méltatásáról. Egyelőre az egyesület részvétét fejezi ki Schwimmer elhunyta felett és az elnökség a temetésen való képviseltetésről gondoskodni fog.

### Blepharitis syphilitica.

**Csapodi István**: Ujra bemutatja azt a betegét, a kin egy alkalommal már demonstrálta a blepharitis syphilitica képét. Akkor kifejezte volt, hogy nem annyira az első jelentkezésből, mint inkább a lefolyásból lehetett e ritka folyamat diagnosisát megállapítani. A további lefolyás s a mai kórkép sokkal könnyebbé teszi a felismerést. Ugyanis a jobb alsó szemhéj belső felében gyógyult folyamat ismételt kiújulásokban járta végig a szemhéjat, melynek széléről kipusztultak a pillák s kigyószerű hegedéses sáv jelöli a roncsolás menetét. Most a szemhéj külső harmadában van meg a folyamat s varral lepett mély tölcsérszerű fekély képében mutatkozik.

### Dermoid-cysta gyógyult esete.

**Szabó Sándor**: A 26 éves, férjezett, háromszor rendesen szült nő e hó elején kereste fel a Rókus-kórház nőgyógyászati osztályát. Előadja, hogy körülbelül két év óta vesz észre hasában növekedő daganatot. Nehézségei tőle sohasem voltak.

A teriméjében erősen megnagyobbodott has vizsgálatánál egy dudorzatos, szabálytalan tumor tapintható. A tumor felső széle három ujjnyira a pr. xyphoideus alá, jobbról s balról a medencze faláig terjed. Legnagyobb tumorrészlet a köldökvonaltól valamivel balra tapintható. A tumor helyenként elastikus, helyenként pedig tömött, felső negyedében határozottan kemény consistentiát mutat. Vaginalis vizsgálatnál a rendes nagyságú, retroflectált, de mobilis méh tapintható ki. Baloldali parametrium szabad, az adnexák kitapinthatók. Jobboldali parametrium is szabad, ezen oldalon egy a méhből a daganat felé haladó vastag, széles kocsány tapintható. Vizsgálat per rectum új adatot nem szolgáltat.

Folyó hó 12-dikén laparotomizáltam meg a beteget. A hasfalak s peritoneum megnyitása után előtünt a szabálytalan alakú, nagy emberfejnyi tumor, melynek megpungálásánál kásás, zsíros tömeg és szőrök ürültek ki, részben a hasüregbe.

Az ilyképen megkisebbedett tumort a hasüregből kiemeltem s a nagy területen szívósan odatapadt omentumot részben leválasztva, részben pedig resecálva, a méh jobb sarkából kiinduló kocsányt lekötöttem s a tumort eltávolítottam. Baloldali adnexák teljesen épek voltak. Hastoilette után a hasfalat — mint rendesen szoktam — két rétegben: mélyebb s felületesebb silkworm csomós varratokkal zártam el. Utána nyomó-kötés.

A reconvalescentia teljesen normalis. A beteg egy délutáni hőemelkedés kivételével (4-dik napon) állandóan láztalan volt. A varratokat folyó hó 21-dikén, tehát tizednapra távolítottam el. A seb gyógyult, reactio nincsen. A beteg az utóbbi napokban sokat köhög.

A tumor, mely egy multilocularis cystomával combinált dermoid, typikusan mutatja utóbbi képét. A több helyütt a falból kinövő szőrcsomók, melyek egyszínűek, barnák, a helyenként durványosan, másutt ismét teljesen jól kifejlett fogak (molárisok), a kemény részben csontok érezhetők a kutaszszal s végre a többrekeszű cystoma elroncsolt rekeszeinek jellegzetes maradványai: a bemélyedések és léczezetek észlelhetők rajta.

Végül köszönetet mondok Elischer tanár úr volt tisztelt főnökömnek az eset átengedéséért.

### Dermoid-cysta esetei vaginalis úton eltávolítva.

**Elischer Gyula**: A hasmetszés útján gyógyult, épen bemutatott eset kapcsán két esetről referál, melyeknél az újképletet a vaginán át távolította el.

Az egyik 1897. márczius 28-dikán került észlelés alá, mint egy többször szült, 39 éves nő, ki a VII—VIII. hónapban terhes. A Douglas-űrben rögzített elég solid, a bal ovariumnak megfelelő, felső polusán fluctuáló, kis emberfejnyi daganat. Április elsején a hátsó laquear tág megnyitása és a vérző edények gondos leöltése után, a cystát megközelíteni, termékét kiüríteni s kiirtani lehetett.

Jodoform-gaze drainage. Április 9-dikétől fogva a beteg állítólag méhcontractiókat érez egész április 20-dikáig. A vizsgálatnál a hüvelyseb zárva, a magzat I. kfekvésben, erélyes szívhangok, de objectiv semmi tünetet nem találhatni. Május 5-dikén este (mintegy 10 nappal a rendes idő előtt) normalis szülés; gyermek 45 cm. hosszú, igen sovány, de eléggé kifejlett. Placenta önként távolodik. A gyermekágy baloldali bronchitis által zavart. Junius 15-dikén gyógyultan, a mesterséges táplálkozásnál kielégítően fejlődött gyermekével hagyta el osztályomat.

Az eltávolított cysta a bemutatotthoz hasonló: a bal ovarium dermoidja, hajjal, fogakkal és csontrészletekkel ellátott.

A második eset egy 20 éves multiparára vonatkozik, kinél a daganat mint *„petefészekgyuladás"* már három év előtt lett kórismézve. Férfiökölnyi, a méhtől teljesen elkülöníthető, félig solid tapintatú daganat, mely korlátolt mozgathatósága és felső kúpján tapintható álhártyák miatt a kórismét tubaris tömlő, vagy baloldali ovarialis tömlőre hagyja tenni. A daganatot hasonlóan a hüvelyen át kisérlettem eltávolítani. A laquear megnyitása után a cysta felismerhető, levonása nem könnyű, mert előbb az adhaesiókból ki kellett fejteni, a mi a bennék részletes lebocsátása után sikerül is. A csonk biztosítása és a hüvelyseb szűkítése után jodoform-gaze drainage.

Lefolyás lehető legkedvezőbb. Műtét utáni 18-dik napon rendes, kissé profus menstruatio. A daganat jó férfiökölnyi, benne látható a teljesen kifejlett baloldali állkapcsi részben két molaris fog; felette pedig lapos koponya- és nyakszirtcsont részletek, alatta egy szilva mekkoraságú, hajzattal fedett búb, mely alatt — az esetek analogiája folytán — alkalmasint idegsejtállomány.

Az operatiót illetőleg bebizonyult, hogy a vaginalis úton megejtendő coeliotomiára nézve a lapos adhaesiók, feltéve, hogy elérhetők, contraindicatiót nem képeznek.

### Gyermekfejnyi jobboldali petefészek-daganat laparotomia útján eltávolítva.

**Elischer Gyula**: Az előbbi esetekhez hasonló leletet nyujtott egy a jobb petefészeknek megfelő újképlet, melyet bemutató folyó hó 25-dikén távolított el *laparotomia* útján. A daganat részletes tömör volta, a számos adhaesio, korlátolt mozgathatóság, de mindenek felett nagysága a vaginalis methodust ellenjavalta. Az újképlet egy centralis nagyobb és a megvastagodott környi részekben számtalan kisebb cystát tartalmaz, melyek belfelületén kisebb-nagyobb proliferáló részletek láthatók. A fentemlített lelet, s a kérges részekben levő háromszögletes, tömörebb összeállású, fénylő csíkok, valamint a külsőleg észlelhető edénybőség rosszindulatú képletre következtethetnek. A mikroskopikus vizsgálat az idő rövidsége miatt ez idő szerint még hiányzik.

### Méhfibromyoma terhességgel párosult esete. Amputatio uteri supravaginalis.

**Elischer Gyula**: A bemutatott készítmény 30 éves nőtől származik, ki egyszer szült és egyszer elvetélt. Havibaja sohasem volt rendes. Jelenleg három hó óta kisebb-nagyobb mérvben folyton vérzik.

A vizsgálatnál a köldökig terjedő, két részből álló, jó férfiökölnyi, gömbölyded daganatot tapinthatni az alhasban. Jobboldali sarka puhább, itt-ott keményebb részletekkel, a baloldali része tésztás, elastikus.

A portio vaginalis rövid, tömör és átmegy a ballonszerű daganatba; a méhűr hossza 18—19 cm. Petefészek nem tapintható. A szeméremrés nyálkahártyái halványpirosak, el nem színesedtek, nem belöveltek. *Diagnosis*: *fibromyoma uteri interstitiale cysticum.*

A február 22-dikén megejtett hasmetszésnél mindjárt feltünt a méh succulens volta és szederjes színe. A méh jobboldali részében mintha *magzatot* tapinthatnánk. Supravaginalis amputatiója a méhnek a ligament. lata véredényeinek balról jobbra történő fokozatos lefűzésével. A méh-állományban a cervix csatornája mellett két vérző üterecske. Paquelin után ezek lefűzése. A csonk bevonása nagy peritonealis lebenynyel. Hasűr typikus elzárása.

Lefolyás (műtét utáni hatodik napon) a legkedvezőbbek egyike.

A kórboncztani készítmény mind az előzetes, mind az operatio alatt megállapított diagnosist igazolja, a mennyiben baloldalt cystikusnak látszó, de tényleg csak nagy fokban oedematosus fibroma van a méh állományában; míg a jobboldali részlet a harmadik hónap elején lévő elhalt magzatot érintetlenül tartalmazza,

Hogy a terhességet előbb meg nem állapíthattuk, kimagyarázható az idevaló tünetek hiányából. A különben anaemikus nőnél sem a portio succulens volta, sem a külső szemérem- és hüvely-rész elszinesedése nem volt jelen; a havi vérzés semmi támpontot nem nyujtott, a méhkutaszolásnál pedig a pete érintetlen maradt.

A készítményen érdekes a placenta elhelyezése, mely már jelenleg is a *placenta praevia* képét nyujtja és a folyton tartott vérzéseket magyarázza.

Ez esetben beértük a méh (és adnexák) supravaginalis amputatiójával, mely jobb gyógyulási sikereket igér a méh teljes eltávolításánál.

Ezen kóreset ellentmond az eddig elfogadott feltevésnek, miszerint interstitialis fibromyoma a fogamzást kizárná, sőt inkább *Hoffmeier*nek állítása mellett bizonyít, ki ezen dagokban a fertilitásra nézve előnyt lát, mivel ez az illető nőnek már harmadik terhessége volt. A kórlefolyás itt is igen kedvező s normalis.

### Dystrophia musculorum progressiva juvenilis.

**Kétly László**: Az izomatrophiákat, mint tudjuk, azelőtt egy nagy csoportba foglalták össze és a most már általánosan elfogadott osztályozásukat két nagy csoportra először Erb vitte keresztül és ezt a többi szerzők is elfogadták. E két nagy csoport egyrészt a spinalis alak (atrophia muscul. progressiva seu amyotrophia progressiva), másrészt a primaer myopathikus alak (dystrophia musculorum progressiva Erb seu atrophia musculorum progressiva myopathica). Még egy harmadik csoportját is megkülönböztették az izomatrophiának, még pedig az atrophia musculorum progressiva neuralis-t, először Charcot és Marie által, később pontosan mint önálló alak Hoffmann által leirva; ezen alak főkép abban hasonlít a dystrophiás alakhoz, hogy ennél is, mint amannál, az öröklékenység nagy szerepet játszik, különben már az idegbetegségekhez sorolandó inkább, mint az izom megbetegedésekhez.

Ez osztályozásnak teljesen szigorú alapja ma sincs, mert átmeneti alakok mindig fordulnak elő. Nézzük most a dystrophia musculorum progressiva Erb név alatt leirt csoportot. Az elnevezést illetőleg, a dystrophia elnevezést kell a leghelyesebbnek mondani, mert ez nem mondja azt, hogy atrophiával, sem azt, hogy hypertrophiával van-e dolgunk, s igy a kóralakot tekintve, ez nagyon helyes. Az e név alatt ismert izomatrophiákat még ismét több alcsoportra osztották, a mi érthető abból, hogy ez a megbetegedés csakugyan nem mutat állandóan egy és ugyanolyan klinikai képet, hanem nagy változatosságot, de e változatok mégis nagyon összetartoznak alapjukban véve és igy a túlságos sokféle alcsoport felállítása a kóralak felfogásában és tárgyalásában túlságosan szétforgácsolná a közös tüneteket és észleleteket. Igy pl. annyiféle alcsoportot, mint Déjerine és Landouzy állítottak fel, mellőzhetünk és elegendőnek tartjuk a következő három alcsoport felállítását: 1. pseudohypertropia musculorum, 2. atrophia musculorum progressiva juvenilis Erb, 3. atrophia musculorum progressiva infantilis. Az itt bemutatott esetnél az atrophia musculorum progressiva juvenilissel állunk szemben. Bemutató ezután részletesen tárgyalja az izomatrophiák pathogenesisét és oda concludál, hogy a fent említett csoportok szigorú elkülönítésére biztos alapunk nincs.

A jelen esetben az anamnesis nem mutat semmit arra nézve, hogy öröklékenység forogna fenn. Szülei egészségesek. Hat testvére közül egy három éves korában diphtheritisben halt el, egy nővére 16 éves korában felakasztotta magát. Többi testvére hasonló bajban nem szenved. Azért mégis fel kell vennünk, hogy öröklési bajról van szó, sőt valószinűnek kell tartanunk azt is, hogy az anya családjából ered a bántalom, mert rendesen az ily családokban a leányok viszik át a betegséget utódaikra. A beteg igen gyengén fejlett csecsemő volt s mint gyermek is gyenge testalkotású, vézna maradt. Sokat betegeskedett. Járni csak két éves korában kezdett, nehezen tanult meg járni s lépései mindig bizonytalanok voltak, testének egyensúlyát nehezen tudta megtartani. Gyakran fájt a feje s ilyenkor sokat hányt. Tiz éves kora óta járása még sokkal bizonytalanabb lett, hamar elfárad, dereka megfájdul, lábai hosszabb járás után megrogynak, s ilyenkor le kell ülnie. A beteg értelmisége, daczára, hogy iskolába jár, nagyon alacsony fokon áll. Nagy gyengesége miatt jött folyó év februárban a II. belklinika rendelésére. A 15 éves férfibeteg igen gyengén fejlődött, rosszul táplált, sovány. Csontrendszere annyiban mutat eltérést, hogy gerinczoszlopa a vertebra prominenstől kezdve, körülbelül az első ágyéki csigolyáig, kis ivben jobb oldal felé elhajlott (kyphosis); az ágyéki részen pedig a lordosis fogalmának megfelelően előre mellfelé görbült. Mindkét scapula repülő szárnyhoz hasonlít, a jobboldali mintegy harántujjnyival lejebb áll, mint a bal. A sternum teste besüppedt. E tünetek e kóralakoknak mind jellemző részét képezik. Izomrendszere nagy részt, az alább felemlítendő kivételekkel, satnya, térfogata megfogyott, petyhüdt. A nyak izmai általában véve, különösen a sternocleidomastoideus gyengén fejlettek, de viszonyítva a beteg többi izmaihoz, nem mutatnak oly nagy fokú atrophiát, s ez igen jellemző tünete a juvenilis alaknak. A váll izmai közül a musculus pectoralis major igen gyengén fejlett, de különösen a sternocostalis része alig kivehető, míg a pars clavicularis sokkal inkább kifejlődött; ez is ezen alakra jellemző. A musculus deltoideus aránylag elég jól kifejlődött, conturjai jól kivehetők, ez is jellemző tünet. A biceps, hasonlóan a triceps, igen gyengék, a felkar vékony, kerülete jobboldalt 19 cm., baloldalt 20 cm. Az alkar úgy hajlító és feszitő izmai, mint a tenar, hypotenar izmai is gyengén fejlettek, de nem atrophiásak. A hát izmai általában mind sorvadtak, igy a cucullaris, a serratus antikus major, latissimus dorsi és különösen az erector trunci. A medenczeöv külső izmai, a gluteusok szintén sorvadtak. A czomb feszitő izmai, hasonlóan a hajlító oldaliak gyengék, különösen a musculi quadricipes femoris atrophizáltak s ennek tulajdoníthatjuk azon körülményt, hogy a patellaris reflex alig váltható ki.

Ellentétben az eddig említett izmokkal, mindkét alszár izmai, különösen a feszitők, a mm. gemelli surae, a soleus athletaszerűen kifejlődtek, tapintatuk azonban nem, mint várható volna, tömött, hanem inkább lágy tapintatúak. Kerülete 36 cm., egyenlő a czomb legnagyobb kerületével. A beteg izomereje gyengült. Járása a tömött lúdéhoz feltünően hasonló, lábujjhegyeit befelé tartja. Az izomzat villamos vizsgálata az izmok működésében qualitativ eltérést nem mutat, elfajulási reactio nincs jelen, csupán az izmok atrophiájának megfelelő quantitativ eltérés található. A mellkas rosszul fejlődött, lapos, keskeny, szük, kerület 68 cm. A bordaközök szélesek, kulcscsont f. és a. árkok besüppedtek. Az emlők feltünően nagyok, kis almányiak, tömött, helyenként mirigyes tapintatúak. Ez érdekes ezen esetben, mert emlőhypertrophiát bemutató az irodalomban ezen alaknál leirva nem talált. Ezekből láthatjuk, hogy elég typusos alakjával állunk szemben a juvenilis dystrophiás izomatrophiának. Az infantilis alak könnyen kizárható, mert mint tudjuk, itt első sorban az arczizmok sorvadnak, mig ez esetben ezek intactok. A spinalis izomatrophia is egészen kizárható, mert elfajulási reactio és fibrillaris izomrángások nincsenek jelen; továbbá a spinalis alaknál első sorban az interosseik és a kis- és hüvelyujj izmai sorvadnak.

### Psoriasis vaccinata.

**Nékám Lajos**: A psoriasis aetiologiája tudvalevőleg igen homályos és Willan és Bateman óta alig haladt előre a sok idevágó munka daczára. A legrégibb szerzők, igy Mercurialis, Sennertus, parasitaernek tartották. Lang, Eklund, di Mattei, Beissel gombákat irtak le „lepocolla repens" név alatt, a melyet azóta teljesen elejtettek. Lassar pikkelyeket állatok bőrére dörzsölve, papulosus kiütést volt képes előidézni. Köbner psoriasisos bőrdarabkákat az illető beteg ép részeire, Destot pedig önmagára ojtva, képesek voltak psoriasist előidézni. Mások a kétségtelenül észlelhető hereditarismust emelik ki. Poór és Yandell a malariának tulajdonitottak fontosságot. Némelyek lobnak, mások congenitális gyengeségnek gondolják, igy Polotebnoff és Tenneson, kik a gyakran észlelhető ideges, izületi, csonttünetekre hivják fel a figyelmet. Unna arra a kétségtelen rokonságra utal, mely az ú. n. seborrhoikus eczema irányában mutatkozik, melyet Brocq is elismer; Unna szerint az a mit psoriasisnak neveznek, csak egy kiélesedett typusa a sokféle megjelenési alaknak. Állitólag szarvasmarhánál is előfordul, Tenholt irja, hogy négy emberre látta átragadni egy beteg borjú psoriasisát.

A parasitaer aetiologiát látszik bizonyitani a bemutatott eset is, mely huszárt illet, ki Schöfer János törzsorvos úr szivességéből került bemutatásra. Ez az ember f. évi január hó 10-én, tehát körülbelül hét hét előtt revaccináltatott. Január 17-dikén az ojtó ezredorvos ellenőrző vizsgálat alá vette és a jól megfogamzott és pörkkel borított pustulákat konstatálta. A beteg állitása szerint egy újabb hét mulva, tehát 24-dikén a pustulák szomszédságában gyors egymásutánban vörös göbök kezdtek nőni, melyek két hét alatt, tehát február 7-dike körül már egész testét ellepték, roppant vastag pikkelyekkel voltak elborítva, úgy hogy a beteg már akkor a psoriasis rocheux kórképét nyujtotta.

Minthogy a beteg határozottan állitja, hogy se könyökén, se térdén, se másutt ilyenféle elváltozásai nem voltak, e körtörténet azt látszik bizonyitani, hogy a revaccinatio alkalmával vitetett be a psoriasis kóroka a szervezetbe. Amde Köbnernek, Simonnak, Neumannak, Wutzdorfnak stb. észleletei azt bizonyitják, hogy olyanoknál, kik évekig indolens plaqueokat viselnek, a legkisebb trauma is előidézhet úgy localis új plaqueokat, mint általános eruptiót s igy a jelen esetben is valószinű, hogy a revaccinatio nem inficiálta psoriasis virussal a beteget, de alkalmi okul szolgált a már meglevő és lappangó betegségnek egy általános eruptióra.

### Balanoposthitis figurata.

**Nékám Lajos**: Egy beteget mutat be, ki 4—5 nappal egy coitus után jól körülirt kerek vagy ovalis polycyclikus szélekkel határolt felületes erosiókat kapott a glanson és a praeputium belső felületén. Igen bő a geny elválasztás, az erosiók confluálnak, terjednek, de soha az urethrát meg nem támadják. A genyben roppant tömeg coccust, rövid bacillust és hosszú, néha hajlott, spirillumszerű fonalakat lehet találni.

A közönséges, diffus balanoposthitisek közül először Hutchinson választott ki egyet, mely a legjobban felel meg ennek a kóralaknak. Később két franczia szerző, Berdal és Bataille balanoposthitis erosive-circinnée név alatt egy ehhez egészen hasonló folyamatot említenek. Mauriac balanoposthitis furunculo-acneiforme jelzéssel egy a sulc. coronarius faggyúmirigyeiből kiinduló folyamatot ir le, mig Ducastel balanoposthitis pustulo-ulcereuse megjelöléssel egy nem inoculabilis, diphtheroid betegségről beszél. Mindezen alakok még túlságosan kevéssé ismertek s méltatásukhoz még pontosabb vizsgálatok szükségesek.

### Hypospadiasis esete blenorrhoeával complikálva.

**Nékám Lajos**: Fiatal joghallgató, kinek a meatus helyén csak sekély gödre van, ez alatt a frenulum helyén 1/2 cm. hosszú vak csatornája s a meatustól 20 mm.-re kezdődik a mictio czéljára szolgáló sekély, redő nélküli rhombalakú nyilás. Az eset tehát hypospadiasis penialis két álnyilással. A nyilások által felfedett nyákhártyán számos Morgagni-féle lacuna látható, melyek a jelen esetben mind blenorrhoikusan inficiáltak, sötét-vörösek, nyomásra gonococcust tartalmazó genyt ürítenek s igy a lacunaris gonorrhea puszta szemmel való tanulmányozására nyujtanak alkalmat.

### Sarcoma heges-lupusos alapon.

**Tauffer Emil**: Az eset első az irodalomban s vonatkozik egy 27 éves férfiegyénre, kinek ascendentiájában tüdővész található, ő maga pedig gyermekkora óta szenved lupusban, mely az arczán keletkezvén, elterjedt a test egyéb részeire is és kisebb-nagyobb kóros területeket képez az arczon, törzsön és végtagokon. 1893-ban Navratilnál a bal szájzúg tájáról mogyorónyi daganatot távolitottak el, mely kifekélyesedett lupusos alapon fejlődött. 1895-ben két izben távolitottak el ugyanazon helyről recidivákat s mindennek daczára 1896-ban beteg ismét kénytelen volt műtétre jelentkezni, ez alkalommal Lang tanár osztályát keresvén fel Bécsben. A műtétet Lang 1896. januárjában hajtotta végre s az arczon keletkezett folytonossághiányt a czombról vett kocsánynélküli lebenynyel fedte (Krause szerint). Az eltávolitott daganat Weichselbaum tanár intézetében vizsgáltatván meg, kezdődő epitheliomának kórisméztetett. 1896. április havában beteg bemutatta magát az osztályon; a

műtét eredménye igen jó volt s beteg virulóan nézett ki. 1897. márczius havában azonban újbóli műtét vált szükségessé, miután az utolsó műtéti terület közelében, lupusos-heges elváltozást mutató területen, 2 cm.-nyire a balfül előtt diónyi tumor keletkezett, mely az eddigi klinikai tapasztalatok alapján ismét lupuscarcinomának diagnostizáltatott. Vele együtt két kifekélyesedett lupusos plaque is excindáltatott s egy kis, mogyorónyi intumescált mirigyet is fejtettek ki az állalatti tájról. Az arczon támadt folytonossághiányt Thiersch szerint fedték be. A gyógyulás nem folyt le zavartalanul, mert otitis media és tüdőcsúcshurut tünetei jelentkeztek s beteg április 19-én saját kívánságára elbocsáttatott.

Az eltávolított részek vizsgálatát előadó végezte. Sajnálatát fejezvén ki a felett, hogy az első vizsgálatból, melyet Weichselbaumnál végeztek, összehasonlítható készítmények nem maradtak, a lupuscarcinomák és lupusos hegcarcinomák közti viszony tárgyalásába bocsátkozik, kiemelvén, hogy a lupusos hegen támadt carcinomák nem választhatók el jellegük tekintetében teljesen egymástól, miután a hegek nagyrésze még sokáig megtartja tuberculosus alapjellegét, melynek folytán az ily hegeken támadó álképletek legnagyobbrészt nem hegeken, hanem tuberculosus alapon fejlődő álképletekkel sorolandók egy kategóriába. Ép ezért az előadás tárgyát képező daganatot is kénytelen a histologiai vizsgálat alapján a tuberculosus alapon fejlődő tumorok közé sorolni s áttér az esetnek histologiai ismertetésére, melyet górcsői készítményekkel illustrál. A tumor metszlapja már szabad szemmel is rostos, kötőszövetes szerkezetet mutatott s góreső alatt orsósejtes sarcomának bizonyul, mely óriás sejtekben s magoszlási alakokban igen gazdag; találhatók benne inclusiók és rugalmas rostoknak szétforgácsolt maradványai. A tumort hám nem fedi s kiindulási helye nyilvánvalóan a cutis kötőszövete. Figyelmet érdemel a rugalmas rostok viselkedése is a tumor közelében s az átültetett bőrlebenyben. Egyik oldalán majdnem teljesen hiányzanak, míg az utóbbi helyen elég jól megtartvák, de helyenkint „kollastin“ rögökké alakultak át. A kötőszövet kötegei közt ép úgy, mint a tumor közvetlen szomszédságában infiltratiós, chronikus lobos góczok vannak jelen, melyeknek plasmasejtjei közt elég számos magoszlási alak található. E góczok chronikus irritativ folyamat kifejezői s szóló tuberculosus természetűeknek tartja, noha tuberculosus óriássejteket bennök nem talált, de a test egyéb részein fenforgó tuberculosus lobos állapot, a lupus indokolttá teszi ezen góczokra nézve is hasonló eredet felvételét, miután topographikus elhelyeződésük kizárja, hogy a tumor által netán okozott reactiv lob következményeinek tekintessenek. A mondottakból folyólag a sarcomának tuberculosus alapon való fejlődése ép oly biztosan felvehető, mint a hogy a „sarcoma“ diagnosis iránt sem foroghat fenn kétség.

Aetiologiai momentumok kutatásába bocsátkozva a „recidiva“ fogalom megszorítását kívánja, miután nem fogadhatók el oly állitások, hogy carcinomák „recidivái“ sarcomák lehessenek. Ily esetekben tumor képződési dispositio kell, hogy jelen legyen s a sarcoma nem recidivának, hanem új daganatnak tekintendő.

A lupuscarcinomák aetiologiai magyarázataira is visszapillantván, Ribbert elméletéhez csatlakozik az előadó s a kötőszövet activ proliferatiójában találja a kiindulást a hám kóros burjanzására, melyhez, mint második aetiologiai momentum, a szövetek idült izgalmi állapota járul. Ez utóbbi momentum fontosságára már Langenbeck utalt s jelentékeny szerepet játszik nemcsak a lupusos hegek'n fejlődött carcinomáknál, hanem jelen esetben is. Kiterjeszkedik továbbá a lupuscarcinomák rosszindulatúságának fejtegetésére, melynek okát a két kórhatány, a tuberculosus és rákos cachexia összeesésében kell keresni s nem a lupuscarcinomának specialis jellegében. Ismételten visszatér ezután a hegek természetének fejtegetésére, melynek kapcsán a lupusnak két alakjára utal, a melyekből a diffus lupus vagy ú. n. infiltratiós lupus a noduláris lupussal szemben szokott olyan természetű hegesedést főleg az arczon előidézni, a milyen jelen esetben is található s a mely, az arczból kimetszett lupusos góczok vizsgálata alapján, jelen esetben is infiltratiós lupus kapcsán fejlődött. Ezen hegesedési folyamat szokott legtöbbször fibromatosus alakba átmenni, a melyből sarcoma fejlődése ép úgy volna magyarázandó, mint a fibromáknál elég gyakran tapasztalt sarcomás elfajulás; meglehet azonban, hogy tuberculosus granulomákból más esetben direct sarcomafejlődést is fognak észlelni; az átmenetet ugyanis ezen lehetőséghez máris képviseli az ú. n. mycosis fungoides, melyet ma a granulomákhoz sorolnak, miután tuberculosistól histologiai alapon gyakran meg sem különböztethető, ép úgy mint gömbsejtes sarcomák némely alakjától sem, de azért klinikai lefolyásában mindkettőtől lényegesen különbözik.

Az ellentmondó diagnosisoknak, egyszer carcinoma, másszor sarcomának történt megállapítása, ugyanazon egyénnél, a vegyes daganatok kérdését is belevonja előadó fejtegetéseibe; ily vegyes daganatok néha vezethetnek arra is, hogy carcinoma recidivájaként sarcoma említtetik vagy fordítva, csakhogy ily tévedés jelen esetben ki van zárva s más hasonló esetben is a magyarázat nem az, hogy carcinoma „recidivált“ mint sarcoma, hanem, hogy a sarcoma új daganat, mely histogenetice az előbbeni rákkal összefüggésben nincs.

Az aetiologiai momentumok közül a traumának szóló csak igen kis tért enged, miután esetében a daganat az operativ beavatkozás területén kivül fejlődött, hanem sokkal nagyobb fontosságot tulajdonít e tekintetben a szövetek vegyi elváltozásának, mely tapasztalatai alapján festési eljárásokkal is kimutatható, a mennyiben a kórosan elváltozott szövetrészek savanyubb vegyhatásúakká válnak a normalis kötőszövetnél, a mi abban nyilvánul, hogy basikus színek iránt fogékonyabbak amannál s gyengén vagy erősebben savanyú és basikus festékvegyületekből a gyengébben savanyú, illetve a basikus componensekkel festődnek s azt jobban meg is tartják színtelenítő folyadékokkal szemben, mint a normalis kötőszövet. Lehetségesnek tartja, hogy a tuberculosis által a vérben előidézett alkalescentiacsökkenés előzmozditólag hat tuberculosus egyéneknél más természetű daganatok fejlődésére is, de a megfigyelések ez irányban még nem nyújtanak elég alapot arra, hogy daganatok fejlődésének okát csakis ezen úton megfejthessük.

## Közkórházi orvostársulat.

(III. bemutató szakülés 1898. február 9-dikén.)

Elnök: **Rákosi Béla**; jegyző: **Terray Pál.**

### Diabetes insipidus esete.

**Ángyán Béla**: Előadó egy 37 éves özvegy napszámosnőt mutat be, a ki január 4-dikén azon panaszszal jött be a kórházba, hogy ő már 3 hónap óta beteg. Betegsége a májtájon szúró fájdalmakkal kezdődött, melyek a gyomor és háttájra kisugárzottak, étvágyát elvesztette és havibaja kimaradt. Két hónap előtt hasa kezdett dagadni, étvágya visszatért, jó étvágygyal és sokat eszik, erősen szomjazik, gyakran és sokat vizel s napról napra soványodik s gyengül. Közelebbi vizsgálatnál a beteg nagy fokban lesoványodott, barnás, halvány bőrű, a látható nyákhártyák halványak, nyelv tiszta, nedves, szájíz savanyú, szájában és torkában szárazságot érez, szomj erősen fokozódott, nyelés szabad, étvágy az utóbbi 4—5 napig jó volt, azóta csökkent, szék rendes. Nyak vékony, a jobb supraclaviculáris árokban a sterno-cleido-mast. kulcscsonti tapadása mellett borsónagyságú, fájdalmas nyirkmirigy tapintható. Tüdők felett teljes éles a kopogtatás, alsó határai mindkét oldalt a rekesz magas állása következtében jelentékenyen magasabban végződnek, tüdők felett kissé érdes légzés.

Szívtompulat hosszirányban 2—4. borda közt, haránt irányban a szegycsont bal széle és a szívcsúcslökés közt a rendes terjedelemben kopogtatható. Szívcsúcs a harmadik bordaközben a bimbóvonalban tapintható, szív- és nagyedény-hangok tiszták, kellően ékeltek, has egyenletesen és nagy fokban tágult, kerülete a köldök magasságában 100 centimeter.

Ascites, melynek niveauja a köldök alatt egy ujjnyira fekszik. Az epigastrium és a jobb hypochondrium alatt tapintó lökésnél kemény, ellentálló test tapintható, mely a bordaivet 4—5 ujjnyira haladja túl, a has nagyfokú feszülése miatt közelebbről nem tapintható. Beteg a hasban állandóan feszülő fájdalmakat érez, az epigastrium és hypochondrium táján időnkint szúró fájdalmakat.

Pulsus kicsi, perczenként 76, testhő 36° C. Vizelet színe világos, szalmasárga, vegyhatása savi, fajsúlya 1002—1004, idegen alkatrészeket nem tartalmaz. A vizelet napi mennyisége január 6—21-dikéig 3600 $cm^3$-től 6200 $cm^3$-re emelkedett, a bevett folyadékmennyiség január 12-dikéig mintegy 500 $cm^3$-rel több volt, mint a vizelet mennyisége, január 12-dikétől azonban, daczára annak, hogy a vizelet mennyisége folytonosan szaporodott, az elfogyasztott folyadékmennyiség 500—1700 $cm^3$-rel volt kevesebb.

Daczára annak, hogy a vizeletmennyiség folytonosan emelkedett, az ascites is mindinkább nagyobb lett és ennek következtében a nehéz légzés, hasfeszülés oly fokot értek el, hogy január 22-dikén hascsapolás vált szükségessé. Ekkor 9600 $cm^3$ világos, zöldes sárga, 1015 fajsúlyú, sok fehérjét tartalmazó, tiszta savós folyadék üríttetett ki, melynek igen csekély üledékében kevés fehér és 1—2 vörös vérsejt találtatott.

Csapolás után a máj viszonyai pontosan voltak észlelhetők; a májtompulat felső határa a parasternalis és emlővonalban a negyedik, hónaljvonalban az ötödik bordánál kezdődik, alsó határa leér a csíptarajig és a köldök felett 1—2 ujjnyira. A máj felülete egyenetlen, dúdoros, úgyszintén szélei is, melyek megvastagodottak.

Maga a máj porczkemény ellentállású, nyomásra érzékeny, léptompulat a hetedik bordától a bordaivig kopogtatható ki, maga a lép nem tapintható.

Január 24-dike óta profus hasmenések mutatkoznak és ezek miatt a vizelet mennyisége meg nem határozható, mindazonáltal a felfogható vizelet fajsúlya 1002—1004 közt ingadozik.

Az ascites igen gyorsan növekszik, úgy hogy február 4-dikén újabb hascsapolás vált szükségessé, mely alkalommal 9000 $cm^3$ az elsővel megegyező folyadék üríttetett ki.

Másnap, február 5-dikén 38° C láz mellett perihepatitikus tünetek (nagy fájdalom, dörzszörej) léptek fel, melyek három nap alatt visszafejlődtek.

Előadó ezután a diagnosist carcinoma hepatisra állítja fel; az ascitest azon nyomásból származtatja, melyet a megnagyobbodott s esetleg rákosan elfajult periportalis nyirkmirigyek a vena portae törzsére gyakorolnak.

A diabetes insipidus tüneteire vonatkozólag, miután röviden felsorolja azon oki tényezőket, melyek e betegség keletkezésére kedvezően befolynak, azon következtetésre jut, hogy a diabetes insipidus tünetei a bemutatott esetben a plexus coeliacus bántalmazottságában keresendők s vagy magának a plexus coeliacusnak a rákos folyamatba való bevonása által, vagy pedig a rákosan elfajult szomszédos szervek nyomása következtében hozattak létre. Hasonló alapon fejlődő diabetes insipidus csak néhány esetben van az irodalomban feljegyezve. Jelentősége a fennálló rákos processus mellett alárendelt, de mint ritkán előforduló másodlagos tünet a feljegyzésre érdemes.

*Terray Pál:* Kérdi, mikép magyarázza előadó azon feltünő adatot, hogy a január 22-dikétől kezdődő időben a vizelet mennyisége jóval

*Negyvenkettedik évfolyam.* 11. szám. *Budapest, 1898. márczius 13.*

# ORVOSI HETILAP.

KIR. MAGYAR T. E. EGYETEMI KÖNYVTÁR KLINIKUM

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Korányi Sándor**: Közlemény a Korányi Frigyes ny. r. tnr vezetése alatt álló I. belgyógyászati klinikáról. A vese-insufficientia diagnostikai értékéről, klinikai tapasztalatok kapcsán. 126. l.

**Hőgyes Endre** tnr.: Észrevételek a lyssa néhány kérdéséhez a pozsonyi eset kapcsán. 127. l.

**Kovács József** és **Móricz Ernő** dr.-ok: Közlemény a Korányi Frigyes tnr. vezetése alatt álló I. belgyógyászati kóroda laboratoriumából. A vizelet alkata infectiosus lázas bántalmaknál. 130. l.

**Tárcza.** Az első magyar lelenczház.

**Irodalom-szemle.** *Könyvismertetés. Bókay, Kétli, Korányi*: A belgyógyászat kézikönyve. 132. l. — *Lapszemle. Alexander*: A Highmor-üreg nyálkás tömlőjének esete. — *B. Fränkel*: Gégerák intralaryngealis kezelése. 132. l. — *Scheier*: Röntgen-sugarak alkalmazása. 133. l.

**Hetiszemle és vegyesek.** *Stricker* tanár jubileuma. — A madridi hygienei congressus. — A főváros egészsége. — Kórházi kimutatások. — Egyetemi alkalmazások. Kinevezések. — A szülészeti poliklinika forgalma. — A budapesti általános poliklinika forgalma. — *Körmendy Ferencz* és *Lőrinczy Ferencz* halála. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő 133. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Közlemény a Korányi Frigyes ny. r. tnr vezetése alatt álló I. belgyógyászati klinikáról.

### A vese-insufficientia diagnostikai értékéről, klinikai tapasztalatok kapcsán.*

*Korányi Sándor* ny. rk. tnr és adjunctustól.

Daczára azoknak az újabb eljárásoknak, a melyek a két vese váladékának elkülönített felfogását teszik lehetővé, nem rendelkezünk olyan eljárás fölött, a mely a két vese viselkedésébe minden esetben megengedné a betekintést. A vesesebészet újabb irodalma is bőven demonstrálja a diagnostika ezen hiányosságát. *Trendelenburg*[1] tuberculosis miatt kiirtotta a bal vesét. Nyolcz hó mulva a jobb vese érzékenynyé vált az általános állapot rosszabbodása közben. A göttingai klinikán baloldali nephrektomia után (tumor miatt) öt nappal uraemiában halt el egy beteg. A bonczolásnál a jobb vese hydronephrosisát találták, benne egy kővel. Ugyanott gonorrhoeás pyonephrosisban szenvedő beteg nephrotomia után három nappal halt el uraemiában. Az épnek gondolt vesében kiterjedt hámnekrosis állott fenn.[2] Pyonephrosis calculosa miatt nephrektomizált beteg collapsusban halt el a *Billroth-Gussenbauer*-féle klinikán. A másik vese zsírosan elfajult állapotban találtatott.[3] *Israel*-nek[4] műtét alatt shock folytán elhalt két betegénél egyoldali gümős pyonephrosis mellett, a másik oldalon amyloid-vesét találtak. Egy harmadiknál a műtét után hat héttel uraemiával következett be a halál, valószinűleg a benhagyott vese tuberculosisa folytán. *Bennecke*[5] jobb vesét irtott ki struma suprarenalis miatt. Másnap halál. A bal vesében cystás elfajulás és hydronephrosis. *König* esetében öt nappal nephrektomia után a másik vese hámnekrosisa folytán következett be a végzetes uraemia.

Ezek az esetek, a melyek számát még sokkal lehetne szaporítani, oly időből származnak, a melyben már rendelkezésre állottak a két vese elkülönített működésének vizsgálatára szolgáló új eszközök és így ezek elégtelenségét legalább bizonyos esetekben kétségen felül helyezik. Ilyen viszonyok közt minden eljárásnak, a mely az épnek gondolható vese állapotába betekintést enged, elvitázhatatlan értéke van.

Nemrég közöltem azokat a gyakorlatilag fontos eredményeket, a melyekre a vesebetegségek diagnostikája szempontjából a vér molekularis concentratiójának, fagypontjának, mérése által jutottam.[6] A jelen alkalommal pár klinikai tapasztalat alapján kívánom az akkor mondottakat támogatni és részben kiegészíteni.

A vesesebészet szempontjából fontos eredményeim a következők voltak:

1. *Addig míg a vese ép, a vér fagypontsülyedése nem nagyobb 0·56°-nál.*

2. *Mihelyt a veseműködés elégtelen az anyagcseréhez viszonyítva, a feltorlódó vegyületek a vér molekularis concentratióját fokozzák és ennek megfelelőleg fagypontsülyedése 0·56°-nál nagyobbá válik.*

3. Nagyobbá teheti a vér fagypontsülyedését az elégtelen légzés. Ez a rendellenesség azonban eltünik, ha a kibocsátott véren oxygent vezetünk át, míg az oxygenátáramlás a vese-insufficientiás vért lényegesen nem módosítja.*

4. *Az ép vese a másiknak megbetegedése esetén vicariál*, tehát egyoldali vesebetegség nem okoz okvetlenül vese-insufficientiát és ha a vér vizsgálata vese-insufficientiát derít fel, mind a két vese működési zavarára kell következtetni.

Igy a vér vizsgálata arra látszik hivatottnak, hogy megóvjon azoktól a végzetes tévedésektől, a melyek a diagnosisra szolgáló eljárások hiányosságából erednek és a melyek után későn derül csak ki, hogy a benhagyott vese nem volt alkalmas az életfeltételt képező vicariálás felvételére.

A vérvizsgálat eredményének értékesítésénél azonban tekintetbe kell vennünk, hogy az egyebet, mint általában vese-insufficientiát, nem bizonyíthat. A veseinsufficientia oka pedig nem mindig kórboncztani alappal biró vesebetegség.

A veseműtéteken átesett betegek uraemiája ugyanis elégszer a benhagyott vese egészséges volta daczára jön létre. Már *Morgagni* tudta, hogy az egyik vese betegségénél néha „alter quoque in consensum trahatur“ (Epist. XI. 5.) *Bonnet*

* A jelen közlemény kézirata több hónap óta fekszik iróasztalomban. Közlésében eddig külső körülmények által akadályoztatva, most annál inkább siettem azt nyilvánosságra hozni, mert 1898. január hó 14-dikén *Frommer J.* dr. a barsmegyei orvos-gyógyszerész-egyesület ülésén téves informatiók alapján teljesen elhibázott képét nyujtotta az általam feldolgozott esetek egyikének. Közleményem czélja nem polemia, azért az emlitett előadásra majd csak mellékesen reflectálok, ha a kérdéses esetre rákerül a sor.

* A szénsavval terhelt vér fokozott molekularis concentratióját újabb vizsgálataink szerint a szénsav által okozott vegyi folyamatoknak kell tulajdonítanunk. A dinatrium-phosphat egy natriumát a szénsav savanyú szénsavas natrium képzésére foglalva le, továbbá a szénsavas natrium molekuljéből két savanyú szénsavas natrium molekült képezve, a vér szilárd molekula tartalmát növeli. Az oxygenátbocsátás a szénsavat részben úgy űzi ki, mint a vacuum, részben fel kell venni, hogy a szénsav kiűzéséhez az oxyhaemoglobin is hozzájárul.

Sepulchretum-ában szintén foglalkozik ezen ténynyel (Sect. XXII.). *Bourgeois*[8] 9 napi halálos anuriát észlelt az egyik ureter elzáródása után kő megakadása következtében. Hasonló eseteket közöltek *Goellec*[9], *I. Israel*[10], *Barth*[11] stb. Elég gyakoriak a másik vese működési zavarai egyoldali veseműtétek után. Állatoknál többször észleltem 1—2 napos anuriát az egyik vese felületének pokolkőveli edzése után. Az újabb irodalomban *Lotheissen*[4] pyonephrosis miatt végzett egyszerű incisio és drainage után ismertetett halálos uraemiát, mikor a másik vese boncolásakor épnek bizonyult. *Graser*[12] jobboldali vesesarcoma miatt operált esetében szintén uraemia lépett fel, daczára a bal vese teljes épségének. Az a kérdés, hogy az egyik vese bántalma mi módon függeszthető fel a másik működését, még megfejtésre vár. *Israel*[10] és vele *Senator*[13] reflex-ischaemiára gondolnak. A gyakorlat szempontjából az a lényeges, hogy *egyoldali vesebetegség az ép vese működését zavarhatja és felfüggeszthető, és hogy veseműtétek ugyanígy válhatnak végzetesekké.* Ilyen esetekben természetesen a külön felfogott veseváladékok qualitativ vizsgálata sem vezethet eredményre. A beteget nem az ép vese vizeletének rendellenes qualitása, hanem az elválasztás apadása öli meg.

Vese-insufficientia tehát, muló okból, fennállhat egyoldali anatomiai vesebetegség mellett is, és gondolható, hogy miután a vérvizsgálat jóval érzékenyebb indicatorát szolgáltatja a vizelet-elválasztás elégséges vagy elégtelen voltának, mint a már rendes körülmények között is annyira változó és a táplálkozástól oly sokszorosan függő vizeletmennyiség, húgyanyag-tartalom, vagy a vizelet szilárd tartalma, ezen módszer alkalmazása mellett, a pusztán functionalis insufficientiával, sokkal gyakrabban fogunk találkozni, mintha ennek felismerését az eddig használatos, kevésbbé érzékeny módszerekre alapítjuk.

A vér rendellenes nagy fagypontsülyedése tehát *azt, hogy a vese elégtelensége mulékony functionalis zavar következménye-e, vagy pedig alapját a vese kórboncztani elváltozása képezi, eldönteni nem képes.* Lehetséges, hogy ezt a kérdést is meg fogjuk közelithetni, ha a vérvizsgálatot ismételjük amaz eljárások alkalmazása után, a melyek a „reflex"-anuriánál gyakorlatilag beváltak (opium, morphium, chloralhydrat, meleg fürdők stb.). A vizsgálat ezen módját azonban ama befolyás behatóbb tanulmányozásának kellene megelőznie, a melyet ezen eljárások egymagukban gyakorolnak a vér fagypontjára. A míg ez ismeretlen, biztossággal nem lesz eldönthető, hogy organikus, vagy functionalis vesezavart jelent-e adott esetben a vér 0·56°-nál nagyobb fagypontsülyedése.

A gyakorlatilag fontos kérdés abban áll, hogy oly esetben, mikor egyéb módszereinkkel egyoldali operálható vesebetegséget ismertünk fel, az esetleg kimutatható vese-insufficientia, a mely a másik vese működését is kedvezőtlen színben tünteti fel, mi módon kell, hogy cselekvésünket irányítsa.

Azt hiszem, a követendő eljárást könnyebb megszabni egy adott eset kapcsán, mint általános érvényességgel biró tételeket felállítani. Talán a következők a mai ismeretek szerint legjobban adják vissza ama lehetőségeket, a melyekkel ilyenkor szemben állunk:

1. A rendellenes nagy fagypontsülyedés egyoldali palpabilis veseelváltozás mellett azt jelenti, hogy a másik vese is kórosan functionál.

2. Ez a kóros functio lehet kórboncztani elváltozás eredménye, vagy a biztosan betegnek talált vese által reflex-úton okozott zavar következménye.

3. Az utóbbi esetben minden, a kimutathatólag kóros vese betegségét, *a vese megtartása mellett* eltávolító műtét indicatiója csak sürgősebbé tétetik, a hogy az ilyen beavatkozások sürgős voltát *Schmid* teljes anuriánál vesekőbetegség következtében hangsúlyozza.[15] Az esetben, ha a vese-insufficientia reflexen alapul, ez által az ép vese gátolt működése felszabadulhat. Tisztában kell azonban lennünk azzal, hogy maga a műtét az épnek gondolt vesére reflex-úton szintén károsan hathat, a mint azt *Graser* és *Lotheissen* említett esetei mutatják, és természetes, hogy a műtétben rejlő reflexinger, a már fennálló működési zavar mellett, veszélyesebb helyzetbe hozhatja a beteget, mintha ilyen zavar nem állott fenn. *A vese-insufficientia jelenléte a műtét előtt tehát a prognosist kétségtelenül súlyosbítja.*

4. Még fontosabb leletet képez azonban a vér retentióra valló állapota oly esetekben, mikor *nephrektomiáról* van szó. A lehetőségek ilyenkor a következők: *a)* mindkét vese kórboncztanilag beteg, mint első két közlendő esetünkben. Ekkor a nephrektomia csak végzetes lehet; *b)* a nem tapintható vese reflex-ischaemia állapotában van. Ez az ischaemia, a műtét következtében fokozódva, halálos uraemiát okozhat, a mint az előbb idézett esetek mutatják, de az is lehet, hogy a betegség által okozott ischaemia a műtét után megszünik és igy ez egyenesen életmentővé lesz. Hogy az eshetőségek közül melyik fog bekövetkezni, azt előre tudni nem lehet. A mi bizonyos, az az, hogy *veseinsufficientia jelenlétében végzett nephrektomiánál a betegnek több kilátása van a halálos uraemiára, mint a gyógyulásra* és igy a vér rendellenes nagy fagypontsülyedése minden esetre a nephrektomia egyik contraindicatióját képezi. *Még sem gondolnám jogosultnak, hogy ez a contraindicatio absolut értékünek* tekintessék, de minden esetre igazolni fogja a várakozást, a többszörös és minden lehető mód szerint véghez vitt vizsgálatot.

Végeredményben egyelőre tehát csak annyi állítható, hogy a vér rendellenes nagy fagypontsülyedése a vese sebészi bántalmainál kedvezőtlen jel, a mely a nephrektomia lehető kikerülését teszi kivánatossá. Egymaga azonban talán még sem dönthet a követendő eljárásra nézve és habár az eljárásokat a vesék állapotának vizsgálatára egygyel szaporitottuk, nem változott *Küster*[16] állításának helyessége, „dass wir keine einzige Methode besitzen, welche uns in allen Fällen und allen Möglichkeiten gegenüber einen unumstösslich sicheren Einblick in das Verhalten *beider* Nieren zu thun gestattet".

Miután az elmondottakban igyekeztem kifejteni azt, hogy mily értelemben és mily mértékben tartom a vér fagypontsülyedésének meghatározásából vonható következtetéseket a vesesebészet számára irányadóknak, a következőkben ismertetek pár esetet, a melyek talán alkalmasak lesznek arra, hogy a módszer megbizhatóságát igazolják, sőt talán azt a reményt is kelthetik, hogy a tapasztalatok szaporodásával az még határozottabban formulázható tételek alapját fogja képezni.

(Folytatása következik.)

## Észrevételek a lyssa néhány kérdéséhez a pozsonyi eset kapcsán.

*Hőgyes Endre* egyet. tanártól.

(Vége.)

A pozsonyi m. kir. állami kórházban veszettség tünetei között elhalt Nagy Sándorné holttestét 1897. november 8-dikán d. e. bonczolták; nyult velejét felmelegitett és kihűtött, tehát sterillé tett glycerinbe téve a budapesti Pasteur-intézetbe küldötték, hova az november 9 dikéneste érkezett meg. A próbaoltás nov. 10-dikén d. e. hajtatott végre. A be oltott nyúlon a kitört veszettség első tüneményei november 24-dikén, a beoltás utáni 14-dik napon mutatkoztak és 26-dikán vetettek véget az állat életének. E vizsgálat tehát kétségen kivül kimutatta, hogy Nagy Sándorné veszettségben halt meg és agyvelejében egy oly erejű veszettség-virus van, mely megfelel az utczai veszettségben elhullott kutya velejében levő fertőző anyag erejének. A próba-oltás folytán megveszett nyúl rövid incubatiója megfelelt annak is, hogy Nagy Sándornén, ki halálos infectióját fülén kapta — a mely hely, valamint általában az arczsebek jelentőség tekintetében közel állanak magához a subduralis infectióhoz — szintén aránylag rövid incubatio után, a marás utáni 20-dik napon tört ki a veszettség, annak jeléül, hogy a Nagy Sándornét megmart állat nyálában a veszettség-virus virulentiája igen erős lehetett.

Honnan eredhetett tehát az, hogy a m. kir. állami bakteriologiai próba-oltások eredménye állitólag negativ volt?

holott a felhozott kisérletből minden eddigi tapasztalat szerint visszakövetkeztethető az, hogy a maró állat agyának is olyan virulensnek kellett lenni, mint az elhalt asszony agyvelejének, a melynek szintén 14 nap körüli incubatióval kellett volna megvesziteni a vele beoltott nyulat?

Az eltérés a fennebbiek alapján magyarázatát leli a következőkben, a mely magyarázathoz bizonyára hozzájárul *Preisz Hugó* úr, az állami bakteriologiai intézet igazgatója is, kivel e kisérleti eredményeket megbeszéltem.

A Nagy Sándornét megmart kutya október 16-dikán reggel 6 órakor hullott el; a bonczolás október 17-dikén d. e. ejtetett meg, midőn az állat feje néhány nyakcsigolyával együtt levágva próba-oltások végett Budapestre az állatorvosi akademiába küldetett, a hol abból október 21-dikén, tehát az elhullás után 5 nap mulva tették meg a próba-oltást, Preisz igazgató úr beteg levén, az intézet segédei. Az október 21-dikén trepanatio útján subduraliter beoltott nyúl már 23-dikán elhullott, a midőn a glycerinben keltett kutya-agyrészletekből új nyulat oltottak be, a mely életben maradt november 21-dikéig, tehát az új oltás után 29 napon keresztül, a midőn a nyúl — mint a segédek által kiállított és Preisz igazgató úr által betegágyában egyszerűen aláirt és a pozsonyi rendőrkapitánysághoz áttett átirat mondja — „*a veszettségre utaló tünetek nélkül más ok következtében elhullott*“. Az első nyúl elhullásának oka, mint az intézet kisérleti naplójából kitünik, genyes agyburoklob volt a trepanatiónak megfelelőleg; a mely nyilván a trepanatiónál közbecsúszott fertőzésre vezethető vissza. Erre mutat az, hogy a másodizben beoltott nyúl huzamosabb időn át életben maradt, jeléül annak, hogy a glycerinben eltett és próba-oltásra újra felhasznált kutya agyvelő eredetileg elég tiszta állapotban lehetett. A tudósításban felemlített „más ok“-ról az intézeti kisérleti napló csak annyit emlit, hogy az állat lesoványodott; a bonczoló segéd urak utólagos emlékezése szerint — mint Preisz tanár február 28-dikáról kelt levele értesit — e második nyúl trepanatio helyén is mutatkozott körülirott genyedési folyamat.

A fennebb elmondottak szerint huzamosabban akár a levegőn, akár a hullában közönséges hőmérsék mellett álló veszett agyvelő virulentiáját napról napra veszíti és hovatovább hosszabb incubatio után veszíti meg próba-oltás alkalmával a nyulat, továbbá ilyen utczai veszettséggel beoltott és hosszas incubatio után elhullott nyúlon a legtöbb esetben a lesoványodáson és az agonikus bénulásokon kivül egyéb veszettségi jelek élőben nem szoktak mutatkozni, de hogy az állat veszett volt, az agyvelejével való továbboltás positiv eredménye kétségen kivül bebizonyitja. Nyilvánvaló tehát, hogy a jelen esetben e másodszorra beoltott nyúl lehetett valóban veszett, habár az az ellenőrző továbboltással bizonyitva nem lett. Ezen következtetés jogosultsága fennáll még akkor is, ha a segéd urak emlékezete szerint létezett kisfokú körülirt genyedés a nyúl elhullására befolyást gyakorolt volna, a mi kevéssé valószinű. Az ellenőrző továbboltás nélkül ilyen esetekben az állat veszettségét kizárni nem lehet. Érezték ezt az átirat kiállitói is, a mennyiben a fennebbi idézett sorok után mindjárt következőleg nyilatkoznak: „Minthogy azonban a veszettség lappangási ideje kisérleti állatoknál rendes körülmények között (Preisz igazgató úr közlése szerint ez áll az eredeti átiratban és nem az a mi a „Gyógyászat“-ban közölve van, hogy minden körülmények között) 10—14 nap, de kivételesen 1—2 hónapig is eltarthat, azért ezen kisérlet nem zárja ki a veszettségnek jelen esetben való fennforgását.“ Ha e tétel az átiratban ellentétben áll is az átirat fennebb idézett passusával: végkövetkeztetésében helyes, bár e végkövetkeztetést is kisérletileg el lehetett volna dönteni egy továbboltással. Mennyiben áll a 10—14 napi incubatióra tett kijelentése az átiratnak: a fennebb mondottakra utalok.

Ezek után nyilvánvaló, hogy a körülmények miatt nem sikerült próba-oltás eredménye áll fenn az állami bakteriologiai intézet tudósításában, mely nem állitható szembe a Pasteur-intézet tudósításával azon tétel felállitása végett, hogy „a tudományos része e kérdésnek még távol áll a teljes tisztázástól.“ Valamely veszettségre gyanus friss vagy kellőleg eltartott velőben a veszettség fertőző anyagának jelenlétét a próba-nyúloltással épen oly absolut biztossággal ki lehet mutatni, mint ki lehet mutatni egy határozott chemiai anyagot valamely folyadékban a megfelelő chemiai módszerekkel. Absolut semmi kétség sem forog az iránt, hogy ha a Nagy Sándornét megharapott kutya nyultagyát steril glycerinben küldték volna be próba-oltások végett és kellő módon és időben végezhették volna a trepanatiót: ugyanazon positiv eredmény jött volna ki a kisérletből, mint a Nagy Sándorné agyával tett próba-oltásoknál mutatkozott.

Szólanom kell itten a *próba-állatoltásokról, mint az emberi veszettség diagnostikai segédeszközének értékéről.* Ez a kérdés is felmerül a pozsonyi eset kapcsán. Nagy Sándorné esetében a veszettség első prodromáinak megjelenése idején az első napokban felmerült a kérdés: nem-e egyszerű lyssophobia esete forog fenn. Alapul szolgált e felvételre egyfelől az állatorvosi negativ diagnosis a maró kutyán, másfelől az, hogy N. S.-né rendkivül izgatott hysteriás nő volt. Sőt e kételyt egyesek fentartották később is, midőn már az igazi hydrophobia classikus tüneményei mutatkoztak, a melyeket D. főorvos úr tisztán klinikai alapon helyesen felismert, sőt nem oszlott az teljesen el akkor sem, midőn a szerencsétlen asszony elhalálozott, mindaddig, míg az agygyal beoltott nyúl szintén meg nem veszett. Nyilvánvaló, hogy itt a próba-állatkisérletnek a klinikai diagnosist megerősitő szerepe volt.

E szerepét a próba-állatkisérletnek nem szabad kevésre becsülni. A veszettség klinikai kórképe nem mindig olyan határozott, mint volt N. S.-né esetében, hozzá kell venni még azt, hogy nagyon sok orvosnak hosszas gyakorlatán keresztül alig van alkalma látni lyssa-esetet és adandó alkalommal, különösen nem teljesen kifejlett kóralakoknál a baj határozott fel nem ismerése tőle rossz néven nem vehető. A próba-állatoltás ilyenkor mindig eldönti a kérdést.

Nagyban elősegitheti azonban az emberi veszettség diagnosisát a próba-állatoltás, ha az a maró állat agyából idejekorán megtörténik. A nyúlveszettség incubatiója subduralis infectio esetén rendesen tetemesen rövidebb, mint az emberi veszettség incubatiója; a próba-állatoltás eredménye azért a legtöbb esetben a megmart ember veszettségének kitörése előtt megtudható, a mi természetesen megkönnyiti az orvosnak a kórisme felállitását. Ha a próba-állatoltás a N. S.-nét megmart kutya agyából sikerült volna, igy lett volna az ebben az esetben is. A kutya október 16-dikán hullott el, a boczolat 17-dikén történt; ha a próba-oltás 18-dikán correktül megejtetik, 14 nap mulva a nyúlon is jelentkeztek volna a kitört veszettség prodromái, úgy mint az asszonyon és a baj diagnosisa iránt a kétely továbbra fenn nem állhatott volna. Figyelembe kell venni továbbá azt, hogy az esetek többségében az emberi lyssa sokkal hosszabb incubatio után szokott kitörni, mint történt az a N. S.-né esetében; mint ismeretes, az esetek nagy többségében 20—60 nap, egy kisebb részében 60—90 nap mulva, sőt azután is, a midőn a próba-állatoltás még korábban szolgálhat útmutatóul az emberi lyssa diagnosisának megtételére. Tanuság ebből az, hogy veszettségre gyanus kutyamarás esetében az elhullott vagy leölt kutya nyultvelejét a fenn leirt módon lehetőleg gyorsan kell elküldeni oly intézetekbe, hol a próba-oltásokra a kellőleg begyakorlott személyzet létezik.

Még egy észrevételt kell tennem a *próba-állatoltásokról* azon tekintetben, a melyben azok a *prophylaktikus védoltásokhoz* állanak. E tekintetben sincs még eddigelő meg a kellő köztájékozódás. Sokan, egyesek úgy mint hatóságok, még mindig azon hiszemben élnek, hogy a megmart egyéneket prophylaktikus védoltásokra csak akkor kell felküldeni a Pasteur-intézetbe, ha a próba-állatoltásból előbb kiderül, hogy a vizsgálatra beküldött állatagy csakugyan veszett állattól eredett. Ez az álláspont azonban téves. A prophylaktikus védőoltások annál inkább adnak valószinű sikert, mennél inkább előbb kezdjük meg azt a megtörtént infectio után. Tekintetbe véve, hogy némely, különösen fejükön megmart egyéneken — úgy mint a N. S.-né esetében is — rövid incubatio után tör ki a veszettség és egyes esetben előre sohase tudja az ember, hogy milyen,

*

rövid vagy hosszú, lesz-e az incubatio: általános szabályul mondható ki, hogy nem szabad bevárni a próba-oltások eredményét, a mely legjobb esetben is csak 14 nap mulva tudható meg, hanem a veszettségre gyanus marások esetén azonnal kell küldeni a megmartakat a prophylaktikus oltásokra.

Kétségen kivül jó volna, ha volna valamely módszerünk, a melynek segélyével a veszettségre gyanus agyvelő vizsgálatából azonnal meghatározhatnánk a veszettség fenforgását: ilyen módszert találni azonban eddigelő sem bakteriologiai, sem mikroskopikus vagy mikrochemiai úton még nem sikerült, így meg kell elégednünk a próba-állatoltásokkal, melyeknek értékességét nem csökkenti az, hogy eredménye csak két hét mulva tudható meg, a mennyiben még ha concret esetben negativ eredményű is az, az időközben megejtett prophylaktikus védoltás nem vész kárba és kárpótolva van a megmart egyén és környezete számára azzal a megnyugvással, hogy a megmart egyén életének esetleges megmentésére megtörtént az, a mi ez idő szerint tehető.

Ez eset kapcsán észrevételeket kell tennem *a veszettség prophylaxisának némely felmerült kérdésére is.*

Mint minden ilyen eset, úgy a pozsonyi eset is, természetesen felriasztotta a kedélyeket. A veszettség tovaterjedésének meggátlására a hatóság azonnal elrendelte a törvényben és a ministeri utasításokban előirt intézkedéseket. Élénk mozgalom indult meg az orvosok részéről a veszettség elterjedésének meggátlására, az erre legalkalmasabb közintézkedés, az állandó szájkosárkényszer behozatalára. A küzdelem azonban hiúnak bizonyult: ez alkalommal is úgy, mint a legtöbb esetben a kutyabarátok és állatvédők győztek és csak a szokásos átmeneti kutyazárlatot lehetett keresztülvinni. Kétségen kivül pedig valamennyi kutya teljes kiirtásán kivül legalkalmasabb módszer lenne a veszettség-esetek csökkentésére a permanens szájkosárkényszer, a pórázon való vezetés, kapcsolatban a szájkosárnélküli kutyák kiirtásával. Ez intézkedéseket azonban még a legműveltebb és legjobban administrált országokban is csak szűk korlátok között tudják kivinni. Nálunk is sokára fog eljönni még annak az ideje. Mindaddig tehát az emberi veszettség prophylaxisában reászorulunk a postinfectionalis prophylaktikus eljárásokra, nevezetesen a marássebek lehető gyors kiégetésére és miután ez is csak ritkán vihető ki kellő gyorsan (a marás utáni első negyed órában) és kellő hatályossággal, a veszettség kitörését megakadályozó védőoltásokra, a melyeknek hatásosságát a statistika többé már kétségbe nem vonhatólag bebizonyította.

Az emberi veszettség prophylaxisára szolgáló különböző intézkedések jelentőségét, egymáshoz, sőt magának a lyssának gyógyításához való viszonyát sokan még mindig összeconfundálják; pedig az intézkedések menetének logikája természetes és egyszerű. Az ember a veszettségfertőzést 90—95%-ában az eseteknek veszettkutya-harapás útján kapja: meg kell tehát akadályozni lehetőleg, hogy egyáltalán a kutya, különösen pedig veszettkutya-harapásnak az ember ne, vagy lehetőleg korlátozva legyen kitéve. Erre szolgálnak több-kevesebb eredménynyel egyéb prophylaktikus intézkedéseken kivül a különböző ebtartási eljárások, azok között a permanens szájkosárkényszer is. Mindezen intézkedések azonban, ha az embert egyszer már a veszettkutya megharapta, a megharapott egyénre nézve nem érnek semmit. A megtörtént fertőzés után a prophylaktikus eljárásnak concret feladata van magára az illető egyénre és ez az, hogy megakadályozzuk nála a menynyire lehetséges a veszettség kitörését. Erre szolgálnak: a harapott seb *helybeli fertőtlenítése* és a veszettség kitörésének megelőzésére való úgynevezett Pasteur-féle *antirabikus védőoltások.* Ha a veszettség az emberen már kitört, sem a praeinfectionalis sem a postinfectionalis prophylaktikus eljárások azon nem segitenek.

A lyssa prae- és postinfectionalis prophylaxisára és a kitört veszettség gyógyítására vonatkozó fogalmak ilyetén összetévesztése nyilatkozik meg a pozsonyi eset kapcsán a „Gyógyászat" szerkesztői elmefuttatásaiban is, a midőn a következőket mondja: „ . . . mindaddig, míg az oltottak és nemoltottak statistikai kimutatása olyan lesz, mint a minőnek azt a mi belügyministeri utolsó jelentésünk is feltünteti, hol majdnem minden egyes adat mellé jegyzetben egy másik corrigáló adat van mellékelve, mindaddig, a mig a statistikában „víziszony" rubrika alá képzett halottkémek is a hydrops anasarcát sorolják, mint ezt a budapesti kir. orvosegyesület utolsó ülésén haliottuk, mindaddig a legbiztosabb gyógyszere a lyssának a prophylaktikus szájkosár". A lyssának nem gyógyszere sem a prophylaktikus szájkosár, sem a Pasteur-féle védőoltás. Ugy a prophylaktikus szájkosár, mint a Pasteur-féle védőoltás praeventiv intézkedések, melyeknek külön hivatásuk van és mint fennebb jelezve volt, egymást nem kirekesztik, hanem kiegészitik; a veszettséggel való fertőzés eshetőségeinek csökkentésére akkor is legbiztosabb módszer lesz a prophylaktikus szájkosár, ha az oltottak és nemoltottak statistikáját teljesen kifogástalanul leszünk képesek összeállitani; a megtörtént fertőzés után a veszettség kitörésének megakadályozására az antirabikus védoltás akkor is legbiztosabb módszer leend, ha a prophylaktikus szájkosár ad minimum fogja leszállitani a veszettebmarás eshetőségeit. Annál különösebb a fogalmak ezen összetévesztése a szerkesztői elmefuttatásban, mert Dobrovics főorvos említett czikke egész szabatosan kifejti e prophylaktikus eljárások szerepét a lyssa ellen való küzdelemben.

De nem jogosult amaz elmefuttatás felvetett kételkedése a hazai veszettség-statistika megbizhatósága iránt sem. Nem hagyhatom észrevétel nélkül azért az en passant odadobott megjegyzését, mert épen a veszettség-statistikát tartom legjobbnak a belügyministeri jelentésnek a fertőző betegségekre vonatkozó összes kimutatásai között, sőt legjobbnak egyáltalában a létező veszettségi statistikák között, miután az a legnagyobb gonddal, utánjárással és munkával állittatik össze, a mely munkában részt vesznek a Pasteur-intézeten kivül a belügyi kormányzat, az ország összes tiszti orvosi kara és az ország gyakorló orvosai közül is mindazok, kiknek működési területén emberi veszettség-esetek előfordulnak.

E statistikai adatokat ugyanis a következő módon gyüjtjük. Először a *Pasteur-intézet részéről*: Minden a Pasteur-intézetben védoltást nyert egyén hogyanlétéről hazamenetele után három hó mulva vagy magán-, vagy hivatalos úton tudomást szerez az intézet. E tudósításokat eleinte nehezebben és egyes helyekről csak ismételt felszólításokra, most már könnyebben, legtöbb esetben külön felszólítás nélkül megkapja az intézet, miután az oltott elbocsátó levelén rajta áll, hogy mikor kell az illetőnek vagy illetékes hatóságának ez értesítést hozzánk beküldeni. Ugyanezen egyének hogyanlétéről minden év végén, illetőleg a következő év elején egyenként és személyenként tudomást szerzünk a mindjárt emlitendő módon a tiszti orvosok útján, úgy, hogy ilyeténkép a Pasteur-intézetben oltottak folytonosan evidenciában vannak még évek mulva is, a mennyiben, ha a következő vagy későbbi években kitörne rajtok a veszettség, az az intézet tudomására jön. Másodszor a *belügyministerium egészségügyi kormányzata részéről*: Már évek óta — visszaterjedőleg 1890. április 1-jéig — az emberi veszettségre vonatkozó adatok minden polgári évről következő hivatalos minta szerint szedetnek be az egyes törvényhatóságok területéről.

*Kimutatás* az X . . . *törvényhatóság területén az . . . . év folyamán felmerült veszett vagy veszettségre gyanus ebmarta egyénekről és előfordult víziszony esetekről.*

| Sorszám | Járás | Város vagy község | A beteg neve | Hány éves? | Foglalkozása | A marás ideje | A maró állat (kutya, macska) | Volt-e a veszettség állat-orvosilag constatálva | A marás helye és száma | | | Volt-e az illető a budapesti Pasteur-intézetben? | Kitört-e a veszettség rajta; és ha igen | | Egyéb észrevételek. (Az egy ugyanazon állat marta egyének sommásan e rovatban megemlitendők.) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | fej és nyak | törzs | kéz és láb | | mikor? | hány napig tartott? | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

E kimutatás szerint érkeznek be minden év elején a belügyministeriumba a tiszti orvosi jelentések, a melyeket a

budapesti Pasteur-intézet használat végett megkap és annak illető rovatait egybeveti a saját adataival, az eltéréseket megállapitja, és azoknak okait, a mennyire lehet, utólagos levelezések útján felderíti, a mely majd minden esetben lehetségessé válik azért, mert minden egyes marás-eset névleg kell hogy bejelentessék, a mi a többi fertőző betegségeknél nagy számuknál fogva kivihetetlen. Természetesen különös utánjárás tárgyát képezik ajelentésekben előforduló lyssa-halálesetek, úgy a védoltottak, mint a nemvédoltottak, a melyeket a halálozási rovatba csak akkor veszünk fel, ha a lyssa-diagnosis bizonyos, vagy ha orvos nem látta az esetet, a körülmények egybevetése mellett valószinű; egyetlen egy haláleset sem jön részletes utánkérdezés nélkül be a rovatba.

A Pasteur-intézet és a tiszti főorvosok jelentéseinek adatai között eltérések természetesen a legtöbb esetben mutatkoznak, a melyek főképen onnan erednek, hogy egyesek a hatósághoz nem jelentik be magukat, hanem direct jönnek ei az intézetbe. A két jelentés egybevetése azonban megadja a valódi, vagy legalább az azt nagyon megközelítő létszámot. Az ilyen egybevetés által keletkező számok vannak mint correctiók a belügyministeri jelentésben, mely épen nem *hibája*, hanem *érdeme* a hazai veszettség-statistikának, a mely a többi fertőző betegségnél ki nem vihető és a melyre a külföldi veszettség-statistikákban eddigelé gondot nem fordítottak.

Ilyen módon az oltottak és nemoltottak halálozási százaléka egyéb statistikai cauteláknak is az igénybevétele mellett meglehetős biztossággal megállapítható, a melyből kitünik, hogy Magyarországon a nem-védoltottak között 13—15% a halálozás, a védoltottak között pedig alig 0·5—1%.

Olyan esetek, mint a milyenre Farkas Jenő dr., egészségügyi felügyelő úr egészségügyi körútjában bukkant és a mit az orvosegyesületben felhozott és a mely esetet a Gyógyászat szerkesztőségének elmefuttatása a veszettségi statistika megbizhatósága ellen mint érvet felhasználni igyekszik, hogy t. i. képzett halottkémek is a „viziszony“ rubrika alá a hydrops anasarcát is besorozzák, tényleg előfordulnak. Most, midőn az 1897-diki veszettségi statistikát kezdjük összeállítani és ez alkalommal először veszszük correctióinknál figyelembe az országos statistikai hivatal által havonként megjelenő hivatalos halálozási adatokat is, melyek tudvalevőleg 1896. elejétől halottkémi és anyakönyvvezetői havi jelentések alapján készülnek: a feltüntetett veszettséghalálozási esetekre vonatkozólag tett utánkérdéseink folytán eddigelő is már 8—10 esetre kiderült, hogy az állitólagos „viziszony“-eset „vízibetegség“ vagy „dühösség volt, melyet a képzetlen és idegennyelvű halottkém összetévesztett a veszettséggel. Az ilyen eseteket azonban kellő utánjárással fel lehet deriteni és az ilyen esetek az országos statistikai hivatal veszettség-statistikájának megbizhatóságát igenis alterálják, de nem a belügyministeri veszettség-statistikát, a melybe az ilyen esetek be nem juthatnak, miután az emlitett cautelákkal azt a statistikát a Pasteur-intézet állitja össze. Farkas Jenő dr. úrnak, mint a belügyministerium egészségügyi osztálya hivatalnokának, módjában van a mondottak igazságáról meggyőződni és amaz elmefuttatásnak kétségenkivül az ő skepticismusán alapuló felfogását a belügyministeri veszettségi statistika megbizhatóságára nézve megváltoztatni.

Az igazságkeresésben a kételkedésnek csak addig van meg a tudományos jogosultsága, mig az ember a tagadásba vett tétel valóságáról meg nem győződhetik; ha valaki azontúl is fentartja azt, kételkedő marad, nem azért hogy felderitse az igazságot, hanem azért mert jólesik neki a kételkedés. Abba azután, hogy kinek mi esik jól, természetesen, nincsen senkinek beleszólása.

## Közlemény a Korányi Frigyes tnr. vezetése alatt álló I. belgyógyászati kóroda laboratoriumából.

### A vizelet alkata infectiosus lázas bántalmaknál.

Közlik: *Kovács József* és *Móricz Ernő* dr.-ok.

(Vége.)

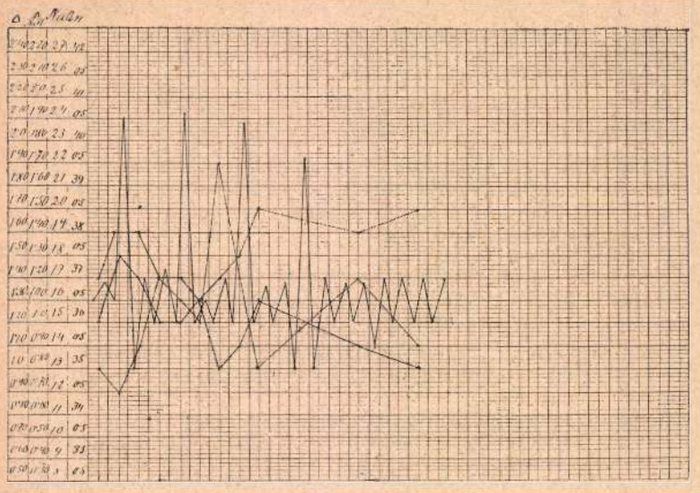
Pneumoniánál általában sokkal ritkább a parenchymás szervek, igy a veséknek is súlyosabb alteratiója, mint typhusnál. A mi vizeletvizsgálataink hasonlóképen nem nyujtanak támpontot a veseműködés elégtelenségének felvételére tüdőgyuladásnál. Az ok tehát itt a vesékben fel nem található.

Ha az úgynevezett epicritikus kiválasztás kezdetét és lefolyását figyelemmel kisérjük, azt látjuk, hogy az akkép megy végbe, mint Korányi Sándor vizsgálatai szerint a hydropicus betegnél a *digitalis diuresis*. Azaz a diuresis úgy indul meg, hogy a vesék véráramlási sebessége nagy mértékben kezd emelkedni; hogy már most a vesék ezen megszaporodott glomerulus váladéka a szív, a véredények, vagy a vérnek megváltozott physikai sajátságai által idéztetik elő — a mely utóbbi gondolatot Kovácsnak más irányban végzett vizsgálatai költötték bennünk — azt eldönteni csak további vizsgálatok lesznek hivatva. A szabálytalan epicritikus kiválasztás egy másik okáról majd később. Az achloridokat magukban kisérve figyelemmel, pneumoniánál azt kell mondanunk, hogy rendszerint a normalis viszonyok alsó határa értékének, kivételesen a tömegesebb kiválasztásoknál a felső értékének megfelelően üritteknek ki. A mi $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ magatartását illeti pneumoniánál, láthatjuk, hogy a qualitativ viszony itt is ép úgy parallel halad a lázgörbével, mint typhusnál, a láz megszünte után azonban itt nincsen lassú átmenet, hanem az epicritikus kiválasztás megkezdésekor egyszerre csap át a normalisba. A quantitativ viszonyszám még nagyobb eltéréseket mutat a normalistól, a mi abban leli magyarázatát, hogy pneumoniánál sokkal inkább van chlorretentio, mint typhusnál.

A typhussal és pneumoniával sok tekintetben ellentétes irányban viselkedik egy nálunk elég gyakran előforduló lázas betegség, a *malaria*.

Alapját ezen eltérésnek a konyhasó különleges magatartása képezi. Terray exact chlor anyagcsere vizsgálatai szerint typhusnál és pneumoniánál chlorretentio van, malariánál ellenben a lázroham alatt a bevett Cl-hoz képest több üríttetik ki. Terray a malariára vonatkozó vizsgálatait a következőkben foglalja

| Datum | X | Δ | NaCl% | NaCl | a | $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | I. | | | |
| II/9 | 1300 | 1·19 | 1·02 | 13·26 | 25·22 | 1·16 |
| 10 | 1160 | 1·46 | 1·05 | 12·18 | 27·68 | 1·39 |
| 11 | 1520 | 1·35 | 0·96 | 14·59 | 33·44 | 1·4 |
| 12 | 1800 | 1·23 | 0·96 | 17·28 | 36 | 1·2 |
| 11—1 | 90 | 1·16 | 0·99 | 0·89 | 1·7 | 1·17 |
| 1—3 | 60 | 1·65 | 1·25 | 0·75 | 1·61 | 1·32 |
| 3—5 | 215 | 1·27 | 1·27 | 2·73 | 4·45 | 1 |
| 5—7 | 240 | 1·35 | 1·34 | 3·21 | 5·28 | 1 |
| | 860 | 0·94 | 0·50 | 4·30 | 13·15 | 1·9 |
| | 1465 | 1·24 | 1·07 | 15·67 | 29·59 | 1·16 |
| 14 | 1400 | 1·25 | 1·10 | 15·4 | 28·56 | 1·13 |
| 15 | 2680 | 1·02 | 0·82 | 22·17 | 44·48 | 1·22 |
| 16 | 2100 | 1·10 | 0·84 | 17·64 | 37·59 | 1·31 |
| 17 | 1600 | 1·25 | 0·83 | 13·28 | 32·64 | 1·5 |
| 24 | 2100 | 1·10 | 0·79 | 16·59 | 37·6 | 1·39 |
| 25 | 2080 | 1·01 | 0·69 | 14·35 | 35·15 | 1·50 |
| VI/29 | | | II. | | | |
| 8—10 | 53 | 2·01 | 1·53 | 0·84 | 1·74 | 0·31 |
| 10—12 | 95 | 2·02 | 1·80 | 1·71 | 3·23 | 1·12 |
| 12— 2 | 250 | 1·52 | 1·84 | 4·60 | 6·20 | 0·82 |
| 2— 4 | 230 | 0·64 | 0·51 | 1·17 | 2·39 | 1·25 |
| 4— 6 | 150 | 0·84 | 0·56 | 0·34 | 2·06 | 1·5 |
| 6— 8 | 85 | 1·52 | 1·20 | 1·02 | 2·11 | 1·26 |
| 8—12 | 205 | 1·35 | 0·98 | 2·01 | 4·51 | 1·37 |
| 12— 4 | 110 | 1·68 | 1·18 | 1·30 | 3·01 | 1·42 |
| 4— 8 | 230 | 1·21 | 1 | 2·30 | 4·53 | 1·21 |
| 13 | | | | | | |
| 10—2 | 135 | 1·92 | 1·24 | 1·77 | 4·22 | 1·54 |
| 2 —5 | 220 | 1·69 | 1·18 | 2·59 | 6·05 | 1·43 |
| 5 —7 | 86 | 1·99 | 1·58 | 1·35 | 2·78 | 1·25 |
| 7 —9 | 73 | 1·99 | 1·24 | 0·90 | 2·36 | 1·6 |
| 9 —1 | 170 | 1·69 | 0·92 | 1·56 | 4·67 | 1·83 |
| 1 —5 | 245 | 1·60 | 1·34 | 3·28 | 6·78 | 1·19 |
| 5—10 | 280 | 1·58 | 1·52 | 4·25 | 7·19 | 1·04 |
| 13 | 1210 | 1·71 | 1·28 | 15·70 | 33·76 | 1·33 |
| 14 | 2200 | 1·19 | 0·92 | 20·24 | 42·68 | 1·29 |
| 15 | 1840 | 1·22 | 0·83 | 15·27 | 39·56 | 1·47 |
| 16 | 2450 | 1·38 | 1·03 | 25·27 | 55·12 | 1·34 |



össze: a „a“ lázroham alatt több Cl üríttetik ki, mint a mennyit a beteg felvesz; a lázroham alatt 2 óránkénti vizeletvizsgálat szerint a kiürített Cl a lázgörbével fokozatosan üríttetik ki és a lázroham tetőpontján több Cl üríttetik ki, mint közvetlenül utána. Malariánál végzett vizsgálatainknál mi a következőket találtuk: a vizelet fagypontja a lázroham napjain rendszerint emelkedik; a mint ezt már typhus és pneumoniánál kifejtettük és a mint ezt ott említettük, ez történik minden lázroham alatt, megfelelőleg a vesék átáramlási sebessége csökkenésének láz alatt; miután azonban *Δ* értéke többféle körülménytől függ, még sem találjuk ezt mindig így. Ugyanez áll „a“-ra nézve is. Itt csak megint meg akarjuk említeni, hogy malariánál is a lázas anyagcsere bomlási terményei a rohamot követő napon is üríttetnek még ki, legalább nagyobb ilyenkor az „a“ mint az ezt követő napokon. Sokkal jellegzetesebb magatartást tanusít a Cl kiválasztás. A mi vizsgálataink szerint, melyek véletlenül minden esetben quartanára vonatkoznak, mi a Cl kiválasztásban a szaporodást nemcsak a lázroham napján, hanem az ezt megelőző napon találtuk már meg, sőt a mi vizsgálatainkban ilyenkor még több Cl választatott ki, mint a lázroham napján, csakhogy természetesen ebből le kell vonnunk azt, hogy a lázroham napján beteg kevesebb táplálékot vesz magához és a Cl egy része az izzadsággal távozik el.

A mi eredményünk tehát arra is felhivja a figyelmet, hogy már a rohamot megelőző napon is sok vérsejtnek kell a plasmodiumok bevándorlása folytán tönkremennie.

A másik eltérés, melyet vizsgálatainkban találtunk, a következő: a két óránként gyűjtött vizeletportiók megvizsgálásánál mi nem találtuk állandónak, hogy a roham kifejlődésével parallel választatik ki a Na Cl, sőt ellenkezőleg 2 esetben azt találtuk, hogy a roham után több Cl választatik ki, mint a roham tetőpontján és csak egy esetben az ellenkezőt. A NaCl kiválasztás ezen megváltozásának a malariaroham alatt természetes következménye, minthogy a Na Cl lényegében nem változik, hogy $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ is meg fog változni, még pedig olyan értelemben, hogy ezen viszonyszám lényegesen csökkent. $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ a lázroham napján kisebbedik; az egyes roham alatt pedig a roham visszafejlődésénél éri el legkisebb értékét. Azaz malariánál a chloridok és achloridok közti viszony fordítva változik meg, mint pneumoniánál és typhusnál.

Ezek alapján eredményeinket a következőkben foglalhatjuk össze:

1. *Δ értékét a láz egymaga általában emeli.*

2. *Δ lázas bántalmaknál nem tér el lényegesen a rendestől, feltéve, hogy a vesék épek, pneumoniánál ritkábban, typhusnál csaknem mindig a láztartam későbbi szakában fokozatosan kisebbedik és ezekben az esetekben a vesemüködés gyengeségét jelenti. A lázak utáni csökkenése Δ-nak azonos azzal a csökkenéssel, mely együtt jár a diuresissel.*

3. α) „a“ (a kiválasztott szilárd alkatrészek konyhasóegyenértéke grammokban kifejezve) *úgy typhusnál, mint pneumoniánál a láztartam alatt átlag a normalis alsó határán áll, egészben véve azonban igen rendetlenül halad, naponkénti kisebb-nagyobb ingadozásokat feltüntetve.*

β) *A láz elmultával a reconvalescentia szakában typhusnál „a“ növekedése összecsik Δ kezdődő növekedésével; pneumoniánál „a“ növekedése együtt jár épen Δ leesésével, a mikor az egész vizeletkiválasztás egy hydropikus beteg digitalis diuresisének a képét adja. Vagyis mindkét megbetegedésnél visszamaradnak a szervezetben bizonyos anyagok, melyek csak a reconvalescentia szakában üríttetnek ki; ezen anyagok visszatartása és megindúló kiválasztása typhusnál a vesemüködés, pneumoniánál a vérkeringési viszonyokkal látszik összefüggésben lenni.*

4. *A Na Cl kiválasztás mindkét megbetegedésnél csökkent, pneumoniánál inkább, typhusnál kevésbbé.*

5. $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$, *vagyis azon viszonyszám, mely mutatja, hogy milyen arányban állanak az összes szilárd alkatrészek a NaCl-hoz, pneumoniánál átlag rendes értékének 10—12-szeresét, typhusnál 6—8-szorosát éri el és a reconvalescentia szakában pneumoniánál hirtelen, typhusnál lassanként tér vissza eredeti értékéhez.*

6. *Úgy a Na Cl kiválasztás absolut értékére, mint pedig a többi szilárd alkatrésznek a Na Cl-hoz való viszonyára nézve eltér ezektől a malaria.*

7. *Malariánál a lázrohamot megelőző és a lázroham napján szaporodik a Na Cl kiválasztás, ezekben az esetekben* $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ *értéke még a normalishoz képest is kisebbedik, és végül*

8. *a lázroham alatt a Na Cl megszaporodott kiválasztása vagy a lázroham tetőpontjával esik össze, vagy pedig közvetlenül utána következik be.*

# TÁRCZA.

## Az első magyar lelenczház.

Orvosok látogatása a Fehér-Kereszt-Egyesület lelenczházában.

Folyó hó 6-dikán tekintették meg a főváros orvosai — Szalárdi Mór dr. igazgató főorvos meghivására — a Fehér-Kereszt-Egyesület tűzoltó-utczai lelenczházát. Mielőtt a nagy számban megjelent orvosokat az intézeten végigkalauzolta, röviden vázolta a hazai lelenczügy és különösen a Fehér-Kereszt fejlődését, mely alkalommal a következőket mondotta:

Alig hiszem, — úgymond — hogy volna intézmény, melynek annyi nehézséggel kellett megküzdenie, mint a lelenczház intézményének.

Mikor ezelőtt 20 évvel megpendítettem a lelenczház szükségességét, mondhatom, hogy kezdve az akkori közegészségügyi tanácson, az irántadó körök mind ez eszme megvalósítása ellen voltak, a lelenczházat mint a közerkölcsök megrontóját tüntették fel, és nagy, éveken át tartó küzdelembe került, míg tért foglalt az a meggyőződés — mely különben most általános —, hogy ez az intézmény szükséges és jótékony intézmény, melynek révén már most közvetlenül ezernél több gyermeket mentettünk meg a biztos pusztulástól, közvetve pedig még sokkal nagyobb azon gyermekek száma, kiknek életét megóvjuk.

Akkor is — 20 évvel ezelőtt — a lelencz szó sok nehézséget okozott és visszatetszést szült, most is nehézséget okoz, mert a nagyközönség körében hamis fogalmat terjeszt. A közönség ugyanis azt hiszi és tényleg a lelencz szó alatt azt érti, hogy az utczán talált gyermekről van szó, pedig másképen van. Az 1000 gyermek között, kiket egyesületünk felvesz, alig akad olyan, a kit az utczán találtak, a ki tényleg lelencz és éppen a lelenczház egyik feladata, hogy megakadályozza azt, hogy lelenczek legyenek. A gyermekkitevés legfőbb oka ugyanis a nyomor, a kétségbeesés. Mihelyt a gyermek anyja annak tudatában van, hogy az elvisel-

hetetlen nyomor ellen nem kell többé küzdenie, akkor nem is teszi ki többé gyermekét, hanem elhozza a lelenczházba.

A mi intézetünk működése következtében ugyanaz az eredmény jött létre, mint más városokban, a melyekben lelenczház van: a gyermekkitevés igen ritka. Nálunk például alig van 10—20 ilyen értelemben vett lelencz. Ezekről a gyermekekről a főváros a gyermekmenhely útján gondoskodik, úgy hogy hozzánk tulajdonképeni lelenczgyermek csak ritkán vagy egyáltalában nem kerül.

Ez az intézet tehát oly szülők gyermekeit veszi gondozása alá, a kik maguk teljesen képtelenek gyermekök felnevelésére. Ilyen első sorban a legtöbb törvénytelen gyermek, ugyanis azok a gyermekek, a kiknek az anyja szolgálatban van és így gyermekét magánál nem tarthatja, mert gyermekével együtt szolgálatot vagy munkát együtt nem kaphat, végre ritkább esetben törvényes gyermekek is, a hol a szülök szintén oly helyzetben vannak, hogy a gyermekről nem gondoskodhatnak betegség, nyomor, más elemi csapások következtében, vagy pedig oly életet élnek, hogy a gyermek élete és erkölcse náluk veszélyeztetve van.

Az intézetünkbe való felvétel nyilvános, azaz minden anya, a ki felvételt kér, köteles az ő és gyermeke nevét, korát s egyéb adatait bemondani és állításait esetleg okmányokkal is igazolni.

A titkos felvételt nálunk a következő okok tiltják:

1. Pénzügyi okok.

1897-ben egyesületünk közel 1000 nőt vett fel gyermekével; meg vagyok győződve, hogy titkos felvételnél ez a szám megnégyszereződik, az évi felvételek száma tehát ilyenképen 4000 volna. A titkos felvételnél tapasztalat szerint nemcsak a tényleg rászorult nő adja gyermekét a lelenczházba, hanem olyan is, a ki pillanatnyi zavarban van (néha törvényes házasságban élő nő is), vagy a kik azt hiszik, hogy gyermeköknek az egyesületnél jobb dolguk van, mint náluk volna. Minthogy pedig minden egyes gyermek felvétele és 12 éven át való felnevelése (leszámítva a valószinü apadást, mint halálozás, örökbefogadások) minimalisan 500 forintba kerül, 12 év mulva a lelenczház fentartása évenként több mint 2.400,000 forintba kerülne, annyi pénze pedig egyesületünknek nincs.

A titkos felvétel ellen szól:

2. az a körülmény, hogy az ily tömeges felvételnél a gyermekeket jól elhelyezni nem lehet, azaz a tápszülökben nem lehet válogatni, minek következtében a halandóság sokkal nagyobb volna. Így van ez pl. Bécsben, hol a felvett gyermekek 30%-a pusztul el, még mielőtt az egy éves kort elérte volna.

A felvett gyermek nálunk 20 napon át marad anyjával együtt az intézetben, hogy úgy az anya, mint a gyermek erősbödjék, előbbi munkaképessé váljék. Csak ennek megtörténte után kerül a gyermek dajkaságba.

A különféle lelenczházakban más-más a szokás.

(Folytatása következik.)

# IRODALOM-SZEMLE.

## I. Könyvismertetés.

**A belgyógyászat kézikönyve.** Szerkesztik: **Bókay Árpád, Kétli Károly, Korányi Frigyes.** IV. kötet. 1897. Dobrowsky és Franke kiadása.

(Folytatás.)

Az *orr, orr-melléküregek s az orrgaratür betegségeinek*, azoknak a belső betegségekhez való viszonyukhoz mért kimerítő leirását *Baumgarten Egmont* adja. Belgyógyászati gyüjtömunkában a szorosan vett specialis szakoknak tárgyalása lehetőleg egységes mederbe való összevonást követel, s ha az orrbántalmak, valamint alább a gégebetegségek szerzőinek ez csak részben sikerült, azt csupán ezen specialis tudományágak mivelésének hatalmas fellendülésére vonatkoztathatjuk, mely természetszerüleg schematizálást, a tárgynak feldarabolását vonta maga után. Igy pl. a náthának kilencz alcsoport jutott s az orrnak egyéb megbetegedései is külön-külön, részletesen tárgyalvák. Különösen kiemelhetjük a belgyógyászati vonatkozásaiban fontos *orrvérzésnek*, az *orr ideges betegségeinek*, az *adenoid vegetatióknak* s az *orr és orrgaratür reflex idegbántalmainak* sikerült rajzát, melyből nyilvánvaló, mily változatos klinikai tüneteknek képezhetik kutforrását az orrnak egyes megbetegedései s kellő szakorvosi ismeretek hiján diagnostikai tévedésekre hányszor adhatnak alkalmat. A nagy gonddal készült monografiát ezen kézikönyvre nézve örvendetes nyereségnek tekinthetjük, annyival is inkább, mert eddig nagyobb belgyógyászati müvekben az orrbetegségek ilyen beható méltatásra alig találtak.

A *gégebetegségekhez Irsai Arthur* irt tartalmas *bevezetést*, kiemelve a gégetükrözés módszerének nagy fontosságát, méltatva *Czermáknak* a pesti egyetem egykori tanárának e téren szerzett hervadhatatlan érdemeit s élénken megvilágítva a gégebetegségeknek a belső bajokhoz való viszonyát.

A sorozatot a magyar gégészeti tudománynak egyik előkelő mivelője *Löri Ede* kezdi meg a *gégenyálkahártya betegségeinek* tárgyalásával, melyeket *vérkeringési zavarok, a nyálkahártya gyuladásos bántalmai* és a *gégenyálkahártya alatti kötőszövet megbetegedései* fejezeteibe foglal össze.

A klinikai tüneteknek hü elődomborítása az élesszemü megfigyelőre vall, mig a gyógykezelésnek terjedelmes feldolgozása — mindenütt a szerző személyes tapasztalatainak feltüntetésével — a nagy tapasztalat mezején kipróbált tudóst jellemzi s a leginkább bevált szereknek és gyógymódoknak részletes ismertetésével a gyakorló orvosra nézve kiválóan becses részét képezi ezen fejezeteknek. A *heveny gégevizkór* kóroktani részében szembetünően látjuk ezen betegségnek egyéb bántalmakhoz való vonatkozását; kiváló érdekkel bir a gyógyszeres gégevizkór, a szerző által az antipyrin és phenacetinről ez irányban szerzett tapasztalatokkal gazdagitva. A *gégeporczhártya gyuladásának* ismertetése után a *gégegümökórnak* kiváló gyakorlati fontossággal biró, nagyszabásu tárgyalása köti le mindvégig figyelmünket. A kóroktani részben a szerző utal azon véleményeltérésre, mely a gégeorvosok és kórboncznokok között a gégegümökór s tüdőgümökórnak egymáshoz való számbeli viszonyát illetőleg fennáll, melyet abból magyaráz, hogy a kórbonczolók csupán a roncsoló folyamatokkal járó gégeelváltozásokat veszik tekintetbe, mig a gégeorvosok már a könnyebb elváltozásokat is számba veszik; szerző majdnem minden tüdőbeteg megvizsgálásakor talált a gégében kóros elváltozást. A kórkép, gégetükri lelet, kórtünetek, gyógykezelés, tartalmas, szigorú tárgyilagossággal irt szakaszait képezik e becses fejezetnek. A therapiában szerző legtöbb sikert a jod- jodkali-oldattól látott. A *gége bujakórbántalmának* hü rajza zárja be a tartalmánál és tárgyalásánál fogva egyaránt vonzó cyclust.

A *gége ideges bántalmaina* kegybefoglalása *Ónodi Adolf*-nak jutott osztályrészül. A kiváló szerző gazdag anatomiai tudásának és gondolkodásának, széleskörü szakismereteinek egész erejével ölelte fel szövevényes themáját; szigorú kritikát gyakorolva, fáradságos experimentumokkal s szövettani vizsgálatokkal nyert új adatokat nyujtva, a nehéz tárgyat nem szakembernek is könnyen áttekinthető, kitünő világításban tárja elénk. A gége *érző beidegzésének zavarai* után a gége *mozgató beidegzésének zavarai* közül főleg a *gége izmai és idegei hüdésének* fejtegetésébe vitte be szerző eredetiségét. Az alsó gégeideget az élő állapotban ágaira különítvén, kimutatta, hogy a tágító izom számára rendelt ideg korábban veszti el vezetőképességét, mint a szükitő izom idegei s ezen kisérleti eredményeit egy igen tanulságos klinikai és kórbonczolástani észleletének közlésével erősíti meg. A *központi idegrendszer megbetegedéseivel járó zavaroknak* tömör egybefoglalása egészíti ki a nagybecsü pathologiai tanulmányt.

(Folytatása következik.)

## II. Lapszemle.

**A Highmor-üreg** nyálkás tömlőjének hat esetét irja le *Alexander* idevonatkozó kórtani és gyógytani megjegyzések kapcsán. (Archiv f. Laryngologie 1897.)

**Gégerák** intralaryngealis kezelése. B. Fränkel kilencz mütett esetében öt gyógyult, 13, 10, 9, 6 és 1¼ évi tartammal. Két esetben később a gége megnyitásával történt a mütét, egy az észlelés alól elesett, egy apoplexiában és egy mirigyrecidivában halt el. B. Fränkel eljárását veszélytelennek tartja és a többi

műtéti eljárásoknak fölébe helyezi. Előfeltétel minden kóros rész eltávolításának a lehetősége. (Archiv f. Laryngol. 1897 Nr. 2.)

**Röntgen-sugarak** alkalmazása az orr- és gégegyógyászatban. *Scheier* közli a kisérleteket, melyek szerint az orrüregbe vezetett tárgyak jól kivehetők. Egy esetben egy löveg a rostasejtekben vagy a homloköbölben lett gyanítva és a felvétel mutatta, hogy a golyó a fej hátsó részén a jobb sziklacsont magasságában van. A gégében az idegen testek szépen jeleztetnek, de finomabb részletek nem különböztethetők meg. (Archiv f. Laryngologie 1897.)

## Hetiszemle és vegyesek.

*Budapest*, 1898. márczius 10.

**Stricker tanár 25 éves tanársága.** A jubileumok századában szokatlan módon ülte meg egy hű kis csapat mesterének harmincz éves tanári munkásságát. Semmi beszéd, banket, rendjel, díszmunka nem volt az ünnepélyen. A régi segédek közül összegyült néhány s egy vékony füzetben előadták azokat a hosszú, küzdelemteljes éveket, melyeket Stricker munkássága betöltött. Annál ragyogóbban beszélnek e kis munka adatai. Fundamentalis biologiai felfedezések, erős logikával kiszámított physiologiai törvények, a tanitási experimentumok meghonosítása, speculativ philosophiai vizsgálatok hosszú sora, subtilis electrotechnikai kutatások stb. mutatják Stricker rendkivüli egyéniségét. Ugyanaz az ember, ki felfedezte a capillarisok contractilitását, a fix sejtek átalakulását vándorlókká, a sejtközötti anyag képességét sejtekké való tömörülésre, a ki először látott vérsejteket diapedesisben kilépni az edényből, ugyanez végezte az első kisérleteket a drótnélküli táviratozásra, szerkesztette a bécsi villamos áramkiegyenlítőt, construálta hires, kitünő demonstráló górcsövét és episcopját, ugyanez irt még a legutóbb a szinpadi szellemekről, az orvosi tudásról, a gondolkozási dadogásról, a valódi végokról, a zenéről, a jog physiologiájáról stb. Ez a polyhistor, a ki minden téren kiválót alkotott, egy szerény, kedves öreg úr, élénk, átható, de jóakaratú tekintettel, egyszerű ruhában, minden mesterkéltséget kerülve — ez a fehérhajú aggastyán, kihez rajongásig vonzódnak volt tanitványai — hazánk szülötte. Egyike annak a sok magyarnak, ki e század közepén Bécsbe ment tanulni s azután ott maradt s az egyetem egyik dicsősége lett, de soha a hazája iránti érdeklődést el nem veszitette.

A tiszteletére kiadott kis füzet felsorolja iskolájának irodalmi tevékenységét. 391 dolgozat került ki intézetéből és 122 szerző nevét viselik azok. Ezek között 45 azóta tanár, 17 pedig docens lett a legkülönbözőbb országok egyetemein, Norvégiától Dél-Amerikáig. Stricker szellemét elterjesztették tanitványai a művelt világban mindenütt, mert nincs közöttük senki, ki hálával ne gondolna vissza erre a modorában erős, idealismusában erősebb, jellemében legerősebb emberre.

*Nékám.*

***

☒ **A madridi hygienei congressus.** Február 25-dikén népes értekezlet volt az orvosegyesület helyiségeiben a IX. (madridi) nemzetközi hyg. és demogr. congressus tárgyában. Pertik tanár elnök röviden ismertette a congressus programmját, Pekár Gyula Spanyolország vonzóerőiről beszélt, Nékám titkár pedig az utazásra vonatkozó practikus útbaigazításokat adott. Ezek szerint a *leggyorsabb* összeköttetés Madridba a Párison át való Orient-, illetőleg Sud-Express-szel. Menettartam 58 óra, egy menet ára 250 frt. Legolcsóbb a Budapest-Milano-Marseille-Barcelona-Madrid vonal, mely 84 órát tart, s 170 illetve 130 frt I-ső illetve II-dik osztályon. Körutazás Budapest-Milano-Marseille Barcelona-Madrid-Biarritz-Lyon-Innsbruck-Budapest 60 napi érvénynyel 320, illetve 240 frt I-ső, illetve II dik osztályon. Párist is érintve: Budapest-Milano-Barcelona-Madrid-Biarritz-Páris-Basel-Budapest, ára 270—230 frt I-ső osztály, 193—170 frt II-dik osztály, 167 frt tőlünk Svájczig III-dik, különben II-dik osztályon.

Czélszerű lesz Cook-féle couponokból néhány darabot vinni túlmagas hôtel-számlák elkerülésére.

Ha valaki a congressus látogatását egy körúttal kivánja kapcsolni, ajánlhatjuk a következő két útiterv egyikét vagy másikát:

*Útiterv 4 hétre: IV/1 este indulás Budapestről;* IV/3—5. St. Remo, Menton, Monaco, Nice, Cannes, Marseille; IV/6. Arles—Nîmes; IV/7—8. Barcelona; IV/9. út Madridba; IV/10—16. *Madrid* (Toledo, Escorial, Aranjuez); IV/17. Cordoba; IV/18—19. Sevilla; IV/20—21. Granada; IV/22. út Burgosba; IV/23. Burgos; IV/24—28. St. Sebastian; IV/29. Biarritz, Pyrenaeusok; IV/29. indulás haza; V/1. megérkezés Budapestre. *Útiterv 6 hétre*: III/25. Indulás Budapestről; III/27. Milano, Certosa; III/28. Genua; III/29 - IV/1. San Remo, Menton, Monaco, Nice, Cannes; IV/2—3. Hyères—Marseille; IV/4. Arles—Nîmes; IV/5—7. Barcelona, Monserrat; IV/8 Saragossa; IV/9—16. *Madrid* (Toledo, Aranjuez, Escorial); IV/17. Cordoba; IV/18—19. Sevilla; IV/20. Cadix, hajóra szállás; IV/21. hajón Tanger, Gibraltar; IV/23—24. Granada; IV/25. út Burgosba; IV/26—27. Burgos, St. Sebastian; IV/28. Biarritz, Bayonne; IV/29—V/3. Pyrenaeusok; V/7. indulás haza, érkezés Budapestre. Utlevél nem okvetlenül szükséges, de czélszerű. A spanyol vonalak 50% engedményt adnak.

A spanyol főtitkárságtól nyert legújabb értesítés alapján közölhetjük, hogy nemcsak a spanyol, de még a franczia és az olasz vasutak is ötven százalék személyjegy-árengedményt adnak a congressusra utazó, igazolványnyal ellátott tagoknak. Ilyent *11* forintért Petrik Ottó tanárnál (IV., Gróf Károlyi-utcza 16., földszint) lehet váltani folyó hó 17-dikétől kezdve. Az odautazásra szóló jegy Spanyolországban folyó hó 20-dikától április 10-dikéig bezárólag érvényes, tehát a congressus megnyitásának napján már Madridban kell lenni. Az 50% engedmény az összes Spanyolországban teendő kirándulásokra is érvényes. Ily kirándulásokat Toledoba, az Escoriába és Andalusiába (Sevilla, Cordova, Granada stb.) az intéző bizottság is rendez, nem kell tehát a nyelvismeret nehézségeitől félni. A Budapesten megváltható Cook-féle, vagy a Riviera valamelyik állomásán (pl. Nizza,) vehető *Gaze*, *Lubin* vagy *Voyages économiques*-fêle hôteljegyek érvényesek lesznek az utazás egész tartama alatt.

A vasúti jegy ára ilyenformán 100 forintot alig fog az egész úton meghaladni, combinált I—II. osztályt véve. Az egész útiköltséget egy négy hetes tartózkodás esetében mintegy 500 forintra lehet előirányozni, mely bizonyára kis összeg ama páratlan látnivalókkal szemközt, melyek ezen az úton kinálkoznak.

**A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. február 19-dikától 1898. február 26-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 520 gyermek, elhalt 219 személy, a születések tehát 301 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob 3, hökhurut 2, kanyaró 1, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz —, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 11, agyvérömleny 9, rángások 4, szervi szívbaj 18, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 34, tüdőgümő és sorvadás 39, bélhurut és béllob 11, carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák 3, Bright-kór és veselob 6, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 17, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 9, erőszakos haláleset 13. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2429 beteg, szaporodás 684, csökkenés 643, maradt e hét végén ápolás alatt 2470. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. február 26-dikától márczius 5-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 22 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 37 (meghalt —), vörhenyben 35 (meghalt 2), kanyaróban 69 (meghalt 0), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 24 (meghalt 4), trachomában 15, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 12 (meghalt 0), orbánczban 22 (meghalt —), gyermekágyi lázban 0 (meghalt —).

— **Kórházi kimutatások.** A *marosvásárhelyi* országos kórházban — mint azt *Marosi Kálmán* dr. műtő, kórházi igazgató jelentéséből olvassuk — az 1897-dik év folyamán 1766 egyén nyert ápolást, belbetege volt 1276, sebbeteg 480, szembajos 127, szülészeti eset 13; 69 nagyobb, 230 kisebb műtétet végeztek. Az ápolási napok száma 47,933 volt. Orvosok voltak alkalmazásban az igazgatón kivül: *Kozma Jenő* dr. osztályos orvos, *Hints Elek* dr. másodorvos, *Nyerges Gábor* dr. segédorvos. — A *kolozsvári „Karolina“ országos kórház*-ban az 1897-dik évben *Engel Gábor* egyetemi tanár és kórházi igazgató kimutatása szerint 2283 fekvő és 13,395 járó beteg nyert ápolást és orvosi segélyt; sebklinikai műtétet 689, szemklinikait 173 esetben végeztek. A kórház most már a közoktatásügyi ministerium alatt áll, egyes osztályai klinikáknak felelnek meg és az orvosi szolgálatot azokon az illető szakok tanárai és segédjei teljesitik. Az új klinikák épitését már elkezdették.

— **Egyetemi alkalmazást nyertek:** a gyógyszertani intézetben mint I. tanársegéd *Vámossy Zoltán* dr. (meghosszabbitás), *Manninger Vilmos* V. év. o. t. h. mint díjazatlan gyakornok; az élet- kórvegytani intézetben *Doktor Károly* dr. mint tanársegéd; a II. belklinikán *Gebhardt Ferencz* dr., *Rudán Ruffo* dr., *Molnár Sándor* dr. mint díjazatlan gyakornokok; az I. sz. sebklinikán *Rhimer Béla* dr. mint I. tanársegéd, *Illyés Géza* dr. mint II. tanársegéd, *Bodon Károly* dr. mint díjazott műtőnövendék; az elme- és idegkórtani intézetben *Ringer Gyula* szig. orvos és *Záborszky István* dr. mint díjazatlan gyakornokok.

— **Kinevezés.** *Schmidt Imre* huszti járásorvost a földmivelésügyi m. kir. minister a bustyaházi m. k. erdőhivatal kerületébe kincstár erdészeti orvossá nevezte ki.

— **Zboray Béla** budapesti gyógyszerészt és a „Magyarországi gyógyszerész-egylet“ elnökét a belügyminister 6 évre az országos közegészségi tanács rendkivüli tagjává kinevezte.

— **A szülészeti poliklinika** segélyét február hóban 180 esetben vették igénybe 135 esetben nappal, és 48 esetben éjjel, műtét végeztetett 120 esetben.

— **A budapesti általános poliklinika** segélyét 1898. február havában 1987 egyén vette igénybe 10,667 esetben.

† **Elhunytak:** *Körmendy Ferencz* dr. 72 éves korában Puszta-Kovácsiban. — *Lőrinczy Ferencz* dr. nyug. belügyministeri titkár, a „Közegészségügyi Kalauz“ szerkesztője Budapesten 52 éves korában.

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.

**Téli kúra** rheumatikus bajok, köszvény, ischias stb. ellen **a Szt. Lukács-fürdőben Budapest.** A szállodák és fürdők egy épülettömböt képeznek. *Minden helyiség jól fűtve van. Meghülés kizárva.* **Kénes iszapfürdő.** Külön fürdők. Douche-massage stb. Felvonó a vizben. Lift. *Lakás és teljes ellátás hetenként (közepes ár 25 frt).* Prospectust küld az igazgatóság.

# TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (IX. rendes ülés 1898. márczius hó 5-dikén) 134. l. — Közkórházi orvostársulat (IV. bemutató szakülés 1898. február 23-dikán) 136. l. — Országos Közegészségi Egyesület. (Évi közgyülés 1898. márczius 9-dikén.) 137. l. — Kir. Magy. Természettudományi Társulat. (Élettani szakosztály ülése 1898. márczius 1-jén.) 137. l.

## Budapesti kir. orvosegyesület.

(IX. rendes ülés 1898. évi márczius hó 5-dikén.)

Elnök: **Réczey Imre**; jegyző: **Dieballa Géza.**

### Hólyagkitüremlés gyökeresen mütett két esete.

**Herczel Manó**: I. Sz. M., 25 éves asztalos. Születésétől kezdve állandó vizeletcsurgásban szenved, melynek oka veleszületett képződési rendellenesség a mesogastrium alsó felében: *ectopia vesicae.*

E baja miatt *hajtotta végre Herczel a radicalis műtétet 1897. deczember 20-dikán chloroform-*, folytatólag *aether-narcosisban*, még pedig akként, hogy *a hólyagot teljesen kiirtotta s az uretereket a vastagbélbe beültette.*

A kifordult hólyagot először felül praeparálta le a hasfalról, egész a hasűr megnyitásáig, íves metszéssel. Azután az alsó segmentumot választotta le a prostatikus részről, bal mutatóujjának a hasűr felől gyakorlott ellennyomása mellett. A metszvonal az ureterek szájadzását aláfelé 1½ cm.-rel kerülte meg. A vérzést catgut-körülöltésekkel csillapitotta. Most következett az ureterek szabaddá tétele, a mi nagy vigyázattal történt, az edények és ureterek megsértése nélkül. Az ily módon szabaddá tett s pusztán az uretereken csüggő hólyagcsonk megkisebbittetett annyira, hogy csak az ureter-szájakat magában foglaló részt tartotta meg 4 cm. hosszúság-, 2 cm. szélesség-, s 1 cm. vastagságban, mely részletnek hasűri felülete körülbelül 2 krajczárnyi területen peritoneummal fedett.

A flexura sigmoideába való inplantatiót olykép végezte, hogy az előhúzott vastagbélben hosszirányban ejtett, 5½ cm. hosszú rést haránt irányban szétvonatta s az igy nyert haránt résbe varrta be a hólyagcsonkot és pedig a bélseb alsó szélét a hólyagcsonk felső, a bélseb felső szélét a hólyagcsonk alsó szélével egyesitve, 8, illetve 11, az izomrétegeket magukba záró, a nyálkahártyát kimélő varratokkal. A varratok biztositására 15 finom sero-serosus selyemvarrat alkalmaztatott másodsorban.

Az ureterek igy szabadon szájadztak a bélűrbe s a haránt irányban való bevarrás által kevésbbé csavartak, mint a másik bemutatandó esetben, midőn is hosszirányban varrta be a hólyagcsonkokat a bélbe. Végül a hasfal sebét szűkitette a rectus izomzatát összehúzó néhány varrattal, a hólyag bélvarrat alá jodoform-csikot vezetve mull-kötést alkalmazott. A végbélbe bourdonnet vezettetett.

*Lefolyás* teljesen zavartalan, normalis hőmérsékkel, jó közérzettel, 1898. január 15-dikéig. Deczember 28-dikán eltávolittatott a végbélcső, mire vizeletét 5—10 p.-ig tudta már tartani. A végbél continentiája lassan emelkedett, úgy hogy pár hét alatt *s jelenleg is már 3 óráig tartja vizeletét, éjjel is, midőn a vizelési ingerre felébred.*

Az első három kötésváltásnál, műtét után 4-, 10- és 12-ed napon, folytatólagosan eltávolittatik a hasűrbe nyuló jodoform-gaze-csik, mire a seb szépen sarjadzott, váladékot alig termelt. *A hasűr sebe február 10-dikére teljesen záródott. Elölről sohasem ömlött egy csepp vizelet sem, úgy hogy a bélhólyagvarrat teljesen hibátlanul, per primam gyógyult.* Csak egy izben volt a reconvalescentia zavarva, a mennyiben január 15-dikén hirtelen rázó hideggel lázrohamot kapott 39·9° C. hőmérsékkel. A penis, az urethra nyálkahártyája duzzadt, a funiculus spermaticus, vas deferens fájdalmasak. Tiz nappal később a bal corpus cavern. penis tövén egy mogyorónyi tályog keletkezett, melynek incisiójára kávéskanálnyi, sűrű sárga geny ürült. Ettől kezdve a lefolyás ismét teljesen zavartalan volt.

*Jelenleg a vizelet napi mennyisége 1240—2300 cm³, 1010—1018 fajsúlylyal. A filtrált vizelet sem fehérjét, sem genyet, sem górcsövi alakelemeket nem tartalmaz.* Beteg kitünően érzi magát, boldog, hogy a műtéttel continentiát nyert, mohón eszik, súlyban gyarapszik.

II. *A második esetet, egy öt éves fiút, Herczel 1897. október 23-dikán már bemutatta* az orvosegyesületnek. Azóta figyelemmel kiséri, vajjon nem fejlődik-e a gyermeknél ascendens ureteritis, pyelitis s pyelonephritis? *Eddigelé kitünően érzi magát.* A napi vizeletmennyiség 1000—1200 cm³ közt ingadozik 1012—1013 fajsúlylyal, *igen kevés fehérjét, sem genyet, sem alakelemeket nem tartalmaz.* A fiú *öt óráig is visszatartja minden nehézség nélkül a vizeletét,* mire azt hatalmas sugárban a végbélen át üriti ki.

Súlyban folytonosan gyarapszik.

### Gégepapillomák egy ikerpárnál.

**Baumgarten Egmont**: A bemutatott leánykákat 1894. év őszén hozták a Stefánia-gyermekkórház rendelésére; az ikerleánykák annyira hasonlítanak egymásra, hogy szülei is alig tudták egymástól megkülönböztetni. 1892. októberben mint egészséges szülők ötödik, illetve hatodik gyermeke születtek. Az anya fluor albusban szenvedett, a negyedik gyermeknek születése után ophthalmoblennorrhoeája volt; a fluor az ikrek születésénél is megmaradt, a szülés több óráig tartott. A gyermekek hangja mindig rekedt volt, és már az első hónapokban sokat szenvedtek hangrésgörcsben. Húsz hónapos korában az egyik leánynak már hangtalan lett, nehéz légzés miatt mindig gyakrabban intubáltatott. Csak többszöri gégevizsgálat után sikerült a gyermek makacssága miatt a gégepapillomákat kórismézni. 1895. januárban a kórházban légcsőmetszés végeztetett. A második leánykát gégetükrözni még nehezebb volt és csak akkor sikerült, midőn ő nála is légzési nehézségek jelentkeztek. Márcziusban lázas lett, a gégében és papillomákon croupos lepedék volt látható, serummal kezeltetett, egy pár napra reá a gége tisztult, sőt a papillomák lényegesen zsugorodtak, de nemsokára ismét megjelentek és 1895. juniusban ő nála is légcsőmetszést végeztek. Előadó a papillomák eltávolitását gyakran megkisérlette, de hasztalan, mert egy üléstől a másikig ismét kiújultak, akkor is, ha egy ülésben még annyit eltávolitott is. A műtéteket gyakran elodázni volt kénytelen, részint azért, mert a leánykák nem engedelmeskedtek, részint pedig azért, mert gyakran tüdőhurutban szenvedtek. A papillomák oly annyira megnőttek, hogy a gégét teljesen kitöltötték, sőt a nyelv lenyomásánál golyóalakban szabad szemmel is láthatók voltak. Az első leánynál lefelé is terjedtek, úgy hogy a canule-t veszély nélkül változtatni alig lehetett. 1895. szeptemberben nála laryngo-tracheofissiót végzett előadó a kórházban. A gége és légcső a műtét után még 9 napig nyitva tartatott, minden második napon a műtétnél visszamaradt papillomákat narcosisban kikaparta és elégette, de a papillomák mégis kiújultak, csak a canule változtatása történhetett veszély nélkül. 1896-ban is gyakran távolított el papillomakát, de czélhoz nem jutott, mert mindig újra nőttek. A második gyermeknél is lefelé nőttek a papillomák, a canulevaltozás szintén veszélylyel járt, mert a canulenyiláson át egész gombolyag újképlet türemkedett ki, de előadó az általa ajánlott chromsavégetéseket használta és ez által a második gyermeknél a laryngo-tracheofissio nem vált szükségessé, mert a papillomák rövid idő mulva a trachealis nyilásnál zsugorodtak. 1897-ben új papillomák a trachealis nyilásnál már nem mutatkoztak és midőn őszszel ismét megkisérelte előadó az általa nagyon hasznos és egyszerűnek bizonyult Lőri-féle eljárást alkalmazni, végre a kiújulások megszüntek. Míg az első leánykánál kénytelen volt minden egyes papillomát egyenként eltávolítani, a másik gyermeknél azt tapasztalta, hogy a legtöbb papilloma magától zsugorodott. A gyermekek újév óta csukott canule-lel maradhatnak, hangjuk megjött és jól fejlődtek. A canule-ök két—három hó mulva eltávolíthatók. A Lőri-féle műszer fémcatheter, mely a csúcstól 2—3 mm.-nyire elől, hátul, jobb- vagy baloldalt ovalis, élesszélű kivágással bir.

*Némai József*: Csak a műtétel módjához akar hozzászólni. Szóló a gégepapillomákat kiváló előszeretettel operálja a Lőri elvei szerint készült műszerrel, de a melyet módositott. T. i. a Lőri műszere puha pakfong-catheter éles ablakkal, és nagy mennyiségű catheterre van szükség, sőt összenyomott catheterei is vannak. Ezen segitendő, olyan cathetert szerkesztett szerző, melyen aczélilleszték van, és ebbe van beleköszörülve egy éles ablak, mely különböző állásba illeszthető, ez féltuczat cathetert pótol.

A catheterrel való operálása a papillomáknak annyira jó, hogy szóló előtt más eljárás nem is kivánatos. A recidivák ezen módnál is, a laryngofissio útján való operálásnál is előfordulnak.

*Baumgarten Egmont*: A recidiva bármely esetben beállhat. Néha megszünik, de ezen esetek ritkák.

### Amyotrophiás lateralsclerosis esete bulbaris hűdési tünetekkel.

**Hajós Lajos**: A 43 éves férfi 1½ év előtt betegedett meg. Első tünetekként a karokban, majd a lábakban jelentkező húzódás, fájdalmas merevség érzete jelentkeztek, melyekhez csakhamar általános izomsorvadások és nagyfokú elerőtlenedés járultak. Körülbelül ezzel egyidejűleg beszélőképessége is megromlott, valamint nyelése is nehézzé lett; ha vizet ivott, az sokszor orrán át kicsordult. Megemlitendő, hogy a beteg gerinczoszlopa születése óta oldalra elferdült. Egy hónap óta hólyagparesis.

Physikalis vizsgálata nagyfokú izomatrophiákat mutat, melyek az egész testen elterjedettek, de legkifejezettebben a nyak, a vállöv és a felkarok izomzatában.

Mindenütt spastikusan fokozott reflexek; az alsó végtagokon kifejezett Achylles ín- és patella-clonusok. Bal facialis alsó ága teljesen hűdött; uvula balra deviál; lágy szájpad petyhüdten lelóg. Ajak- és nyelv-consonansok alig ejthetők ki; nyelés nehezített; folyadék nyelésekor az kicsordul az orron át. Általános nagyfokú, durva erőhanyatlás, e mellett mindenütt kifejezett izommerevség; járás spastico-pareticus. Szemek részéről semmi abnormalis tünet. Bőrérzés quantitative és qualitative változatlan.

Bemutató az esetet typusos amyotrophiás lateral-sclerosisnak tartja. A gerinczferdeség és az izomatrophiák miatt szóba jöhetne a syringomyelitis is, de hiányzik minden érzészavar. A hólyagparesis nem typicus a kórképre, azt bemutató csupán véletlen complicatiónak tartja.

### Tetania typusos esete.

**Hajós Lajos**: A 40 éves nőbeteg egy év óta szoptat. Jelen baja egy hónap előtt kezdődött mindkét kéz rohamonként jelentkező fájdalmas görcseivel, melyek a kezek irótolltartását okozzák.

Physikalis vizsgálata az ulnaris idegek nyomására mesterségesen is előidézhető irótolltartásos tetanikus görcsöket, nagyfokú myotatikus irritabilitást és igen élénk Chvostek-tüneteket mutatott. Villamos vizsgálatnál már igen gyenge galvan-áramok is tetanusos contracturákat váltanak ki, melyek legkifejezettebbek a n. ulnaris és n. facialis részéről.

Bemutató ezen typusos tetania eset kapcsán kiemeli, hogy az infectio ezen kórképnél bizonyos praedilectióval választ ki egyes idegtörzseket, melyek részéről úgy a spontan jelentkező, valamint a Trousseau-fogásával mechanice kiváltott tetanusos görcstünetek dominálnak; ezen felfogásának igazat ad a villamos vizsgálat is, mely csupán ezen kiválasztott idegek részéről mutatja a tetaniára jellemző tonikus görcsöket.

### A tabes therapiája.

**Sarbó Arthur**: Kiemeli, hogy csupán az aetiologiai oldalát a kérdésnek veszi tekintetbe és e szempontból beszél a tabes therapiájáról, annak tüneti kezeléséről nem szól. Kiindulva abból a tételből, hogy minden tabeses esetben a kórokozó a syphilis, súlyt helyez ennek prophylaxisára. Tekintettel arra, hogy sok tabes esetben a jelen volt lues alig vagy egyáltalán nem kezeltetett (e tétel bizonyítására eseteket hoz fel), hangsúlyozza a syphilis kitartó kezelésének fontosságát. A tabes klinikai képében a *lancináló* fájdalmak azok, a melyek legelőbb lépnek fel, ezeket előadó mint gyöktüneteket fogja fel és azon nézetének ad kifejezést, hogy a tabes kóroka ellen irányuló kezelésnek ebben a szakban kell, hogy leginkább hatása legyen. Ily kezelés az antilueses eljárás, mely, ha van hatással a tabeses folyamatra, úgy ebben a kezdeti szakban a legczélszerűbb kell hogy legyen. A mikor már kieséses tünetek vannak jelen, a tabes gyógyulásáról szó nem lehet többé, akkor a tovább kifejlés megakadályozása lehet czélunk és ezt szintén a kórok ellen irányított kezeléssel, tehát az antilueses eljárással érhetjük el. Vitatja ezután azt a kérdést, hogy az antilueses kezelés káros-e vagy sem és arra az eredményre jut, hogy nem káros. Az alkalmazás feltételeiül *Erb* indicatióit fogadja el, megtoldva őket a következő pontokkal:

1. Tekintettel arra, hogy van jogos okunk feltenni azt, hogy minden tabes kórelőzményében a syphilis szerepelt, az antilueses gyógyeljárás megkisértése *minden* tabes-esetben indokolt, az egyéni sértés elvei fentartása mellett.

2. A tabesnek minél koraibb szakában alkalmazzuk az antilueses eljárást, annál inkább remélhető, hogy azt kifejlődésében megakadályozhatjuk.

3. A tabeses korban fellépő szemizomhűdések minden esetében alkalmazzunk antilueses eljárást.

Az eljárás, melyet előadó követ, a következő: kenőkúrából (3—4 gm. ung. hydr. cin. pro die) két cyclust (30—40 gm.) végeztet, megfigyelve az egyén ellentállási képességét, ha jól tűri, folytatja a kenőkúrát, míg 120—160 gm. ung. hydr. dörzsölt be. Ezután jodkalit (1—2 gm. pro die) adagoltat 1—2 hónapon át, majd újra 8—10 cyclus kenőkúra, úgy hogy 250—300 gm. ung. hydr.-t dörzsöltet be, utána enyhe hidegvizkúrát alkalmaz. Az egész idő alatt súlyt kell helyezni jó és bő táplálkozásra. Ha az első két cyclus után azt veszszük észre, hogy az egyént a kenőkura nagyon megviseli, pl. nagy testsúlyveszteség áll be, kihagyjuk azt és jodkalit adagolunk 3—4 héten át és azután újból kenőkúrát alkalmazunk, óvatosan haladva ekként 2—4 heti megszakításokkal.

A következő évben újból ajánlatos egy 8—10 cyclusú kenőkúrát végezni.

Az antilueses eljárás eredményeinek megitélésénél még sok pont kérdéses. Hogy hatása van, azt egyes tünetek prompt megszünéséből következtethetjük. Azon kérdés, vajjon az antilueses eljárással a tabes további menetét megakadályozhatjuk-e vagy sem, az eddigi közölt esetek alapján el nem dönthető, ehhez hosszabb észlelési idő szükséges. Úgy, hogy összegezve az eddigi tapasztalatokat, ezt mondhatjuk, hogy ha végleges itéletet az antilueses eljárás gyógyító, illetve prohibitiv volta felett nem is alkothatunk még, vannak jeleink, melyek arra látszanak utalni, hogy ily irányban eredményesen alkalmazhatjuk az eljárást és tekintetbe véve ártalmatlan voltát, a fent kifejtett indicatiók alapján minden tabes-esetben megkisértése indokolt. Az antilueses eljárással kapcsolatosan szükséges még a testet erősítő, roboráló eljárást is alkalmazni, mint a milyen a jó táplálkozás, vas, arsen-készitmények szedése, enyhe hidegvizkúra, villamozás, massage.

*Kétli Károly*: Annyi bizonyos, hogy a tabes dorsalis és a lues között bizonyos összefüggés áll fenn. Ezt *Fournier*, *Erb*, *Gowers*, különösen *Moebius* hangsúlyozták. Ez utóbbinak megbizhatósága és különösen statistikája oly benyomó és élénk, meg nem czáfolható alapot teremtett, hogy az orvosok elfogadják és szólónak az utóbbi évtizedekben tett saját tapasztalatai is megerősitik azt a nézetet, hogy a legtöbb esetben tabesnél a luest kimutatni sikerül. Úgy hogy már Leyden és szükkörű iskolája kivételével elfogadják, hogy a tabesek 90%-a, Moebius szerint 10%-a lueses volt. Szóló esetei is azt mutatják, hogy bizonyos nexust a lues és tabes között ez alapon tagadni nem lehet. Persze a pathogenesisre és a nexus lánczolatának folytonosságára nézve minden lánczszemet követni nem sikerül és ezért a tabest bár luesből eredettnek nyilvánítja, de nem direct luesnek, hanem postlueses eredetűnek, melynél parenchymás degeneratio áll fenn, mely hogy primaer-e, secundaer-e, más capitulumra tartozik.

Az oki összefüggést a legtöbben és szóló is elfogadja. Hogy ezen alapon tovább menjen, közbeszövi szóló, hogy igaz előadónak azon állitása, hogy a betegnek legelső panasza a villámszerű fájdalom, de hogy ez egyúttal az első tünet is, ebből nem következik, mert azon néhány száz esetben, melyet szóló észlelt, sokszor látta, hogy a lancináló fájdalmak mellett a szemen is volt már elváltozás, csak a beteg nem tudott róla, mert nem okozott neki nehézséget. Ilyen a reflectorius pupillamerevség. Ezért nem merné állitani oly határozottsággal, hogy a lancináló fájdalmak az első tünet.

Nem osztja szóló előadónak azon állitását sem, hogy elég két kardinalis tünet a tabes kórismézésére, t. i. a lancináló fájdalmak és a térdphaenomen. Szóló a reflectorius pupillamerevséget is szükségesnek tartja a tabes diagnosisához. Csak ezen trias jelenlétében mondhatjuk ki a tabes-diagnosist. De ezt is csak közbevetőleg mondja.

Legfontosabb thema a tabesnek therapiája kénesővel. Ezen kérdésnek objectiv megvitatása minden esetre a leghálásabb thema, mert ha eredményre visz, annak hasznát a beteg látja és ez a főfeladatunk. Szólónak szerényebb körű tapasztalatai, szembeállitva *Erb* és *Fournier* adathalmazaival és másoknak hasonló értelemben tett közléseivel, nem jogositják őt fel arra, hogy előadó nézete mellett foglaljon teljesen állást. Mert ha a tabest tényleg lueses eredetűnek tartják is, vagy ha a tabes lueses mezőn terem, akkor még ezen felvétel legvérmesebb barátai is (Moebius) kijelentik, hogy ez postlueses állapot és nem a luos virus direct hatása, hanem ismeretlen toxinok átalakulása hozza létre az elváltozást, mely a hátsó kötelek degeneratiójában nyilvánul. Ha ez igy van és tán igy is van (legtöbbször évek mulva jelennek meg a tabes tünetei, az első infectio után 10—15—20 év után), akkor ezen átalakult toxin ellen eddigi tapasztalataink szerint hiába küzdünk kénesővel, de hiába küzdünk a toxin által támasztott degenerativ folyamattal is. Ha ezek felléptek lancináló fájdalmak alakjában, hacsak egyszer is, azt többé kénesővel befolyásolni, visszafejleszteni nem sikerül. Egyetlen egy esetben sem sikerült szólónak a tabest, feltéve, hogy a diagnosis helyes volt, kénesővel megjavitani, de azért nem következik, hogy a kéneső ne legyen hatalmas szer; ezt alkalmazni fogjuk, a hol tabessel, syphilissel találkozunk, mert a syphilist gyógyitani kötelesség. S mert vannak esetek, melyekben a syphilis teljesen hiányzik és a látszólagos tabestünetek bekenésre javultak, feltehető, hogy itt a latens syphilis visszafejlődik. Igy minden esetben, melyben syphilistünetek mellett tabes van, a syphilist kezelni kell és a hol csak gyanú is van, ott is megengedi szóló az antilueses kúrát azon cautelákkal, melyeket előadó emlitett. De ha egyszer diagnostizáltuk a tabest helyesen, akkor a kezdeti tünetek sem javulnak, ha a legerősebben és leghosszabban is kezeltetett kénesővel.

Arra nézve, hogy a kéneső árthat-e, szóló nem merne egész könnyen előadó nézetéhez csatlakozni, hogy a kéneső nem árthat; bár igaz, hogy csak a kénesőnek oly határozott ellenesei, mint Leyden, hoznak fel példákat a kéneső ártalmas voltáról. De nem tagadható, hogy a kéneső hatalmasan hat és ha szükség nélkül alkalmaztatik, gyengiti az organismust és akkor az organismus egyetlen fegyvere, az erőssége fogy és igy a tabest esetleg előmozdithatjuk. Ezért a kezelésnél számbaveendő, nem ártunk-e?

*Donáth Gyula*. Szóló nem mondotta, hogy a syphilis nem lehet oka a tabesnek, csak nem lehet elfogadni azt, hogy a syphilis legyen kizárólagos oka a tabesnek. A mi a statistikát illeti, szóló kijelentette, hogy a statistika tisztán számbeli művelet, mely nem képes a causalis nexust kimutatni, csak a quantitativ összefüggést. De a causalis nexust csak a mindent felölelő lényegből lehet kideriteni. Nyers példaként felhozza, hogy ez épen olyan, mintha azt mondanók, minden ember, a ki kabátot visel, meghal. Ez csak relatio. De lehet, hogy a syphilisnek és tabesnek közös oka van, pl. a nemi excessus vezethet syphilisre és tabesre. Még ha 100% is van, ez nem mutatja a causalus nexust. Szóló azt hiszi, hogy a syphilisnek jelentékeny szerepe van a tabesnél, tehát szóló előadótól a lényegben nem különbözik. Annyiban sem, hogy szóló kórházi és privatpraxisában bőven alkalmazza az inunctiós kúrát tabesnél, különösen, ha a syphilist sikerült kimutatnia. Mindig azon reményben teszi, hogy a syphilis lehet elősegitője a tabesnek és ezen elősegitő momentumot le kell küzdenünk. Magától értetődik, hogy a parenchymás elfajulást leküzdeni nem vagyunk képesek. Szóló újból hivatkozik multkor emlitett esetére, ép úgy emlit most egy nőt, kinél tabes van jelen és syphilis ki nem mutatható. Hereditaer syphilis után a serdülő korban fellépő tabes hatalmas argumentum a lueses eredet mellett és mégis lehet, hogy nem egyedül a syphilis okozza a tabest, tán en ek valamely degenerativ folyamata. A syphilis a tabesre disponáló momentum. De ilyen disponáló momentum a veleszületett gyengesége az idegrendszernek. Ezen több ismeretlenű egyenletben ez is egy tényező, mert az ilyen szervezet kevesebb ellenállást fejt ki a syphilis befészkelődése ellen. Igy áll a dolog dementia paralyticánál is.

Szóló osztja előadó nézetét, hogy óvatos bekenési kúra ritkán árt a betegnek és igy kétes esetekben is najlandó adni.

Szóló sem tartja a lancináló fájdalmakat mindig első tünetnek, bár a többségében az eseteknek tényleg az első tünet, mégis a szemtünetek megjelenéskor az idegorvos lancináló fájdalmak nélkül is tabesra vagy dementiára gondol, a mi a két bántalom rokonságát is mutatja.

*Tihanyi Mór*: Kifogásolja, hogy az előadó szem elől tévesztette az észszerű skepticismusnak azt a mértékét, melyet az orvosi kutatásban mindig be kell tartani, és hogy ennek folytán következtetéseit apodiktikus tantétek alakjába foglalta. Az előadó nagy reményeit, melyeket a tabesnek higany-gyógykezeléséhez fűz, már *Kétly Károly* tanár az ő bő tapasztalatai alapján nagyon leszállitotta. Szóló pedig az előadónak első tételét, mely szerint minden tabes-eset syphilises alapon fejlődik és hogy az előrement bujakór képezi a tabes kizárólagos vagy legalább

kivétel nélkül minden esetben fő kórokát, szintén nem tartja elfogathatónak. — *Donáth Gyula* tanár igen meggyőző módon érvel e felfogás ellen, midőn hangsúlyozta, hogy semmiféle kóros elváltozásról sem mondható, hogy kizárólag csakis egy tényező okozhatja, és midőn másrészt azon esetekre hivatkozott, melyekben a bujakór a lehető legnagyobb biztossággal ki volt zárható és a melyekben mindazonáltal tabes fejlődött ki. — *Róna Sámuel* tanár megforditotta az érvelést és a mult ülésen azt kézdezte, hogy, ha csak a syphilis oka a tabesnek, miért látni a tabest oly ritkán nőknél és nevezetesen miért nem látja ezt a bántalmat gyakrabban pl. ő, kinek osztályán igen sok bujakóros nő fordul meg. Minthogy erre azt mondták, hogy ez onnan van, mert mire a bujakóron keresztül ment kéjnőknél a tabes kifejlődik, addigra már nem űzik többé a prostitutiót és igy nem kerülnek többé ezen osztályra; kijelenti a felszólaló, hogy nem tekintve azt, hogy vannak oly kéjnők is, kik két évtizednél tovább gyakorolják e mesterségüket, a rendőrorvosok akkor, midőn a kéjnők lakására járnak az orvosi ellenőrzés eszközlése végett, a kéjnőkön kivül azt a sok százra menő gazdasszonyt, házvezetőnőt, mosónőt, takarítónőt stb. is megfigyelik, a kik fiatal korukban kéjnők voltak, és ámbár legnagyobb részük kétségtelenül keresztülment a luesen, mégis nem lehet ezek között gyakran, vagy legalább feltünően gyakrabban észlelni a tabes fejlődését mint más nőknél.

Ezen körülmény is a mellett szól, hogy bár az esetek nagy részében az összefüggést, még pedig valószinűleg okozatos összefüggést a syphilis és tabes között nem lehet elvitatni, azt még sem lehet állitani, hogy a tabest minden esetben és kizárólag a bujakór okozza.

*Csapodi István* szemészeti szempontból fűz megjegyzést a therapiához. Lehet, hogy elfogult, mikor azt tartja, miképen a tabes, mint afféle degenerativ folyamat, a kenőkúrára rosszabbodhatik. A tabes kezdeti szakában azonban alkalmazza a kénesőt, de midőn már előrehaladt, midőn a látás rossz, nem adja többé.

*Sarbó Arthur:* A mi a tárgyi ellenvetéseket illeti, azt kell mondania, hogy két fontos tünet elég arra, hogy a tabes-diagnosist kimondja. Az oly typikus lancináló fájdalmak a térdreflex hiányával, elegendő lehet a tabes felvételére; biztositja a diagnosist, ha a reflectorius pupillamerevség is jelen van. De midőn arról van szó, hogy prohibitiv hatású eljárást alkalmazzunk, akkor a tabes gyanúja is elégséges már a megkisérlésre.

A mi a tabeses elváltozásnak lueses eredetét illeti, saját magát czitálja „ne várjunk sokat az antilueses kezeléstől, mert a tabes nem lueses elváltozás“. Ez volt a nézete, mikor Párisból hazajött, mikor még Charcot befolyása alatt volt. Azóta jelentek meg Erb közleményei, melyek a korai kezelést ajánlják. Eddig ezt nem tettük, mindig csak a kifejezett tabest kezeltük.

A mi a higanykúrát illeti, szóló is hangsúlyozta, hogy csak akkor adjuk erősebb mértékben, ha megyőződtünk a felől, hogy nem ártunk vele a betegnek.

A mi a Donáth hozzászólását illeti, hogy miért legyen a nemi excessus az ok és nem a syphilis, mely évtizedeken át benn van a szervezetben,' miért a nemi kicsapongás, lábizzadás visszafojtottsága legyen oka egy systema megbetegedésnek s nem a lues, azt szóló nem birja belátni. A lancináló fájdalmakról a multkor nem ismerte el Donáth, hogy az esetek legtöbbjében az első tünet, hanem azt mondta, hogy a szemmozgató izmok hűdése az első tünet és ma concedálja, hogy az esetek többségében első tünet.

Tihanyival szemben megjegyzi, hogy vérmes reményeket nem fűz az antilueses therapiához. Szóló csak azt látja, hogy külföldön alkalmazzák és eredményeket mutatnak föl és bár maga is a mellett volt azelőtt, hogy ne kezeljük a tabest kenőkúrával, de látva az eredményeket és tudva, hogy nincs más eszközünk a tabes ellen, miért ne próbáljuk meg?

Nőknél is van tabes, Moebius, Erb ezeknél is kimutatták legnagyobb részt a luest. Az nem érv, hogy a syphilidologok nem látják lueses nőknél a tabest, mert ezek akkor már az idegorvoshoz mennek.

Csapodi felszólalására megjegyzi, hogy előrehaladt tabesnél és gyenge egyéneknél nem alkalmaz kenőkúrát.

## Közkórházi orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1898. február 23-dikén.)

Elnök: **Boleman Isván**, később **Rákosi Béla**; jegyző: **Terray Pál.**

### Prolapsus uteri, a méh teljes kiirtása, gyógyulás.

**Elischer Gyula:** A radicalis operatio indicatióinak mérlegelése és a prolapsus uteri ellen újabban foganatosított műtétek ismertetése után, áttér a beteg kórtörténetére, melyből kitünik, hogy ezen esetben, épen tekintettel a méhtartaszok zsongtalanságára, a prolapsus nagy voltára és kifekélyesedésére, nemkülönben az egyénnek ez által munkaképtelenségére csakis a teljes kiirtás vezethetett czélhoz. A felmutatott kórboncztani készítményből a cervix hypertrophiája és a méh megnyúlása szépen látható. A teljes kiirtásnál nehézségeket okozott a plica vesico-uterinának álhártyák által kitöltött volta. A beteg 12-dik nap elhagyta az ágyat; miután azonban a hólyagos része a vaginának lereszkedett, annak bemutató *Sänger*-féle gátképlés által erősebb támpontot kivánt adni. A beteg sajátkezű hozzányulás által a seb fertőzve lett, s igy secundaer-varratra volt szükség, mely után az eredmény teljes.

### Czombütér sérülés esete.

**Hültl Hümér:** R. I. 24 éves kőfaragót november 15-dikén késsel megszurkálták. A beteg bélsárral, hányadékkal és vérrel erősen be van kenve, részeg, halvány, pulsusa nem tapintható. Sérülései a következők: *a)* a bal spina sup. ant. ileinél kezdődik egy függélyesen lefelé haladó, 12 cm. hosszú izomzatba hatoló, *b)* a bal czomb külső oldalán, a középső harmadban hosszirányú, 10 cm.-nyi, izomzatba hatoló, *c)* a czomb hátsó felszinén a középső és alsó harmad határán 4 cm. hosszú, csontig érő, harántirányú, *d)* a bal VII. borda felett a lapocz vonalában a bordával párhuzamos 6 cm. hosszú metszett seb.

A behozatalnál egyik seb sem vérzik. Tisztitás, desinfectio, varrat. Harmadnapra hőemelkedés, a sebek lobosak, varratok eltávolittatnak. Hat nappal az eset után a *c)* sérülésből erős vérzés, mely miatt a seb lefelé 8 cm.-es metszéssel fel lett tárva. Vérző edény nem találtatott. Jodoform-tamponade. Vérzés öt napon át szünetel. November 26-dikán kötésváltoztatásnál újólag erős vérzés. Szorgos vizsgálat, tamponade, végtag bepólyázása, suspensio. Estére vészes anaemia. Ujólagos revisiója a sebnek, melynek mélyéből jön elő a híg, piros vér. A lobos szövet miatt lehetetlen helyben a vérző edényt lekötni. Este 10 órakor mint életmentő műtét a czombütér lekötése, a profunda eredése alatt. Négy nappal a lekötés után a végtag térdig elhalt. Czomb-amputatio, mely minden szövődmény nélkül gyógyult.

### Czombütér sérülés esete.

**Hültl Hümér:** S. J. 30 éves, mészáros, deczember 13-dikán a mint egy leölt állat bőrét lenyúzta, megszúrta a czombját, mire őt azonnal a Rókusba hozták. A jobb czomb felső harmadában a mellső felszinen 1 cm. hosszú, egyenesszélű, igen erősen vérző seb. Beteg halotthalvány, a felső és középső harmad határán 8 cm. hosszú metszéssel boncztanilag meghatározott úton felkerestük a czombüteret. Egészen át volt vágva, közvetlenül egy a tömérdek izomba haladó ág kiindulása felett. A visszér körzetének fele szintén átmetszve. Az ütér mindkét csonkja, a ramus muscularis és a visszér két helyen alákötteteti. Seb egyesitése szűcsvarrattal. Lefolyás alatt hűvös, fájdalmas végtag, p. p. sebegyesülés. Jelenleg a jobb lábát valamivel gyengébbnek és hidegebbnek érzi, de egészen jól tudja használni.

### Vállficzam beigazitásánál fellépett hónaljütérszakadás esete.

**Hültl Hümér:** St. Pál, 50 éves, cseléd, előadja, hogy 1895. okt. 17-dikén a ló elütötte, ő törzsétől távolított jobb felső végtaggal elesett és karját kificzamította. November 4-dikén a felvételnél az elég jó karban lévő férfibeteg jobboldali typikus infracoracoidealis felkarficzam képét mutatja. Halánték üterei kanyargós lefutásúak. November 9-dikén chloroform-narcosis alatt repositio-kisérlet két ember húzása mellett. Az első kisérletnél a fej kimozdult, de az ízvápa szélét nem érte el. A második kisérletnél sem sikerült a beillesztés. Közvetlenül a második meghúzás után kezdett a hónaljban egy gyorsan növekedő (5 perez alatt három férfiököInél nagyobb lett) térfogatnagyobbodás támadni. A jobboldali alkaron hiányzik a pulsus. A diagnosist axillaris rupturára téve, a kulcsalatti üteret a kulcs felett lekötöttük. Egy másik a hónaljból a mellkasra ráterjedő 10 cm. hosszú metszéssel kitakarítottuk a nagy és feszülő vérömlenyt. Az ütér lekötése folytán a kar használhatósége alig szenvedt valamit, úgy hogy a beteg 1895. deczember 16-dikán javultan hagyhatta el az osztályt. Körte statistikája szerint 40 hónaljütérszakadás eset közül 30 halálosan végződött. Hogy nekünk kedvező lefolyást sikerült elérnünk, annak tudjuk be, hogy az üteret haladék nélkül lekötöttük, és hogy a feszülő vérömlenyt kitakarítva, megadtuk a lehetőséget a collateralis vérkeringés kifejlődésére.

### Igen nagy myelogen sarcoma az alszáron.

**Hültl Hümér:** P. A. 58 éves, napszámos. Beteg előadja, hogy két év előtt jobb szárkapocs csontja fejének megfelelőleg egy kemény daganata támadt, mely lassan, de mindig nőtt, úgy hogy ő még egész mult évben „csizmában tudott járni“. Mult év vége felé a daganat puha lett s azóta rohamosan nőtt. Jelenleg a jobb térdizület alatt kezdődik egy 58 cm. körfogatú, éles határú, ruganyos tapintatú daganat, melynek hossza 32 cm. Felette a bőr igen megvékonyodott, az alszár visszerei tágultak. Eddig metastasisnak nincs nyoma. Therapia amputatio a czomb középső harmadában.

Előadó azt tartja, hogy az utolsó években ilyen igen nagy tumorok ritkábban kerülnek észlelés alá, mint azelőtt. A lefolyt 3 év alatt a II. seb. osztályon csak a következő extrem nagyságú daganatokat észlelhette: 2 sarcoma diffusum cutis, 2 perisperimitis, 1 óriási sarcoma a czombon, 1 lipoma colli, 1 rectio sarcoma az állkapcson. Ezeket photographiákon demonstrálja.

### Syndesmitis ossificans vagy osteosarcoma pedis?

**Hültl Hümér:** S. J. 42 éves, napszámos, két év óta veszi észre, hogy bal bokaizülete dagad, fájdalmakat soha sem érzett, járásban sem nagyon gátolta a daganat, csak lába fárad ki hamarább. A bal bokaizület helyét egy éleshatárú, gyermekfejnyi daganat foglalja el, mely a láb mozgatásával velemozog. A daganat körfogata 32 cm., benne mindkét bokát ki lehet tapintani. A daganat helyenként fibrosus, helyenként csontos tapintatú, nevezetesen a külboka mellső széle előtt egy diónyi, csonttapintatú, minden irányban elmozdítható képlet tapintható. Nyomásra

sehol sem fájdalmas, felette a bőr normalis, redőbe szedhető, az alszár visszerei erősen tágultak. Röngten sugarakkal készült photographián látható, hogy a bokák és a sarkcsont épek. A tumor csontos részeinek árnyékképe homályos folt alakjában vehető ki.

(Folytatása következik.)

## Országos Közegészségi Egyesület.

(Évi közgyülés 1898. márczius 9-dikén.)

*Müller Kálmán* elnök behatóan kidolgozott elnöki megnyitójában az ország közegészségügyi viszonyait birálgatja. Konstatálja, hogy általános a panasz közegészségügyünk rosszasága miatt s e panasz jogosult. Annak kutatása közben, mi volna gyógyító szere a rossz állapotnak, a következőket jelöli meg, mint a jó közegészségügy előfeltételeit: Jó közegészségügyi törvény s ennek szabatos végrehajtása; jó közigazgatás; ennek, mint a dologi szükségletek fedezésére a szükséges költségek, végül a lakosságnál helyes közérzék és közfelfogás a közegészség iránt. Ezen utóbbit felkelteni és terjeszteni: ezt tűzte ki feladatául a közegészségi egyesület. Az egészség eszméinek propagálására lelkes szavakkal buzdítja az egyesület tagjait s beszédét a következő szavakkal fejezi be:

„Uraim! Nem cselekszünk ennek az országnak nemzetközi érdekében, ha kelet felé akarnók szorítani azzal az állítással, hogy Magyarországon a közegészségügyi kérdések ma még nem is korszerűek. Kell tehát, hogy ennek az ügynek alapeszméit propagáljuk, kell, hogy nemcsak a fővárosra szorítkozó, de az egész országra terjedő népszerű apostoloskodást űzzünk ezeknek az eszméknek érdekében. Kell, hogy innen a központból adva meg az arra szükséges mozgalomnak a kellő lökést, az egyre nagyobbodó hullámgyürükben terjedjen az ország legvégső határáig. Ne tegyünk le a reményről, hogy a multban eddig tanusított kitartással mégis sikerül a közegészségügynek helyes közérzékét és közfelfogását ébreszteni s hogy az eszmék követve pályájukat előbb utóbb meg fogják hódítani a közszellemet.

Igaz, hogy a mi egész működésünk, annak szinvonala és iránya nem közvetlenül magának a népnek a rétegébe terjed, de hiszen arra, a mit mi jót akarunk ebben az országban, arra nem kizárólag csak a népnek van szüksége, de kell azért, hogy még annál is meg legyen a mi működésünk haszna, mert a hogy az eső, mely a föld szinére esik, csak úgy lesz áldásos, hogy lassan-lassan mélyebb rétegekbe szivárog, úgy kell a mi egyesületi működésünknek nemcsak széltében terjedni, határról határra, de lefelé is, egyik rétegből a másikba.

Keresnünk kell majd azt a jelmondatot, a melylyel a mi apostoloskodásunkat az országba kiviszszük. Keresnünk kell azt az egy nagy, mindent átfogó eszmét, azt az egyetemes gondolatot, a melyet, mint a közegészségnek alaptételét, szóval és irásban széltében az országban hirdessünk s a mely egy gondolattal együtt a közegészség nagy jelentőségét a nép tudatába, abból többé ki nem irható közérzületnek sikerül majd beoltani.

Higyjék meg, uraim, hogy úgy, a mint minden vallásnak csak egy alapgondolatra van szüksége és csak arra, hogy az az egy alapgondolat kerítse hatalmába a lelkeket, csak az az egy, pl. hogy

*„Hitben az Üdvözülés“*,

úgy nekünk is csak egy alapgondolatra van szükségünk, a mely a népnek közmeggyőződését és közérzékét hatalmába ejtse.

Ha évek sora után sikerült csak azt elérnünk, hogy ebben az országban vérbeli meggyőződéssé vált az az alapgondolat, hogy

*„Tisztaságban az egészség“*,

akkor ennek az egyesületnek volt létjoga, mert volt hivatása, a melyet betöltött.

Hogy ezt betöltsük, folytassuk a munkát, hadd ébredjen és terjedjen az erre szükséges

*„ethnikon pneuma“.“*

A nagy tetszéssel fogadott beszéd után az elnök szavazatszedő bizottságot küldött ki és a választmányi tagokra történő szavazás idejére az ülést felfüggesztette. Szavazás után *Frank Ödön* főtitkár olvasta fel titkári jelentését. A főbb dolgok, melyekkel az egyesület a lefolyt évben behatóbban foglalkozott, a következők voltak: a fővárosi iskolák egészségügyi szempontból való megvizsgálása; a gyermekek szellemi megterhelésének ügye a zenével való vonatkozásában; a revisio alá kerülő középiskolai tantervben az egészségtannak rendes, kötelező tárgyul való felvétele; a villamoskocsik okozta balesetek elhárítása; a pályaházak s vasúti kocsik egészségügyi viszonyai; a tanulók fogai megvizsgálásának ügye; a tüdővészesek sanatoriuma részére a főváros területén alkalmas hely kiválasztása; a szegénysorsú gyermekágyasok ápolásának ügye stb. A titkári jelentés ezután az egyesület körében tartott előadásokról szól s ismerteti az egyesület folyóiratában, az „Egészség“-ben megjelent nagyobb czikkeket. Azután megemlékezik a vidéki fiókosztályokról és felpanaszolja, hogy az egyesület közegészségügyi törekvéseivel szemben minő nagy közömbösség uralkodik a vidéken. Az egyesület tagjainak száma jelenleg 1134.

*Elischer Gyula* pénztáros számolt be ezután az egyesület vagyoni viszonyairól. Az egyesület összes vagyona 33,216 frt 89 kr.

Az ünnepi beszédet *Frank Ödön* főtitkár tartotta „Tanulságok az ezredéves országos kiállítás egészségügyi csoportjából“ czímen. A tanulság az, hogy a milyen hiányos a közegészségügyünk, olyan hiányos volt az egészségügyi csoport kiállítása is. Nálunk kevés az egészségügyi berendezésekkel foglalkozó iparos, s még kevesebb volt, a ki tárgyait ki is állította. Hatóságok nagyobb számmal állítottak ki egészségügyi közműveket, de ezek teljességéből is sok hiányzott. Leginkább kitüntek a vízszolgáltatásra vonatkozó művek. Fogékonyabbá kell tenni a társadalmat az egészségügyi eszmék befogadására, akkor a hazai egészségügyi ipar is impulzálóbban fogja alkotásait bemutatni.

Frank dr. ezután a vidéki osztályok és az iskolaorvosi szakbizottság jelentéseit olvasta fel. Végül az elnök a választás eredményét hirdette ki. Választmányi tagokul megválasztattak: az orvosi szakosztályban Korányi Frigyes; a technikai szakosztályban Ambrozovits Béla és Farkas Kálmán; az iskolaegészségügyi szakosztályban: Berzeviczy Albert és Koller Gyula; a közigazgatási szakosztályban pedig Rákosi Béla és Ruffy Pál.

## Kir. Magy. Természettudományi Társulat.

(Élettani szakosztály ülése 1898. márczius 1-jén.)

### Adatok a látóideg pathologiájához.

**Grósz Emil**: Előadó az utolsó években azon összefüggés tanulmányozását tűzte ki feladatul, a melyben a látóideg elváltozásai általános betegségekkel állanak.

E kapcsolat felderítése egyrészt a látóideg finomabb szerkezetének és működésének felismerésére vezet, másrészt súlyos alkati bántalmak és első sorban a központi idegrendszer betegségeinek diagnoskálását, sőt gyógyítását teszi lehetségessé. Vizsgálatainak eredményéről utoljára a *Szemészet* 1896. és 1897-diki évfolyamaiban számolt be, az azóta gyüjtött anyag anatomiai vizsgálata útján nyert adatairól óhajt ezúttal beszámolni. A jelen tanév első félévében az egyetemi szemklinika laboratoriumában a jelzett czélból 30 szemet, illetve látóideget vett munkába; ezek között 9 tubes dorsalis, 2 diabetes mellitus, 12 agydaganat volt.

Az anyagot *Genersich* és *Pertik* tanár urak s 5 esetben *Schaffer* magántanár úr engedték át.

I. A *diabetes mellitus* a lencsén és ideghártyán kivül a látóideget is megtámadhatja, utóbbi betegsége a neuritis retrobulbaris képében jelenik meg. Az alkohol- és nikotin-neuritis analogiájából a baj székhelyét a papillo macularis-kötegbe helyezték; eddig csak két anatomiai lelet igazolta e felfogást, de ezek egyikében, az *Edmunds* s *Lawford* esetében az intracranialis részt nem is vizsgálták, a másikban pedig, a Schmidt-Rimpler-ében e rész nem volt megtámadva.

Előadó a látóideg-keresztezésben egy az opticusokban haránt-ovalist képező, centralisan fekvő sorvadt köteget talált, mely a chiasma frontalis metszetein, valamint a tractusokban is centralis helyzetét megtartja. A diabetes mellitus által okozott elváltozás azonos azzal, a mit a dohány, az alkohol, a cannabis indica, az ólom, a jodoform, a szénkéneny, a joduret idéz elő. Ugy látszik, valamennyinél a már *Samelsohn* által hangsúlyozott anatomikus viszonyok: a foramen opticum szük, csontos csatornája s a vérerek eloszlása teremtik a gyuladást gerjesztő anyagok fennakadására és kifejlődésére a locus minoris resistentiae-t.

II. Előadó újabb klinikai és anatomiai (8) vizsgálatokkal támogatja azon már két év előtt kifejezett nézetét, hogy a tabes dorsalis egyik legkorábbi és legállandóbb tünete a látóideg atrophiája, hogy a látászavar székhelye az ideg intraorbitalis része, hogy az atrophia ascendáló jellegü, sőt sok szól a mellett, hogy a kiindulás székhelye a retina dúczsejtrétege, de e tekintetben még nem mondhatja ki az utolsó szót. A vizsgálatok azt mutatják, hogy legelőbb a papilla decoloratiója ismerhető fel, azután a látótér peripheriás szükülete jelentkezik és végül a centralis látás csökken. Az elváltozás peripheriás jellegét egy a *Wagenmann*-éhoz hasonló esettel is igazolja, a melyben az anomaliakép jelentkező fibrae medullares-ek másfél év alatt való szétesése s a látóidegfő atrophiás jellege a látótérszükületét s a látás rosszabbodását megelőzték. *Moxter* anatomiai vizsgálatai is a sorvadás ascendáló jellegét támogatják. Előadó 8 újabb esetében a sorvadás hat izben kifejezett volt, kettőben nem talált, de ez utóbbiakban a látópálya első tagjának csak egy részletét vizsgálhatta át!

Az atrophia két esetben igen nagy fokú volt, úgy hogy a látóideg átmetszetének $^2/_3$-át, sőt $^3/_4$-ét is elfoglalta; 4 esetben az átmetszeten háromszögalakú nyalábcsoportra szorítkozik, valamennyi azonban felfelé forgott. A retinát magát eddig két esetben vizsgálhatta meg, az újabb esetben úgy látszik, hogy a rost és dúczsejtréteg sorvadt. Ezekhez számítva 4 régebbit, most már 12 eset alapján egész határozottsággal állíthatja, hogy — a mit pedig *Leyden* a Nothnagel-féle nagy gyüjtőmunkában még legutóbb is kérdésesnek mondott — *a sorvadás mindig a széli rostokon kezdődik, oly tény, mely a látóterekkel teljesen összhangban van.*

III. Előadó fentartja azon egy év előtt kifejezett véleményét, hogy a valódi álképletek strangulálás útján idézik elő a papillitist, mig a gumma és tuberculum a gyuladás leterjedése által. E felfogást 5 újabb esettel demonstrálja, melyekben az oedema és pangás áll előtérben. A papillitisből keletkező sorvadás két esetét mutatja be.

Végül utal annak szükségére, hogy az anatomiai kutatás alá kerülő esetek mindegyikét még életben gondos szemvizsgálat alá lehessen venni s hogy az anatomiai vizsgálat a látópálya első tagjának egész terjedelmében legyen eszközölhető. E czélból illetékes helyeken a lépéseket megtette.

*Negyvenkettedik évfolyam.* 12. szám. *Budapest, 1898. márczius 20.*

# ORVOSI HETILAP.

MAGYAR TUD. EGYETEMI KLINIKUM

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Tauffer Emil: A prurigóról, két eset kapcsán. 138. l.

Fejér (Weisz) Gyula: Észrevételek Mohr Mihály és Schein Mór dr.-ok „Keratosis conjunctivae“ czímű czikkéhez. 139. l.

Korányi Sándor: Közlemény a Korányi Frigyes ny. r. tnr vezetése alatt álló I. belgyógyászati klinikáról. A vese-insufficientia diagnostikai értékéről, klinikai tapasztalatok kapcsán. 141. l.

Tárcza. Az első magyar lelenczház. 142. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Bókay, Kétli, Korányi*: A belgyógyászat kézikönyve. 144. l. — *Lapszemle. Darier*: A protargol a szemészetben. — *Grabower*: Hangszalaghűdés tabesnél. 144. l.

Hetiszemle és vegyesek. Az országos balneologiai egyesület évi közgyülése. — Réczey tnr ötszázadik sérvmütéte. — Az országos közegészségi egyesület előterjesztése. — A főváros egészsége. — University exstension. — Az egyetemek magántanárai fegyelmi viszonyainak rendezése. — Orvosok száma Németországban. — Orvosok száma Ausztriában. — Pasteur-intézet Berlinben. — Külföldi egyetemi hirek. — Az idei egyetemi költségvetések Németországban. — Ludvik Endre ünnepeltetése. — Kinevezések. — Halálozás. — Herczel dr. — Kuthy dr. — Szt. Lukács-fürdő. 145. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A prurigóról, két eset kapcsán.[1]

Közli: *Tauffer Emil* dr., kórházi rendelő főorvos.

Tisztelt orvosegyesület! Engedjék meg nekem e két betegnek bemutatását, mely eseteknek *klinikai analogiái és differentiái* hozzájárulhatnak ama ellentétnek kiegyenlítésére, mely a prurigo kérdésében jelenleg a bécsi iskola és a franczia meg német szakférfiak közt vita tárgyát képezi.

Az első esetben, mint méltóztatnak látni, typikus *Hebra*-féle purigóval van dolgunk.

Kórtörténete röviden a következő:

B. L. 14 éves szabóinas. Felvétetett 1897. november 1-jén. Testalkata, csont- és izomrendszere, korához képest gyengén fejlett. Bőr és nyákhártyák kifejezetten anaemikusak. Bőrbántalmán kivül, melyben kora gyermekévei óta szenved, eddig állítólag más baja nem volt.

Apja, anyja, tesvérei egészségesek s családjának távolabbi tagjainál sincs tudomása hasonló bántalomról.

Állapota felvételkor: az alsó végtagok, de különösen az alszárak, továbbá a felső végtagok feszítő oldala s a kezek dorsalis felülete, valamint a glutealis tájék részben isolált, részben confluáló vastag, helyenkint gömbölyded, de szabálytalan szélű, barna pörkökkel fedett, melyek alól több helyen sárgás savó meg geny szivárog.

A test egyéb részein, a végtagok hajlatainak, a tenyerek és talpaknak kivételével számos elszórt kölesnyi göbcse látható, melyek a cutis legfelsőbb rétegeiben elhelyezve, a bőr niveauján sok helyen túlemelkednek, részint pirosak, részint halványak, legtöbb helyen gombostűfejnyi barna pörkkel fedettek s ezek diffus pirosas széllel birnak. Elhelyezésük részint interfollicularis, részint follicolusoknak megfelelő s itt-ott a ki nem fekélyesedett göbcsékből vékony hajszálacskák emelkednek ki. Hasonló göbcsék az arczon is észlelhetők. Viszketésről beteg ritkán panaszkodik s csak reggel szokta észrevenni, hogy a göbcséket éjjel elvakarta.

A tapintható nyirkmirigyek mindenütt nagyobbodottak, de különösan a cruralis mirigyek ötlenek szembe duzzadt voltukkal s képviselik az úgynevezett prurigo bubot.

Jobboldalt, a czombhajlati mirigyekből Kopits dr. segélyével egyet eltávolítottunk, úgyszintén egy kis bőrexcisióit végeztünk, mely vizsgálatokról későbbi alkalommal lesz szerencsém referálni.

A diagnosis, *prurigo Hebrae*, azt hiszem kétséget nem szenved.

A pörköket fürösztés útján eltávolítottuk; a genyedést az excoriált végtagokokon *Burow*-begöngyölésekkel megszüntetvén, beteg jelenleg zink-kén pastát kap s belsőleg JK-t adagolunk. Állapota azóta tetemesen javult.

A következő esetnél a diagnosis nem oly egyszerű, mint a milyennek talán látszik.

Az objectiv és klinikus tünetek egy része az első esettel — ha a scrophulodermától eltekintünk — analognak tünik föl, bár az elváltozások nem oly nagyfokúak; eddigi klinikus fejlődése azonban amattól eltérő.

Kórtörténetét a következőben foglalhatjuk össze:

B. F. 17 éves asztalos, alacsony, zömök, kissé rhachitikus testalkattal bir. Csont- és izomrendszere különben elég jól fejlett; bőre és látható nyákhártyái halványak. 9 éves korában tüdőgyuladást, 15 éves korában baloldali mellhártyagyuladást állott ki. Bőrbetegsége jelen baja előtt állítólag soha nem volt.

Atyja tüdővészben halt el; anyja s 4 tesvére egészségesek.

Jelen baja ötnegyed év előtt kezdődött; először fájdalmatlan duzzanat jelentkezett a VI. bordaiv synchondrosisa fölött, mely utóbb magától kifakadt; e közben hasonló folyamat játszódott le a VII., VIII. és IX. bordaívek fölött az axillaris vonaltól hátrafelé terjedőleg. Lassanként a lumbalis tájon is jelentkeztek hasonló elváltozások s átterjedtek a jobb lumbalis és supraglutealis tájra is. E folyamat egy negyed évet vett igénybe.

Az utolsó kórosan elváltozott hely kifakadása után, ezelőtt körülbelül egy évvel kezdődött a bőrbaja.

E bántalom kezdetét a felső végtagok feszítő felületén vette; utóbb terjedt át az alsó végtagokra, később a törzs egyes helyeire s legutoljára az arczon is jelentkezett néhány efflorescentia. Viszketésről ritkán panaszkodott s rendszerint csak reggelre látta, hogy bőrét éjjel több helyen felvakarta. Állitja, hogyha éjjel felébred, mindig azon oldala viszket, melyen fekszik s bőre ilyenkor kifejezése szerint „hólyagos“.

*Állapota felvételkor*: A kissé alacsony, de eléggé fejlett beteg bal mellkasfelének alsó kerületén a VI. borda sternalis vége felett, a VII., VIII. és IX. bordaíveken s a lumbalis tájon mindkét oldalt összesen 13, szabálytalan alakú, az alattuk fekvő bordákkal helyenkint összeforrott, kékes piros folt látható, melyek egy része a bőr niveauja alá süllyedt. E foltok közepeinek egy részét beszáradt pörkök fedik, melyeknek leemelésekor szabálytalan és alávájtszélű, genynyel fedett folytonossághiányok láthatók; peripherikus nyomásra a mélyből szürkés-sárgás geny ürül belőlük. Bal epigastriumon a bordaívek alatt a parasternalis vonalban ovalis, koszorúszerű, nem összefüggő elszinesedés látható; bőr e helyen kissé kidomborodik; nyomásra a VI. borda synchondrosisa felett levő folytonossághiányból geny ürül s e kidomborodás nyomásra fájdalmas.

Az említett livid foltok egy része puha, süppedékes tapintatú s nyomásra a puha részek fájdalmasak, míg más része kissé resistensebb tapintatú, heges és fájdalmatlan. Peripheriájukat sima, lobtüneteket nem mutató, normalis bőr képezi.

A jobboldali duzzadt bokaizület felett a bőr kékes pirosan elszinesedett s négy helyen krajczárnyi, szabálytalan, alávájtszélű, szürkés-sárgás, nekrotikus alappal biró, erősen nedvező folytonossághiány látható.

Az alsó és felső végtagoknak főleg feszítő oldalát s részben azoknak hajlító oldalát is, a törzsöt a hát kivételével, a tarkót s az arczot itt-ott, legnagyobbrészt barnás pörkkel fedett, halvány piros vagy szintelen göbcsék fedik, melyek a cutis felső rétegeibe ágyazvák s némelyek apró gombostűnyi hólyagocskát mutatnak csúcsukon. Ezen elszórt göbcsék egy része csak pirosas elszínesedés által tünik elő s az infiltratio csupán tapintás útján válik észrevehetővé. A göbcsék részben interfolliculusak, részben follicolusoknak felelnek meg s középükből hajszálacskák is emelkednek ki. A végtagok hajlatai, az inguinalis tájak s a hát teljesen mentesek minden efflorescentiától s csak a duzzadt inguinalis mirigyek tünnek fel mindkét oldalon.

[1] Bemutatás az orvosegyesület 1897. november 20-diki ülésen.

Az alsó végtagokon a bőr ichthyosisra emlékeztető, erős hámlást mutat főleg az alszárakon, míg a czombokat legnagyobbrészt barnásan pigmentált lencsényi foltok fedik. Hasonlók láthatók a test egyéb részein is a fent említett helyek kivételével, míg különösen a tarkón számos borsónyi és kölesnyi, fehér, sima hegecske észlelhető.

Betegnek fürdőket s oleum jecoris asellit rendeltünk egyelőre solutio arsenicalis Fowlerivel s kórházi tartózkodása óta csak itt-ott jelentkezett egy-egy isolált efflorescentia.

Tisztelt egyesület! A mondottak után a diagnosis egyik része: caries costarum et scrophuloderma consecutivum, azt hiszem, kétséget nem szenvedhet. A mi azonban a bőr egyéb elváltozásait illeti, a diagnosis nem könnyü, daczára annak, hogy az objectiv tünetek, lokalisatio és chronikus lefolyás, pathologiai jelleg és megjelenési alakjuk tekintetében könnyebb prurigónak felelnek meg; de nem a *Willan*-féle prurigo mitisnek, mely a typikus *Hebra*-féle prurigótól és jelen esettől is különbözik, a mennyiben nem bir ennyire typikus localisatióval s ép úgy mint az eczemák, a hajlatokat is megtámadja.

Ha a bécsi iskolához csatlakozva a fősúlyt azon klinikus körülményre helyezzük, hogy a folyamat ahhoz, hogy prurigónak legyen tekinthető, okvetlenül kell, hogy az első-második életévben kezdődött legyen, úgy jelen esetnek is csak az *eczema papulosum* diagnosisa alatt találunk helyet, mely azonban *kivételesen* a hajlatokat megkimélve, prurigo *Hebrae* objectiv tüneteit mutatja.

*Neisser* felfogása szerint azonban — melyhez leginkább csatlakozhatunk — prurigónak tekintendő minden, még a későbbi életkorban fellépett olyan dermatosis is, mely

1. *chronikus lefolyásával és recidiváival,*
2. *urticarialis, azaz vasomotorikus-transsudativ jellegével,*
3. *csekély lobtüneteivel,*
4. *prurigónak typikus localisátiójával és*
5. *a megtámadott börterületek pastosus vastagodásával* a prurigo *Hebrae* objectiv képének felel meg. Ezen esetek képezik szerinte az átmenetet a prurigo *Hebrae* s a „prurigo temporaria“ (*Tommasoli*) vagy alias „prurigo simplex“ (*Brocq*) közt, mely *Vidal lichen* csoportjának egyikét, a *„lichen simple aigu“*-t képezi. Ezen utóbbi, különféle elnevezések úgy látszik a *Willan*-féle prurigóval képeznek egy kóralakot s *Unna* által prurigo mitis név alatt foglalvák össze, noha a *Hebra*-féle prurigo mitissel egyáltalán nem identikusak, mert se nem birnak prurigóra — *Hebra* szerint — typikus localisatióval, jobban mondva, nem kimélik a hajlatokat, se nem vezetnek a bőrnek pastosus megvastagodásához, mely a *Hebra*-féle prurigo mitisnél az említett localisatióhoz társul.

De ha egyelőre ezen kérdésben, hogy tudniillik mindezen utóbbi, objectiv tüneteikben a *Hebra*-féle prurigo mitistől eltérő kóralakokat *Unna* felfogása szerint prurigo mitishez soroljuk-e vagy nem, várakozó álláspontot foglalunk el s nem is csatlakozhatunk a francziáknak *Besnier* és *Brocq* által képviselt azon nézetéhez, hogy mindazon pruriginosis bőrbántalmakat prurigónak tekintsük, melyeket — ők talán igen is tág körben — *„prurigo“ csoportnév* alatt óhajtanak egyesíteni, mégis czélszerűnek és indokoltnak látszik a *„prurigo“* diagnosis alá való foglalása a második esetünkhöz hasonló alakoknak s talán mindazon eseteknek is, melyek a *Neisser* által felállított s említett követelményeknek megfelelnek.

Prurigónak scrophulosissal való gyakori coincidentiáját *Kaposi* különösen hangsúlyozza s ez jelen esetünkben is fennforog.

A bántalom itt határozottan chronikus, urticarialis, vasomotorikus transsudativ jelleggel, *Hebra*-féle értelemben typikus localisatióval s bőrvastagodással jár, a mi mind prurigo mellett szól.

Az objectiv tünetek tehát a prurigo-diagnosist czen esetben okvetlenül támogatják.

A prurigo diagnosisnak még a *Neisser* által körülirt határig való kibővítésére is azonban csak akkor leszünk teljesen jogosítva, ha ily vitás eseteknek *hosszabb klinikai megfigyelése és comparativ histologiai s bakteriologiai vizsgálatok eredménye együttesen* czeknek *összetartozóságát a prurigo Hebrae*-vel klinice és histologice igazolják.

Csupán objectiv, klinikai tünetek ily összefoglalásra — plane franczia értelemben — nem jogosítanak, ha a comparativ histologiai leletek nem azonosak, és a klinikus *lefolyás* sem bizonyítaná azt, hogy chronikus, recidiváló folyamattal van dolgunk.

Ha azonban e feltételeknek az általunk is folyamatba vett vizsgálatok megfelelnek, úgy nem látszik jogosultnak a bécsi iskola álláspontjának fentartása, hogy t. i. az eczema polymorphismusának köpenye alá szorítsunk ily eseteket is, melyek a prurigótól csakis abban különböznek, hogy nem az első-második életévben, hanem később veszik kezdetüket.

Más dermatosisok, mint pl. lichen urticatus, ichthyosis nitida, purpura papulata (*Willan*), lichen scrophulosorum, excoriationes ex insectibus stb., melyek differentialdiagnostikai szempontból úgy jelen esetünkben, mint hasonlókban tekintetbe veendők, kellő megfigyeléssel majdnem mindig ki lesznek zárhatók.

## Észrevételek Mohr Mihály és Schein Mór dr.-ok „Keratosis conjunctivae“ czímü czikkéhez.

*Fejér (Weisz) Gyula* dr. szemorvostól.

A „Szemészet“ első számában szerzőktől fent idézett czikk jelent meg, mely esetet Mohr Mihály dr. a kir orvosegyesület 1897-dik évi november 13-dikán tartott ülésében be is mutatott. Mivel nyilt ülésben is megmondtam, hogy szerzőkkel egyet nem értek és ellenzem az *„új kóralak“* felállítását, tehát most is, midőn szerzők a publikálás terére léptek, követnem kell őket ez útjokban és legyen szabad e helyen pár észrevételt tennem. Tartozom ezzel egyéni reputatiómnak, mivel az orvosegyesületben csak ellenzőre, de egy pártolóra sem találtam, de még inkább tartozom az igazságnak és a teljes objectivitásnak!

Lássuk most sorban azokat az okokat, azokat a jelenségeket, melyekre támaszkodva szerzők egy *„új eddig le nem irt kóralak“* felállítását tartják szükségesnek. Azt mondják, hogy úgy a klinikai mint a mikroscopikus kép megfelel ez állításuknak. A mi a klinikai képet illeti, abban némileg egyetértek velök, hogy „egy fehéres, a corneától felfelé székelő sajátságos merevségű vékony lemez“ a kötőhártyában, nem felel meg a szabályszerűleg és klinice eddig leirt xerosis-eseteknek, tehát attól különbözik. De hiszen léteznek-e az orvosi tudományban szabályok és van-e a xerosis kórállapota klinikailag annyira tanulmányozva, hogy az attól kissé eltérő, szokatlan helyen fellépő elváltozást már más kóralaknak szabad tekintenünk. Igaz, teljes mértékben igaz, hogy a Bitôt-féle kóralak rendszerint — de nem szabályszerűleg — hemeralopiával jár, hogy a trachomás, diphtheriás vagy égések után fellépő xerosisnál a conjunctivának heges és a szemnek más elváltozásait lehet constatálni, de nem minden ok nélkül mondja Saemisch, „hogy az esetek nagy részében a betegek egyidejűleg hemeralopiában szenvednek, de nem mindig és hogy a kettő közötti összefüggést bebizonyítottnak kell tekintenünk, bár annak magyarázatát biztosan nem adhatjuk“. De tegyük fel, hogy a klinikai kép az eddig leirt kóralakoktól lényegesen különböznék is, akkor sem tudom helyeselni a kóralak felállítását, hiszen a szerzők a histologiai képre hivatkoznak és abban lelik magyarázatát a differentialis diagnosisnak.

Szerzők a közölt praeparatumban négy réteget különböztetnek meg. Az alsó sokszögletű, hólyagesás maggal ellátott réteget, a szemcsés réteget, a keratohyalint tartalmazó réteget és a külső vékony szarúréteget. De a készítmény egyes rétegeinek elnevezését szerzők nem állapitották meg elég pontosan, ugyanis a 3-mal jelzett réteget egész vastagságban *„szemcsés“*-nek (Stratum granulosum) nevezik és a keratohyalint csupán a 2-vel jelzett rétegben találják. Ha a 3-mal jelzett réteg csakugyan szemcsés volna, annak egész vastagságában szintén keratohyalint kellene tartalmaznia, hogy pedig ez nem igy van, az szerzők ábrájából is világosan kitünik, mely teljesen a Malpighi-réteg

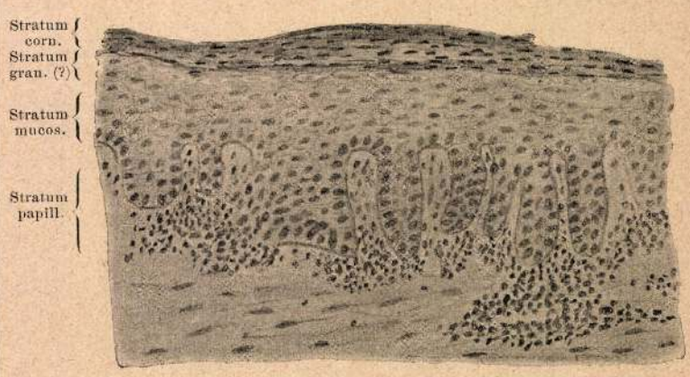
jellegével bir és „*stratum mucosum*“-nak kellett volna nevezni. A fősúlyt a szemcsés rétegre és az azt követő keratohyalinra fektetik és azon körülményt, hogy „saját praeparatumokban az elszarúsodott hámsejtek sűrűn és szorosan egymásfelett fekvő réteget képeznek, addig xerosisnál, a mint a leirás is mondja, Wulst-okat képeznek, igen merevek és szakadékonyak“ világosan feltüntetik. Kiemelik mindenütt — más szerzők — az eleidincseppet (Fuchs) és a zsírcseppeket (Wedl) melyeknek „*praeparatumainkban semmi nyomuk*“.

Hogy ez állítások egész sorozatának lehetetlenségét bebizonyítsam, nehány pillantást kell vetnünk a bőr normalis szövettanára és a bőrön fellépő keratosis pathologiájára és a keratohyalin és eleidinnek egymáshoz és a keratotikus kórfolyamathoz való viszonyaira. A bőr — tudvalevőleg — epidermisből és coriumból áll. Az epidermis külső rétege egy több rétegből álló szarúréteg, mely után a stratum lucidum és a stratum granulosum, majd a stratum mucosum következik. A stratum lucidum és granulosumban többféle képleteket irtak le. Majd a fényt erősen törő olajszerű szemcséket, melyeket *Ranvier eleidinnek* (huile essentielle) nevezett el, majd carmint erősen imbibáló szemcséket, melyeket mások keratohyalinnak neveztek. Különösen *Waldeyer* vizsgálta annak vegyi magatartását és mint a szarúsodással összefüggő anyagot keratohyalinnak nevezte.

De hogy melyik rétegben fordul elő az eleidin és melyikben a keratohyalin, azt a szerzők még most sem tudták eldönteni. Folyton összetévesztik és ez meg is található a Stöhr histologiában „Keratohyalin auch Eleidin genannt“. A legnagyobb valószinűség szerint mindkettő egy és ugyanazon anyag és a keratohyalinból bizonyos folyamatok következtében eleidin vagy jobban mondva egy olajos anyag áll elő. *Buzzi* „Über das Eleidin“ cimű közleményében azt állitja, hogy az eleidint a szemölcsöknél nemcsak a szokott helyen, azaz a stratum lucidumban, hanem a szemcsés rétegben is, nemcsak a szemcsék között és felett, hanem magában *a sejtek magvaiban* is lehet találni, hol az eleidin nagyobb és kisebb cseppek alakjában a szögletes, sötét, carminnal festett keratohyalin szemcsékkel váltakozik. *Mibelli* hasonló leletről referál. „Diese Fälle bringen unwillkürlich die beiden Substanzen in engeren Zusammenhang und berechtigen zu der Frage ob trotz ihrer topographischen, und morphologischen chemischen Verschiedenheit die eine — das Eleidin — doch nicht von der anderen — Keratohyalin — herstammt.“ A mi pedig a keratohyalinnak az elszarúsodási folyamathoz való viszonyát illeti, arról a nagytekintélyű Unna következőképen nyilatkozik: „Es wäre zu wünschen übrig dass die Ichthyosis in dieser Richtung von allen denjenigen Forschern studirt werden möge, welche heute noch — trotz aller Gegenbeweise — an der Herkunft der Hornsubstanz an dem Keratohyalin festhalten. Die ichthyotischen Schuppen sind gewiss verhornt und enstehen doch aus ganz keratohyalinfreien Zellen“. De *Kaposi* is azt mondja, hogy valószinű *Kromeyer* azon állítása, *hogy az elszarúsodási folyamat a keratohyalintól teljesen független*. Es ezekkel szemben merik szerzők azon állitást megkoczkáztatni, hogy igenis *keratosis*, mert hiszen *keratohyalin* van jelen! Meg vagyok győződve arról, hogy oly kitünő észlelő, mint *Fuchs*, határozottan tévedett, midőn azt állítja, hogy xerosisnál *csak* eleident lehet találni, mert valószinűleg ő is keratohyalinra gondolt, nem lévén hatalmában e két anyagot vegyileg egymástól megkülönböztetni, *mert a hol eleidin van, ott keratohyalinnak is kell lenni*. Hiszen még a bőrgyógyászok is gyakran összetévesztik, hogy lehetne feltételezni, hogy egy szemészeti — bár kitünő — tankönyvben helyes volna a leirás. Az elmondottak alapján — azt hiszem — elesik a keratohyalin szereplésének fontossága az „*új kóralak*“ felállításánál.

Az én készítményemben, melyet egy xerosis trachomatosában szenvedő szemből készitettem, a szarúréteg sokkal vastagabb, 6—7 sorból álló réteget tesz ki, a hámsejtek sűrűn és szorosan egymásfelett fekvő rétegeket képeznek és a szarúréteg alatt egy világos sávot lehet látni, melyben élesen differentiálható sejtek talán keratohyalint is tartalmaznak, mely körülmény azonban a nem elég alkalmas festés következtében nem elég élesen tünik szembe. (1. ábra.) Sőt a szarúhártyán a hámréteg annyira meg van vastagodva, hogy papillák képződtek, tehát még jobban utánozza a papillaris túltengéssel biró — a bőrön fellépő — keratosisokat, a mi szintén az első ábrában elég világosan van feltüntetve. De fel akarom hivni szerzők figyelmét még arra is, hogy az elszarúsodás a kötőhártyában vagy a szarúhártya conjunctiváli részében — a felhámban — nem is olyan ritka jelenség. A cornea és a conjunctiva kóros behatásokra egyformán szarúsodással reagál, épen úgy mint a bőr a különböző betegségekben egyformán keratosist mutat. Ichthyosisnál, pityriasis r. p.-nál, eczemánál és psoriasisnál. A mellékelt ábra (2. ábra) egy conjunctivitis lymphaticában szenvedett szemből származik, hol a beszüremkedés felett lévő hámréteg szintén szarúsodást mutat. *Saemisch* azt mondja,

1. ábra.




Reichert OC. IV. object. 3.

2. ábra.

Reichert OC. IV. object. 3.

hogy a xerosisnál fellépő epithelialis elváltozások nagy hasonlatosságot mutatnak ama elváltozásokkal, melyek a staphylomatosus szarúhártyákon azon helyen szoktak fellépni, melyeket a szemhéj eléggé be nem takar; ugyanazon kinézés, ugyanazon vastag szarúsodás, tehát — mint mondám — *kóros behatás* következtében.

Szerzők kerestek ugyan xerosis praeparatumot, de bemutatni nem tudtak és igy kénytelenek voltak Wedl atlasában levő rajzokat demonstrálni. Azok a rajzok a xerosis hű képét nem adják, azok a rajzok csak a parenchymás xerosist okozó és azzal járó heges elváltozásokat tüntetik fel és a fölényegét, az elszarúsodást csak mellékesen tükrözik vissza, mely azonban jobban kitünik a hozzávaló szövegből: „Es sind an demselben — Epithel — zwei Schichten zu unterscheiden: eine aus mehrfachen Lagen meist schief gestellter, gelb pigmentirter Zellen bestehende Schleimschichte und *eine aus vielfachen Lagen platter, den verhornten Epidermiszellen der äusseren Haut isomorpher Zellen bestehende Hornschichte.*“ Igaz, hogy Wulst-ok képződnek, hiszen ezt Wedl is említi, de ezen, a szarúhártya mellső felületén, létrejött csomósodás nagyobbrészt a megvastagodott szarúhártyafelhám rovására történik, mely néhol 0·16 mm. vastagságot elér, de szakadékony és törékeny. Az én készítményemben is vannak törékeny részletek, de ezen *törékenységet* már mint degeneratiót, mint az elszarúsodott réteg szétesését, azaz a lapos, szorosan egymáshoz fűződött rétegeket képző hámsejtek feloszlását kell tekintenünk és igy világos, hogy mindkét processus, az *elszarúsodás* és a *szétesés* a xerosis kórképének lényegéhez

*

tartozik, csak az egyik készitményben az egyik, majd másutt a másik lép előtérbe.

Az orvosegyesületben történt felszólamlásom alkalmával azt ajánlottam szerzőknek, hogy ha már semmikép nincsenek megelégedve a xerosis elnevezéssel, akkor fogadják el a *Travers* által már 1820-ban ajánlott terminust, a *cuticular conjunctiva*-t, mely talán jobban kiemeli a xerosis kórképében fellépő egyik és náluk praevaleáló tünet jelentőségét, de ez részemről csak *klinikai engedmény*, nem pedig *histologiai elváltozásokon alapuló vélemény* volt.

Hogy sikerült-e meggyőznöm olvasóimat állításaim helyességéről, azt nem tudom, de hiszem, hogy ezen közleményemmel a conjunctiván fellépő keratotikus elváltozások további tanulmányozásához némi adattal és útmutatással szolgáltam.

Tanulmányom főbb pontjait a következőkben foglalhatom össze:

1. *A keratohyalin nem jellegzetes a keratosisra, mert bármily nagyfokú szarúsodás jöhet létre a keratohyalin képződése nélkül is* (Unna, Kromeyer).

2. *A keratosis a conjunctiván és a szarúhártya conjunctivalis részletén más kóros behatás következtében is felléphet.*

3. *Az eleidin és keratohyalin bár morphologikus és vegyi szempontból egymással nem teljesen azonosak, de szoros genetikus viszonyban állanak* (Buzzi).

4. *A Fuchs tankönyvében leirt eleidin valószinűleg szintén a keratohyalinból származik vagy azzal azonos.*

5. *Az én xerosis praeparatumomban a szarúréteg sokkal vastagabb.*

6. *A keratosis conjunctivae mint klinikai diagnosis nem állhat fenn, csupán mint kórboncztani jelenség.*

7. *És ezekből önként következik, hogy a keratosis conjunctivae mint „önálló, eddig le nem irt kóralaknak“ felállítása semmiképen megokadatolva nincsen.*

A bőrkórtani, histologiai adatokat *Beck Soma* dr., tisztelt barátomnak köszönhetem.

*Irodalom.*

*Fuchs:* Augenheilkunde. *Graefe-Saemisch:* Handbuch der Augenheilkunde. IV. k. *Panas:* Traité des maladiés des yeux. II. k. *Buzzi:* Ueber das Eleidin. Monathshefte f. praktische Dermat. 1896. 23. II. *Oppler* és *Dreysel:* Beiträge zur Kenntniss des Eleidins in normaler und pathologisch veränderter Haut. Archiv f. Dermatologie und Syphilis. 1895. I. *Grosse Ulrich:* Ueber Keratohyalin und Eleidin und ihre Beziehungen zum Verhornungsprocesse. Monatshefte f. Dermatologie 1892. (Refer.) *Kaposi:* Hautkrankheiten. *Stöhr:* Histologie. *Unna:* Histopathologie der Hautkrankheiten. *Wedl:* Atlas der path. Anatomie des Auges.

## Közlemény a Korányi Frigyes ny. r. tnr vezetése alatt álló I. belgyógyászati klinikáról.

### A vese-insufficientia diagnostikai értékéről, klinikai tapasztalatok kapcsán.

*Korányi Sándor* ny. rk. tnr és adjunctustól.

(Folytatás.)

1. *Kétoldali pyonephrosis calculosa.*

A. F.-né, 44 éves, asztalos neje, 14 év óta, körülbelül 2—3 havi időközökben ismétlődő vesekőkolikákban szenved, a melyek néha egész mogyorónyi nagyságú kőnek és húgyhomoknak kiürülésével végződtek. A fájdalmak eleinte a baloldalon, azután váltogatva hol a bal, hol a jobboldalon, az utolsó években pedig csakis a jobboldalon jelentkeztek. Hat hó előtt egy rohamával kapcsolatban jobb hasfelében daganata keletkezett.

1897. márczius 26-dikán vétetett fel a klinikára, a mikor nála jobboldali vesedaganatot találtunk, a mely majdnem a középvonalig ért balfelé, lefelé pedig a Poupart-szalag fölött két ujjnyira végződött. A bal vese nem volt tapintható. A vizelet sok genyet tartalmazott.

A *vérvizsgálat eredménye* az volt, hogy a vér fagypontja a normalis 0·56° helyett 0·65°-nál találtatott. Az abnormis nagy fagypontsülyedés mind a két vese elégtelen működésére, vese-insufficientiára vallott és igy valószinűséggel kétoldali pyelitis calculosát vettem fel. A beteg régebben baloldali vesekolikában is szenvedett. Miután azonban ezek évek óta elmaradtak és a bal vese nem volt tapintható, az is megesbetett volna, hogy a vizelettel eltávozott kövek a bal veséből származtak és ezek kiürülése után a bal vese meggyógyult. A vérlelet ezen felvétel ellen szólott.

A vérvizsgálat megejtése után pár nappal a betegnél újra vesekolika lépett fel, még pedig ezúttal a már évek óta szünetelő *baloldali fájdalmakkal*. Utána a *bal vese is tapinthatóvá vált kis gyermekfejnyi daganat alakjában.*

*A lefolyás tehát a vérvizsgálat alapján felállított diagnosist teljes mértékben igazolta.*

Kétoldali vesemegbetegedés lévén jelen, indicatio állott fenn arra, hogy a vese conserválása mellett a kövek eltávolittassanak, az imminens uraemia megakadályozása czéljából. A beteg azonban nem szánta rá magát a műtétre, és a kórodáról távozott.

2. *Kétoldali intermittáló hydronephrosis esete.*

Tökéletesen hasonló eredményre vezetett a következő eset, a melynek észlelését *Tauffer* tanár úr lekötelező szivességének köszönöm.

B. J.-né, 22 éves, kőmives neje. 1894. óta hasának jobb felében időnként fájdalmas daganat keletkezését észlelte, a mely azonban mindig rövid idő alatt elmult. 1896. szeptemberben a daganatot újra észrevette és az azóta megmaradva, fokozatosan nőtt.

1896. november 3-dikán a klinikára vettük fel. A jobb bordaiv alatt gyermekfejnyi, fluctuáló vesedaganatot tapintottunk. A bal vese nem volt tapintható. Mintegy 2000 $cm^3$-nyi napi vizclete középmennyiségü genyet tartalmazott.

*A vér fagypontja 0·68° volt és igy ismét, daczára a physikai leletnek, kétoldali vesebetegséget vettem fel.* A vizsgálat befejezte után a beteg ismét *Tauffer* tanár úr klinikájára ment, a ki őt a budapesti m. k. orvosegyesületben bemutatta. A mint bemutatásakor elmondotta, a klinikán való tartózkodása alatt a betegnél baloldali hydronephrosis is tapinthatóvá vált, úgy hogy a *vérvizsgálat alapján felállíott kétoldali vesebetegség kórisméje teljes mértékben bevált.*

A felsorolt két esetet azért tartottam különösen érdemesnek a közlésre, mert mindkettőnél a kórlefolyás azt látszott bebizonyitani, hogy a vérvizsgálat alapján, az egyik vese tapintható megbetegedése mellett, a másiknak állapota felől igen nagy biztonsággal tájékozódhatunk.

A következő esetből ugyanezt lehet tanulságul levonni. A fenforgott diagnostikai nehézségek érdemessé teszik az esetet arra, hogy vele teljes részletességgel foglalkozzunk és azért felkértem *Herczel* magántanár urat, a ki a betegnél nephrektomiát végzett és *Pertik* tanár urat, a ki a kivágott vesét megvizsgálta, hogy észleleteiket az enyéimmel kapcsolatban tegyék közzé. A készségért, a melylyel kérésemet teljesitették, őszinte köszönetemnek e helyen is kifejezést adok.*

* Ezen esetről szól *Frommer* úrnak közleményem elején érintett előadása, a mely — hinni akarom — a nem szándékos tévedések egész sorát tartalmazza. Csak mellékesen említem meg, hogy F. úr azon állitása, hogy ő, és Bécsben *Zuckerkandl*, K. O. dr. a betegnél vesesarkomát kórisméztek, ellentétben áll az intelligens patiensnek (ügyvéd) a klinika irattárában levő, *sajátkezűleg* irt kimerítő kórtörténetével, melyben a beteg határozottan irja, hogy nála orvosa és *Zuckerkandl* egyszerűen pyelitist kórisméztek és ennek alapján *„beteg 5 hétig ágyban tartatott s folyton kizárólag csak tejjel és zsemlyével táplálkozott s egyedüli orvosság gyanánt aqua calcist vett be s 25 üveg marienbadi Rudolf-quelle vizet ivott meg . . . . Az orvos szorgosan s gyakran vizsgálta a vizeletet s abban számtalan genysejtet s néhány vesemedencze-sejtet talált minden vizsgálatnál“* (szó szerint idézve). Ha pedig F. úr, mint állítja, „atypikus“ sejteknek a vizeletben való felfedezéséből a sarkomát csakugyan kórismézte, akkor ez is tévedés, mert a kiirtott vesének *Pertik* tanár úr által végzett beható vizsgálata kimutatta, hogy *sarkoma nem forgott fenn, hanem a vesében papilloma volt jelen*; a mely teljesen be volt takarva nyálkahártyával, úgy hogy belőle semmiféle „atypikus“ sejt a vizeletbe nem juthatott. Micsoda sejteket látott Frommer úr a vizeletben, azt betege a fent idézett sorokban irta le helyesen, a mint az alábbiakból ki fog tünni. F. úr tévedése onnét származik, hogy a kiirtás után, a pontos vizsgálat megejtése előtt, a daganatot tévesen sarkomának gondoltuk és ez lett a kórtörténetbe bevezetve, a miről F. urat a patiens utólag értesithette. További tévedés, a melyet már F. úrnak saját orvosi lelkiismeretével kell tisztába hoznia, abban áll, hogy „fültanú“ szavára támaszkodva említi, hogy a betegről 5 heti észlelés után a fölötte tartott klinikai előadásban az mondatott volna, hogy alaposan még nem lett megvizsgálva. Ez egyszerűen *valótlanság*. A beteg, a ki saját- és atyja kivánságára lett a klinikára felvéve, nemcsak a klinika vezetői által lett pontosan megvizsgálva, hanem ezen-

3. *Vesepapilloma esete.*

Dr. K. O. 25 éves ügyvédjelölt, egészséges volt 1896. február hó elejéig. Ekkor három izben egymásután vörhenyes vizeletet ürített, a mire azonban nagyobb súlyt nem fektetett. Három hét mulva vizelete határozottan véressé válván, orvoshoz fordult, ki anyarozscseppek bevételével s hideg ülőfürdőkkel vélt a bajon segíteni. Ennek daczára a véres vizelés 5—6 napi időközökben 12—24 órára három izben ismétlődött s hovatovább vérecsebb és véresebb lett, fájdalommal azonban ezúttal sem járt. Beteget ennélfogva orvosa specialistához utasította", a ki pokolköves hólyagmosásokat alkalmazott. A véres vizelés ezentúl is változatlanul ismétlődött és junius végén beteg „egy éjjel arra ébredt fel, hogy mindkét vesetáján *heves fájdalma van, mintha veséit valamely kiméletlen kéz szorongatná vagy kiszakítani akarná, minek folytán fájdalmában szánalmasan nyögött.*" Négy óra mulva a fájdalom enyhült, kisebb mértékben azonban annyira megmaradt, hogy a betegnek *„a járás nehezére esett"*. Ezen idő leteltével nagyobbfokú vérvizelés lépett fel, a melynek 36 órai fennállása után, a hólyagból csak nagy nehézségek közben kiürült nagyobb véralvadékok a vizelést nagy mértékben nehezitették. Ezen alkalommal jelentkezett először láz. *„A vizelet habzása és zavarossága a vérzés elmultával is állandóan megmaradt."* Hasonló állapot ismétlődött augusztus 18-dikán. Október 25-dikén *hosszabb kocsizás után* láz lépett fel, melynek kiséretében *„a bal vese tája élénken fájdalmas lett* s a vizelet felette sürű, zavaros és genytelt volt, de vérzés nem jelentkezett". Ezután a beteget orvosa 5 hétig ágyban tartotta, mialatt a vizelet csak egyszer volt kissé vöröses, „számtalan genysejtet és néhány *vesemedenczesejtet*" tartalmazott. „A bal vesetáji tompa fájdalom 2—3 napi időközökben állandóan jelentkezett", a mihez néha, különösen a húgycső végén érezhető, szúró fájdalom csatlakozott. 1897. január 1-én beteg Bécsben Zuckerkandlhoz fordult, a ki a húgyvezéreket megcsapolva, baloldali vesemedenczelobot constatált, aqua calcist és Rudolfsquelle-t rendelt és a bal vese kiirtásának szükségét helyezte kilátásba. Február 15-dikén újabb lázroham és vérvizelés jelentkezett. „Mivel a bal vesetáji fájdalom állandó volt, kevés megszakítással s mivel a vizelet folyton zavaros, sürű, nagyfokban üledékes volt s a húgycsőbeli különös csipés sem maradt el", 1897. márczius hó 27-dikén az I. belgyógyászati kórodára vétette fel magát. (Idézőjel között a beteg sajátkezűleg irt kórtörténetében foglaltakat szószerint adtam.)

A fiatal betegnek a klinikán felvett *jelen állapotából*, mint fontossággal birókat a következőket emelem ki: A jól fejlett, mérsékelten táplált beteg köztakarója és látható nyálkahártyái sápadtak. *Cachexia jele nincs.* A mellkasi és hasi szervek vizsgálata csak annyiban mutat eltérést, *hogy a bal vese alsó sarka tapintható és fájdalmas. Alakja normalis, a rendesnél talán valamivel nagyobb.* A jobb vese, daczára a hasfalak vékonyságának, nem tapintható.

A vizelet világossárga, zavaros, állás közben hófehér üledéket ad. Fajsúlya 1016, mennyisége 1000 felett pár százzal ingadozik, vegyhatása savi. Fagypontja 1, 2° körül ingadozik, tehát a rendesnél valamivel kisebb sülyedést mutat. Sok genyt és ennek körülbelül megfelelő fehérjét tartalmaz. *Az üledék* sok genysejtet, *vörös vérsejteket változó mennyiségben, de állandóan* és ezenkivül számos egy vagy két nyujtványnyal biró ép, vagy zsírcseppeket tartalmazó, nagy magvú lapos hámsejtet tartalmaz.* A sejtek közt szabad zsírcseppek és detritus. Időnként a vizelet vértartalma makroskopice is kimutatható. Tuberculosis bacillusokra végzett vizsgálat eredménye negativ.

„A prostata és az ondóhólyagcsák épek. A hólyagnyak és a hártyás húgycsőrész épek. A húgyhólyag nyálkahártyája kissé hyperaemiás, de ép. A jobb húgyvezér nyilásából látszólag tiszta vizelet ürül. A bal nyilás beállítása nem sikerült. A cystoskopia alatt a hólyagba fecskendezett 300 gm. folyadék tisztán jött vissza" (Róna dr.).

A klinikán töltött idő alatt a betegnél az általa elmondottakhoz hasonló fájdalmas rohamok nem észleltettek. Az utolsó három héten át a vizelet *állandóan* véresen színezett volt. Fájdalmai ez alatt csak nyomás által voltak előidézhetők. A hőmérsék 37·2° fölé nem emelkedett, a beteg testsúlya 56 kilogrammról 58-ra gyarapodott.

Áttérve az eset klinikai méltatására, mindenekelőtt a következő jelenségek voltak azok, a melyeket szem előtt tartva, kellett diagnosisunkat felállítani. A betegnél *vérvizelés* állott fenn, a mely eleinte rohamokban lépett fel, többnyire kimutatható ok nélkül, *egyszer hosszabb kocsizás után.* E mellett azonban vörös vérsejtek a vizeletben sohasem hiányoztak. *Fájdalmak* szintén voltak. Ezek a rohamosabb vérzések alkalmával erősebbekké váltak, *egy izben a betegnek szószerint közölt leirása értelmében kifejezett vesekólikává fokozódtak.*

A fájdalom hosszasabb nyugodalmas életmód alatt csökkent. Székhelyét a bal vesetáj képezte, a honnét időnként a jobb vese felé is kisugárzott. A *bal vese tapintható* volt és normalis alak mellett annak csekély megnagyobbodása volt sejthető. *Nyomásra élénk fájdalom* volt kiváltható.

A vizelet, bő genytartalmánál, a benne található sok vesemedenczehámnál, savi vegyhatásánál fogva *pyelitisre* volt jellemző. A húgyutak a hólyagtól lefelé épeknek bizonyultak. A beteg időnként lázas volt.

A vizelet említett sajátságai alapján a baloldali pyelitis diagnosisa könnyen volt felállítható. A kérdés csak a körül forgott, vajjon mi képezte a pyelitis okát, mi volt a vérzések forrása és egy- vagy kétoldali vesebetegséggel állottunk-e szemben. A kezelés szempontjából az utóbbi kérdés birt a legnagyobb fontossággal. A hosszú időn keresztül gyakran ismétlődő vérzések a betegetnagyban gyengitették. Ezek czélszerű magatartás daczára sem voltak elháríthatók. A mélyebb húgyutak épsége, a pyelitis egyidejű fennállása, a vérzéssel egyidejűleg súlyosbodó vesetáji fájdalmak, mind olyan jelek voltak, a melyek a vesére utaltak, mint a vérzés forrására. A kórtörténetben leirt nagy véralvadékok kétségtelenné tették, hogy a vérzés nem a vese parenchymájában, hanem a medenczében jön létre. A véralvadékok a „renalis haemophiliát" is kizárták, a mennyiben ennél, legalább az irodalom eddigi adatai szerint, nem fordulnak elő és vérzéseinek profus voltában talán épen a vér alvadási képességének hiányossága is szerepet játszik. Ugyancsak ez ellen szólt a pyelitis egyidejű fennállása. Tehát minden arra mutatott, hogy a belgyógyászat eszközeinek hozzá nem férhető vesebántalom van jelen, a melytől a beteget csak a sebész szabadithatja meg.

(Folytatása következik.)

felől *Róna* és *Herczel* magántanár urak is résztvettek annak észlelésében, mint az közleményemből kitünik. Hogy pedig a beteget a klinikán több héten át észleltük, annak két oka volt. Az egyik ok a betegség mivoltának nehéz megállapithatóságában rejtett, a min, az eset leirása után, senki sem fog csodálkozni, a ki hasonlókat nemcsak egy-két észlelet alapján és compendiumokból ismer. A másik, ennél sokszorta fontosabb ok pedig az volt, hogy a vesekiirtás szükségének eshetőségével szemben tisztáznunk kellett a másik vese működési képességének kérdését. A vizelet és a vér vizsgálata, a mint ki fogjuk fejteni, a jobb vese állapotát tényleg kedvezőtlennek mutatta. Hogy ez sok megfontolásra és ismételt vizsgálatokra szolgáltatott okot, az természetes és ha F. úr azon közlése, hogy most, félévvel e papillomás vese kiirtása után, a másik vese megbetegedésének tünetei mutatkoznak, a valóságnak megfelel, akkor ez a legfényesebb bizonyitéka annak, hogy a beteg a kórodán alaposan lett megvizsgálva, és annak, hogy aggodalmaink a műtét előtt nem voltak oknélküliek.

* Frommer úr „atypikus" sejtjei!

## TÁRCZA.

### Az első magyar lelenczház.

Orvosok látogatása a Fehér-Kereszt-Egyesület lelenczházában.

(Vége.)

Lelenczházakban a gyermeket rendesen csak egy-két napig tartják, addig, míg tápanyát találnak neki, mert magában az intézetben a gyermeket felnevelni nem lehet. Ha csak év

1000 felvételt veszünk alapul, 12 év mulva (levonva az elhalálozásokat, visszavevések stb.) már 6000 volna együtt az intézetben. Már pedig annyi gyermeket egy helyre összeszorítva felnevelni — eltekintve a közegészségügyi szempontoktól — lehetetlen. Legjobbnak bizonyult a vidéki ápolás és ez a continens összes lelenczházaiban kivétel nélkül meg is van honosítva. A különbség csak abban van, anyjával együtt veszik-e fel a gyermeket vagy anyja nélkül, továbbá abban, hogy mennyire vonják be a gyermek megmentésébe az anyát is.

A legtöbb lelenczházban csupán a gyermeket veszik fel. Mihelyt a gyermek a lelenczházba kerül, az államé, anyjának hozzá többé semmi köze. Így van ez az olasz, franczia, spanyol, orosz és portugál lelenczházakban. A bécsi és párisi lelenczházakban anyjával együtt veszik ugyan fel a gyermeket, de nem azért, hogy az anya közreműködjék a gyermek megmentésénél, hanem azért, hogy a lelenczházban dajkaszolgálatot teljesítsen, a minek következtében csak annyi és oly anyát vesznek fel, a hány és a minő dajkára az intézetnek éppen szüksége van. Azért marad a gyermek csupán egy-két napig a lelenczházban és elégséges például a most felállítandó stájer lelenczház czéljaira három szoba.

Nekünk ellenben, kik a gyermek megmentésébe mindenképen be akarjuk vonni az anyát — és eltekintve mindentől pénzügyi okokból kénytelenek is vagyunk rá —, a nálunk követett rendszer vált szükségessé, melylyel a gyermeket fentartjuk, az anyát pedig munkaképessé teszszük.

Egyesületünk jelenleg 60 ágygyal rendelkezik, a mi körülbelül évi 1000 felvételnek felel meg, azonban kényelmesen elhelyezhető még 40 ágy, mi által évenként 1600 felvételre alkalmas. És ez — azt hiszem — a mostani rendszer mellett Budapestnek hosszú időre teljesen elégséges. Ha pedig a felvételt keresők száma még nagyobb volna, a birtokunkat képező szomszédos telek igénybevételével, intézetünk kevés költséggel kibővíthető.

Mielőtt a gyermeket dajkaságba adnók, elbiráljuk, hogy a tápdíjat ki fogja fizetni. Itt három kategoriát különböztetünk meg.

Ha azt látjuk, hogy az anya keresetéből gyermekéről gondoskodni képes, köteles a gyermek tartásdíját fizetni. (Dajkák.) Ebben az esetben az egyesület csak a felügyeletet gyakorolja, betegség esetén a gyermeket gyógykezelteti és orvossággal látja el.

Ha az anyának van ugyan keresete, de nem elegendő arra, hogy ebből az egész tartásdíjat fizethetné, akkor az anya csak ennek felét, többi részét pedig egyesületünk fizeti hosszabb-rövidebb időn át.

És csak akkor, ha azt látjuk, hogy az anya keresetéből magát is alig tarthatja fenn, csak akkor neveljük a gyermeket — a belügyminister felhatalmazása alapján — illetőségi községe terhére, mely esetben a tartásdíjakat az illetőségi község tartozik fizetni.

Mi tehát mindenképen azon vagyunk, hogy az illetőségi község csak a legszükségesebb esetben terheltessék meg és ebben áll rendszerünk egyik főelőnye.

A mult évben felvett 840 gyermek közül például csak 367 neveltetett illetőségi községe terhére.

Eltekintve attól, hogy rendszerünk révén a közmegterhelést a minimálisra szállítjuk, előnye még abban is áll, hogy fentartjuk a köteléket az anya és gyermeke közt és abban is, hogy ott, a hol csak lehet, a gyermek atyját kényszerítjük a tartásdíjak fizetésére. Teszszük ezt abból a moralis okból is, hogy az a tudatlan leány ne lehessen büntetlenül bárkinek prédájává.

A gyermeknek falura való kiadásánál rendkivül óvatosan járunk el. Indokolttá teszik óvatosságunkat az e téren szerzett szomorú tapasztalatok. A nép — a körülmények kényszere alatt — megszokta, hogy gyermeköléssel keresse kenyerét. A gyermek anyja, ha dajkaságba adta gyermekét, rendszerint néhány hónapig fizetett is érte, de azután eltünt. És a szegény falusi asszony, ki csak azért vállalkozott a gyermektartás nehéz feladatára, hogy valamint keressen, hiába kutatván a nála lévő gyermek szüleit vagy valakit, ki a gyermekről gondoskodnék, kénytelen volt a gyermeket elhanyagolni és minél hamarább tönkretenni. Ez állapotokról magam is meggyőződést szereztem, mikor ezeket a falvakat beutaztam. Teljesen szervezett embervásár volt az, a mit itt láttam. Voltak nagy- és kiskereskedők, de mindegyiket egy közös czél vezette: megkeresni néhány forintot és ezért a gyermeket megölni.

Nekünk most 83 községünk van, a melyekbe gyermeket adunk dajkaságba. A község orvosát díjazzuk, hogy állandó és szorgos felügyelet alatt tartsa a gyermeket, a központ egy orvosa pedig folyton úton van és minden gyermeket évenkint 3—4-szer köteles ápoló szüleinél felkeresni és megvizsgálni.

Iparkodunk a gyermeket jobbmódú tápanyához adni, követeljük tőle elöljárósági és orvosi bizonyítványát és minthogy a tápanya tudja, hogy a tápdíjat minden körülmény közt megkapja, másrészről pedig, hogy rossz ápolás esetén a gyermeket tőle elveszszük, hogy a gyermektartástól ilyenkor egészen eltiltják, nagyban hozzájárulunk ahhoz, hogy a gyermek felnevelése a tápszülő érdekében álljon.

Óvintézkedéseink által elértük azt, hogy dajkaságba adott gyermekeink halandósága oly csekély, mint remélni se mertük volna.

A gyermek első életévében a halálozási arányszámot 30%-kal véltük feltehetni, tényleg azonban

1896-ban: 23 %
1897-ben: 16·88%-a halt meg a felvett gyermekeknek.

Az idén, márczius 1-jéig 250 volt a felvételek száma. Az emelkedés tehát szembeszökő. Ez a szám is teljesen igazolja, hogy intézetünk már most 1000 gyermeket ment meg évenként.

Rendezett viszonyokat hoztunk a gyermekápolás ügyébe egyáltalában és mindezt elértük a nélkül, hogy a községeket túlterheltük volna.

A mai rendszernek még mindig az a hátránya, hogy az összes terheket úgyszólván kizárólag egyesületünk és a község viseli. A fővárostól évenként 1200 forintot, a kormánytól 5000 forintot kapunk (mely összeget törlesztés fejében azonnal vissza is kell fizetnünk), 1200 forintból azonban nem ezer, de még 10 gyermeket sem lehet felnevelni.

Felemlítem még, hogy ennek a háznak felépítése 100,000 frtba került, melyre még 60,000 frttal tartozunk.

Még néhány szót a dajkaügyről. Annak a nőnek, ki gyermekét saját erejéből vagy a gyermek atyjának támogatásával fel tudja nevelni, tetszésére bizzuk, vajjon dajkaszolgálatot vállal-e vagy sem. Ha azonban a nő dajkának alkalmas és abban az esetben, ha dajkaszolgálatot nem vállalna, gyermekét közköltségen kellene felnevelni, akkor köteles mint dajka elszegődni.

Habár a felvett anyák legnagyobb részének, azaz 100 közül 95-nek elég teje van arra, hogy gyermekét szoptathassa, mégis a felvételek alig 15%-a alkalmas dajkának, mert itt nemcsak a tej minősége és mennyisége, hanem még sok más körülmény, úgymint a nő külseje, mirigyek jelenléte stb. játszanak szerepet. A felvétel után minden nőt megvizsgálunk, azután pedig meghatározzuk tejének mennyiségét és minőségét.

A tej mennyiségének megállapítása akként történik, hogy a nő egyik emlőjéből két órán át nem szoptat és az ilyképen összegyült tej kifejetvén, adja meg a mennyiséget.

A tej zsírtartalmát a Marchand-féle lacto-butyrometer segélyével állapítjuk meg, megmérjük a tej fajsúlyát és megállapítjuk a többi alkatrészeket.

Itt még megjegyzem, hogy több mint 10 évvel ezelőtt constatáltam — azt hiszem, mint első —, hogy a tej minősége a szoptatás alatt nem változik, tehát mindegy, ha 2 hónapos gyermekhez 7 hónapos dajkát vagy 7 hónapos gyermekhez 2 hónapos dajkát adunk, feltéve, hogy a tej mennyisége elégséges és minősége megfelel. Mellékesen felhozom azt is, hogy a tej mennyiségének a fent vázolt módon való megállapítása szintén tőlem ered.

Igen fontos nálunk még az is, hogy luetikus dajkát el ne helyezzünk. Minthogy úgy a gyermek, mint az anya hosszabb időn át áll megfigyelésünk alatt, ez az eshetőség úgyszólván teljesen ki van zárva. Tizenkét évi ittműködésem alatt legalább egy sem fordul elő.

Inkább megtörténhetik, hogy kiadása után a gyermeknél lépnek fel a lues tünetei, de arról, hogy az ilyen esetben a gyermekkel mit teszünk és a tápanyát hogyan óvjuk meg az infectiótól, máskor szándékszom bővebben beszélni.

# IRODALOM-SZEMLE.

## I. Könyvismertetés.

**A belgyógyászat kézikönyve.** Szerkesztik: **Bókay Árpád, Kétli Károly, Korányi Frigyes.** IV. kötet. 1897. Dobrowsky és Franke kiadása.

(Folytatás.)

*Irsai Arthur*-nak a *gégedaganatokról* irt monographiája, jóllehet a betegség természeténél fogva a sebészet körébe vág, szerencsés feldolgozása által a belgyógyászra is kiváló érdekkel fog birni. A szerző a betegségnek felismerését megkönnyítendő, különös súlyt a gégetükörrel nyerhető képre, a klinikai tünetekre fektetett s ez által az elkülönítési kórismének felállítását egyéb, a belgyógyászat körébe vágó gégebajokkal szemben lényegesen elősegítette.

A *légcső* és *hörgök betegségeinek* nagy körültekintéssel és kiváló szakértelemmel készült feldolgozását *Terray Pál* tollának köszönhetjük. A szerző irodalmi működését jellemző solid objectivitás, a physikalis viszonyoknak kitünő ismerete és értékesítése tünik ki a terjedelmes fejezetnek minden sorából s ad annak kiváló értéket. A légcső és hörgök boncz- és szövettani ismereteinek előrebocsátását a pathologiai viszonyoknak könnyebb értelmezése szempontjából annyival is inkább helyénvalónak tartjuk, mert ezen szervek betegségeinek tüneteire a megváltozott mechanikai viszonyok nagy befolyással vannak. A *légcső betegségei*, a *hörgök torzképződései, sérülései* után az *idegen testek a hörgökben* fejezete kelti fel érdeklődésünket, melyben szerző könnyebb áttekintés kedvéért a nagytapasztalatú *Hoffmannak* felosztását (a bejutott testek alakja s physikai alkata szerint) veszi át. A *hörghurut* már gyakoriságánál fogva is megérdemelte a figyelmet, melyben azt szerző részesítette. A hatalmas kóroktani részből kitünik, hogy alig van betegség, melyhez mint szövődmény, alig van káros külső befolyás, melyhez mint direct következmény hörghurut ne csatlakozhatnék. Külön, beható méltatást nyertek a hurutok a fellépés hevenyés vagy idült módja, a nagyobb vagy kisebb hörgökben való localisatio, a váladék minősége szerint. A gyógykezelés a szorosan vett gyógyszeres therapián kivül részletesen felöleli a nagy szerepet játszó diaetetikai, hygienés eljárásoknak, gyógyklimás helyeknek és ásványvizeknek lehető ismertetését. A ritkábban előforduló *rostonyás hörglob* után a *rothadásos hörglob* bevezetésében felveti a kérdést, vajjon létezik-e elsődleges rothadásos hörglob, azaz olyan, mely ép hörgfal és tüdőszövet mellett, egyszerüen a hörgváladék sajátszerü szétesése alapján lép fel? s erre a klinikai és bakteriologiai tapasztalatok alapján igenlőleg felel. A kóroktani részből látjuk, hogy magyar vizsgáló — *Lumniczer József* — volt az első, kinek sikerült bronchitis putrida esetén a köpetből egy sajátszerü pathogen bacillust isolálnia, mely az agartenyészetben fejlesztett jellemző büz és állatkisérletekkel beigazolt pathogenitás alapján, mint azon esetnek kórnemző mikroorganismusa volt tekinthető. A *gümőkórság* és *syphilis a hörgökben*, *daganatok a hörgökben*, *hörgszükület*, *a hörgök áttörése* apróbb, de minden lényegest összefoglaló fejezetek. A nagyobb klinikai fontossággal biró *hörgtágulat* kóroktanában igen jól áttekinthető képét nyerjük ezen változatos úton fejlődő betegség keletkezési mechanismusának. Az *asthmának* kiváló gonddal és látható előszeretettel készült érdekes fejezete képezi egyik legbecsesebb részét az egész sorozatnak. A kóroktan felöleli a hajlamosító és kiváltó okoknak változatos seregét, a betegség lényegéről és okáról irt rész pedig az asthmatheoriáknak történelmét, azoknak egymásból való fejlődését kitünő, logikai sorrendben foglalja egybe. Végeredményben a betegség lényegét a leginkább elterjedt álláspont szerint a nyúltagyi centrum ismeretlen okból vagy ismert reflex befolyás alatt fejlődött izgalmára, resp. az ennek útján kiváltott hörggörcsre vezeti vissza. A tüneti rész bő és jellemző leirását adja az érdekes jelenségekben gazdag asthmarohamoknak, a ritkábban előforduló álczázott, féloldali stb. alakoknak. A *hörgi nyirokmirigyek betegségeinek* tömör rajza fejezi be a magas nivuen álló czikkeknek sorát.

(Folytatása következik.)

## II. Lapszemle.

**A protargol a szemészetben.** A párisi Académie de médicine-nek *Darier* javaslatot terjesztett be, melyben az argentum nitricum alkalmazása helyett szembajoknál a protargolt ajánlja, mely nem izgat, nem okoz fájdalmat, oldatban hosszú ideig eltartható s a mellett jelentékeny bactericid hatással bir. További nagy előnye a protargolnak, hogy oldatában alkaliák, fehérnye, kénvegyületek stb. által csapadék nem támad, s hogy cocainnal kitünően egyesíthető. Ezen az akadémiához intézett közlemény megokolása a szerzőnek kimerítő dolgozatában foglaltatik, mely a *La clin. ophth.* 1/98. számában jelent meg. Többnemü ezüstvegyület megbeszélése után szerző oda concludál, hogy a protargollal elért siker minden reményt túlhalad. Soha sem látott szerző, mint mondja, valamely szertől oly gyors és biztos gyógyulást, mint a protargoltól és még hozzá csaknem minden fájdalom nélkül. Szerző nagyobb fokú conjunctivitis catarrhalis számos esetében 10%-os oldatot használt, melylyel az edzés előbb egyszer naponként, később minden második napon történt. Az argentaminnal szemben, melynek jó hatását conjunctivitis catarrhalisnál a szerző beismeri, azon nagy előnynyel bir a protargol, hogy fájdalmatlan és teljesen jól eltartható. Blepharitis és blepharo-conjunctivitisnél szerző a következő kenőcsöt használja: Rp. Protargoli 1·5, Zinci oxyd. 1·0, Amyli 1·0, Vaselini 15·0. S. Szemhéjkenőcs. Szemcsés conjuntivitis-nél a protargal hatása ugyanaz, mint az argentaminé. Az oly makacs dacryocystitisnél protargal befecskendezésekkel a könycsatornába igen jó, mondhatni gyors gyógyulás éretett el. Ezen mosások nem okoznak fájdalmat és erősen antiseptikusan hatnak; 3 így kezelt betegnél néhány nap alatt teljesen megszünt a genyes elválasztás. Szerző azzal végzi czikkét, hogy a protargol beható antiseptikus hatásával túlhaladja az argent. nitr., sőt az argentamint és különösen teljes ártalmatlansága, normalis izgató hatása miatt előnyt érdemel mindazon esetekben, melyekben előbb a nitr. argenti-t használták s hogy a protargolban azon ezüstsóval birunk, melytől a szemészetben a legtöbb és legnagyobb szolgálatot várhatunk.

**Hangszalaghűdés tabesnél.** *Grabower* egy 10 évig észlelés alatt állott tabetikus egyénre vonatkozó vizsgálatait közli, melyek kórboncztani adatainál fogva felette fontosak. A fennállott hangszalaghűdés mellett a vagus-gyökerek sorvadtak, míg az accessorius ideggyökerei teljesen épek voltak. Bizonyító erővel bir ezen adat, hogy embernél is úgy mint állatoknál a gége beidegzésében az accessorius nem vesz részt. (Verhandl. der laryng. Gesellschaft zu Berlin, 1897, Bd. VII.)

## Hetiszemle és vegyesek.

— **Az országos balneologiai egyesület** évi közgyülését folyó évi márczius hó 27-dikén d. e. 10 órakor a budapesti kir. orvosegyesület házában (VIII., Szentkirályi-utcza 21. sz.) fogja tartani. Tárgyak: 1. Elnöki megnyitó. 2. A főtitkár jelentése az egyesület működéséről. 3. A pénztáros jelentése a pénztár kezeléséről. 4. A pénztár megvizsgálására kiküldött számvizsgálók jelentése. 5. Magyarország fürdői és ásványvizei az 1900-diki párisi kiállításon. Előadó: *Hankó Vilmos* dr. 6. Indítványok. (Az alapszabályok 12. czikke értelmében esetleges indítványok a közgyülést megelőzőleg legalább 10 nappal irásban és indokolással az igazgató-tanácshoz nyujtandók be.) 7. A gazdasági osztály elnökének választása (a gazdasági osztály tagjai által). — A közgyülést a *VIII. magyar balneologiai congressus* követi, még pedig az *I. ülés márczius 27-dikén, délelőtt 11 órakor*, melynek tárgyai: 1. *Ónodi Adolf* dr., egyet. tanár: Tüdőbajosok sanatoriumokban és klimatikus helyeken. 2. *Sassy János* dr. (Miskolcz): A scrophulosis balneotherapiája. 3. *Sümegi József* dr.: *a)* Balneologiai kirándulások a magyar fürdők érdekében. *b)* Minő kedvezményekben részesüljenek az orvosok fürdőinkben? *2. ülés márczius 28-dikán, délelőtt 11 órakor.* 1. *Tauszk Ferencz* dr., egyetemi magántanár: A szívbetegségek balneotherapiája. 2. *Bikfalvy Károly* dr. (Maros-Újvár): Az erdélyi sósfürdők. 3. *Kelen István* dr. (Budapest—Új-Tátrafüred): A hidegvízgyógymód kombinálása massage és svéd gymnastikával fürdőinkben. 4. *Fodor Kálmán* dr.: A pöstyéni új Ferencz József-gyógyfürdő ismertetése. *3. ülés márczius 28-dikán, délután 6 órakor.* 1. *Aldor Lajos* dr. (Budapest—Karlsbad): A gyomorbetegségek hyperchlorhydriás alakjainak diaeto- és balneotherapiája. 2. *Weisz Ede* dr. (Pöstyén): A balesetek által sérültek utókezelése fürdőkkel. 3. *Russay Gábor Lajos* dr. (Szobráncz): Innen-onnan a fürdőből. 4. *Boleman István* dr., kir. tanácsos (Vihnye): A magyarországi fürdők látogatottsága 1897-ben (hivatalos adatok alapján). A záró ülés után — márczius hó 28-dikán, este 9 órakor — *közös vacsora* az „István főherczeg“ szállodában.

**Ötszázadik sérvműtétét** végezte *Réczey Imre* tanár márczius 12-dikén. Ezen akalomból tanitványai csendes, de megható ünneplést rendeztek számára a klinikum műtőtermében. Midőn *Réczey* tanár előadását megtartandó a terembe lépett, melyet hallgatói zsúfolásig megtöltöttek, ez évi hallgatói közül *Balázs Jakab* o. t. h. meleghangon üdvözölte mint a tanári hivatásnak és kötelességtudásnak utánzandó példáját, ki nemcsak tanitványait és szakmáját lelkesedéssel szereti, hanem mint orvos is mindig a humanismus jelszavát követi. *Réczey* tanár köszönete után megtartotta előadását a gyökeres sérvműtétről s azután az *ötszázadik* sérvoperatio végzéséhez fogott, mely 35 perez alatt be volt fejezve. Műtét után *Kuzmik Pál* dr. klinikumi adjunctus üdvözölte a klinikum segédszemélyzete nevében mesterüket, ki válaszában megköszönte a klinikumi személyzet közreműködését ezen nagyszámú sérvoperatiók sikeres végrehajtásában. Ezen 500 sérvoperatio *Réczey* tanár klinikumán 6 év alatt végeztetett s főleg a szabadsérvek gyökeres műtéteit öleli fel. Az ünnepélyre a klinikum régi tanitványai közül *Bartha Gábor*, *Herczel Manó*, *Müller Kálmán* tanár jelentek meg.

Este banketre gyültek össze a tanár és a klinikum segédszemélyzete a Royal-szállodában.

**Az országos közegészségi egyesület** nevében *Müller Kálmán* dr. elnök hosszabb előterjesztést tett a tanácshoz, a melyben azt mondja, hogy komoly aggodalommal látja az egyesület, hogy mennyi sok balesetnek okozója a villamos vasút. Az egyesület a balesetek okainak a következőket mondja: A villamos kocsi vezetője az utcza kereszteződésnél nem lassítja a menetet, nem tartja be az előirt sebességet, a csengők hangja nem elég éles s nem hatol át az utcza zaján, a fékező sok kocsiban rossz. A gyermekekre, aggokra és betegekre az utczán nem ügyel fel senki. Az egyesület szerint mentőkészülék alkalmazása nem ér semmit s a következő intézkedéseket kéri: Utczakereszteződésnél a sobes hajtást szigorúan tiltsa el a hatóság, a villamos kocsikban sebességmérőt alkalmazzanak, rendelje el a hatóság, hogy a fékező minden kocsiban jó, a csengő elszigetelve legyen, rendelje el, hogy a gyalogjárók az úttesten ne járjanak. Az egyesület végül azt kéri, hogy tanulmányozza a hatóság azt a kérdést, nem lehetne-e a főforgalmi utakról az összes villamos vasutakat a föld alá vinni.

**A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. február 27-dikétől 1898. márczius 5 dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 504 gyermek, elhalt 279 személy, a születések tehát 225 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 2, roncsoló toroklob 1, hökhurut —, kanyaró 1, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 4, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 4, agykérlob 23, agyvérömleny 9, rángások 9, szervi szívbaj 11, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 55, tüdőgümő és sorvadás 44, bélhurut és béllob 14, carcinomata et neoplasmata alia 20, méhrák 4, Bright-kór és veselob 2, angolkór 2, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 21, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 7, erőszakos haláleset 14. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2498 beteg, szaporodás 732, csökkenés 739, maradt e hét végén ápolás alatt 2491. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. márczius 5-dikétől márczius 12-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 13 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 24 (meghalt —), vörhenyben 26 (meghalt 1), kanyaróban 47 (meghalt 1), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 30 (meghalt 1), trachomában 17, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 13 (meghalt —), orbánczban 18 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1 (meghalt —).

— **University extension.** A bécsi egyetemi tanárok és magántanárok által rendezett előadási cyclusok első sorozatában (október—deczember) 3001 hallgató vett részt. Legtöbb hallgatója volt az anatomiáról, a naprendszerről, az első segélyről, a német irodalomtörténetről, a görög bölcsészekről, a villanyosságról, az élettanról tartott cyclusoknak (100—400); a többi cursusokon 40—100 hallgató volt jelen. A második sorozat (január-február) 21 cursusát 2300 hallgató látogatta. A 3-dik sorozatra 22 cyclust hirdettek. A *cambridge*-i University extension az 1896/97-dik évben 86 cyclust tartott 8496 hallgató előtt.

A *londoni* 160 cursuson 14,150-en vettek részt, *Oxford* 147 cursust rendezett.

*München*-ben, hol az intézménynek egyesületi szervezete van, a természettudományi előadásoknak volt legtöbb hallgatójuk. A hallgatóságnak csak 15%-a nő; foglalkozás szerint 20% kereskedő, 5% gyáros, 6% hivatalnok, 5% katona, 6½% tudományos pályán levő, 2% művész, 8% iró, 7% tanitó, 7% tanuló, 3% magánzó, 21% *iparos* és *munkás* stb. *A gráczi egyetemi tanárok Rollet* tanár kezdeményezésére Gráczban, Leobenben és Marburgban az University extensiont meghonositották, sőt a jövő évre sikerült állami subventiót is kieszközölni. (Hochschul Nachrichten)

□ **Az egyetemek magántanárai fegyelmi viszonyainak rendezése** czéljából a porosz közoktatásügyi minister törvényjavaslatot készitett. A szabályozás czélja, hogy a magántanárok fegyelmi viszonyát a rendszeresitett tanárokéval egyenlővé tegye. A megokolás szerint a magántanároknak az állam (t. i. Poroszországban) előadásaik érvényességét elismeri, tandíjaikat közvetíti, ez által állásuk egy államhivatalnokéhoz hasonlóvá lesz s igy kötelességük is azokéval azonos.

A fegyelmi büntetés megintés, megdorgálás és a venia legendi megvonásából áll. Az elsőfokú hatóság a facultás, a melyen a habilitálás történt, a felső hatóság a ministerium.

A fegyelmi viszonyok szabályozására a kiindulást Németországban főleg az úgynevezett „kathedra-socialismus“ szolgáltatta. A törvényhozás tagjai azonban, a mint a bizottsági tárgyalásokból látszik, felebbezési forumul a közigazgatási bíróságot s nem a ministeriumot óhajtják. Bosse minister azonban kijelentette, hogy ilyen módosításhoz semmi szin alatt sem járulhat hozzá.

△ **Orvosok száma Németországban.** *Németországban* 1897-ben 24,873 orvos működött, az emelkedés egy év alatt 3·5%; Poroszországban 14,957 orvos volt, azaz 4·2% emelkedés. Berlinben 10 év alatt 1104-ről 2196-ra növekedett az orvosok száma: 99%. 100,000 lakosra nagyobb német városokban 30—50 orvos esik.

+ **Az orvostanhallgatók száma Ausztriában** az utolsó évben 412-vel apadt, a többi facultások tanulóinak száma növekedett.

— **Nő orvostanhallgatók.** *A bécsi egyetemen* 34 nő tanul, míg Svájczban a női egyetemi hallgatók száma 600.

= **Pasteur-intézet Berlinben.** *Berlinben* a fertőző betegségek intézetében a veszettség számára külön osztályt szerveznek, melynek vezetője Pfeiffer tanár lesz.

⊠ **Külföldi egyetemi hirek.** *Pekingben* 10 facultású egyetem felállitását tervezik, *Washingtonban* pedig az University of the United States, a nagy nemzeti egyetem ügye a megvalósulás stadiumába lépett.

— **Az idei egyetemi költségvetés Németországban.** *A porosz költségvetés* az egyetemek számára 6 millió márka rendkivüli kiadást irányoz elő; a rendes kiadásokat is jelentékenyen emelték, igy a *berlini* egyetem számára 2.232,298 márka helyett 2.343,738 márkát, tehát 110,450 márkával többet vettek fel. A Charité új épitkezései számára 1 millió márkát, a chemiai intézet ez évi befejezésére 700,000 márkát, az anatomiai intézet átalakitására további 47,900 márkát, az élettani intézet felszerelésének kiegészitésére 30,000 márkát, annak új épitkezésére 68.000 márkát, a botanikus kertre ¾ millió márkát irányoztak elő. De nemcsak a berlini egyetemről gondoskodik a törvényhozás, hanem a többi porosz egyetemek számára is jelentékeny összegeket szavaz meg. *Bonn*-ban a belgyógyászati klinika kibővitésére 76,000 márkát, a sebészi klinikára 24,000 márkát, a bőrgyógyászatira 16,500 márkát, a physikai intézetre 41,000 márkát, a vegyészetire 40,000 márkát, egy új csillagászati refractorra 30,000 márkát fordítanak. A *boroszlói* bonczтani, élettani, közegészségtani és gyógyszertani intézeteket, valamint a szemészeti klinikát újjá épitik. A természettani intézet egy maga ez évre 120,000 márkát igényel. Jelentékeny összegeket fordítanak telekvásárlásokra is. *Göttingá*-ban a természettani és vegytani intézet kibővitésére ez évben 195,000 márkát folyósitanak. *Greifswaldban* a sebészeti és belgyógyászati klinikák számára 30,000 márkáért telkeket vásárolnak, az egyes intézetek átalányait felemelik. *Halle*-ban a villanyos világitás berendezésére 32,000 márkát, a kórtani intézetre 52,000 márkát, a bonczтanira 30,000 márkát, az ideg- és elmekórtani klinikára 66,000 márkát használhatnak fel. *Kiel* számára a klinikák épitkezéseire 320,000 márkát, az élettani intézetre 15,000 márkát irányoztak elő. *Königsberg*-ben 400.000 márkáért új könyvtárt épitenek; a sebészeti klinikát 40,000 márka költséggel kibővitik, *Marburg*-ban a könyvtárt újjá épitik s az anatomiai intézetet kibővitik. Az egyes klinikák és intézetek szükségleteire pedig minden egyetemen jelentékenyen nagyobb összegeket vesznek fel.

A felsőbb oktatásra úgy a porosz, mint a franczia közoktatási kormány évente milliókat fordit, s e mellett, ha telekvásárlásról van szó, a városok azokat ingyen vagy igen csekély összegért engedik át. Nálunk a közoktatási kormányzat legjobb szándékai elé az úgynevezett pénzügyi tekintetek folytonosan akadályokat gördítenek. Sajnos, hogy e tekintetek épen ezen tárczánál érvényesülnek, holott épen a közoktatás az, melyre nehéz viszonyaink között is többet kellene áldozni! *G. E.*

**Ludvik Endrét**, a szent János-kórház igazgatóját, szives ünneplésben részesitették e hó 14-dikén abból az alkalomból, hogy 25 évvel ezelőtt lépett városi szolgálatba. A János- és Margit-kórház fő- és rendelő orvosai nevében *Gyurman Emil* üdvözölte az ünnepeltet, az alés segédorvosok nevében pedig *Laczkovich Elemér* mondott üdvözlő beszédet.

**Kinevezések.** Budapest székes főváros főpolgármestere a szent Rókus-kórházba alorvosnak *Brokess Antal* dr.-t, segédorvosnak pedig *Ilg Endre* dr.-t nevezte ki. *Lovrich Sándor* dr.-t a tartományi főnök az irgalmasrendiek műtőfőorvosává, *Áldor Lajos* dr. karlsbadi fürdőorvost a m. k. államvasutak igazgatósága a vasuti alkalmazottak karlsbadi orvosi tanácsadójává nevezte ki.

† **Elhunyt.** *Albrich József* dr. orvos Ujegyházán 70 éves korában.

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** (lakik: VII., Erzsébet-körút 58).

**Téli kúra** rheumatikus bajok, köszvény, ischias stb. ellen a Szt. Lukács-fürdőben **Budapest.**

A szállodák és fürdők egy épülettömböt képeznek. *Minden helyiség jól fütve 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.

# TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akademia (III. oszt. ülése 1898. márczius 14-dikén) — Budapesti kir. orvosegyesület (X. rendes ülés 1898. márczius hó 12-dikén) 146. l. — Közkórházi orvostársulat (IV. bemutató szakülés 1898. február 23-dikán) 148. l. — A XIX. német balneologiai congressus Bécsben. 149. l.

## Magyar Tudományos Akademia.

(III. osztály ülése 1898. márczius 14-dikén.)

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

Orvosi érdekű előadások voltak a következők:

1. **Lenhossék Mihály**: **A centrosomáról.** Évtizedünk elejéig az állati sejt alkató részei gyanánt csak kettő szerepelt: a protoplasma és a mag. Újabb vizsgálatokból az derült ki, hogy van a sejteknek még egy harmadik része, az ú. n. centrosoma, mely két vagy több apró, rendszerint a sejt közepében fekvő szemecskéből áll. Előadó vizsgálataiból kitünik, hogy a centrosoma főtényezője a sejt mozgási tüneményeinek.

2. **Kétli Károly**: **A dobhúr (chorda tympani) boncz- és élettani viszonyai klinikai megfigyelések alapján.** Beható ismertetését adja a dobhúr eredése, lefutása és működése körüli eddigi felfogásoknak, s ráutal azon nehézségekre, melyek ezideig anatomiai és éllettani viszonyainak megismerése körül fennállanak. Az eltérő nézetek közül előadó a Schiff és Erb által kimondott felfogáshoz csatlakozik és ezen álláspontját klinikai észlelés alapján indokolja.

1. A dobhúr közvetíti a nyelv elülső két harmadának izlésképességét; a dobhúr a három osztású ideg második ágából, valószinüen a ganglion sphenopalatinumból ered.

2. A dobhúr nem a Wrisberg-féle közbeneső részlet folytatása, mint azt *Lussana* és *Cl. Bernard* állítják, hanem egyenesen a trigeminus ága, mely a Fallopia-csatornán át egy ideig az arczideggel egyesülve, később ettől elválva jut a nyelvhez.

E szerint megdül a Cl. Bernard-féle azon felvétel is, mely szerint a nyelv elülső részén az ízérzés a dobhúr mozgató befolyása alatt állna, mert hisz a trigeminus két ága csupán érző rostokat tartalmaz.

3. A nyelvideg (n. lingualis) csupán a *tapintó* és *hőérzést* közvetíti a nyelven, míg az ízérzésre befolyással nincsen.

3. **Fodor József** és **Rigler Gusztáv**: **Vizsgálatok typhusszal fertőzött állatok vérével.** Az előadók abban az irányban végeztek kisérletes tanulmányokat, vajjon nem mutatja-e a Gruber-Widal-féle tüneményt az olyan kisérleti állat is, a mely nem immunizáltatott, hanem csupán *fertőzve* lett typhussal, s ennek nyomán vajjon nem lehetne-e a jelzett tünemény segítségével a typhus-tenyészettel befecskendezett állatban egyrészt a typhusos megbetegedést kimutatni, másrészt vajjon nem lehetne-e az ily módon megbetegedett állat vérét ép úgy kihasználni a typhus-bacillus felismerésére, mint a typhusban megbetegedett ember vérét?

A vizsgálatokat főképen tengeri malaczokon végezték, melyeknek 48 órás typhus bouillon tenyészetet (1 cm³ 300 gm. malaczra), illetve az ellenőrző kiséreteknél bacillus coli commune tenyészetet, fecskendeztek a bőrük alá. Az állatoknak azután különböző időben vérét vették, elektromos körforgón savóját leválasztották s ezzel kémlelték a különféle eredetű typhus- és a különféle eredetű coli-tenyészeteket, még pedig oly módon, hogy a tiszta vérsavó bizonyos mennyiségét mikroskopi tárgylemezen keverték egyrészt ugyanannyi typhus-, illetve coli-tenyészettel, másrészt 50-szeresen több typhus-colibouillonnal, s megfigyelték mikroskop alatt a Gruber-Widal-féle tüneményt.

Az eredményt a következőkben vonták egybe:

Ép állat vére typhus-bacillussal szemben nem mutat Gruber-Widal tüneményt, nevezetesen nem 1:50 arányban.

Typhusszal fertőzött állat vére már 24 óra mulva a fertőzés után mutat némi tüneményt, különösen 1:1 arányban; a vérnek hatása a typhus-bacillusokra napról napra erősödik, s a 8—10-dik napon 1:50 arányban is határozottan mutatkozik. Azután gyengül megint a vér hatása, de még a 80-dik napon is, a fertőzés után, észrevehető. Typhussal fertőzött állat vére a coli-bacillusokra nincs hatással, nevezetesen nincsen 1:50 arányban.

Coli-bacillusokkal fertőzött állatok vére typhus-bacillusokra nincsen hatással, nevezetesen nincsen 1:50 arányban. A coli-bacillusokra van némi hatással.

Eme kisérletekből kitünik tehát, hogy a typhussal fertőzött állat vére ép úgy alkalmas a typhus-bacillusnak felismerésére és a coli-bacillusoktól való megkülönböztetésére, mint a typhus-beteg ember vére; továbbá, hogy a typhus-bacillussal mesterségesen fertőzött tengeri-malacz, a mint ezt vérének magatartása typhus-bacillusokkal szemben tanusítja, ép úgy megbetegszik typhusban, mint a fertőzött ember, s e betegsége a vérének Gruber-Widal-féle reactiója segítségével megállapítható.

A vizsgálódások ezeken felül kiterjedtek arra is, hogy a szervezet mely részében képződik az az ismeretlen anyag, a mely az említett tüneményeket létrehozza, hogy mily viszonyban áll ezen anyag a *Fodor*-tól fertőzött állatok vérében tapasztalt alkalikus anyaggal? stb. A vizsgálatok eme részéről más alkalommal terjesztik elő jelentésüket.

## Budapesti kir. orvosegyesület.

(X. rendes ülés 1898. évi márczius hó 12-dikén.)

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

### Gégepapilloma végleg gyógyult esete és papillotom műszere bemutatása.

**Némai József**: 12 éves fiút mutat be, kinél 6 év előtt a *gégeüreg papillomákkal* volt kitöltve, ezeket műszerével mind kiszedte; de a gyermeknél néhány hét mulva már kiújulás mutatkozott és pedig oly lobos tünetek kiséretében, melyek a légzést nehezítették. E miatt a gyermekkórházban intubáltatta, a mit a gyermek igen jól tűrt és pedig a szabad légzést illetőleg pompás eredménynyel, de a tubus nyomása nem hogy nem sorvasztotta a daganatokat, hanem úgy látszik, hogy annál jobban burjánoztak fel a gégebejáratban, sőt a gégefedőn is a növedékek; úgy hogy ujjal ki lehetett tapintani.

A mindinkább nehezebbé váló intubatio helyett, a mely azon aggodalommal is járt, hogy papillom-részletek letépődnek és letolódhatnak a légcsőbe, később légcsőmetszés történt. Nehány hónappal ezen műtét után *csodálatos módon kezdettek spontan tünedezni a papillomok* és pedig nem úgy, hogy talán leszakadva, kiköhögtettek volna, hanem felszívódtak és teljesen ép nyálkahártya födte a gégeképleteket. A gyermek még hosszú ideig viselt puha canulet, melyet azután eltávolítva a gyermek gyógyult maradt és most immár 4 év után szép csengő, sőt énekhangja van.

Szóló bemutatja gégepapilloma operáló műszerét, mely a Löri által használt catheterek elvén alapszik. A pakfong catheter helyett *aczélba élesen kiszörült ablakkal bir*, a mely a vágást eszközli és a levágott képletet kihozza. Az ablak a csavarmenetben 4 irányban állítható be, a catheter pedig aluminiumnyíllal van ellátva. Az operálásnak főelőnye az, hogy rendkivül kiméletes és könnyen kivihető.

*Zwillinger Hugó*: Természetes, minden operateur azon műszert választja, melyhez hozzászokott és melylyel a legnagyobb ügyességet fejtheti ki. A mi a bemutatott műszert illeti, nem sokban különbözik az eljárás a Voltolini és Jelenffy által követettől. A papillomákra nézve az a megjegyzése, hogy néha a papillomák, ha magukra hagyatnak, eltünnek, így fertőző betegségek után is.

*Morelli Károly* magának vindicálja a műszer eszméjét, mert már 1886-ban papillotomján ezen 4 oldalos beosztást ő csináltatta és ő irta le. Az ő utasitása szerint csinálta Garay a műszert, mely ugyan nem egyszerű catheter, hanem a hüvelyben van egy feltolható kés, mely ollószerüen vágja le a papillomát, lévén a hüvely nyilásának felső széle éles; a kés négy állásba hozható egyszerű csavarszerkezet által. A különbség még az, hogy ugyanazon nyélbe illeszthető kisebb és nagyobb eszköz, úgy hogy ez 12 papillotomnak felel meg. Még egy pótléka is van, ez egyenes, mely szájműtéteknél alkalmas, pl. a nyelvcsapon, mandolán levő szemölcs és polypok eltávolítására.

*Némai József*: A műszerrel az operatio jól ellenőrizhető gégetükörrel. Morellival szemben megjegyzi, hogy nem úgy mutatta be, mintha a Morelli műszerének értékéből le akarna valamit vonni, csak mint egyszerű műszert, mely egy nálunk Budapesten régóta gyakorolt elvet valamivel egyszerübben juttat érvényre.

### Üvegdarab az elülső csarnokban.

**Fejér Gyula**: A 23 éves, erőteljes fiatal ember jobb szeméhez február 3-dikán egy sörös üveget vágtak, mire nagy vérzés támadt és e szemével azóta nem lát. Jobb szemén következő lelet constatálható: a jobb felső szemhéjon a margo supraorbitalissal párhuzamosan haladó *y*-alakú begyógyult vastag heg van, melyből világosan lehet a sérülés súlyos voltára következtetni. A szemhéjak kissé duzzadtak, szemét állandóan csukva tartja, kötőhártyája belövelt. A szemtekén ciliaris izgalom, mely különösen felül a limbusban van jobban kifejlődve, valamint subconjunctivalis vérömleny. A nagyfokú sebzés helye a limbuson laposan begyógyult és behúzódott, a tülkhártya kivül és belül több helyen be van repedve, mely repedés, vagyis jobban mondva szakitás, belül 2—3 mm.-nyi hosszúsággal bir, szabálytalan alakú, tátong és keresztül látszik rajta a ciliaris test fekete festeny rétege. Mellső csarnok mélysége különböző, alul középen egy idegen test által teljesen ki van töltve, felül középen, közel a limbushoz duzzadó hályogrészletek türemkednek előre. Az iris rajzolata elmosódott, felül-kivül vérrel imbibált, felső részlete colobomaszerüleg teljesen hiányzik, több helyen oda van nőve. Tükörrel vörös fényt kapni nem lehet, fényérzés belül-felül és alul constatálható, de kivül igen bizonytalan. Spontan fájdalma igen kevés van, érintésre a szem igen fájdalmas. Az előbb azt mondtam, hogy a mellső csarnok mélysége igen különböző, alul középen teljesen hiányzik, azaz egy idegenszerű képlet által ki van töltve. Ha oldalagos világitásnál jobban megtekintjük, akkor látjuk, hogy a szarúhártya alján edényződés kezdődik; a mellső csarnok fenekén, a középen egy átlátszó, sokszögletes, a fényt erősen reflectáló, gombostűfejnyi nagyságú képlet van, melyhez az iris alul oda van tapadva. Ezen idegen test

üvegdarab, a mint ez nemcsak az anamnesisből kiviláglik, hanem az idegen test egyéb tulajdonságaiból is biztosan következtethető! Sokszögletes, itt-ott hegyes, átlátszó, mert az iris színét annak háta mögött egészen jól lehet látni, a fényt totalreflexio alapján erősen visszaveri, néha csillog, mire szintén csak üveg képes. Aseptikus állapotban jutott be a szembe, mert máskép már régen genyedést okozott volna, de ennek semmi nyoma. Hogy van-e a szemben még üvegdarab, azt tudni nem lehet.

Nem akarok kiterjeszkedni a szemben előforduló idegen testekre, hiszen azokról e helyen harmadfél év előtt egy sikerült mágnesműtét bemutatása alkalmával volt szerencsém szólani, csupán a mellső csarnokba jutott idegen testekről akarok pár szóval megemlékezni. Legtöbbször vas, aczéldarabok, gyutacsfejek, ritkán kő és üveg, fadarabok és ciliák jutnak a mellső csarnokba, melyek vagy leülepednek a csarnok fenekére, a csarnokban ide oda mozognak vagy beékelődnek a cornea scleralis zúgba vagy betokolódnak az iris szövetének mellső rétegébe. Élénken emlékszem még két esetre, az izr. kórház szembeteg osztályáról, hol az egyiknél az idegen test az iris szövetébe be volt nőve, többször recidiváló szivárványhártyagyuladást okozott, mi meggyógyult és szemének teljes látóképességét megtartotta. A második esetben az irisbe beékelődött gyutacsfej körül cysta fejlődött, minek eltávolítása után megszünt a szem izgalma; de vannak az irodalomban is leirva esetek, hol a mellső csarnokba jutott üvegdarab 6 hónapig is mozgott mielőtt betokolódott volna, sőt Critchett esetében 16 évig volt üveg a szemben.

Azon kérdés merül fel esetünkben, mit tegyünk, hogyan mentsük meg a betegnek legalább a szemét, ha nem is a látóképességét. Mivel fényérzése van, igyekezni fogok az üvegdarabot egy a limbusban alul ejtett seben keresztül eltávolítani, a hályogrészleteket kibocsátani és alul iridektomiát végezni, nemcsak optikai, de antiphlogistikus eljárás czéljából is. Ha a szem megpihen, a nagy sérülés daczára is visszanyerhet valamely látóképességet, mihez azonban reményt nem fűzök, de meg kell kisérlenem, mielőtt enucleálnám a szemet. Eredmény esetén lesz szerencsém az esetet a t. orvosegyesületnek újra bemutatni.

### Erythema exsudativum multiforme (Hebrae) két esete.

**Tauffer Emil**: Mindkét betegnél a bőr kóros elváltozása néhány nap előtt élénk piros, tömött tapintatú, urticariaszerű papulákkal és csikokkal kezdődött, a melyek a kéz dorsalis felületén s a csukló felett localizálvák. A papulák és csikok 1—2 nap alatt krajczárnyi és nagyobb területekre terjedvén ki, központjukban lividkékes elszinesedést mutatnak; jelenleg ezek tetemesen lelapult, szabálytalan kékes-vörös területekké összefolyva s élénk pirosan szegélyezve fedik a kéz s az alkar feszítő oldalát. A kézen látható elváltozásokkal úgyszólván egyidejűleg az arcz bőrén, főleg a homlokon s a tarkón is élénk piros elszinesedés és tetemes oedemás duzzadás mutatkozott, mely területek rövid idő alatt nagyszámú apró hólyagcsa fellépése által heveny hólyagcsás eczoma benyomását keltették. A hólyagcsák azonban igen gyorsan beszáradtak, az oedema elenyészett s jelenleg csak alig kiemelkedő, piros alappal biró, hámló területek mutatják az 1—2 nap előtt még oly tetemes duzzadás helyét. Az első esetben a folyamat más bőrterületre még át nem terjedt, de ugyanezen helyeken újabb eruptiók vannak keletkezőben; ellenben a második esetnél a törzsön s főleg a háton léptek föl symmetrikus elrendeződésben apró, piros, kissé kiemelkedő papulák, melyek körkörösen sorakozva első pillanatban luetikus, gruppirozott papulákra („syphilis en grouppe“, „syphilis en corymbe“) emlékeztettek. Bemutatáskor már kissé elhalványodtak s ujjnyomásra teljesen eltünnek; luetikus természetük tehát ephemer voltuk által egyrészt s másrészt az által, hogy ujjnyomásra teljesen eltünnek, kizárható. E körülmény különösen fontos azért, mert az illető egyénnél heveny syphilitikus infectio is nehány hét óta fenforog s így ezen effloreseentiák esetleg luetikus természetűeknek is volnának tekinthetők, ha a fenti körülmények folytán ezt ki nem zárhatnók, a mit annál biztosabban tehetünk, mert lueses infectionál az első exanthema soha sem jelenik meg ily rövid idő alatt ily alakban. Egy további figyelemre méltó momentum ugyancsak ezen esetben, hogy a folyamat az alsó végtagokra is kiterjedve, ott „*erythema nodosum*“ képét adja, a mi e két kóralak szoros összetartozóságát sőt identitását bizonyítja azok ellenében, kik az „erythema exsudativum multiforme“-t az „erythema nodosum“-tól elválasztva mint külön kóralakot tárgyalják.

A betegséget, mely sokszor igen nyugtalanító tünetekkel szokott kezdődni, lényegében angioneurotikus zavarokra vezetik vissza s a górcsői vizsgálat capillaris stasist, perivascularis infiltratiót s haemorrhagiás transsudatiót szokott kimutatni. Aetiologiája még ismeretlen. Leginkább őszszel és tavaszszal találkozunk ezen bőrbetegséggel, mely vagy idiopathikusan vagy egyéb szervi bántalmakkal együtt lép föl.

Lefolyása rendesen elég rövid, 1—6 hétre szokott terjedni; therapiát úgyszólván nem igényel, kivéve egyes aránylag ritka, súlyos eseteket, hol nagyfokú bőrvérzések s pemphigusszerű hólyagképződés mellett halálos kimenetet is észleltek már.

### Idegen test a látóhártyában.

**Mohr Mihály**: A szemsérüléseknek nem éppen gyakori esete az idegen test a látóhártyában, úgy hogy érdemes a bemutatásra az ilyen eset. Goldzieher tanár és szóló mutatott be hasonló eseteket az orvosegyesületben néhány év előtt. A mai esetet érdekessé teszi a szem mostani állapota 23 nappal a sérülés után és az a kérdés, hogy mi a teendő az ilyen esetben?

S. S. 29 éves, napszámos, folyó hó 2-dikán jelentkezett az általános munkásbetegsegélyző pénztár kórházában, előadva, hogy 13 nappal ezelőtt kalapácsolás közben a véső fejéről vasdarab csapódott bal szemébe. Megvizsgálásakor kitünt, hogy a jobb szem ép, $v = \frac{5}{5}$. A bal pupilla külső felső részén kevésbbé tágul, az iris ezen tájon a ciliaris testről leszakadt, úgy hogy ezen részen át vörös fényt kapni. Az irisben a corneán keresztül nézve ezen tájon 1 mm. átmérőjű, szabálytalan alakú rozsdabarna folt. Lencse átlátszó, mögötte úszkáló czafatok, melyek a szem mozgásaival ellenkező irányban térnek ki. Üvegtestben ezenkivül finom porszerű zavarok. A papilla külső felső széle mellett az art. centr. retinae felfelé menő ágából directe eredő, temporalis irányban haladó ütőér fölött egy, $\frac{1}{10}$ papillaátmérőjű, hosszú *barnás-fekete vékony test*, melynek felső része felszivódásban levő vértócsával fedett, mely vértócsa a papilla szélére kissé reáterjed. A szarúhártyán sérülésnek nyoma nem látszik. Látóképesség ezen szemen akkor $\frac{5}{50}$ volt.

Az idegen test vas lévén, a Hirschberg-mágnessel való eltávolitás kerülhetett volna szóba. De a szem 13 nappal a sérülés után nem mutatván izgalmat, a beteget nem igen beszélte reá szóló az operálásra. Azóta sem lett a szem izgatott, sőt a látóképessége az üvegtestbeli zavarok feltisztulása folytán $\frac{5}{20}$ lett.

Tehát, ha az izgatottsági tünetek nincsenek, nem kell sietni a Hirschberggel, annál kevésbbé, mert a szemteke megnyitása, a magnessel való keresgélés az üvegtestben nem közömbös beavatkozás.

### Atypusos psoriasis eset.

**Nékám Lajos**: A psoriasis aetiologiájának homályos voltára előadó az utolsó ülések egyikén utalhatott, a midőn egy oly esetet mutathatott be, a hol az eruptio néhány héttel egy revaccinatio után tört ki a látszólag egészen egészséges egyénen. Az az eset tehát a psoriasis parasitaer jellege mellett lenne értékesithető. A ma bemutatott egyén esete ellenben — egy erőteljes honvédhuszár, ki Schöfer dr. törzsorvos úr szivességéből került előadóhoz — inkább Auspitz nézetének illustrálásául szolgálhat, mely szerint a psoriasis a keratomák csoportjába tartozik s például rokona az úgynevezet keratosis vagy lichen pilaris nevű betegségnek. A betegnél ugyanis több év óta áll fen egy ilyen typusos szőrtüsző elszarúsodás a karok és lábak feszitő oldalán a mely négy hónap óta sajátságos elváltozást szenvedett: az egyes tüszők körül piros, kiemelkedő udvar képződött, melynek teteje hámlani kezdett, s mi közben erősen terjedt és confluált, lassankint typusos, de circumpiláris psoriasisszá alakult át. Ez esetben tehát a psoriasis egy praeexistáló keratosishoz csatlakozott.

### Pemphigus chronicus vulgaris esete gyermeknél.

**Berend Miklós**: Ezelőtt még néhány évvel a pemphigus-csoporthoz sorolták az újszülött hólyagos megbetegedéseit, sőt a dermatitis exfoliativa-t is pemphigus foliaceusnak tartották egyes bőrgyógyászok. Igy érthető, hogy a pemphigust a gyermekkorban nem tartották ritka megbetegedésnek. Ha azonban e csoportba csak a pemphigus vulgaris chron. malignus és foliaceus kórképét soroljuk, azt kell mondanunk, hogy ezek előfordulása a gyermekkor legritkább megbetegedései közé tartozik.

Jelen esetben az 5 éves fiugyermek typusos megbetegedését láttuk lefolyni. Egy évvel ezelőtt kezdődött a bántalom vörheny után. A gyermek zavartalan közérzete és jó táplálkozása mellett fejlődtek az egész testen nagyobb hólyagok, melyek néhány nap alatt beszáradtak, gyógyultak, de közben újabb hólyagok támadtak, úgy hogy az egész év alatt nem volt olyan időszak, mikor egyes hólyagok ne lettek volna jelen. A gyermek a Stefánia-gyermekkórházba folyó év január 11-dikén vétetett fel, a mikor az egész testen szétszórva, arczon, tarkón, mellkas bőrén, végtagokon és háton lencse, egész tyúktojásnyi területeken a felhám hólyagokba volt felemelkedve. E hólyagok ép, nem lobos bőrterületeken ülnek. Más helyeken halvány-rózsaszinű, részint sárgásbarna, könnyen leválasztható, vérzést maguk után nem hagyó pörkök láthatók; egyes helyeken végre gyógyult hólyagoknak megfelelő halványpiros pigmentfoltok láthatók.

A hólyagok víztiszta, másutt zavaros savóval vannak telve, nem confluálnak. Hajzatos fejbőrön ugyancsak látható egy-két hólyag, míg a tenyerek és talpak bőre ép, valamint a nyákhártyák is. A vér vizsgálata semmi rendellenességet nem tüntetett fel.

A hólyagok bennékében nagy számmal vannak fehér vérsejtek; ezek közt aránylag nagy számú az eosinophil leucocyta.

Szövetileg a fiatal hólyag a Malpighi-réteg sejtsorainak szétválásából jön létre és többrekeszű, idősebb hólyag egyrekeszű, alapját a szemölcsök képezik, az idősebb hólyagok alatt mérsékeltfokú, kereksejtű beszűrődés van jelen, a hólyagokat határoló hámsejtekben pedig nagyobb pigment felrakódás.

Bacteriumok sem a vér, sem a hólyagbennék, sem a bőr szövetében kimutathatók nem voltak (Preisich dr.).

A kezelés kali hypermangan. fürdők, fehér praecipitat-kenőcsös kötések, belsőleg pedig arsen használatában állott.

Ujabb és újabb hólyageruptiók január 28-dikáig voltak észlelhetők, azóta megszüntek s jelenleg a gyermeken csak a pigmentfoltok láthatók, úgy hogy az esetet a gyors gyógyulás is érdekessé teszi. A mi a kórismét illeti, csak a *Duhring* által leirt *dermatitis herpetiformis polymorpha*-val való összetévesztés lehetősége forogna fenn, de ezt kizárni engedi az intensiv viszketés hiánya, az asymmetrikus fellépés és

az, hogy polymorphismust nem észleltünk sem papulák, sem maculák alakjában. Nem láttunk central involutiot vagy peripher tovaterjedést, de határozottan hiányzott a hólyagok lobos alapja és környezete is.

### A cholelithiasis therapiája.

**Erényi Jenő**: A cholelithiasis therapiájában használatban volt és lévő szerek és gyógyeljárások rövid ismertetése után előadó áttér a karlsbadi víz gyógyhatásának ismertetésére az epekőbántalmaknál, 121 Karlsbadban észlelt cholelithiasis esete alapján. Ezek között 79 nő és 42 férfibeteg volt, 89 esetben észlelt icterust, még pedig 26 esetben nehéz, sokáig elhúzódó sárgaságot; 42 esetben már Karlsbadban távoztak el az epekövek és 16 esetben otthon a karlsbadi kúra után, 85 gyógyultan, 29 javultan távozott, 3 nem javult és 4 meghalt a kúrát követő tél folyamán, még pedig 1 coma diabeticumban és 3 májcarcinomában. Két esetben diabetes mellitus és egy esetben nephrolithiasis volt a cholelithiasis mellett.

Ezen esetek alkalmával szerzett tapasztalatai alapján méltatja a karlsbadi gyógyforrások jótékony hatását a cholelithiasisnál. Daczára annak, hogy a kisérleti kórtan sem cholagog sem pedig az epe alkalescenciájának fokozását elősegítő képességét nem approbálta és ha daczára *Körte* azon észleletének, mely szerint két choledochus eldugulás esetében és több egyszerű epehólyagsipolyban szenvedő betegnél 1/4 liter melegvízben feloldott karlsbadi só az epeelválasztást határozottan fokozta, a karlsbadi só illetőleg karlsbadi víznek ezen hatóképességét teljesen tagadnók is, mégis kell, hogy a karlsbadi víznek nemcsak hashajtó hatást tulajdonitsunk, mint azt némelyek teszik, hanem sok más olyant is, melyek mind összejátszva az epekövek által okozott bántalmakat előnyösen befolyásolni képesek.

Főleg anticatarrhalis hatást tulajdonít előadó a karlsbadi víznek; az által, hogy az epehólyagban és epeutakban megközelitőleg normalis viszonyokat hoz létre, megkönnyíti vagy jobban elősegiti az epekövek eltávozását; csakis az olyan cholelithiasis esetekben vár eredményt, a hol az epekövek még nem idéztek elő mélyebb már nem gyógyitható elváltozásokat. A karlsbadi víz hatását csak fokozza a többi tekintetbe jövő körülmény, mint a gondtalan, idegizgalom nélküli rendszeres életmód, mozgás a szabadban, fürdők használata stb.

A diaetára vonatkozólag tapasztalatai alapján leghelyesebbnek tartja, hogyha epekőbetegeinknek meglehetős változatos, könnyen emészthető, és a mi fő, kielégitő kosztot rendelünk. *Jankau*, *Thomas* és *Rausch* kisérletei is kimutatták, hogy a táplálék nem befolyásolja az epe cholesterin- és mésztartalmát.

Mind az, a mi az epe lefolyását megnehezíti, károsnak, a mi pedig azt megkönnyíti, előnyösnek mondható. Sajnos, hogy a nőknél a fűző viselését hasztalan tiltjuk el, mely ép úgy mint a terhesség nagyban hozzájárul az epe lefolyásának megnehezitéséhez.

A legtöbbször éjjel, hirtelen, leggyakrabban minden előjel nélkül fellépő, óriási fájdalmakkal járó epekő-görcsrohamnál az egyedül megbizható szer a *morphium*, még pedig mindjárt nagyobb adagban (0·02 gm.) a bőr alá fecskendezve.

A rohamokat gyakran nehéz kollapsus kiséri, miután ezen kollapsus az epekő beékelődése által létrehozott reflextünet, gyakran legjobban egy morphium-injectio által szüntethető meg.

Az újabb időben mindjobban terjedő operativ beavatkozással szemben, daczára annak, hogy sok esetben szükségességét elismeri és a modern sebészet haladásával egyre csökkenő veszélyességét is hangsúlyozza, tekintetbe véve azt, hogy a legtöbb kérdéses esetben a diagnosis helyes felállitása mily nehéz és sokszor leküzdhetetlen akadályokba ütközik, másrészt figyelembe véve azt, hogy gyakran a legnehezebb, legkétségbeejtőbb esetek is belső gyógykezelésre, különösen a karlsbadi víz gyógyító behatása alatt, javulnak, a gyakorló orvos szempontjából helyesnek tartja, hogyha egyelőre tartózkodó álláspontot foglalunk el.

Hogy az operativ kezelés sem hozza meg a remélt teljes javulást, azt a karlsbadi Fremdenhospital igazgatójának, *Hermannak* mütét után Karlsbadba került esetei mutatják. *Hermann* ugyanis 10 ilyen operált beteget kezelt és ezeknél 3 esetben újra fellépő epehólyagtáji fájdalmasságot, 2 esetben meg újólag jelentkező typikus epekő-görcsrohamokat észlelt; az egyik ilyen esetben később sipoly képződött, mely mint azt *Riedel* constatálta, az epeköveket tartalmazó epehólyagba vezetett.

Előadó végre azon nézetének ad kifejezést, hogy mindaddig, míg nem sikerül a baj mielőbbi felismerése és kezelése által mélyebbre ható kóros elváltozások képződését megakadályozni, addig a beteg érdekében a belgyógyászok és sebész k együttmüködése nem lesz nélkülözhető.

*Kétli Károly*: Nincsen egészen azon az állásponton, melyet előadó az epekövek sebészi beavatkozására nézve mondott, mert azon hosszas tapasztalatok, és pedig épen az operatio útján elért, úgyszólván autopsiával végzett tapasztalatok és eredmények, melyek szóló klinikáján tétettek, azt mutatták, hogy az epekőbetegség azon betegségek közé tartozik, melyeknél az orvos tényleg sokszor olyan nehéz dió előtt áll, melynek feltörése manapság, hacsak egy kissé oly módon gondolkodunk, mint előadó, tényleg mulasztással járhatna. Lesznek és vannak esetek, melyekben, ha epekő van jelen, olyan sürgősen lépnek fel a tünetek, hogy az operativ beavatkozás elmulasztása hátrányos volna, mert ha a fájdalmak hevesek és láz csatlakozik a rohamokhoz, akkor feltehető, hogy infectiosus angiocholitis vagy cholecystitis van jelen, és ekkor senki sem biztosítja a beteget a felől, hogy ezen bántalom nem fajul-e általános fertőzéssé, vagy a helybeli infectio helyéről nem terjed-e át a baj a szomszéd szervekre, pl. a májra, a mi halálosan végződhetik. Ilyen esetekben szóló nem habozna, félve a mulasztástól, az operativ beavatkozást megtenni, a mint 10—14 ilyen eset szóló kórodáján operáltatott is. És a feltárt kép minden esetben mutatta, hogy ha nem történt volna beavatkozás, akkor veszélyesre fordulhatott volna az állapot. Annál is inkább, mert a typusos epekőrohamok, melyek fájdalmakkal és sárgasággal járnak, operáltatván, gyakran kiderül, hogy többé nincs epekő, de volt, valamikép eltávolodott és az általa okozott sérelmek, melyek a choledochusban összenövéseket, szükületeket hoztak létre, újabb hurut alkalmával typusos rohamokat váltanak ki, mig operatio után meggyógyulnak. Szóló eseteiben Dollinger operált, és legnagyobb részt gyógyulás jött létre. Ezen alapon, mert az infectiótól lehet félni és mert nem ritka a hosszan fennálló epekősérülés folytán előálló rák, nem szivesen vár szóló az operatióval. De azon nem kis számú esetben, mikor az epekő nagyobb, mint a kivezető út lumene, semmiféle eljárás, még a karlsbadi sem segit, melyet szóló egyébként sokra becsül, és itt a fájdalmak és rohamok ellen más mód, mint a mesterséges beavatkozás, nincs, és ma, mikor a hassebészet oly tökéletességre vergődött, ez nem jár nagy veszélyekkel.

*Erényi Jenő*: Ő is mondotta, hogy az operatio javalt cholelithiasisnál, ha a kövek nagyobbak, mint a kivezető út. De az infectiosus angiocholitisnél maguk a sebészek sem operálnak, és Riedel vár, míg az angiocholitis hevességéből vesztett, és csak azután operál.

## Közkórházi orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1898. február 23-dikén.)

Elnök: **Boleman Isván**, később **Rákosi Béla**; jegyző: **Terray Pál**.

(Folytatás.)

### Végbélresectio esete.

**Hültl Hümér**: Elhagyva a most szokásos és nagyobb vagy magasabban fekvő daganatoknál egyedül alkalmas Hochenegg-Kraske-féle sacralis utat, egy 40 éves nőbetegnél, kinek anus és rectum adenocarcinomája volt, a gát felől 10 cm. hosszú béldarabot a sphincterrel együtt irtott ki. A jó erősen lehúzott proximalis vastagbélcsonkot Gersuny szerint tengelye körül megcsavarva, meglehetős continentiát sikerült elérnie.

### Cholecystostomia esete.

**Hültl Hümér**: Ismertetve azon műtéti módokat, melyek az epekőbántalom megszüntetésére alkalmasak, következő esetet mutatja be: H. J. 19 éves, zenész neje. Egy év óta gyakran fennálló epekőzsábák, melyeket Angyán tanár kórismézett. Lesoványodott beteg egészséges csontrendszerrel, tüdővel és szívvel. Icterus, nyomásra fájdalmas májtáj, időnként fellépő hányás. Panasza gyengeség és a jobb epigastriumban fellépő görcsök, melyek mindkét oldalt kisugároznak, szúrók, vágók, enyhén kezdődnek és fokozódva tűrhetetlenek lesznek, naponta többször jelentkeznek 5—30 percz tartammal.

Műtét 1897. január 19-dikén. 16 1/2 cm. metszéssel a bordaívvel párhuzamosan teszszük hozzáférhetővé az epehólyagot. Mindenfelé összenövések, falai megvastagodottak, tapintható kövek, ductus cysticus és choledochus szabadok. Ismert technika szerint egy szakaszos cholecystostomia.

Lefolyás alatt fonal-tályog a hasscbben. Naponta nagy mennyiségű (néha 50 is egy nap) köles- egész borsómekkoraságú kő távozik a drainen. Műtét óta fájdalmak megszüntek. Három hét óta a sipolyon kövek nem, csak kevés tiszta epe szivárog.

### Peripyloritis et spasmus pylori esete.

**Hültl Hümér**: Cs. T. 46 éves, férjezett napszámosnő. Hónapokkal ezelőtt étkezés után görcsök léptek fel, hányni kezdett, ezen idő óta a hányás néha hetekig is megszünt, de újból görcsökben jelentkezett. Ezen baja kedélyét annyira befolyásolta, hogy környezetére teher lett, úgy hogy egy perpatvarnál férje 1897. julius végén pisztolyból mellbe lőtte. Felvét a kórházba 1897. augusztus 18-dikán. Jelen állapot: a IV—VI. borda magasságában a szegycsont mellett egy lőtt seb bemeneti nyilása, melyből nagy mennyiségű geny ürül. Baloldalt geny-mell, mely a lapoczig terjed fel. Magas lázak. Két ökölnyi áttéti tályog a jobb tompor felett. Augusztus 23-dikán a bal VII. borda resectiója.

Ugy az empyema, mint a tályog, deczember elejére teljesen meggyógyult. A deczember 1-jén felvett jelen állapot a következő: piros hely a szegycsont mellett. A jobb tüdő felett teljes éles, nem dobos kopogtatási hang. A bal VII. bordából egy darab hiányzik, ott a mellkasfal hegesen behúzódott. A tüdő mindenütt légtartó, de a mellkas alsó részén tenyérnyi magas, tompult kopogtatási hang. Has mérsékelten domborodó, gyomortáj érzékeny. Tumort tapintani nem lehet. Beteg állandó görcsös gyomorfájásról panaszkodik és hetenkint 2—3-szor hány. E hányadék sósavat tartalmaz. Beteg évek óta gyomorbaja miatt morphinista. Diagnosis: Heges pylorus szűkület. (Folytatása következik.)

## A XIX. német balneologiai congressus Bécsben.

Bécs, 1898. márczius 16.

(J.) A ma befejezett congressus három okból volt ránk nézve érdekes. Először, mert ismét meggyőzött arról az őszinte és szívélyes jóindulatról, a melylyel úgy az osztrák, mint a német kiváló tudósok hazánk haladását a tudományos téren elismerik. Másodsorban azért, mert megmutatta azt, hogy fürdőorvosaink a felé jük nyujtott jobbot külföldön sem ragadják meg a megfelelő készséggel, épúgy, mint a hogy az orsz. balneologiai egyesület fáradozásainak köszönhető kedvező helyzetet sem használják fel oly kiterjedt mértékben, mint ez kivánatos volna. Végül valóban fontosak ránk nézve e tárgyalások, mert azok

folyama alatt *Liebreich* dr. tanár, a német balneologiai congressus elnöke, alkalmat talált arra, hogy Magyarországnak e téren rohamos haladását constatálja s arra a szakkörök figyelmét őszintén érzett teljes elismerése mellett felhivja. S hogy e congressus ránk nézve a magyar szakorvosoknak valóban érthetetlen elmaradása daczára is ily eredménynyel végződött, azt a már említett elnöki nyilatkozaton kivül azon elismerésnek köszönhetjük, a melylyel *Winternitz* tanár, alelnök, a magyar orvosvilág érdemeit általában véve a congressus tagjai előtt nem egy alkalommal kiemelte.

A congressusi tagok fogadásában különben Bécs összes mérvadó körei kitüntek, a mennyiben ez alkalommal az osztrák balneologusok központi egyesületén kivül úgy a közoktatásügyi ministerium és a belügyministerium, mint a közegészségügyi tanács, továbbá az orvosi kar és végre az orvosegyesület külön megbizottak által képviseltette magát. Maga a székes főváros két városi tanácsos által üdvözöltette a tudós gyülekezet tagjait, a kiket a polgármester fényesen megvendégelt s kiknek az udvari szinházak részéről ingyen páholyok állottak rendelkezésre.

A congressusi tárgyalások a német balneologiai egyesület hagyományaihoz híven szigorúan tudományos niveaun mozogtak, a melynek megőrzésére *Liebreich* dr., titkos tanácsos elnök, annyira ügyelt, hogy a balneologiai egyesület ezen kitűzött czélját azonnal hangsúlyozta, mikor egy közbeszólás folytán a fürdőorvosok socialis ügyei is sorra kerültek. Igy azután érthetővé válik az, hogy a hallgatóság minden tagja kivétel nélkül az orvosok közül került ki s a sajtó képviseletében is csak orvosok és orvosi gyorsirók jelentek meg s érthetővé válik az az igazi érdeklődés is, a melylyel az összes jelenlevők ezen előadásokat követték. Magyarországból *Gámán* dr., rohitschi fürdőorvos, *Weisz* dr., püstyéni fürdőorvos és *Preysz* a Fürdőirodalmi Könyvtár szerkesztője jelentek meg.

Lapunk zárta már nem engedi meg, hogy a felolvasásokat, a többi között *Weisz* dr. felolvasását az ischiasról már ez alkalommal ismertessük s azért ma csak annak constatálására szorítkozunk, hogy a sajnálatunkra ily kis számban megjelent magyar orvosok úgy az érdemdús elnök, mint *Winternitz* tanár alelnök részéről állandóan a legkitüntetőbb figyelemben és a legbarátságosabb fogadtatásban részesültek s *Liebreich* tanár a magyar orvosok megjelenése felett való örömének még ünnepélyesen is kifejezést adott, midőn *Preysz* dr.-nak: „Fortschritte auf dem Gebiete der Badewässer in Ungarn in den Jahren 1876—1896“ czimű munkáját a congressusnak bemutatta.

A congressusnak a közegészségügyi administratio iránt érdeklődő tagjai meglepetve hallották azon valóban nagy haladást, melyet Magyarország a fürdőügy terén már eddig is elért, a mennyiben úgy a fürdők, mint a források érdekeit minden tekintetben megfelelő törvények és ezeken alapuló kiváltságok által biztositotta s az „Orsz. Balneologiai egyesület“, a „Balneologiai Értesitő“ és a „Fürdőirodalmi Könyvtár“ által arról gondoskodott, hogy az, a mit közigazgatási úton Magyarország hires balneologusa *Chyzer Kornél* dr., a közegészségügy ezen fontos ága számára kivihat s a mit a már amúgy is nagy kiváltságokon kivül a m. kir. belügyminister engedélyezhet, hogy az úgy tudományos irányban, mint praktikus téren megfelelően kiegészittessék.

A hazánkban ily futólagos vázlatból kivehetőleg is rendkivül érdekes eme viszonyok arra indították az elnököt, hogy a megjelent magyar orvosokat az ezentúl tartandó congressusokra való részvételre is felkérje.

Nem fejezhetjük be jelentésünk ezen bevezető részét sem a nélkül, hogy *Winternitz* tanár szivességéről, előzékenységéről ismételve hálásan meg ne emlékeznénk, a melylyel a magyar orvosokat ez alkalommal is nem mint tanár és alelnök, hanem mint kartárs és jó barát fogadta és kitüntette.

## PÁLYÁZATOK.

1710/98. sz.

A Kolozs-vármegye kolozsvári járásában lemondás folytán megüresedett **patai körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen körorvosi állás javadalmazása 700 frt fizetés, 150 frt lakpénz és 150 frt úti átalány.

A közegészségügyi kör székhelye, melyhez 12 község tartozik, Pata, esetleg alispáni jóváhagyással Apahida.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket f. é. **márczius hó 29-dikéig** bezárólag hozzám adják be.

A választást Apahida községben folyó évi márczius hó 30-dikán d. e. 10 órakor tartom meg.

Kolozsvár, 1898. évi márczius hó 10-dikén.

3—1 *Hankó-Veress Károly*, főszolgabiró.

697/I. 1898. sz.

Alulirott járási főszolgabiró a szinnai járás területén a szinnai, sztarinai, ulicsi és ublyai körjegyzőségek alá csoportositott összesen 18,131 lelket számláló községből **Sztakcsin** székhelylyel rendszeresitett orvosi körben üresedésben levő évi 700 frt fizetés, 200 frt úti átalány, 30 kr. beteglátogatási, 20 kr. rendelési dij és ezenkivül távolsági pótlékkal javadalmazott **körorvosi** állásnak választás útjáni betöltésére nézve ezennel pályázatot hirdetek.

A választás határidejéül folyó évi április hó 21-dik napjának délelőtti 10 óráját Sztakcsin községbe kitüzöm, s felhivom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényeiket f. évi **április hó 15-dik** napjáig hivatalomhoz adják be, mivel később beérkező folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

Zemplén-Szinna, 1898. évi márczius hó 17-dikén.

3—1 *Kossuth Elek*, főszolgabiró.

1006/1898. sz.

A budapest-angyalföldi m. kir. állami elmegyógyintézetben megüresedett II-dik **másodorvosi** állásra, a mely 500 frt évi fizetés, szabad lakás, fütés, világitás és I. osztályú élelmezés élvezetével van egybekötve, ezennel pályázat hirdettetik.

Az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának követelményeire való utalással felhivatnak mindazon orvostudor urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy belügyminister úr ő nagyméltóságához czimzett, 50 kros bélyeggel ellátott, valamint orvostudori oklevéllel, születési bizonyitványnyal és esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat f. é. **május hó 11-dikéig** bezárólag alulirt igazgatóságnál nyujtsák be. Megjegyeztetik, hogy később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Budapest, 1898. márczius hó 17-dikén.

*A budapest-angyalföldi m. kir. állami elmegyógyintézet*

3—1 *igazgatósága.*

2205/898. kig. sz.

Elhalálozás folytán megüresedett Somogy vármegye igali járáshoz tartozó **szilli körorvosi állásra** pályázat nyittatik, a körorvosi kerület székhelye Szill, hol a körorvos lakni tartozik, a körhöz következő községek tartoznak: Szill, Gadács, Büssü, Kazsok, Döröcske, Zimány, Ráksi és Patalom.

A körorvos javadalmazása 400 frt fizetés, 218 frt fuvarátalány és a szabályrendeletileg megállapitott látogatási dijak.

Továbbá biztositott jövedelmét képezi a szilli uradalomtól készpénz és mellékjárulékokkal együtt évi 500 frt, úgy a körbe eső birtokosoktól körülbelül 250—300 forintig terjedő összeg kilátásba van helyezve.

Felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket a **választást megelőző napig** alulirott főszolgabiróhoz adják be, a később érkezettek figyelembe nem vétetnek.

A választásra határnapul f. é. április hó 4-dik napjának d. e. 10 órája Szill községben kitüzetik.

Megjegyeztetik, hogy a megválasztandó körorvos állását azonnal elfoglalni tartozik.

Igal, 1898. évi márczius 4-dikén.

2—2 *Trombitás*, főszolgabiró.

495/1898. eln. szám.

A **nagybecskereki** kir. törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendők ellátására igazságügyminister úr ő nagyméltósága f. hó 4-dikén 4581/98. I. M. II. sz. a. kelt rendeletével **egy második rendes törvényszéki orvosi állást** rendszeresitett.

E rendelet folytán felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy ez iránti szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám f. évi **április hó 5-dikéig** annál is inkább adják be, mert később érkezendő kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Nagy-Becskerek, 1898. évi márczius hó 12-dikén.

1—1 *Zsiros Lajos*, kir. curiai biró, tszéki elnök.

2154/898. kig. sz.

Bács-Bodrogh vármegye ujvidéki járásba kebelezett 4000 lakossal biró **Ókér községben a községi orvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére pályázatot nyitok.

A községi orvos évi fizetése 600 frt, mely összeg előleges havi részletekben fizettetik ki; köteles azonban a szegényeket ingyen gyógykezelni, a halottkémlést 30 krnyi dij mellett teljesiteni, a látogatási dijak pedig egyezségileg fognak megállapittatni.

Minek folytán felhivatnak mindazon orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876 évi XIV. t.-cz. 145. §-ában, valamint az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. 1. pontjában körülirt okmányokkal felszerelt kérvényüket és tekintve, hogy Ókér lakossága magyar, nagyobbrészt német és szerbajkú, ezen nyelvismereteket igazoló nyilatkozatokat legkésőbben f. évi **márczius hó 23-dikáig** adják be.

A megválasztandó orvos köteles állását f. évi április hó 1-én elfoglalni

Ujvidék, 1898. évi márczius hó 28-dikán.

3—3 *Mihajlovits Kornél*, főszolgabiró.

## HIRDETÉSEK.

**BILINI SAVANYÚKÚT**

**legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.**

10,000 részben: szénsavas natron 33·6339, kénsavas natron 7·1917, szénsavas mész 4·1050, chlornatrium 3·8146, szénsavas kali 2·3496, szénsavas Magn. 1·7157, szénsavas Lithion 0·1089; szilárd alkatrészek, 53·3941 összes szénsavtartalom 47·5567, hőmérsék 12·30° C.

**Régóta hires gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomorbántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérnél stb.**

Kitünő diaetetikus ital.

**Savanyúkút gyógyintézet.**

Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: **Med. Dr. REUSS VILMOS**

**A fürdő-igazgatóság Bilinben** Csehországban. 9

*Negyvenkettedik évfolyam.* 13. szám. *Budapest, 1898. márczius 27.*

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Müller Kálmán: A dyspepsia praetuberculosa. 150. l.

Kétly László: Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Kétly Károly tanár). Jackson epilepsia esete. 151. l.

Korányi Sándor: Közlemény a Korányi Frigyes ny. r. tnr vezetése alatt álló I. belgyógyászati klinikáról. A vese-insufficientia diagnostikai értékéről, klinikai tapasztalatok kapcsán. 153. l.

Mohr Mihály és Schein Mór: Válasz Fejér (Weisz) Gyula dr. úrnak 155. l.

Tárcza. *Fejér Dávid:* A védő himlőoltás technikájáról. 155. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Mihálkovics Géza:* Az ember anatomiája és szövettana. 156. l.

Hetiszemle és vegyesek. Torontálmegyei orvosegyesület választmányi ülése. — A főváros egészsége. — Figyelmeztetés. — Egyetemi alkalmazások. — Megjelent. —Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. 157. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A dyspepsia praetuberculosa.

*Müller Kálmán* dr. egyetemi ny. rk. tanártól.

Ha dyspepsiát mondunk, tünetről, illetve tünetcsoportról, még pedig külső nyilvánulásaiban elég változatos tünetcsoportról szólunk.

A feladat mindig ugyanaz: a dyspepsia oki mozzanatának kiderítése. Ha ez sikerül, vagy maga a kórisme is meg van állapítva, vagy pedig közel járunk hozzá. Ez a feladat pedig nem ritkán elég nehéz. Mert a mint egyrészt némely gyomorbaj, különösen a bántalom bizonyos szakában dyspepsia nélkül fennállhat, úgy másrészt tulajdonképen gyomorbaj nélkül a dyspepsiának élénken kifejezett kórképe lehet jelen. Önálló betegség gyanánt jelentkezik és fejlődik, a betegek egyedüli panaszát képezi, pedig mégis csak más megbetegedésnek következménye, tulajdonképen csak functionalis zavar. Az emésztési zavarnak ilyen eseteiben, annak helyes okát kideríteni, néha felette nehéz; pedig mindig fontos, mert meg nem felelő kezelése, akárhányszor enyhít ugyan bizonyos ideig magán a tünetcsoporton — a dyspepsián —, de majdnem ugyanannyit árt az alapbántalomnak. Az emésztési zavarnak ebbe a sorába tartozik a *dyspepsia praetuberculosa.*

Alig van betegség, mely klinikai nyilvánulásaiban oly sokoldalú volna, mint a tuberculosis. Eltekintve attól, hogy csaknem minden szervben önállóan felléphet és úgyszólván önálló tünetcsoporttal is jár, magában egy szervben való fellépése és kifejlődése számos más szerv részéről is járhat kisérő tünetekkel.

Nagyon sajátságos és nagyon fontos társulási viszony áll fenn, különösen a tüdőknek tuberculosus megbetegedése és a gyomorbélhuzam közt. A gyomor részéről a különböző betegségek nagy részénél vannak kisérő tünetek jelen. Kétszeresen áll ez azonban a tüdőtuberculosisra nézve. E tekintetben az összes szerzők észleletei meglehetősen egyezők. Hutchinson az általa észlelt tuberculosis esetek 92%-ában talált dyspepsiát, Dobell, Marfan, Fenwick eseteik közül 61—86%-ban. Igaza van Fenwicknek, hogy nőknél a dyspeptikus zavarok gyakoriabbak mint a férfiaknál.

Alig létezik olyan klinikai tünete a különféle, önálló gyomorbetegségeknek, melyek egyikével-másikával, néha pedig egész complexumával a tüdőtuberculosis kapcsán ne találkoznánk. Ezen tünetek a tüdőbaj minden stadiumában jelentkezhetnek. A pathologiának igen érdekes részét képezi az okozatos összefüggés kiderítése ezen gyomortünetek és a tüdőtuberculosis közt. Végleges megfejtéssel azonban a nem csekély számú, erre vonatkozó vizsgálatok mindez ideig nem szolgáltak.

Mint minden kóros tünetcsoportnál, úgy itt is a legfontosabb, de egyszersmind a legnehezebb feladatok egyike, a tüneteknek a diagnosis szempontjából való helyes értelmezése. És mind nehezebb lett e feladat az újabb időben, a midőn a functionalis zavarok egész sorával megismerkedve, ezeket is a magyarázat körébe kell vonnunk. Aránylag könnyebb ez oly esetekben, hol a tüdő megbetegedésének már manifest tünetei vannak jelen. De sokkal nehezebb és következményeiben fontosabb az oly esetek elbirálása, melyeknél a tüdők részéről nemcsak physikalis elváltozások jeleivel, de még csak gyanut keltő tünetekkel is alig találkozunk és a melyekben épp e miatt a gyomornak valamely önálló betegségét hajlandó az orvos supponálni, mert egyelőre az egész kórkép majdnem kizárólag a gyomorra és ennek működésére vonatkozó tünetekből áll.

A következőkben azon kórképpel akarok vázlatosan foglalkozni, melylyel a gyomor részéről egyrészt kifejlődött tüdőtuberculosis kapcsán, másrészt még ezen betegség nyilvánulása előtt oly sokszor találkozunk.

A tünetek, melyek *manifest* tüdőtuberculosis kapcsán a gyomor részéről jelentkeznek, sokoldalúságukban általánosan ismertek. A fölötte szeszélyesen viselkedő étvágy gyakran teljes étvágytalansággal változik, mely egyes esetekbena legtöbb, még pedig sokszor éppen a táplálóbb ételektől való egész undorodásig fokozódhatik. Gyomortáji fájdalmak, felböfögés, pyrosis, émelygés, hányó inger, hányás, néha meteorismus és váltakozva obstipatio meg hasmenés sok esetben huzamos időn keresztül gyötrik a beteget, s annyira dominálhatják a kórképet, hogy a tünetek a tüdő részéről háttérbe szorulhatnak (a régiek „gastrikus, dyspeptikus phthisis"-e).

Kórtani szempontból igen érdekes kérdés első sorban az, hogy van-e jelen a gyomorban ezen tartós tüneteknek megfelelő *anatomikus elváltozás?* A különböző szerzők által erre vonatkozólag végzett vizsgálatok alapján azon következtetésre jutunk, hogy: *nem*, vagy legalább is az esetek nagy részében nem, a mennyiben sokszor nem sikerül a gyomorban anatomikus elváltozásokat találni olyan esetekben, melyeknél az életben a vázolt gyomortünetek nagy mértékben és állandóan jelen voltak. Számos esetben persze a várakozásnak megfelelőleg a gyomor nyákhártyáján és izomzatán tényleg láthatók olyan elváltozások, melyek az életben fennállott tüneteket kellőképen magyarázzák.

Így Marfan szerint gyakori a gyomor dilatatiója. A gyomornyákhártya sokszor a chronikus hurut képét mutatja (état mamelonné), néha kis erosiókkal. Klemperer klinikai vizsgálatai alapján hasonló nézetet nyilvanít. Fenwick szerint is a phthisikus dyspepsiáknak körülbelül 20%-ában lehet gyomortágulást találni, a mely jelentékeny százalék azonban mégis a gyomortágulásnak kissé tágabb körű felfogásán alapszik, a mint csakugyan Schwalbe szerint a valóságos, anatomikus ectasia ventriculi csak igen ritkán tartható a phthisikus dyspepsia tulajdonképeni következményének, hanem legtöbbször csak atonikus, relativ dilatatio van jelen. Található néha amyloid degeneratio is a gyomorban (a többi szervek hasonló elváltozása mellett), Schwalbe 25 eset közül háromszor észlelte (12%). A leggyakoribb a kórszövettani elváltozások közt: a gastritis interstitialis és parenchymatosa, a mirigysejteknek zsíros degeneratiójával, avagy a nélkül (Schwalbe, Fenwick, Hayem). De ezen észlelhető elváltozások ritkán olyan nagyfokúak, hogy azok a gyomorműködés nagyobb mérvű gyengítését okozhatnák s azért Marfan és némely más szerző azon magyarázata, hogy a phthisikusok dyspeptikus zavarainak gyomorhurut az oka, csak megszorítással alkalmazható (Schwalbe). Végül sok olyan phthisis-esetre is léteznek vizsgálati adatok, melyekben post mortem nagyfokú nyákhártya elváltozások találtattak s az életben — a huzamosan megfigyelés alatt álló beteg részéről — gastrikus zavarok egyáltalán nem észleltettek, az étvágy, az emésztés úgyszólván a halál beálltáig normalisnak mondható. Természetes, hogy a tüdőtuberculosist kisérő gyomorelváltozások eme vázolásánál a gyomornak *specifikus* gümőkóros megbetegedésétől itt teljesen eltekintünk.

Ilynemű ellentétes tapasztalatok alapján nagy valószinűséggel állithatjuk, *hogy a tuberculosisnál előforduló dyspeptikus tüneteknek nem minden esetben anatomikus elváltozás képezi szükségképen az alapját.*

Megközelitőleg így áll a dolog a chemiai működésre nézve is. Erre vonatkozólag is számos szerzőtől vannak vizsgálati adataink. A rendes gyomoremésztés egyik alapfeltétele a gyomormirigyek normalis működése, a gyomor chemismusának normalis volta. Közelfekvő gondolat, hogy olyan tüdőtuberculosis esetekben, hol a gyomortünetek dominálnak, a chemismus részéről rendellenességek vannak jelen. Progrediált esetekben tényleg sokszor találunk elváltozásokat. Így Riegel 4 eset közül háromnál igen gyenge sósav reactio mellett az emésztés jelentékeny csökkenését constatálhatta. Hasonló eredményekről referál Klemperer G. is, ki a legtöbb esetben a gyomor motorikus insufficientiáját is találta. Ő a phthisis dyspepsia e tünetcsoportját a chronikus gyomorhurut tünetcsoportjával hasonlitja össze. Edinger a gyomor amyolid degeneratiójának 5 esetében a gyomornedvben szabad sósavat nem talált. Hasonló eredményre jutott Rosenthal lázas tuberculosis eseteken, sőt kezdetleges esetekben is, bár étvágy és emésztés normalis volt. E rendellenességet azonban ő nem organikus megbetegedés, hanem functionalis zavar eredményének tartja. Brieger 64 phthisikusnál végzett számos vizsgálata közben azt találta, hogy súlyos esetekben a chemismus legtöbbször insufficiens volt, kevésbbé súlyos esetekben pedig csaknem annyiszor talált csökkent, mint normalis emésztést. A sósavelválasztást (mint a megváltozott chemismus legfontosabb jelét) ő is inkább hajlandó *a tuberculosissal járó anaemia okozta functionalis zavar* eredményének, semmint organikus elváltozás folyományának tekinteni. Ez utóbbit csak oly esetekre concedálja, hol szabad sósav teljesen és állandóan hiányzott. Bernstein eseteiben (lázas és láztalan betegnél) gyakran talált csökkent sósáv elválasztást rendes motorikus képességgel. Míg ellenben mások, mint pl. Herzog éppen megfordítva rendes sósav elválasztást észleltek csökkent motorikus képességgel. Hildebrand különböző súlyosságú eseteknél úgy találta, hogy szabad sósav lázasoknál rendesen hiányzott, láztalanoknál ki volt mutatható, míg Grusdev 64 idevonatkozó vizsgálatánál 36-szor hiányzott a szabad sósav, csökkenést a gyomornedv emésztőképességében a többieknél is constatálhatott. Hangsúlyozza, hogy a láznak a kérdésben nem tulajdonitható fontosság. Schetty 25 különböző fokú, lázas és láztalan tuberculosis esetet vizsgált meg a gyomor chemismusára vonatkozólag. Szabad sósavat mindegyiknél a normalis mennyiségben talált (némelyiknél plane hyperaciditas volt jelen) a gyomor emésztőképessége a rendesnek megfelelő volt, motorikus insufficentia (1—2 nem egészen bizonyító eset kivételével) szintén nem volt constatálható. Ezen eredményei alapján hangsúlyozza, hogy a phthisikusok gastrikus zavarai, úgymint bevont nyelv, rossz szájíz, étvágytalanság, gyomornyomás stb. nem mindig gyomorhurutnak, vagy csökkent gyomornedvelválasztás által feltételezett dyspepsiának a folyománya. Immermann még nagyobb számú vizsgálatainál jelentékeny fokú gastrikus zavarok, csökkent erőbeli állapot és magas lázak mellett is legtöbbször normalis gyomorműködést talált, úgy a motorikus functiót, mint a szabad sósav tartalmat és a gyomornedv emésztőképességét illetőleg. Chelmoutki 11 láztalan phthisikus közül 8-nál nem talált szabad sósavat. Az emésztőképesség a legtöbbjénél jelentékenyen csökkent volt, hasonlóképen a gyomor felszivóképessége. Ingadozó eredményeket kapott a chemismus vizsgálatánál újabban Hayem is. Legállandóbbnak mondhatjuk a saját tapasztalataink alapján a muscularis insufficientiát; de a chemismusnak annyira változó viszonyaiban hiában keresünk egy általános érvényű kulcsot ennek a dyspepsiának a magyarázatára. Igaza van tehát Immermannak, ha helyesnek és találónak mondja ezek alapján Dettweiler azon állitását, hogy phthisikusnál a Leube értelmében vett *nervosus dyspepsia* sokkal gyakoribb, semmint gondoljuk; hogy a gyomornak digestiv hyperaesthesiája van jelen, melynél a beteg az emésztést többé-kevésbbé kellemetlenül érzi ugyan, de a gyomor peptikus ereje csaknem normalisan megtartott. Lehetséges — mondja — hogy a phthisis némely esetében tényleg gastrikus dypepsia és motorikus insufficientia jeleit találjuk, de ez nagy valószinűséggel nem a phthisis attributumának, hanem csak egy complicatiónak tartandó. Joggal jelentékeny szerepet juttat az ideges befolyásnak a phthisikusok anorexiájánál és dyspepsiájánál éppen kórszövettani vizsgálatai alapján Schwalbe is. Támogatja ezt a felfogást és nehezíti az emésztési zavaroknak egységes magyarázatát az, hogy Fenwick nagyszámú vizsgálatainál azon tapasztalatra jutott, *hogy sok esetben a szabad sósav mennyisége napról napra változik, s hogy a dyspepsia súlyossága és a jelenlevő aciditas foka közt szoros viszony nem fedezhető fel.* Az emésztési folyamat látszólag akárhányszor kevesebb kellemetlenséggel megy végbe oly esetekben, melyekben folytonos lázak mellett a szabad sósav mennyisége csökkent, mint láztalan és szabad sósavat rendesen feltüntető esetekben. Gyomoratoniát (motorikus insufficientiát) az esetek 42%-ában talált. Harris pedig idevonatkozó vizsgálatai alapján a digestiv fermentek csökkent elválasztásában keresi a dyspepsia okát.

(Folytatása következik.)

## Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Kétly Károly tanár).

### Jackson epilepsia esete.[1]

*Kétly László* dr. tanársegédtől.

K. K. 44 éves férfibeteg családjában terheltséget kimutatni nem lehet, atyja 56 éves korában vizibetegségben, anyja 62 éves korában végelgyengülésben halt meg. Testvérei közül egy kicsi korában előtte ismeretlen bajban halt meg, 4 él és egészséges. Luest és potust tagad. 8 éves korában arczba rúgta egy ló, utána rövid ideig eszméletlen volt. 16 egész 22 éves korában egy-két hétig tartó hideglelésben szenvedett. Jelen baját meghülésből származtatja. 3 év előtt (1894.) munkaközben erősen átizzadt s megfázott. Ekkor jobb karjában szaggató fájdalmakat érzett, melyek 2 hétig Hévviz-fürdőn való tartózkodása után lassanként megszüntek. 1896. deczember hóban ismét megfázott, szaggató fájdalmai jobb karjában újból felléptek és egy éjjel felsikoltva epilepsiás rohamot kapott. 3 hónappal később (1897. márczius) egyszer összeesett s mintegy 10 perczig eszméletlen állapotban volt. 1897. április elején jobb karjában és vállában rángó görcsöt kapott, mely azután havonként egy-

[1] Ezen eset a budapesti kir. orvosegyesület 1898. évi IV. rendes ülésén be lett mutatva.

kétszer ismétlődött. 1897. november hó eleje óta görcsei óránként 4—5-ször vannak. 1897. november hó végén vette észre, hogy jobb kezével mindinkább gyengébben tud fogni s 5 nap alatt ujjainak teljes használhatlansága állott be. Fejét az ajtófélfába több izben megütötte, mert mint molnár igen alacsony ajtón kellett ki- s bejárnia, de oly fokban, hogy megsérült vagy összeesett volna, sohasem.

Mult év deczember 13-dikán vétette fel magát a II. számú belklinikára. A jól fejlett betegen semmi szervi bántalmat kimutatni nem lehetett; az izomzatban a jobb felső végtagon eltérés mutatkozott, a mennyiben csekélyebb térfogatú s petyhüdtebb volt, mint a baloldali. Főpanaszát a jobb karban 10—15 perczenként fellépő tonico-clonikus görcsök képezték, e görcsök egy-két perczig változatlanul fennállottak s akkor mintegy elvágva szüntek meg. A görcsök alatt egynehányszor a jobb arczfél izmai is résztvettek a rángatódzásban s ilyenkor felső ajka jobboldalt emelésnél kissé elmaradt. De a görcsök egyszer sem terjedtek át az alsó végtagra vagy egyéb izmokra; az eszméletét sem vesztette el soha. Azóta, tehát 6 hét óta a görcsök még mindig ép úgy fennállanak, a különbség csak az, hogy míg eleinte 8—9 roham volt óránként, most csak 4—5 van az utóbbi hetekben és a görcsök enyhébbek s az arczon rángások már 4 hete nem jelentkeztek. A fájdalmak is majdnem egészen megszüntek a jobb felső végtagban, míg eleinte úgy a roham alatt, mint után erős fájdalmai voltak. Az utóbbi hetekben már elég nyugodtan alszik, míg eleinte az éjjel is óránként 8—9-szer fellépő görcsök narcotikák daczára képtelenné tették az alvásra. A felső jobb végtag paresise is nagyon engedett, ujjait már hajlitani tudja, kezével már fogni s szorítani képes s karját elég jól emeli, de a balhoz képest jelentékenyen gyengült. A jobboldali facialis Bell-féle ágainak paresise még most is fennáll. A jobb alkaron úgy a csont-, mint az ínreflexek jelentékenyen fokozottak. Villamos vizsgálattal a jobb felső végtag és váll izmaiban elfajulási reactio nem mutatható ki. Az érzési körben eltérés nincs jelen; szemfenék teljesen ép; látótér nem szűkült, színérzés rendes. Megjegyzendő még, hogy az utolsó hetekben, különösen esténként, erős baloldali fejfájásban szenved. A bal falcsontot ujjal kopogtatva a fájdalom fokozódik. Baloldalt a trigeminus kilépési helyei fájdalmasak. Az utolsó héten a beteg állitása szerint jobb karja és válla erősen izzad. Az utolsó héten még azon érdekes tünet is lépett fel, hogy a beteg egy bizonyos kis körülirt helyen érzi mindig a baloldali fejfájásokat kiindulni és e hely folyton sokkal erősebben fáj, mint a fej többi része. Ugyszintén kopogtatásra, nyomásra is e hely a környezethez viszonyítva nagyon érzékeny, de tapintani semmi rendelleneset nem lehet. E tünet azért fontos, mert a gócz localisatióját nagyban elősegiti és támogatja; a fájdalmak e ponton mindig lüktető fájdalommal kezdődnek. Ezen fájdalmas terület a bal squamma ossis temporum felső harmada s a szomszédos falcsont oldalsó szélének felel meg. A körülirt pont pedig, a mely a legérzékenyebb s körülbelül egy krajczárnyi nagyságú, a bal külső hallójárattól verticalis irányban 10 cm.-nyire, ezen vonal folytatásában a középvonaltól $8^1/_2$, a bal homlokdudor legkiemelkedőbb pontjától horizontalis irányban hátrafelé 9 és $^1/_2$ cm.-nyire fekszik, vagyis e hely kivülről az agy mellső központi tekervényének felel meg.

Ezen anamnestikus adatok alapján és a tünetek pontos megfigyelése után a diagnosist Jackson-féle epilepsiára állitottuk fel és ezt teljes biztonsággal is tehetjük. Már a betegség kezdete, a beteg előadása alapján, egy kifejezett epilepsiás rohamra vezetendő vissza, a mely általános convulsiókból és eszméletlenségből álló roham 3 hónap mulva újból jelentkezett és azóta eleinte ritkán, majd mind gyakrabban léptek fel a leirt és most is fennálló jobb felső végtagra szorítkozó tonico-clonikus görcsök, vagyis most már egy valóságos status epilepticus. A beteg által emlitett és Hévvizen javult fájdalmak a jobb felső végtagban nem vehetők tekintetbe, mert azok lehettek egyszerű rheumás fájdalmak és lehettek előhirnökei a jelenlegi bántalomnak, de erre semmit sem épithetünk. Lues és potus nincs jelen, igy ez sem igazithat útba a kórok keresésében. A mi az emlitett traumákat, a fejet ért ütéseket illeti, azok oly csekélyeknek látszanak és annyira nem mutatható ki összefüggés köztük és a betegség fellépte között, hogy traumát okul szintén fel nem vehetünk. Ugy hogy a bántalom okát illetőleg egyáltalán nem nyilatkozhatunk és inkább csak a bántalom székhelyét kereshetjük és állapithatjuk is elég pontosan meg az eddigi ismereteink alapján.

Mint tudjuk, úgy az általános, mint részleges convulsiók kórtani okául izgalmi állapotot kell felvennünk, a mely izgalom az idegrendszer különböző helyein, rendesen a mozgató zona agykérgében foglal helyet, azonban a mélyebb mozgató centrumokban is lehet. Mint tudjuk, eleinte a híd és nyúltvelő bizonyos részeit tekintették a convulsio kiindulási pontjának (Kussmaul, Nothnagel, Schröder). Később főleg Hitzig vizsgálatai alapján a convulsiók okát a mozgató kéregzonába helyezték. Újabban ismét kezdenek visszatérni az első felfogás felé is, a mennyiben hajlandók a convulsiók létrejötténél szerepet tulajdonitani a hídnak és egyéb mélyebb regióknak. Emberre nézve egyáltalában nincs bebizonyitva, hogy a hídban magában jöhetnének létre rendezett mozgások és clonikus egyes rángások, mig állatnál elég pontos kisérletek szólnak e mellett (Hoche, Binswanger). Azonban a Hitzig-féle theoria sem fogadható el teljesen emberre, mert mint Nothnagel mondja, a Hitzig-féle corticalis theoriát egyenlő értékünek kell tekinteni a Kussmaul-féle híd és nyúltvelő theoriával, a mennyiben szerinte az eredeti agysértés „analog a peripheriás idegsértésekhez secundaer úton vezetett egy epilepsiás elváltozás létrejöttéhez a pons és medulla oblongatában“. Mint ebből látjuk, ez a kérdés még egyáltalán nem befejezett, de arra nézve, hogy mely részeiből az idegrendszernek válthatók ki görcsök, újabban a nyúltvelő theoriához közelednek leginkább a kisérletezők Hitziggel szemben.

A tulajdonképeni görcscentrum helyének kérdésére nézve is, vagyis hogy hova kell az ingernek jutni, hogy epilepsiás roham keletkezzék, Nothnagelnek előbb emlitett véleményéhez csatlakoznak az újabb szerzők és igy itt is nyúltvelői epilepsia mellett foglalnak állást (Albertoni, Bubnoff, Heidenhain). Velök szemben Luciani helyezkedett teljesen a corticalis theoria alapjára. Legújabban Unverricht tör lándzsát a corticalis theoria mellett, a mennyiben bizonyitani igyekszik, hogy az agykéregből, nemcsak mint azt már Hitzig is kimutatta, izgatással görcsöket kiváltani lehet, hanem egyszersmind az agykérget szerinte a görcsös roham továbbfejlődését létrehozó központi szervnek kell tekinteni. A klinikusok a kisérletezőkkel ellentétben inkább a Hitzig-féle corticalis theoria mellett foglaltak állást, igy főkép Wernicke.

A jelen esetben, midőn ily typusos, csak a felső jobb paresises végtagra szorítkozó és néha a jobboldali paresises facialisra kiterjedő tonico-clonikus görcsökkel van dolgunk, melyek már tiz hónap óta állanak fenn és egy kifejezett általános epilepsiás roham után léptek fel, vagyis midőn egy tökéletes kifejezett Jackson-féle epilepsiával van dolgunk, a görcsöket kiváltó ingert, vagyis góczot a Hitzig-féle kisérletek alapján egész pontosan localizálhatjuk az agykéregben. Hogy már most e gócz vagyis inger az epilepsiás görcsöket csak akként váltja-e ki, hogy a peripheriás ingerekhez analog, a pons és medulla oblongata epilepsiás elváltozásához secundaer vezetve hozza csak létre a görcsöket s igy a Kussmaul-Nothnagel-féle theoriát fogadjuk-e el, vagy pedig a Hitzig-Unverricht-féle felfogás szerint, nemcsak az inger székhelye, a felvett gócz, hanem egyszersmind a görcs centruma is, az ép úgy mint a két theoria nyilt kérdés marad. A gócznak vagyis az ingernek székhelyét Hitzig után a baloldali mellső centralis tekervény középső harmadába kell helyeznünk. Igen érdekes, hogy e helynek majdnem teljesen megfelelő külső részén a koponyacsontoknak egy ilyen kis körülirt helyen érez a beteg erősebb fájdalmakat, mint a hogy az fennebb emlitve volt.

Az, hogy e gócz milyen természetű, mi által van feltételezve, egyáltalán nem is sejthető és az anamnesisből láthattuk, hogy nem is találunk alapot a gyanitásra sem. Daganatot ugyan mint okot talán annyiban ki lehetne zárni, hogy már tiz hónap óta folyton egy helyre localizálva marad a gócz és a görcsök soha nem terjedtek át még csak az azon oldali

*

alsó végtagra sem s így fel lehet venni, hogy a gócz nem növekedett.

Differentialis diagnosis tekintetében csak a hysteria jöhetne szóba, de ezt teljesen kizárhatjuk, mert mint fennebb láttuk, sem érzési eltérés, sem látótérszűkület, sem egyéb jele nem található. Különben is a görcsök lefolyása, az eszmélet megtartása, a paresis és a betegség kezdete, mind a legkifejezettebben adják a Jackson-féle epilepsia tüneteit.

A mi a gyógykezelést illeti, arról csak pár szót.

Eddig lehetőleg naponta 5 gm. bromot és 2 gm. jodkalit szedett. Javulásról azonban csak annyiban lehet szó, a menynyiben a görcsök enyhébb alakban lépnek fel és éjjel ritkán ébresztik fel a beteget. De még mindig óránként 5—6-szor jelentkeznek s így még mindig egy status epilepticussal állunk szemben; hozzá még újabban a baloldali fejfájások mindig erősebbek lesznek, különösen esténként. Így most a legfontosabb kérdés az, hogy vajjon tekintve azt, hogy mily kifejezetten egy végtagra szorítkozó görcscsel és annyira még a fájdalomnak is oly körülírt helyre való localisatiójával van dolgunk és így az ingert okozó, kórtanilag bár meg nem határozható minőségű góczot oly pontosan vagyunk képesek az agykéregben localizálni, hogy nem volna-e indicált javaslatba hozni a trepanatiót. Bár az eddigi eredmények, melyeket az irodalomból ismerünk, nagyon sok biztatót ez irányban nem nyujtanak, mégis ezen esetben, midőn oly kifejezetten localizált esettel állunk szemben s midőn a sebésznek oly precise körülirhatjuk a gócz székhelyét, azt kell mondanunk, hogy a trepanatio okvetlenül megkisérlendő. Persze az eredményre nézve semmi biztosat nem mondhatunk, főkép azért, mert mint láttuk, a góczot csak localizálni tudjuk, de kórtani minőségéről még csak sejtelmünk sem lehet s így azt, hogy a sebész késének hozzáférhető lesz-e, előre nem tudhatjuk. De a trepanatio megkisértése annál inkább okadatolt, mert így még reményünk lehet, hogy hátha sikerül a most már hónapok óta szakadatlanul fennálló s az utóbbi hetekben óránként 5—8-szor jelentkező görcsöket megszüntetni s a betegre oly borzasztó status epilepticusnak határt szabni. Belső kezeléstől nem várhatunk eredményt, mint a hogy az eddigi kezelés is bizonyitja. Így meglévén a Bergmann által felállított indicatio az operativ beavatkozáshoz, nyugodt lelkiismerettel fogunk ez irányban lépéseket tenni s annak idején az eredményről be fogunk számolni. Ezen operatiónak elhatározása inditott főkép arra, hogy e különben is typusos Jackson-féle epilepsia esetet az operatio előtt itt bemutassam.

## Közlemény a Korányi Frigyes ny. r. tnr vezetése alatt álló I. belgyógyászati klinikáról.

### A vese-insufficientia diagnostikai értékéről, klinikai tapasztalatok kapcsán.

*Korányi Sándor* ny. rk. tnr. és adjunctustól.

(Vége.)

Első pillanatra két betegség az, a mire, mint a vesevérzések okára, gondolnunk kellett; kőbetegségre és neoplasmára. Ha biztosan lehetett volna a diagnosist vesekőre tenni, nem haboztunk volna a beteget sebésznek átadni. Bevezetésemben fejtettem ki, hogy kétoldali vesekőbetegség gyanúja a biztosan beteg vesének nephrotomia útján való felszabadítását csak sürgősebbé teszi. Neoplasma gyanújánál azonban másképen áll a dolog. Ez esetben e műtét jogosultsága a másik vese épségén fordul meg. Azért ennek constatálására minden lehető eszközt fel kellett használnunk. *Zuckerkandl* és *Róna* vizsgálatai értelmében a jobb ureterből tiszta vizelet ürült. Ebből azonban még a jobb vese épségére nem lehet biztosan következtetni.*

Ha pl. a bal ureter haematuriáját lehet csak constatálni, ez nem bizonyitja még, hogy a jobb vese ép, mert hiszen abban neoplasma haematuria nélkül is fennállhat. Esetünkben a bal ureterből láthatólag csak geny ürült. A bal vesében lehetett volna neoplasma pyelitissel combinálva, a jobban pedig neoplasma magában. Azért különös súlyt kellett a veseműködés elégséges vagy elégtelen voltára fektetnünk. E czélból a két előbb leirt esetben végzett vérvizsgálatot K.-nál is alkalmaztuk. Kitünt egy izben, hogy *a vér fagypontja 1·02°-nál volt, tehát sülyedése a normalisnak majdnem kétszeresét érte le, egy második alkalommal pedig azt 0·74°-nak találtuk.*

Ez a lelet azt bizonyitotta, hogy betegünk veseműködése nagy mértékben elégtelen. A vese-insufficientia kifejtett jelentősége alapján tehát oda kellett concludálnunk, hogy *a bal vese biztosan, a jobb valószinüleg meg van támadva.* Ilyen viszonyok közt a teendők megszabása nehéz volt. Ha diagnosisunk vesekőre hajlott, akkor abból a műtét szükséges volta következett. Ez esetben a nephrotomiától gyógyulás volt várható. Tumor esetében azonban a nephrektomiát koczkázottnak kellett tartanunk.

A haematuria megjelenési módja annyiban neoplasmának volt megfelelő, hogy eleinte minden más tünet nélkül mutatkozott, bőséges és mulékony volt. A klinikán azonban állandóan lehetett a vizeletben vörös vérsejteket találni, a betegség lefolyása alatt fájdalmak léptek fel és egy, a beteg kéziratából idézett rohamot nem lehetett másnak, mint vesekolikának tartani. Igaz, hogy véralvadéknak az ureteren való átvándorlása vesekolikát okozhat (*Israel*), de, a mint *Schmid*[15] ennek daczára mondja: „eine typische Nierenkolik führt allerdings sicher zur Diagnose „Nierenstein“, auch wenn die häufigen Folgeerscheinungen nicht eintreten sollten“. Ha ezen kolika tekintetbevétele mellett nem tévesztjük szem elől, hogy vesekőnél tökéletesen ugyanolyan vérzések mutatkozhatnak, mint neoplasmánál, másrészt pedig betegünknél egy roham hosszas kocsizás kapcsán jelentkezett, akkor érthetővé válik, hogy vesekő felvételére voltunk hajlandók. Ehhez járult még egy körülmény: a betegnek súlyos pyelitise volt. Igaz ugyan, hogy maga a vérzés is okozhat pyelitist, hiszen *Unruh* himlőt kisérő vesevérzéseknél is találkozott pyelitissel, és vesedaganat maga is okozhat pyelitist, de ezek minden esetre ritkább okai a pyelitisnek. Tehát vesekő mellett pyelitis, vesekolika, az a körülmény, hogy egy roham hosszas kocsizáshoz csatlakozott és még az szólottak, hogy, habár a beteg anaemiás volt, kachexia nem volt nála feltalálható. Ehhez jöttek a beteg fiatal kora, a vizeletnek mikroskoppal kimutatható, állandó vértartalma, a mely eddig méltán tekintetett jellemzőnek a vesekőbetegségre és a vesének nagyfokú érzékenysége nyomásra. Igaz, hogy a kolikát véralvadék, a pyelitist vérzés, vagy neoplasma is okozhatta, másrészt a vérzés profus volta, a betegség lappangó és fájdalom nélküli kezdete pedig inkább neoplasma mellett szóltak. Az is igaz, hogy uraturia vagy más vesekőre utaló üledék a vizeletben nem volt. De hiszen az uraturia megszünhetik, az általa létrehozott kő pedig megmarad. Igy érthető, hogy a diagnosist, illetőleg *Herczel* tanár úr és az én nézetem eltértek egymástól. Én inkább vesekövet voltam hajlandó felvenni, *Herczel* a daganat felé hajlott.

Miután vesekő valószinűséggel birt és az ennek esetében kiviendő nephrotomiát a bántalom kétoldaliságának gyanúja még csak indicáltabbá tette, másrészt az esetre, ha a következés *Herczel* tanár úr diagnosisának adna igazat, vizsgáló módszerem körül eddigi tapasztalataimat nem tartottam elegendőknek arra, hogy eredménye alapján egy esetleg életmentő műtétnek álljam útját, részletes megbeszélés után a beteget *Herczel* tanár úr sanatoriumába szállittottuk át.

A tovább történtekről Herczel tanár úrnak rendelkezésemre bocsátott jegyzeteiből a következőkben referálok:

* A göttingai klinika *(Hildebrand)* és *König* egy-egy esetében hámnekrosis, *Lotheissen* egyik esetében zsíros degeneratio, másikában semmi elváltozás, *Israel* két esetében amyloid-elfajulás, egy harmadik esetében vesetuberculosis, *Benecke* esetében cystás elfajulás, *Heinleinében* carcinoma stb. találtatott a visszamaradt vesében, miután a nephrectomiát kiállott betegek uraemiában haltak el. Ezeket az elváltozásokat sem cystoscoppal, sem uretercsapolással nem lehetett volna felismerni.

*A műtétet Herczel 1897. julius 9-dikén* először *chloroform-*, majd *folytatólagosan aether-narcosisban hajtotta végre.*

A 12-dik borda alatt, azzal párhuzamosan, rézsút lefelé haladó, 18 cm. hosszú, Czerny-féle lumbal-metszéssel, a trigonum Petitibe, a vesekörüli zsírrétegig hatolt. E közben, már a bőr s izmok átszelésekor feltünt, hogy a tágult edények a rendesnél sokkal erősebben vérzenek, a mi a környékükben lezajló lobos folyamatra vallott. Tényleg a vese zsírtokja nagyszámú kérgesedéseket mutatott, kötőszöveti álszalagokkal átjárt s hatalmasan összekapaszkodott a környezettel, valamint a vesének capsula propriájával, úgy hogy az utóbbinak kihámozása csak a legnagyobb nehézséggel sikerült. A vese jóval nagyobb a normalisnál s különösen alsó polusa volt egész alaktalanul megvastagodva. Ezen hely áttapintáskor kissé keményebb, de sem itt, sem máshol a vesében nem lehet köveket felfedezni, vékony, hosszú tűkkel való átszúrásokkal.

Mindezek után, tekintetbe véve a vese nagyságát, alaki elváltozását, a perinephritikus összenövéseket, az uraturia s kövek hiányát, az anamnesisben jelzett, időnkénti profus vérzéseket, daczára annak, hogy a kéregállomány gyurmáján újképletre valló elváltozásokat nem láttunk, mégis egy daganatot kellett feltételeznünk, mely minden valószinüség szerint a kelyhekből vagy lobor állományból indult ki. Figyelembe véve a kór lassú fejlődését s a cachexia teljes hiányát, alighanem valamelyes jobbindulatú daganattal állottunk szemben.

Ezért Herczel a lehető conservativ szempontból, hogy esetleg a vesén partialis kiirtást is végezhessen, mindenekelőtt explorativ czélból, bonczi metszéssel teljesen ketté szelte a vesét, miközben egy segéd — a vérzést csillapítandó — a hilusban futó edényeket két ujjal jól összeszorította. Ekkor egy tojásmekkoraságú, papillomatosus, puha daganat tünt elő, mely látszólag az alsó kelyhekből indult ki, a medenczét teljesen kitöltötte, sőt beleburjánzott a tágult ureterbe is, s így a tumornak sikeres izolált eltávolítása teljesen lehetetlen volt. Ezért az egész vese, medenczével s daganattal együtt, rögtön eltávolíttatott, sőt utólag az ureterből 6 cm. lőn resecálva, mely részbe a daganat beleburjánzott. Tamponade. Izom- s bőrvarratok. Rögtön a műtét után 600 cm³ Na Cl-oldat subcutan-infusio.

*Lefolyás* rendkivül kedvező, minden reactio nélkül, állandóan láztalan. Beteg műtét után egyáltalán nem hányt, nem csuklott, peritonitisnek semmi nyoma, fájdalmakról nem panaszkodott. Csupán a szívműködés volt a műtét utáni első 7 napon kissé gyenge (pulsus 108—120 közt ingadozott, könnyen einyomható, légzés 20—24 perczenként), úgy hogy ezen idő alatt állandóan strophantust s digitalint adagoltunk s az első nap estéjén — másodizben — 600 cm³ Na Cl-oldatot infundáltunk. Hetednapra hashajtóra bő székletéte volt, ezután jórészt spontan ürülései. A seb normalisan gyógyult, a varratok a 8—12. napon voltak eltávolíthatók.

Az első vizelet erősen véres, alvadékokkal kevert, 5 órával a műtét után spontan ürült. A későbbi vizeletek nem voltak véresek s ürítésök nem fájdalmas; pöscsapot alkalmazni egyáltalán nem kellett.

A vizelet napi mennyisége és fajsúlya a műtét után való 14 nap a következő volt:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. nap: | mennyiség | 750 | cm³; | fajsúly: | 1026. |
| 2. „ | „ | 700 | „ | „ | 1027. |
| 3. „ | „ | 760 | „ | „ | 1027. |
| 4. „ | „ | 740 | „ | „ | 1027. |
| 5. „ | „ | 570 | „ | „ | 1028. |
| 6. „ | „ | 1050 | „ | „ | 1022. |
| 7. „ | „ | 1510 | „ | „ | 1020. |
| 8. „ | „ | 1810 | „ | „ | 1018. |
| 9. „ | „ | 1550 | „ | „ | 1019. |
| 10. „ | „ | 2150 | „ | „ | 1017. |
| 11. „ | „ | 1950 | „ | „ | 1017. |
| 12. „ | „ | 2470 | „ | „ | 1015. |
| 13. „ | „ | 2050 | „ | „ | 1016. |
| 14. „ | „ | 2150 | „ | „ | 1016. |

Innen kezdve a napi mennyiség átlag 1600—1700 cm³, 1016—1017 fajsúlylyal, a vizelet kristálytiszta, benne sem fehérje, sem geny, sem kóros alakelemek nem lelhetők.

Beteg teljesen felépülve, súlyban gyarapodva hagyja el a sanatoriumot, a hol 1897. szeptemberben magát viruló egészségben Herczelnek ismét bemutatta, a ki őt azonban azóta nem látta s nem vizsgálta.

A kiirtott vesét *Pertik* tanár úr vizsgálta meg, és következő leletét volt szíves velem közölni.

„A kiirtott vese a rendesnél kisebb. Az alsó polus s a medencze alsó része már a vese megnyitása előtt kissé megvastagodottnak, illetve tágultnak látszik. Egész hossza 8 cm., a hilus magasságában legnagyobb szélessége 4 cm., átlagos vastagsága 2 cm., a felső polus átlag 3—3·5 cm., a legalsó szakasz 4—4·5 cm. széles.

A vese rostos tokja kissé megvastagodott, elég jól levonható, de levonás után a vesefelület alig észrevehetően szemcsézett. A vese tömött összeállású, sötétbarna-piros felszinű, a veseállomány a felső poluson s a vese felső felében csak mérsékelten keskenyedett, átlag 10—12 mm. széles. A veseszemölcsök, a vesekelyhek említendő tágulásának megfelelően, lelapultak. A velősugarak alig ismerhetők fel.

A vesekelyhek és medencze mérsékelten tágultak, nyálkahártyájuk megvastagodott, szürkés-piros belövelt. A medencze alsó szakaszának szemközti két falából egy-egy jókora galambtojásnyi, aránylag elég széles és pedig körülbelül egy koronának megfelelő alapon ülő, vízben lebegő, könnyen téphető, vékony, 0·5—1·5 cm. hosszú bolyhokból összetett, élénk barna-piros *bolyhos daganat ül.* Nevezetes, hogy a medencze és kelyhek nyálkahártyája egyebütt sima, rajta kisebb villosus burjánzások teljesen hiányzanak; az ureternek a vesén levő csekély darabján sem lelhető ilynemű burjánzás.

A két szemközt ülő tumor bolyhos felszinei egymással érintkeznek, az ureter-nyilást elzárják, hihetőleg nem teljesen, mert a consecutiv hydronephrosis aránylag csekélyfokú (az egyes vesekelyhek mogyorónál nem nagyobbak).

A vese alsó polusán ejtett harántmetszeten a vesemedencze nyálkahártyája élesszélű és e helyütt a vesekéreg 2—3 mm.-nyire redukált, ellentétben a vese felső polusán már emlitett, aránylag gazdag veseszövettel.

*A tumoron vezetett metszetek górcsövi vizsgálata* a tumor főtömegének szemölcsös, bolyhokból összetett voltát igazolja. Az egyes bolyhok kötőszövetes alapvázból állanak, benne elfutó, erősen tágult edényekkel; az edények mellett a kötőszövetben kevés orsó- és gömbsejt és puha, finoman szemcsés vagy gyengén csikozott sejtközötti állomány. Az egyes bolyhok főtömegét azonban az *igen vastag hámköpönyeg* képezi, a mely a kötőszövetes alapváznál 4—8-szor szélesebb. A hámsejteknek a kötőszövetes vázon ülő basalis rétege vékony, hengeres s az egész hámréteg is radialisan csikozott, a hámsejtek magvai majdnem kivétel nélkül hosszúkásak, keskenyek, ovalisak és az egymáshoz lapult hámsejtek között orsóalakok is számosak.

A vesemedencze és kelyhek nyálkahártyáját részben igen alacsony és bunkósan végződő, részben a mondott hosszú nagy bolyhokba folytatódó szemölcsök borítják. A szemölcsök alatt erősen edényzett, néhol azonban edényekben és sejtekben is szegényebb, tömött, rostos kötőszövetréteg terül el. A bolyhokat borító hám vagy a vesemedenczebeli apróbb szemölcsök hámja sehol heterotopice bele nem burjánzik a kötőszövetbe; a hám- és kötőszövet mindenütt éles vonallal határolt.

Maga a veseállomány magasfokú interstitialis kötőszövetburjánzás által tünik ki, úgy hogy az egészben sarjadzó szövetszerű, a melyben csak nehezen ismerhetők fel az erősen sorvadt húgycsatornácskák maradékai. A Bowmann-tokok jelentékenyen tágultak, az edénybouquet-ek nem mindenütt összeesettek vagy visszanyomottak.

*Epikrisis.* Ezen vizsgálatból kiderül, hogy jelen esetben a vesemedencze egy jóindulatú, finoman bolyhos papillomája (*fibroma papillare, fibroma villosum*) forog fenn. A jóindulatúság górcsői bizonyságát a bolyhokat borító hám heterotopikus burjánzásának teljes hiánya szolgáltatja.

Tudvalevő, hogy rosszindulatú tumorok is, sarcomák, carcinomák, bolyhos alakban léphetnek fel s hogy a carcinoma villosum górcsői kórisméje jogosult mindazon esetekben, a hol a bolyhok gyökén a bolyhokat borító hámnak csapok, kötegek, fészkek alakjában, a mélybe való belenövését és továbburjánzását állapithatjuk meg. Az erősen edényzett és azért igen vérzékeny daganatok az ismételt vérzések által chronikus anaemiát idézhetnek elő, mi pl. hólyagpapillománál elégszer rákos cachexia képének lett tekintve. Ujabban *Rokitanszky* azon régebbi nézetével szemben, hogy a legtöbb bolyhos daganat a hólyagban, vesemedenczében rákos természetű, *Nitze* 75 eset körül 55-ben mutatta ki a tumoroknak jóindulatú voltát.

A húgyutak és vesék különböző tumorainak a vizeletből való górcsői kórjelzése csak ritkán lehetséges, mert a tumorokat ma tudvalevően nem többé specifikus sejtekből, hanem a tumorszövet mineműségéből kórismézzük. *Specialisan ily hámgazdag papillomák górcsői kórjelzése nem a leváló hámsejtekből fog történhetni, mert ezeket a húgyutak mélyebb rétegeinek hámsejtjeitől megkülönböztetni alig lesz képes valaki;* jelezhetjük csak azon esetben, ha a bolyhoknak egyes nekrotikus czafatai jelennek meg a vizeletben, a mikor természetesen csak bolyhos daganat fenforgása iránt nyilatkozhatunk, de nem annak jó- vagy rosszindulatú voltáról, mert az utóbbi kérdés, mint már jeleztük, csak metszeteken a heterotopia megállapitása után válik lehetségessé.

Záradékul álljon itt az a megjegyzés, hogy esetünkben a vesemedencze nyálkahártyájának kötőszövetében chronikus lobos beszűrődés képei hiányzottak, míg beszűrődés csak magában a másodlagosan lobos veseállományban mutatkozott, s így esetünkre a némely szerzőtől ajánlott *pyelitis villosa* elnevezés nem talál".

A műtét után beteg egyszer, ha nem csalódom, 1897. szeptemberében felkeresett és teljesen jól érezte magát. Ezzel a kedvező eredménynyel szemben arra gondoltam, hogy a bal vese tumora által okozott izgalom, a fent tárgyalt módon, a jobb vese működését zavarva, okozott vese insufficientiát a műtét előtt, a mely utóbbi a műtét után megszünt. Sajnálatomra ezt nem volt alkalmam újabb vérvizsgálat tárgyává

tenni. Ez év január 14-dikén Frommer úr idézett előadásában azt mondja, hogy a mult év deczember 25-dikén a betegnél haematuria lépett fel. Szerinte a vizelet fehérjét, leucocytákat, vesemedencze-hámsejteket „és ismét egynémely cylindrikus és orsóalakú atypikus“ (ismét!) sejteket tartalmaz. Ebből F. úr azt hiszi, hogy a beteg baloldali „vese-sarcomája“ a jobb vesében „újul ki“. Tényleg az látszik belőle következni, hogy a beteg jobb vesemedenczéjében ép oly papilloma van, mint a milyen a bal vesével irtatott ki.

Az esetből levonható tanulság, hogy néha képtelenség biztos kórismét állitani fel vesekő és neoplasma között, a mihez esetünk kapcsán hozzátehetjük, hogy a már ritkaságánál fogva is alig kórismézhető vesepapilloma kórképe sokkal inkább hasonlithat a vesekőéhez, mint a vese rosszindulatú újképletei által okozott megbetegedés.

Ez az eset pedig a két elsővel együtt igazolja azt a reményt, hogy a vér fagypontsülyedésének vizsgálata arra van hivatva, hogy a vesesebészetnek komoly szolgálatokat tegyen. Eddigi tapasztalataim alapján azonban úgy odaállitani a dolgot, mintha az abnormis nagy vérfagypontsülyedés a nephrektomia *absolut* contraindicatióját képezné, még nem merném.

*Irodalom.*

[1] *Perthes*: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1895. [2] *Hildebrand*: u. o. 1895. [3] *Lotheissen*: Arch. f. klin. Chir. 1896. [4] *Israel*: Deutsche med. Wschr. 1896. [5] *Benecke*: u. o. 1896. [6] *Korányi Sándor*: Az állati folyadékok élettani viszonyaira stb. vonatkozó vizsgálatok. Magy. orv. Arch. 1896. [8] *Bourgeois*: cit. Rosenstein Nierenkrankheiten. [9] *Godlee*: Med. Chir. Transactions 1887. [10] *Israel*: Deutsche med. Wschr. 1888. [11] *Barth*: u. o. 1892. [12] *Graser*: D. Arch. f. klin. Med. 1895. [13] *Senator*: Erkrankungen der Nieren. 1895. [15] *Schmidt*: Handbuch d. spec. Therapie von Penzoldt u. Stintzing. 1895. [16] *Küster*: Die chir. Krankheiten der Niern. 1896.

## Válasz Fejér (Weisz) Gyula dr. úrnak.

*Mohr Mihály* és *Schein Mór* dr.-októl.

*Fejér* (*Weisz*) *Gyula* dr. úr az „Orvosi Hetilap“ mult heti számában folytatja, illetőleg megújítja a budapesti kir. orvos-egyesületben lefolyt vitát, csakhogy nagyobb készülettel és alaposabbnak látszó érvekkel iparkodik bebizonyitani az „igazságot“ és megvédeni „egyéni reputatióját“.

A nélkül, hogy Fejér Gyula dr. úrnak egyéni reputatióját érinteni akarnók, mert azt hiszszük, objectiv vitába a személyi momentumokat belevinni nem helyes, de sem dolgozatunk, sem akkori válaszunk „egyéni reputatióját“ nem bántotta, mondjuk, e nélkül is, *képzelt* „igazát“ szó nélkül nem hagyhatjuk, nehogy úgy lássék, mintha meggyőzettünk volna általa, másrészt az objective tartott dolgozat megérdemli, hogy vele komolyan foglalkozzunk.

Maga Fejér Gyula dr. úr is elismeri, illetőleg „némileg egyetért“ velünk abban, hogy a *klinikai kép nem felel meg a xerosisnak*. Hisz magunk is jól meghánytuk-vetettük, hogy nem xerosis-e esetünk és csak nagyon is jól átgondolva mondottuk ki, hogy nem. Plausibilisnak látszik Fejér okoskodása, hogy kissé eltérő alak nem képez új betegséget, de kérdjük most is Fejér Gyula dr. urat, hogy van-e egy tüneten: az elszarúsodáson kivül a xerosissal más közös tünete az általunk leirt állapotnak? És mióta csinálunk egy közös tünet alapján azonos diagnosist? Nem tudja Fejér Gyula dr. úr, hogy *unum symptoma nullum symptoma?*

Kiemeljük tehát, hogy első sorban a klinikai megjelenés volt az, mely az új kóralak felállításához vezetett, a mint a „Szemészet“ ezidei 1-ső számában megjelent czikkünkben a kórtörténet közlése után *azonnal* megmondtuk: „Diagnosisunkat makroskopice a kötőhártya felhámjának elszarúsodására tettük és „keratosis conjunctivae“ alatt vezettük be a protocollumba. Tehát még a histologiai vizsgálat megejtése előtt meg voltunk győződve az új kóralak felállításának szükségessége felől. Igen örültünk azután, hogy ezen felvételünket a histologiai vizsgálat is megerősítette.

Előrebocsátjuk, hogy czikkünkben egy toll- vagy sajtóhiba folytán (bizony ezt nehéz ma már eldönteni), a (3) szám egy sorral alább került, semhogy kellene, a mit annál inkább sajnálunk, minthogy ezzel alkalmat adtunk Fejér Gyula dr. úrnak egy fölösleges magyarázatra a bőr szerkezetét illetőleg. Ha tekintetét kevésbbé szögezte volna a hibásan elhelyezett számokra és inkább nézte volna a szöveget és a hozzátartozó rajzot, úgy könnyen meggyőződhetett volna arról, hogy a (3) szám a tüskés sejtek rétegét jelenti, a (4) ezeknek alsó sejtsorát, a (2) a keratohyalint vagy szemcsés réteget és az (1) a szarúréteget. Ennek bizonyságául szolgáljon itten a Fejér dr. urat zavaró számok kihagyásával az eredeti szöveg:

„A vizsgált kóros kötőhártyarészlet hámrétegén több stratum különböztethető meg, melyek közül az alsó sokszögletü és hólyagcsás maggal ellátott tüskés sejtek 2—3 rétegéből áll, melyek legalsóbb sejtjeiben néhány magoszlás látható. E fölött egy egész határozottan kifejlődött szemcsés réteg élénken látható keratohyalin szemcsékkel következik, mely mindenütt egy sejtcsoportból áll. Ezt vékony szaruréteg fedi be.“ A leletből fontosnak tartottuk a keratohyalin-réteg jelenlétének constatálását, egyrészt, mivel ennek jelenlétéről a xerosisnál minden esetben nem győződtek meg, hiszen maga Fejér dr. úr is, a ki pedig rendkivül szorosan veszi a finom és pontos histologiai leleteket, ilyenformán nyilatkozik saját xerosis-készitményéről: „a szarúréteg alatt egy világos sávot lehet látni, melyben élesen differentiálható sejtek talán keratohyalint is tartalmaznak, mely körülmény azonban a nem elég alkalmas festés következtében nem elég élesen tünik szembe“, míg mi egy egészen határozott és folytonos keratohyalin-réteg jelenlétéről győződhettünk meg.

Abba a vitába, hogy mily viszony van a keratohyalin és eleidin között, a melybe Fejér dr. nagy buzgósággal és alapos informatiókkal belemélyed, mi nem akarunk belemenni, minthogy elég szerények vagyunk bevallani, hogy a kérdést ép oly kevéssé fogjuk véglegesen megfejteni, mint igen tisztelt Fejér dr. úr. De különben úgy ennek a kérdésnek, mint a keratohyalin jelentőségének megfejtése az elszarúsodásnál, itt semmi fontossággal nem bir. Annyi bizonyos, hogy a histologiai lelet arról tesz tanuságot, hogy itt a kötőhártya elszarúsodott és itt az elszarúsodás keratohyalin mellett történt. Mi nem mondtuk, hogy azért keratosis, mert keratohyalin van jelen, hanem azt mondottuk, hogy keratosis van jelen és keratohyalin is van jelen.

De térjünk át Fejér dr. úr górcsői készitményére. F. dr. úr egy általa xerosis trachomatosából készitett praeparatumra hivatkozik, melyben hasonló elváltozások vannak. Természetesnek tartjuk, hogy az esetet, melyből a készitmény származik, F. úr maga észlelte, a bulbust maga enucleálta és maga metszette és igy a klinikai diagnosishoz kétség nem fér; akkor is *a klinikai kép teljesen különbözvén, még a górcsői metszetnek teljes congruálása esetében is ki kell mondani a különbözőséget*, hát még a mikor a górcsői kép is különbözik! Keratohyalin, mint említi, „talán van“ praeparatumában. Talán nincs. A mienkben határozottan van. De F. dr. úr praeparatumában aprósejtes infiltratio is van jelen, a mi a górcsői metszetnek egészen más jelleget ad és ha már a klinikai tüneteket is összességükben kell áttekintenünk, mennyivel inkább *nem szabad egyes hasonló tüneteket kikapni a górcsői képből*, melyet igen gyakran csak egészében *és* a klinikai tünetek egybevetésével lehet értelmezni.

A mi most rendbeszedett következtetéseit illeti, az 1—5. pontig felsoroltakra, mint dolgozatunkra szorosan nem tartozóra, nem reflectálva, a 6. és 7. ponttal szemben engedje meg, hogy fentartsuk azt, hogy igenis az általunk leirt „keratosis különálló, eddig le nem irt kóralak“, mely a xerosistól toto coelo különbözik, a mit különben is ilyen gyanánt ismertek el: *Schulek* tnr., id. *Siklóssy, Szili, Goldzieher, Feuer, Csapodi, Vidor, Grósz Emil*, ifj. *Siklóssy, Béla Pál* stb. szakférfiaink is.

# TÁRCZA.

## A védő himlőoltás technikájáról.

A ki ezt az apró dolgot már megúnta, az annak tovább aprózását olyan feleslegesnek tartja, mintha csak a zabot akarnám még egy kissé jobban kihegyezni.

Hát hiszen magam sem kételkedem abban, hogy akárhány, a ki az oltást könyvekből nem tanulmányozta, azért azt mégis kifogástalanúl viszi véghez. Bizonyos azonban, hogy még sokkal többen vannak, a kik a tömeges oltás körül követett eljárásokkal teljesen megelégedve nincsenek s ezekhez tartoztam magam is.

Mert ahhoz, hogy tisztán oltsunk, tisztának kell lennie a beoltandó bőrének, az oltóanyagnak s az oltóeszköznek.

Tudjuk, hogy a bőrön az ártóképes csira igen nagy ritkaság s kivált a naponta fürösztött csecsemő felkarján az olyan a közönséges viszonyok között alig fordulhat elő. Végre egy-egy elhanyagolt gyermeknél vagy felnőttnél a szükséges területet a készen tartott szappannal, spirittusszal jól megmoshatjuk. A mostanság általánosan használt glycerines, állati nyirokról — igaz — tudjuk, hogy az, kivált friss állapotában, épen nem csirátlan. Schulze és mások kimutatták, hogy még a leggondosabb asepsissel gyűjtött és feldolgozott anyagban is akad (egyebeken kivül) egy-egy staphylo- és streptococcus is. Hetek mulva azonban a csirák a nyirokban igen meggyérülnek s úgy tapasztaljuk, hogy bajt nem igen okoznak.

Sokkal szaporább és nagyobb a baj, a melyet a tisztátlan oltóeszköz okoz s a melyért a felelősség egész súlya az oltóorvost terheli. A tiszta eszköz könnyűnek látszó kérdését nem is oldották meg valami nagy hamar, hiszen az oltás dolgában igen tapasztalt és érdemes bécsi Hay dr. 1896. áprilisében tartott előadásában azt mondja, hogy „eddig mindenféle asepsist elrontott az oltótű, a melyet két oltás közt tisztába tenni nagy pénz- és időfecsérlés nélkül nem lehetett, ha csak minden oltandó részére külön drága, új eszközt venni nem akarunk".

Ugyanakkor ő úgynevezett oltótollakat ajánlott, a melyek lapos aczéltollhoz hasonlítanak, végükön kissé élesek és ötvenenként átlikgatott fémdobozba vannak rakva s ezzel együtt valamely edényben kifőzetnek. Használat előtt egy segéd tiszta vattával szárazra törüli.[1] Még előbb készíttetettt Mareschal dr. ugyancsak aczéltollhoz hasonló oltólapátkákat, a melyeket vékony aczéltollnyélbe lehet illeszteni. Ezekkel is úgy bánnak el, mint a Hay „tollaival", csakhogy a főzés után a segéd ezeket nemcsak törüli, hanem nyélbe is teszi.

Kétségtelen, hogy a vázolt eljárás tisztaság dolgában a korábbiaknál sokkal jobb. Nem épen nagy baj, hogy így már segédre szorulunk, de az eszközöknek az oltóhelyiségben elég húzamos ideig való főzése kissé alkalmatlan. A már előbb sterilizált eszközöknek szállítása s a segédnek a főzés után való manipulatiói azonban már olyan körülmények, a melyekben az asepsis bizony botorkálhat.

Más eszközöket és eljárásokat nincs miért említenem, minthogy azok körülményesebb vagy kevésbbé megbizható voltuk miatt kivánalmainknak még kevésbbé felelnek meg. Már pedig tömeges oltásnál az eszköz tisztítása a legolcsóbb, legkönnyebb és feltétlenül megbizható kell, hogy legyen s az oltószerszámhoz hasonló apró aczéljószág sterilizálására van is a főzésnél rövidebb és biztosabb útunk: a lángon való kihevítés. Mareschal-féle oltótollat[2] vettem tehát, azt vékony aczéltollnyélbe illesztettem s az oltás előtt kicsiny spiritus-lámpa lángján kihevítettem. Oltás után zsebkendővel megtörültem s a következő oltás előtt megint kihevítettem.

Minthogy a papirvékony aczéllemezke kihevítésére mintegy 15, lehülésére 20—25 másodperczre: tehát jóval kevesebb idő szükséges, mint a mennyi egyik oltástól a másikig eltelik, voltaképen elégséges, ha az oltáshoz két ilyen vaccinostylünk van. De ha négyet szereltünk fel, már akkor eszközzel (20 krért) gazdagon el vagyunk látva. Míg a beoltott gyermeket elviszik s helyébe másikat hoznak, ez az idő eszközünk letörülésére és kihevítésére bőven elég lévén, segédre szükségünk nincs. Nem szükséges u. i. bevárnunk, míg a lángon az egész toll izzó vörös lesz, hanem elég azt ott addig tartanunk, a míg hegyén vagy szélein alig vörösleni látjuk, hiszen — úgy tudom — hogy mikor a hevített vas a *sötétben* világítani *kezd*, akkor már annak hőmérséke 560 C°-on fölül van: olyan jó meleg, a melylyel akármilyen vastagbőrü bacillus, sőt a legantiseptikusabb lelkiismeret is megelégszik.

[1] A cs. és kir. közös hadügyminister 1896 novemberében kelt rendelettel a hadsereg részére ezt az oltóeljárást kötelezőleg hozta be.

[2] Feltalálójuk annak „Le Jenner" vaccinostyle individuel nevet adott. Száza 3 frt. Elég 10 orvosnak legalább 10 évre.

Az épen lefolyt évadban gyergyói orvosok így oltottunk: szaporán és nagy lelki megnyugvással s ezt az igen egyszerü és feltétlenül tiszta eljárást bizvást ajánlhatjuk is.

Még csak pár észrevételem lenne.

Széltében ajánlják, hogy oltásnál a bőrt karczoljuk s azután kenjük be a nyirokkal. Csakhogy az eszközzel, a melylyel karczoltunk, nem nyúlhatunk az oltónyirokba s ha azt véletlenül teszszük, egész phiolánkat inficiálhatjuk. Eszközünket tehát újból sterilizálnunk, vagy cserélnünk, szóval: minden egyes oltásnál kétszer tisztítnunk kell, holott nemcsak szaporábban, hanem biztosabb eredménynyel is oltunk, ha a nyirkot előbb a tiszta eszközzel felrakva, ugyanezzel karczolunk.

Elég baj van még a pustulák sérülése és szenyeződése miatt is. Kötelék alkalmazásáról itt szó sem lehet. Ha tennénk, több lenne abból a kár, mint a haszon. A szóban levő bajok megelőzésére viszonyaink között legjobbnak tapasztaltam:

1. *Csak egyik karra oltani.* Minthogy pedig az anya rendszerint bal karon hord s így a gyermeknek bal karja szabadon van, czélszerübb a bal karra oltani. Így lehet azután a kicsit bal karra venni, jobb karján fogni, jobb oldalára fektetni s a bal kart könnyen kimélni. Ne féljünk attól, hogy egy karon majd nem lesz meg a törvényesen megkivánt két fogant tüsző, mert ha a nyirkot a karon három helyen felrakjuk s ott mindjárt be is vakarjuk, lesznek mindenütt olyan tüszőcsoportjaink, hogy szétszórt rajban 20 tüszőt is számlálhatnánk.

2. *A beoltott kart, a hólyagcsák keletkeztétől azok teljes beszáradásáig, egészen mezetlenül hagyni.* Ezért erre az időre a bal kart pólyába nem teszik s köntöske és ing merőben ujjatlan. A ruházattal födött karon ugyanis a pustulák fejlődésének előhaladottabb szakában a bőr (a gátolt hősugárzás miatt) ég, majd viszket, a kicsik nyugtalankodnak. A ruha szövete a kiszivárgó váladékba ragad s vetköztetésnél a hólyagcsák felhámját letépi. Ezentúl még inkább ragad a ruha s a készülő pörköt is letépi, ismételten letépi s a védetlen fekély a szenyezésnek mindig tárva van. Ha a kar födve van, a környezet is könnyen megfeledkezik annak állapotáról s egy-egy vigyázatlan fogás új sérüléseket okoz. A meztelen kar mindezen bajoknak sokkal kisebb mértékben van kitéve s valóban évek óta, hogy csak bal karra oltok s ezt meztelen hagyom, az évenként községünkben 300-at meghaladó először és újraoltottak között az oltási sebek járulékos betegsége a legnagyobb ritkaság.

A mint láttuk, az oltó eszközön kivül összes apparatusunk egy tiszta zsebkendő meg egy kis spirituslámpa s minthogy eljárásunkat egyebekben is egyszerüsíthetjük, képesek vagyunk tömeges oltásainkat a vidéki viszonyok közt is tisztán, szaporán és biztosan eszközölni.

Gyergyó-Szt.-Miklós, 1898. február.

*Fejér Dávid* dr.

# IRODALOM-SZEMLE.

## I. Könyvismertetés.

**Az ember anatomiája és szövettana.** I. rész: Általános szövettan és a mozgásszervek anatomiája. Számos a szöveg közé nyomott ábrával s 8 színes táblával. Budapest, 1898. A Franklin-társulat kiadása.

*Mihálkovics Géza* dr., egyetemi tanártársam nagyszabású 3 kötetes müvének első kötete néhány nap mulva kikerül a sajtó alól; a munka negyedik kötetét embryologiája fogja képezni.

Volt alkalmunk a szép müvet, mely mesterét fogja dicsérni, nemcsak lapozgatni, de correctura-íveit behatóan tanulmányozni s elmondhatjuk, hogy ha az egész mü akként lesz tartva, mint első kötete, az nemcsak díszére fog válni hazai orvosi culturánknak s nagy hézagot fog betölteni az oktatás terén, hanem méltán esemény számba menend.

Nem kis feladat, versenyezve a külföld remekebbnél-remekebb anatomiáival, nagyobbszabású anatomiát irni. Csak az vállalkozhatik arra, a ki bő tapasztalatokkal s ez úton kritikai itélőképes-

séggel van felfegyverezve s e mellett egyes észleleteivel a tudományt kisebb-nagyobb fokban maga is előbbre vitte.

Tudósunknak histologiai, embryologiai, anatomiai és anthropologiai, sőt mondhatni összehasonlító anatomiai ismeretei is egyengették az utat, hogy necsak másoljon, hanem felhasználva a külföldi irodalmat, eredetit adjon és czél- és öntudatosan, de meg kellő kritikával is fékezze magát s a középutat követve, szélsőségekbe ne essék s helyesen tudja megkülönböztetni, mi a szükséges és fontos, s mi az, a mi az olvasónak okvetlenül szükséges, mi az, a mi csak olvasmányul szolgálandhat.

A mostan megjelenendő mű tulajdonképen második kiadása szerző 1888-ban megjelent „Leiró emberboncztan"-ának; azonban annyira átdolgozva, hogy azt csaknem újnak lehet mondani. E mellett szebbnél-szebb rajzok és pedig töméntelen számban, magyarázzák a szöveget s már ez, valamint a tárgynak sokkal gyakorlatibb összeállítása által is, igen magasan fölötte áll e mű első kiadásának.

Mindenütt a baseli anatomiai congressus által elfogadott új anatomiai latin műszókat használja szerző s jó magyar elnevezéseket hozott be.

Müve tulajdonképen több a tankönyvnél, mondhatni középterjedelmű kézikönyv, a melyből úgy a kezdő, mint a haladott is tanulhat, mert minden helyen megtalálja mindazon irodalmi forrásokat, a melyekből további okulását merítheti.

E most megjelenendő I. rész 30 ívre terjed ki s a másik kettővel együtt az egész mű 100 ívnél nagyobb lesz. Mindazonáltal a tárgy akként van beosztva, hogy olvasása még a kezdőre se legyen fárasztó, a mennyiben az egésznek a váza nagyobb szedésű, a kisebb szedés pedig mintegy magyarázata és kiegészítése amannak. A csonttani és szalagtani részben más munkáktól annyiban van eltérés, hogy a nagyobb testrészek, mint a milyen példának okáért a gerinczoszlop vagy a medencze és mellkas, a szalagtanba vannak beosztva, mert ezek a szalagok ismeretét feltételezik s nagy gond van különösen fordítva a mechanika kidolgozására, a mi practice is igen fontos s a legtöbb leiró anatomiák ügyet se vetnek rá. Az izomtan inkább tájtani modorban van kezelve, a mennyiben először is az illető testrészek idoma, azután a bőre, pólyái s utoljára az izmok vannak felsorolva. Ez középút a számos leiró és tájboncztani modor között, a mit az újabb anatomiák is kezdenek már követni s e modor az egész száraz anatomiát élvezhetőbbé teszi. E mellett a gyakorló orvosokat illető rész is említve van.

Beható kritikát csak akkor irhatni majd e műről, ha összes kötetei megjelentek; itt csakis fel akartuk a minden izében sikerült műre a szakkörök érdeklődését hívni, megjegyezve, hogy az első kötet a csonttant, izület- és szalagtant, végül az izomtant tartalmazza s a mű elején rövid általános anatomiai (histologiai) rész is található, míg a kötet végén izomtáblák az izmok csonton való eredéseit, elterülésöket és tapadásaikat érthetően érzékitik s a mű becsét a fentebb is említett bő irodalmi idézet is nagyban emeli.

Örvendhetünk, hogy szerző megirta e részt s kivánjuk is, hogy adjon a sors neki erőt és egészséget, hogy művét necsak befejezhesse, hanem még tanainak gyümölcsét is tanítványai előmenetelében sokáig élvezhesse.

Meg kell becsülnünk társainkat, ha ilyenre vállalkoznak s ideg- és egészségbontó, önfeláldozó törekvéssel kézi és tankönyvek irásával is igyekeznek orvosi culturánkat előbbre vinni s a mellett önálló búvárlataikkal, míg csak össze nem roskadnak, szolgálják a hazát. Egy győzelmes hadvezérnek sincsen több érdeme szerintem, bár nagy az érdeme, mint igazi tudósainknak, a kiknek más jutalmuk alig van azon pálmaágnál, melyet a kartársi elismerés nyujt.

Gratulálhatunk nemcsak szerzőnek és mimagunknak, hanem ép úgy a Franklin-társulatnak is, hogy annyi áldozatot hozva, a mű mennél szebben való illustrálására oly nagy gondot fordít. Kiadóink nagyon félnek az ilyen luxusnak hitt kiadásoktól, pedig természettudomány illustratio nélkül olyan szerintem, mint valamely új világrész leirása rajzok és térképek nélkül.

*Thanhoffer Lajos.*

## Hetiszemle és vegyesek.

*Budapest*, 1898. márczius 24.

**A torontálmegyei orvosegyesület** — mint bennünket Fialovszky Béla dr. az egyesület titkára értesít — folyó hó 20-dikán választmányi ülést tartott.

A tárgysorozat első pontja értelmében első sorban a megyei nyugdíj-ügy állapotát tárgyalták s a meglehetősen látogatott ülés megelégedéssel fogadta az eddigi eredményeket, mely szerint a vármegyei törvényhatóság határozatilag kimondotta, hogy utasította a vármegyei községeket, hogy községi szabályrendeletökbe folytatólag vegyék be, hogy ezentúl minden megválasztott kör- és községi orvos az orvosi nyugdíjegylet tagjává tartozik lenni s nyugdíjegyleti járuléka fizetéséből hivatalból levonatik s a nyugdíjegyletnek beküldetik; az anyagi segélyezésre vonatkozólag pedig a vármegyei törvényhatóság egyúttal kimondotta, hogy az orvosi nyugdíjegylet anyagi támogatásától „nem idegenkedik", azonban be akarja várni annak életbelépését, illetve működését ismerni óhajtja, a midőn ezen kérdést újból tárgyalni fogja.

Ezek szerint erős a hitük, hogy nyugdíjegyletüket oly szervezetűvé lesznek képesek tenni, mint a minő a törvényhatóságok kebelében fennálló községi és körjegyzői nyugdíjegylet, hol az érdekelt községek ugyanannyival járulnak az egyleti tőke képzéséhez, mint az egyes tagok. Nyugdíjegyleti alapszabályaikat lényegtelen pótlások eszközlése végett a belügyministerium visszaküldötte, a mi megtörtént, ennélfogva a választmány azok újból való felterjesztését elrendelte.

Ezek után az országos orvosi szövetségnek a csatlakozásra való másodizben érkezett felhivását tárgyalták, a midőn egyhangúlag határozatilag kimondotta a választmány, ámbár rendkivül helyesli az országos szövetség eszméjét, sőt az abba való beolvadást czélszerűnek és kivánatosnak tartja, mindazonáltal ezen óhajnak a jelenlegi körülmények között megfelelni saját érdeke koczkáztatása nélkül a megyei orvosegyesület nem bir, miután a megyei orvosi nyugdíjegylet anyagi támogatását a törvényhatóság csak az esetben hajlandó keresztülvinni, ha az a megyei élet keretét túl nem lépi.

A pénztári jelentés szerint az orvosegyleti tagsági díjak a mult évben csekély hátraléktól eltekintve, pontosan folytak be s az eddigi, főleg szervezkedési költségek levonása után az egylet 526 frt 99 kr. tőke felett rendelkezik, mely a takarékpénztárban van elhelyezve. Egyúttal a választmány elhatározta, hogy az orvosegylet tiszta feleslegének az alapszabályszerű $^2/_5$ hányada a közgyülés intézkedése értelmében mint „segélyalap" a rendeltetési czéljának megfelelőleg külön kezeltessék.

Végül concret indítvány alapján elhatározta az egyesület, hogy a községi és körorvosok fizetésének a megyei központi pénztárból való kiutalását kérelmezni fogja, a mely elhatározásában az orvosi állás tekintélyének emelése volt a vezérelv.

* * *

**A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. márczius 6-dikától 1898. márczius 12 dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 487 gyermek, elhalt 254 személy, a születések tehát 233 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2498 beteg, szaporodás 732, csökkenés 739, maradt e hét végén ápolás alatt 2491. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. márczius 13 dikától márczius 19-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 14 (meghalt 4), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 27 (meghalt —), vörhenyben 26 (meghalt 0), kanyaróban 66 (meghalt 3), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 20 (meghalt 0), trachomában 17, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 11 (meghalt —), orbánczban 22 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

— **Apróbb hirek.** A „*Charité*" *kórház-egyesület* nyilvános rendelő intézett 1897. folyamán 1778 betegnek 9148 rendelést tett. A budapesti Császár-fürdőben február hóban 65 személy lakott és 36,532 egyén fürdött.

— **Figyelmeztetés.** *A Magyar Orvosi könyvkiadó társulat* évi közgyülését folyó hó 30-dikán, szerdán d. u. 6 órakor tartja az Orvosegyesület üléstermében.

**Egyetemi alkalmaztatások.** Az orvostanártestület a bőr- és bujakórtani tanszékhez *Deutsch Arthur* dr.-t tanársegédül, *Sellei József* dr.-t díjazott gyakornokul, az I. belklinikai tanszékhez *Kiss Gyula* dr.-t és *Bálint Rezső* dr.-t, az I. boncztani tanszékhez *Reichardsperg Lajos* V. éves o. t. h.-t, a törvényszéki orvostani tanszékhez *Thiering Lajos* szigorló orvost díjazatlan gyakornokokul alkalmazta.

**Megjelent.** *Chotzen*: Atlas der Syphilis etc. VII. VIII. füzet. Hamburg und Leipzig. 1898.

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.

**Téli kúra** rheumatikus bajok, köszvény, ischias stb. ellen **a Szt. Lukács-fürdőben Budapest.**

A szállodák és fürdők egy épülettömböt képeznek. *Minden helyiség jól fütve 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.

# TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (XI. rendes ülés 1898. márczius hó 19-dikén) 158. l. — Közkórházi orvostársulat (IV. bemutató szakülés 1898. február 23-dikán) 159. l. — A német balneologiai congressus tárgyalásai. 160. l.

## Budapesti kir. orvosegyesület.

(XI. rendes ülés 1898. évi márczius hó 19-dikén.)

Elnök: **Moravcsik E. Emil**; jegyző: **Dieballa Géza.**

### Extragenitalis syphilis esete.

**Grósz Gyula**: A 12 éves leányka folyó évi február hó 11-dikén azzal a panaszszal jelentkezett a Bródy Adél-gyermekkórházban, hogy egy hét óta fáj a torka, nyelése nehezített; három hét óta pedig az állalatti mirigyek meg vannak nagyobbodva.

A leánykánál mérsékelt lázas tüneteken kivül a torokban a következők voltak észlelhetők: mindkét tonsilla erősen megduzzadt, nyákhártya belövelt, tonsillák mellső és belső felületén lencsényi egészen borsónyi, rendetlen alakú, szürkés-fehér szenyes felrakódás. Az áll alatt mindkét oldalt, de főleg baloldalt számos, kisebb-nagyobb, mogyorónyi egyészen diónyi, fájdalmatlan, tömött mirigy tapintható.

A torokbeli csapadékból vett anyag bacterologice megvizsgálva, Loeffler-bacillusokat tüntetett fel. Serum kezelés. Február 12-dikén a garat hátsó falán mérsékelt kiterjedésü diphtheriás lepedék; február 14-dikén láztalan; vizeletben nyomokban fehérje, lepedék sok helyen feltisztult; február 16-dikán diphtheriás lepedék eltünt, azonban mindkét tonsillán, egymásfelé néző felületükön rendetlen alakú, élesen határolt, fátyolszerű szürkés-opákfehér elszíneződés volt látható, a mely körül reactiós lob tünetei nincsenek. Ezen állapot majdnem teljesen változatlanul állott fenn a leányka elbocsátásáig, márczius 5-dikéig. Az időközben ismételten megejtett bacter. vizsgálattal a Loeffler-bacillust kimutatni nem lehetett. A leányka ezután ambulanter észleltetett. Márczius 17-dikén a törzsön kifejezett *roseola syphilitica* lépett fel.

A jelenlegi kórkép a következő:

Mindkét tonsilla megnagyobbodott, egymás felé néző felületükön a garat hátsó fala irányába terjedőleg fillérnyi területen fehéres opák elszíneződés; hasonló sávszerű elszíneződés van a tonsillák mögött a garat hátsó falán, de kisebb terjedelemben. Az elváltozás foka a két mandolán nem egyforma intensiv s a bal oldalon sokkal mélyebbre ható. Itt ugyanis egy éles, de nem szabályosan körkörös alakú, a tonsilla felszíne fölé emelkedő, sárgás-fehéres, nagyon tömött tapintatú szegély által határolt, egyenetlen felszínnel biró, de egészben véve sekély ulcus foglal helyet, a melynek alapja a már említett opákfehér színben tünik fel. A jobboldali mandolán csupán egy egészen szabálytalan szélü fehéres fénylő terület látható, a mely körül épúgy, mint a baloldali mandola elváltozott része körül reactiós lob tünetei nem mutatkoznak.

A nyaki mirigyek beszűrődése változatlan; azonkivül egész sora az indolens mirigyduzzanatoknak.

Az eset annyiban bir érdekkel, a mennyiben a primaer syphilitikus fekély a tonsillákon van, a mely fekélyződés hajlamossá tette a tonsillákat arra, hogy a diphtheriás infectiónak út nyittassék. A diphtheriás folyamat lezajlása után ismét előtérbe lépett a mandolák luetikus elváltozása, a mely most már a másodlagos tüneteket okozta.

A syphilitikus infectio módja jelen esetben ismeretlen.

Az eset bemutatását indokolja egyrészt azon körülmény, hogy a mandolák primaer luetikus fekélye általában véve a ritkaságok közé tartozik, másrészt pedig a diagnostikai szempont, a mennyiben az első időben a luetikus elváltozást a diphtheria födte.

### Beékelt húgykövek az urethra hátsó részében.

**Tauffer Emil**: 17 éves, gyenge testalkatú fiút mutat be, ki állandó vizeletcsurgás miatt vétetett fel a kórházba. Penis és scrotum arteficialis dermatitis külemét mutatja; a húgycső orificiuma kissé erodált. Ezen elváltozások oka az állandó nedvesség. Anamnesisben gonorrhoeára semmi nyom. Öt éves korában beteg állitólag scarlatinán ment keresztül. Jelen baját csak 1 év elöttre vezeti vissza. Vizelete ugyanis „sűrűsödött"; vizeletcsöpögést azonban csak ½ év óta észlelt. Két hónap óta vizeletét egyáltalán nem tudja visszatartani s egy hó előtt 1—2 izben homok jelentkezett a vizelésnél. Az állandóan incontinens beteg vizelete zavaros, savi vegyhatású s közepes mennyiségű fehérnyét tartalmaz. 24-es (Charrière) fémsonda a bulbuson áthaladva megakad; hegye éles karczoló tárgyba ütközvén azon kissé túltolható, hogy ismét megakadjon; a sonda bevezetése betegnek szúró fájdalmat okoz, miért is a sonda bevezetését nem forcirozva, rectal palpatio útján győződött meg előadó, hogy a pars membranacea és pars prostatika több kő által van kitöltve, melyek helyükről sem vízsugárral (Janet szerint), sem sondával el nem tolhatók s helyzetüknél fogva állandó irritatióban tartván a hólyagnyakat, okai az állandó vizeletcsurgásnak. Hólyag capacitása alig 50—100 gm.-ra szállott alá s falzatának irritabilitása egyelőre lehetetlenné teszi a cystoskopos vizsgálatot. Betegnél újból meg fogja kisérleni előadó a köveknek a hólyagba való visszatolását, mely eljárás a legkedvezőbb körülményeket teremtené — ha sikerülne — a kőmorzsoláshoz. Ha ez egyelőre nem sikerülne, állandó bougie alkalmazása vezethet esetleg czélhoz. Ha azonban igy sem éri el a kellő eredményt: vagy intraurethral kőmorzsolást vagy végső esetben lithotomiát fog perinealis metszéssel végezni, melyet azonban lehetőleg elkerülni kivánna, miután a boutonnière alkalmazása után legtöbbször fistulák maradnak vissza

*Makara Lajos:* Előadónak aggodalmaira akar reflectálni; a boutonnière ilyen fiatal egyéneknél sokkal egyszerübb beavatkozás, nem tartozik a veszélyes műtétek közé és fistulák nem szoktak visszamaradni. Az esetet szóló nem látta, de úgy képzeli, hogy a kövek valamennyien beékelve nem lehetnek. De ha több kő van, akkor egy kő akad meg és a többi mögötte felhalmozódik. Sok ilyen esetet látott szóló, a hol száz számra mentek borsónyi, babnyi kövek. A kő zúzása után, egyszerű vízbefecskendésre a catheteren át eltávoznak a kövek, mert a folyadék a húgycsövet tágítja. Különben lithothripsiát a húgycsőben is lehet végezni, nem veszélyes, de ha nem megy, a boutonnière egyszerű.

*Tauffer Emil:* Guyon tapasztalatai ellene szólnak annak, hogy az urethrotomia externát végezzük. A mit szóló Bécsben és Párisban látott, kielégitő eredménye alig volt. Vízbefecskendést már délelőtt próbált, a Janet-féle eljárást, de a hólyag capacitása csekély és a 2 m.-es vízoszlop nyomása nem elégséges a kimozditásra, valamint a sondával sem sikerült kimozditani. Szóló azt hiszi, hogy a húgycső nyákhártyájára legkevésbbé ártalmas, ha azt az utat, melyet lefelé megcsinált a kő, visszafelé is megtétetjük vele.

*Makara Lajos:* Az urethrotomia externa után csak a pars pendulában maradnak vissza fistulák, a hol kevés a lágy rész a fedésre, de a gáton, a hol sok a lágy rész, nem szoktak sipolyok visszamaradni.

### Az arteria poplitea nagyfokú aneurysmájának operált esete.

**Lévai József**: 34 éves gépész mély gödörbe esett. Két hétre a baleset után vett jobb térdaljában almamekkoraságú daganatot észre, mely folyton nőtt és nagy fájdalmakat okozott. A kórházba felvételekor, 1896. október 19-dikén, jobb alsó végtagját csak 160°-ra tudta kinyujtani. A jobb térdalját teljesen kitöltötte egy, több mint két férfiökölnyi erősen pulzáló terimenagyobbodás, mely részletes vizsgálatnál aneurysma verum diffusumnak bizonyult. Az egyén minden constitutionalis bajtól ment és aneurysmájától eltekintve ép szervezetű volt. Több napon át digital compressio és ezzel combinálva flexio kisértetett meg sikertelenül, a daganat folyton nőtt. Ez okból bemutató a betegen műtétet végzett október 26-dikán.

A műtét, tekintettel az aneurysma igen kiterjedt voltára, úgy vitetett végbe, hogy az arteria cruralis a czombon az adductor résébe lépés előtt selyemmel kettősen leköttetett és átmetszetett. Azután a canalis popliteus feltáratván, ugyancsak kettősen leköttetett és átmetszetett az art. tibialis antica és postica, előbbi a ligamentum interosseumba való belépése előtt, utóbbi az art. peronea elágazódása felett. Csak ezután hasittatott fel az aneurysma zsákja, a midőn kitünt, hogy teljesen kitöltötte a regio popliteát és a canalis popliteustól az adductor réséig terjedt, hogy legnagyobb részt, különösen pedig hátfelé papirvékonyságú volt és mindenütt szorosan összenőtt a környező lágyrészekkel, úgy hogy Philagrius szerint való kiirtása lehetetlen lett volna. A zsák lazán tamponáltatott, a lágyrészek sebzése, kivéve a térdalj középső részét, varrattal egyesittetett.

Műtét után a végtagnak térden aluli része viaszsárga, hideg volt, de 24 óra alatt a collateralis vérkeringés helyreállott. A betegnek az első 5 napon mérsékelt hőemelkedései voltak, az aneurysma zsákja csekély genyedés kiséretében foszlányokban kivált, azontúl az üreg egyenletesen összehúzódott és zárult. Az ütérleköttések helyei zavartalanul egyesültek. A gyógyulást azon körülmény késleltette, hogy a 160°-ra fl ctált végtagot a heves fájdalmak miatt műtét után nem lehetett extendált tartásban fixirozni. Elbocsátáskor deczember 12-dikén azonban a végtag már teljesen kiegyenesithető volt. Beteg munkaképességét teljes mértékben visszakapta.

### Ujabb adatok a plasmasejtek tanához.

**Krompecher Ödön**: A plasmasejtek kérdése szorosan összefügg a lobos gömbsejtes infiltratio kérdésével. *Unna* volt az első, ki gömbsejtes infiltratióban a kismagvú lymphocytákon kivül oly sejteket is leirt, melyek protoplasmája methylenkékkel erősen festődik s a melyeket ezért plasmasejteknek nevezett. Az *Unna*-féle plasmasejtek gömbölyű, ovalis vagy szögletes sejtek, melyek protoplasmája szemcsés, a mag világosabban festődik, mint a protoplasma, s gyakran excentrikus fekvésü. Pontosabban irja le *Marschalkó* a plasmasejteket. Marschalkó leirásai szerint, melyeket a szerzők legnagyobb része elfogad, a plasmasejtek gömbölyü szögletes, nem ritkán hosszúkás sejtek, melyek protoplasmája egynemű vagy legfeljebb összetömörült, a sejt peripheriáján erősebben festődik, úgy hogy az excentrikusan fekvő egy vagy több mag körül világos perinuclearis udvar látható. A többnyire gömbölyü mag 5—8 peripherikusan elrendezett, erősen festődő chromatinszemcsét tartalmaz. A plasmasejtek *Unna* szerint kötőszöveti sejtekből származnak, s regressiv módon pusztuló homogen degeneratiót szenvedő sejtek; *Marschalkó* szerint kismagvú lymphocytákból származó sejtek, melyek

szerinte valószinűleg progressiv tevékenységet fejtenek ki; *Schottländer* szerint pedig kötőszövetet képző sejtek. Ugy a plasmasejtek leszármaztatásánál, mint azok további átalakulásánál a szerzők átmeneti képekre hivatkoznak.

Egyes szerzők (Marschalkó, Schottländer) a plasmasejteket ép szervekben is találták, mások (Hodara) csak kórosan elváltozott szervekben.

Saját vizsgálataim főleg a plasmasejtek morphologiájára és további sorsára vonatkoznak. Míg az eddigi szerzők, így *Unna*, *Jadassohn*, *Marschalkó*, *Hodara*, mint bőrgyógyászok a plasmasejteket csak bőrön, vagy mint *Marschalkó* és *Schottländer* állatokon experimentalisan előidézett lobokon vizsgálták, addig az én vizsgálataim kiterjednek az emberi test különféle kóros folyamataira, a mennyiben a különféle lobokat, infectiosus granulomákat, hyperplasiákat, regeneratiókat, daganatokat vizsgáltam. Az anyagot alkoholban fixáltam, a metszeteket methylenkékkel festettem s részint glycerinaetherrel, részint alkohollal színtelenítettem; a kétféle decolorálási módszer között semmiféle különbséget nem találtam.

Az ép plasmasejtek szerkezetére vonatkozó vizsgálataim teljesen megegyeznek Marschalkó leirásaival. Kóros körülmények között a plasmasejtek plasmája és magvai a következő regressiv elváltozásokat mutatják: 1. Infectiosus bántalmaknál, így genyes folyamatoknál, tuberculosisnál, syphilisnél, actinomycosisnál az infectiosus virus behatása alatt a plasmasejtek magva gyakran egyneműen festődik, a maghártya elmosódott, egy-két chromatinrögöt tartalmaz, hólyagszerű. A protoplasma vagy egynemű maradt s perinuclearis udvart mutat, vagy durván szemcsés, rögös, a sejt határai egyenetlenek, mintegy kimartak. Máskor a mag ép s csak a protoplasma degenerált; végre találhatók oly többmagvú plasmasejtek is, melyek egyik magva ép, plasmasejtre jellemző, a többi hólyagos s a melyek protoplasmája egynemű, perinuclearis udvart mutató vagy szemcsés, degenerált. 2. Gyakran találhatók a plasmasejtek protoplasmájában egyenlő vagy különféle nagyságú vacuolák és zsírcseppek. 3. Oly praeparatumokban, melyekben Ehrlich-féle hízósejtek (Mastzellen) találhatók, a plasmasejtek protoplasmája is tartalmaz basophil granulatiókat, melyek polychrom methylenkékkel intensiv vörösre festődnek. A plasmasejtek protoplasmájában 4. *Russel*-féle fuchsintestek is találhatók, melyek methylenkékkel kékes-zöldes, fuchsinnal piros színben festődnek. 5. A plasmasejtek magva kóros folyamatoknál az úgynevezett *karyorrhexis* (sejtmaghasadás) különféle képeit mutatja.

A plasmasejtek eredetére vonatkozó saját beható vizsgálataim nincsenek, de minden a mellett szól, hogy a plasmasejtek kismagvú lymphocytákból származnak. Határozottabban nyilatkozhatom a plasmasejtek további sorsára vonatkozólag. Annyi bizonyos, hogy plasmasejtek és kötőszöveti sejtek között a legkülönfélébb átmeneti alakok léteznek. Ezen átmeneti alakokból *lehet* ugyan a plasmasejteknek kötőszöveti sejtekké való átalakulására következtetni, de nem *kell*; ezek nem képeznek bizonyítékokat és az átalakulásban való hit vagy nem hit felfogás dolga. Ezen átmeneti képek alapján magam sem mernék a plasmasejteknek kötőszövetes sejtekké való átalakulására következtetni. S ha mégis határozottan állítom, hogy a lobos kötőszövet egy része plasmasejtekből lesz: teszem azt azért, mert egyes daganatoknál, tuberculosus szövetekben stb. gyakran találtam egész fiatal kötőszöveti kötegeket, melyek tisztán csak hosszú nyulványokkal ellátott plasmasejtekből állottak s semmiféle más sejteket nem tartalmaztak. Mivel pedig valószinű, hogy a plasmasejtek kismagvú lymphocytákból, azaz fehér vérsejtekből származnak, s az imént mondottak alapján meggyőződésem szerint kötőszövetes sejtekké alakulhatnak át, így valószinűnek látszik, hogy a lobos kötőszövetnek egy része haematogen eredetű, mint azt különben *Arnold*, *Metschnikoff*, *Borrel*, *Yersin*, *Cornil* is állítják. Azon kérdésre, vajjon a plasmasejtek ép szervekben is előfordulnak, arra vonatkozó behatóbb vizsgálatok hiányában nem nyilatkozhatom.

*Tauffer Emil*: Indíttatva érzi magát a szólásra, mert nem tudja belátni, hogy akkor, mikor egy szerző egy bizonyos sejtfajtára egy bizonyos reactiót, egy nevet adott, hogy akkor az a név generalizáltassék, és Marschalkó nevével illettessék, mikor ő Krümmelzelle-nek akarja nevezni.

A plasmasejt chronikus gyuladásoknál fordul elő, vegyi reactiója, erősebb basophiliája azt mutatja, hogy a plasmasejt a chronikus lobos folyamat folytán vegyileg átalakult sejt. Ha pedig vegyileg átalakult sejt, akkor nem lehet azonosa lymphocytákkal; lehet, hogy ezekből lesz, ezt nem akarja szóló tagadni, átmeneti alakokat mindkét irányban lehet constatálni. Ezt a kérdést mindaddig eldönteni nem lehet, míg a lobos folyamatokban a fehér vérsejtek részvételét a kötőszöveti lobos folyamatoktól elkülöníteni nem lehet. De akár haematogen, akár histogen eredetűek, mindig vegyileg elváltozott sejtek, melyek kifejezői egy lobnak. Saját vizsgálatai alapján mondhatja, hogy egészen ép nyirkmirigyben basophil lymphocytákat lehet találni, de glycerinaetheres kezelésre sem a mirigyekben, sem a bőrben normalis körülmények között plasmasejtek lob nélkül nem találhatók. A hol plasmasejtek vannak, ott lob van jelen, akár haematogen, akár histogen eredetű legyen az.

*Beck Soma*: Előadó vizsgálataiból kiderül, hogy a plasmasejtek és kötőszöveti sejtek közt valamely viszony van. Mivel mi histologice folyamatokat megfigyelni nem birunk, csak phasisokat, nincs okunk azt mondani, hogy a plasmasejt lesz kötőszövetté vagy megfordítva és Unna sem az eredetre, hanem a kettő közötti összefüggésre fekteti a súlyt. Egy dolgot előadó is fog concedálni, hogy typikus plasmasejteket véredényekben sohasem találunk. Erre az az ellenvetés, hogy csupán a kivándorlás után változik át a lymphocyta plasmasejtté, de ez is csak hypothesis. Hogy plasmasejtekből kötőszöveti sejtek lesznek, ezt eldönteni nem lehet, mert egyrészt regressiv, másrészt progressiv átalakulásokat találtak. Unna súlyt fektet a regressiv elváltozásra, a plasmasejtek szétesnek; a regressiv alakok különbözők. Ezek érdekes megfigyelései előadónak, a mit különben gyakran lehet constatálni. Szóló azt hiszi, hogy ezen összefolyó és nagyobb göbökké alakuló basophil szemcsék végre szabaddá lesznek és hyalin hólyagokat képeznek; véleménye szerint ezek a plasmasejtek degeneratiójából erednek.

Összegezve a plasmasejtek szerepét azt mondhatjuk, hogy nem tudjuk megállapítani, hogy a plasmasejtek a kötőszövetből lesznek-e vagy kötőszövetté válnak; a míg a véredényben plasmasejtet kimutatni nem tudunk, nem lehet nyilatkozni.

*Polyák Lajos*: Miután a plasmasejtek kérdésével lobos szövetekben, a hypertrophikus ornyálkahártyának úgy egyszerű mint oedematosus hypertrophiáinál az orrpolypoknál magam is foglalkoztam, szabadjon pár szóval reflectálni az előadottakra. Kevésbbé óhajtok itt azon kérdéssel foglalkozni, hogy tisztán leukocytaer eredetűek-e a plasmasejtek; hogy a plasmasejtek egy része lymphocytaer eredetű, azt már tudjuk a *Marschalkó* vizsgálataiból; azt sem akarom bonczolni, hogy a plasmasejtek progressiv metamorphosis útján alakulnak-e át kötőszöveti sejtekké; a rajz, melyet előadó bemutatott, a hol a protoplasma élénk jellegző festődése mellett a sejtmag olyan, mint kötőszöveti sejteknél szokott lenni, nemcsak azt a conclusiót engedi meg, hogy itt egy plasmasejt van átalakulóban kötőszöveti sejtté, hanem *Unna* tanának hivei úgy is magyarázhatnák, hogy itt alakul át egy kötőszöveti sejt plasmasejtté. A mire reflectálni akarok, az előadónak azon feltevése, hogy a basophil hizósejt szemcséinek tömörülése által keletkeznek a homogen degenerált sejtek. Ezen kérdéssel az Orvosi Hetilap idei évfolyamában megjelent czikkemben foglalkoztam és a polychrom methylenkékglycerinaetherrel kezelt metszetekben a jellegzőleg metachromatice vörösre festett basophil hizósejt granulatiók és az acidophil természetüknek megfelelőleg színtelenül maradt homogen inclusiók közt semmi összefüggést sem találtam, sőt ellenkezőleg ellentétben a hizósejtekkel más festési módokkal mindig sikerült kimutatnom az infiltratio sejtjeiben a homogen degeneratio kezdeti alakjait, a sejtbennék szemcsés acidophil átváltozásától egész a befejezett alakokig.

*Winternitz Arnold*: Azokból az állapotokból, melyeket a górcső alatt találunk, a folyamatokra nem lehet következtetni. De lehet csoportosítani.

Az tény, hogy a chronikus lobos izgalomban megtaláljuk a plasmasejteket úgy, hogy Tauffernek e tekintetben igaza van, hogy lobra lehet belőlük következtetni. Azon folyamatoknál, melyeknél a lob hosszú ideig tart, ott a hol a kötőszöveti induratio van jelen, ott lehet ezen alakokat látni, melyekről előadó az átmenetet iparkodik kimutatni. Ez szabály, bármilyen szervben is van a lob. Legalkalmasabb a bélhuzamnak idült lobja, luetikus stricturák. Ezen helyeken, a hol praedominál a kötőszöveti újképződés, itt lehet átmeneti alakokat látni plasmasejtek és kötőszöveti fixsejtek között. A hol subacut a lob, a hol nincs hyperplasia, ott az átmenetek hiányzanak. Ebből azt lehet következtetni, hogy a plasmasejtekből igenis lobos kötőszöveti sejtek lesznek.

*Krompecher Ödön*: Mindenben aláirja, a mit Winternitz mondott, de nem a mit Tauffer mondott, hogy t. i. minden lymphocyta plasmasejt . . . (*Tauffer* közbeszól „nem mondtam“). Hogy a lymphocytából plasmasejt lesz-e, erre vonatkozólag saját vizsgálatai nincsenek, az csak valószinű, hogy a lymphocytákból lesznek a plasmasejtek. Azonban, hogy a plasmasejtből kötőszövet lesz, nem az átmeneti alakok folytán mondja, hanem mert fiatal kötőszövetet talált, mely nem áll egyébből, mint plasmasejtből. A mi azt illeti, hogy a plasmasejtek regressiv vagy progressiv természetűek-e, vannak, melyek elpusztulnak és melyek továbbfejlődnek. Hiszen minden kötőszöveti sejt is elpusztul, másik továbbfejlődik. Es ha plasmasejt regressiv folyamatot mutat, abból nem szabad azt következtetni, hogy mind visszafejlődik. És ha Beck azt állítja, hogy véredényekben nem látott plasmasejtet, szóló látott véredényeken belül gyakran, úgy mint Marschalkó, de nem biztos, hogy a lymphocytákból plasmasejtek lesznek.

## Közkórházi orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1898. február 23-dikán.)

Elnök: **Boleman István**, később **Rákosi Béla**; jegyző: **Terray Pál.**

(Folytatás.)

Deczember 20-dikán laparotomia a középvonalban a köldök felett. A pylorus és epehólyag között összenövések, melyeket 6 kettős lekötés között átmetszettek. Normalis külemű gyomor, normalis pylorus. Két étage-os hasseb egyesítés.

A laparotomia seb per primam gyógyult és a beteg három hétig egész jól volt, ezután a fájdalmas rohamok megint jelentkeztek és a beteg időnként hányt. Morphint a műtét óta egyáltalán nem kapott. Fel kell vennünk, hogy itt spastikus pylorus görcscsel van dolgunk. Az ebből származó bajok megszüntetésére egy gastroenterostomia lenne javalva.

### Nephrorrhaphia esete.

**Hültl Hümér**: S. H. 42 éves, alacsony termetű gracilis nő, nagy fokú baloldali lumbal convex scoliosissal. Jobboldali vándorvese, mely mozgatásnál a medenczéig lejut. A beteg már mindent próbált, hogy időnként tűrhetetlen fájdalmaitól megszabaduljon. Követeli operáltatását.

Műtét 1897. november 19-dikén. A jobb lumbal tájon 14 cm. hosszú metszés Kocher szerint. Az izomzat átmetszése után kiderült, hogy a csípőtarajra rátámaszkodó bordák miatt innen a veséhez jutni nem lehet. Az erector trunci sülyesztett catgut-öltésekkel egyesittetik. Folytatólagos bőrvarrat, per primam egyesülés.

Második műtét 1898. január 20-dikán. 17½ cm. hosszú metszés a jobb bordaszéltől le a Poupart közepéhez (Czerny szerint). A has megnyitása után a vesét a mesocolon és mesocoecum két lemeze között sok zsírba beágyazva találjuk. Igen mozgatható. A mesocolon laterális lemezének felhasítása után a vese convex felszinét zsíros tokjától teljesen megszabadítjuk. Majd az egész domborulatán vezetett metszéssel tulajdonképeni tokjától is lecsupaszítjuk. A vese tokja és a peritoneum, valamint a mélyebb izomréteg számos silkworm-öltésekkel lesznek egyesítve. A hasseb többi része pedig zárva. Ez által a vese domborulata az obliquus externus abdominis alá, ő maga pedig bizonyos értelemben extraperitonealisan került. Bőregyesítés folytatólagos varrattal. Per primam egyesült hasseb. Eddig várakozáson felüli kifogástalan eredmény.

### Chloroanaemia syphilitica esete.

**Róna Sámuel**: X. Y. 21 éves, hajadon kéjnő, 1898. február 12-dikén jött az osztályra. Havibaját 17 éves korában kapta meg, mely azóta rendetlenül jelentkezett, kimaradt, vagy tovább tartott. Jelen baját megelőzőleg nem volt nagyobb vérzése. Három hó előtt minden ok nélkül feltünő halvány, kevésvérü lett és ezen állapot folyton fokozódott. Azóta gyakori szédülésben, émelygésben, gyomorégésben, időnként fokozott szivdobogásban szenved. Rendkivül gyorsan fárad, nagyon gyengének érzi magát és legjobban szeret pihenni, étvágytalan. Januárban a szt. János-kórházban volt 8 napig mérsékelt vérzéssel, mely a tüneteket fokozta. Luesről nem kapunk anamnesist és antiluetico nem kezeltetett még.

Bejövetelekor gonorrhoea urethrae, cervicis et recti volt jelen. Uterus kissé anteflexióban, mindkét adnexa kis conglomeratumot képez. A köztakarón, nyálkahártyán semmi lueses elváltozás, ezek csak feltünően halványak. Feltünő nagy (mogyorónyi) mirigyek mindkét inguinalis tájon és a tarkómirigyek babnyiak. Mindkét tonsilla hypertrophiás. A jobb tibia középső harmadán megvastagodott és kidomborodik E helyen két év óta fájdalmak. A pulmonalis fölött igen kis systolikus zörej hallható, a pulmonalis 2-dik hangja ékelt. A carotisok fölött csekély doromb zörej.

Mindezekből kiderül, hogy a bemutatott betegnél chloroanaemia van jelen. Nincs semmi támpontom arra, hogy az állapotot egyszerü vérveszteségi anaemiának tartsam. 21 éves nőnél hirtelen, látszólag ok nélkül keletkezett. De szerény véleményem szerint — bár gyenge jelekben — a syphilis is manifest ezen betegnél. A kérdés most csak az lehet, összefügg-e a kettő egymással, vagy véletlen összetalálkozás-e ez. Semmi okunk sincs azt felvenni, hogy egy kéjnőnél, a ki azelőtt piros pozsgás volt, 21 éves korában fejlődött chloroanaemia önálló és nem az eddig teljesen magára hagyott syphilisnek kifolyása, különösen, ha tudjuk, hogy főképen nőknél a kezelotlen syphilis szokott kifejezett chloroanaemiát okozni és pedig nem is éppen ritkán. Sokszor már a syphilisinfectio incubatiójában kezdődik a chloroanaemia. Az lehet egyszer futólagos, másszor hosszantartó, utóbbi esetben cachexiához is vezethet. [Müller (Gerhardt klinikáján) 3 esetben a tertiaer stadiumban anaemia perniciosát is észlelt.] A syphilises chloroanaemia ugyanazon tünetekkel jár, mint az önálló; oka a syphilisvirus okozta vérelváltozásban van, mely a vörös vértekecseknek megfogyásában és a haemoglobin nagyobb fokú csökkenésében nyilvánul. A complicatio antiluetikus kezelésre visszafejlődhetik.

(Folytatása következik.)

## A német balneologiai congressus tárgyalásai:[1]

Bécs, 1898. márczius.

I.

**1. Kisch tanár (Prágából) a balneotherapia jelenlegi állapotáról és annak további feladatairól beszél.**

Visszatekintve a balneotherapia fejlődésére, melynek tudományos megalapítása az ötvenes évekre vihető vissza, arra a következtetésre jut, hogy a fürdőgyógyászat is csak úgy fejlődhetik tovább, ha kisérleti alapra, élő állatokon végzett vizsgálatokra, egészséges embereken és betegeken gyüjtött észleletekre támaszkodik, mindig szem előtt tartva azt, hogy az állatokon tett megfigyelésekből az emberre a változott feltételek számbavételével is csak a legnagyobb körültekintéssel és óvatos elővigyázattal vonhatunk következtetést. A fürdőorvos feladata azután, hogy az élő sejtek működésének és az egyes fürdőkre való visszahatásának ismerete alapján megállapítsa az alkalmazandó ingerhatásnak azon fokát, a mely az egyéni fogékonyságnak s a kórállapot befolyása alatt megváltozott viszonyoknak megfelel.

*Kisch* hivatkozik ezután arra, hogy az utóbbi években fürdőorvosok számos oly vizsgálatot végeztek, a melyek a fürdőkurák alatt a szervezetre beható meleg, továbbá a vegyi és mechanikus inger hatását úgy a szervezet tengési functióira, mint a szív működésére, továbbá a különféle vasomotorikus, trophikus és secretorikus centrumokra, a vér képződésére és annak összetételére megvilágitották. Hangsúlyozza azon kisérleteknek nagy fontosságát, a melyekkel az utóbbi években a gyógyforrásoknak az anyagcserére való hatását megállapítani iparkodtak, valamint azt a nagy haladást, a mely abban áll, hogy a fürdőgyógyászatot a gyógyczél szemmel tartásával orvosilag és hygienice megfelelő táplálkozással kötik össze, mert az egyéni viszonyoknak megfelelően tervszerüleg kiválasztott és combinált tápanyagok segélyével most már az orvos választása szerint majd a test gyarapodását elősegitő, majd a zsírlerakodást gátló táplálkozás alkalmazható. Úgy a források, mint a diaeta és a test mozgásának czélszerü és tervszerü szabályozása mind olyan tényezők, a melyek a törekvő fürdőorvos kezében minden gyógyhelyen sikerrel alkalmazhatók.

Mind e tekintetben azonban a haladásnak még csak kezdetén vagyunk. Hogy a megkezdett úton tovább haladhassunk, arra nézve kivánatos volna, hogy minden nagyobb gyógyhelyen úgy physiologikus, mint vegyi vizsgálatok számára kellően berendezett laboratoriumok létesittessenek, a melyekben gondoskodni kellene arról, hogy megfelelően képzett szakegyének segitségével az anyagcserére vonatkozó és egyéb tudományos niveaun álló orvosi vizsgálatok legyenek foganatosithatók. Kivánatos volna továbbá, hogy a balneologiai egyesületek évenkint díjakat tüzzenek ki az oly tudományos dolgozatok megjutalmazására, a melyek az egyes források hatásának theoretikus ismeretéhez megbizható adatokat szolgáltatva, a tudományos balneotherapia fejlesztését elősegitik. Végül kivánatos volna, hogy a fürdőorvosok fürdőjük hatására vonatkozólag sohase publikáljanak olyan állitásokat, a melyeket a laboratoriumokban s a betegágynál végzett vizsgálatok előzetesen nem igazoltak.

*Liebreich* tanár ez előadás kapcsán egy még nem egészen megfejtett körülményt emlit fel, a mely azonban egymagában is elegendő arra, hogy az előadó kivánságának jogosultságát igazolja s ez a bőr resorbeáló képessége és az erre vonatkozó ismeretekben észlelhető fogyatékosság. Kétségtelen, hogy az epidermisben nagymenyiségü, bár csak mikroskopikus nagyságú üregek vannak, a melyek azonban összefüggésükben csatornázatot alkotnak. Már ezen körülmény is eléggé mutatja, hogy a resorptio csak igen-igen lassú lehet. Befolyásolhatják ezt a vizben oldott sók, a melyek ingerhatásuk által a bőr működését megváltoztathatják. Épen azért semmiféle sóalkatrész sem közömbös az ásványvizekben; a párolt viz sem az, sőt ellenkezőleg épen a lepárolt víznek úgy belső, mint külső használatnál igen nagy, esetleg mérgező hatása lehet. *Liebreich* ez alapon osztja az előadó nézetét és hozzájárul az általa felvetett eszmékhez.

(Folytatása következik.)

[1] Az utolsó számunkban a német balneologiai congressus referatumában említett munka helyes czime a következő: Fortschritte auf dem Gebiete des Badewesens in Ungarn in den Jahren 1876—1896 von Dr. *Kornel Preysz*. (Balneologische Bibliothek Nr. 112.)

## PÁLYÁZATOK.

1710/98. sz.

A Kolozs-vármegye kolozsvári járásában lemondás folytán megüresedett **patai körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen körorvosi állás javadalmazása 700 frt fizetés, 150 frt lakpénz és 150 frt úti átalány.

A közegészségügyi kör székhelye, melyhez 12 község tartozik, Pata, esetleg alispáni jóváhagyással Apahida.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerüen felszerelt kérvényeiket **f. é. márczius hó 29-dikéig** bezárólag hozzám adják be.

A választást Apahida községben folyó évi márczius hó 30-dikán d. e. 10 órakor tartom meg.

Kolozsvár, 1898. évi márczius hó 10-dikén.

3—2 *Hankó-Veress Károly*, főszolgabiró.

208/1898. sz.

**Debreczen** sz. kir. város közkórháza belgyógyászati osztályánál megüresedett **kisegitő orvosi állásra**, mely állás évi 400 frt fizetéssel, lakással bent a kórházban, fütés, világitással és teljes ellátással van összekötve, pályázat hirdettetik.

Megjegyeztetik, miszerint ezen orvosi állás ideiglenes kinevezés útján fog betöltetni, s a kinevezett orvos állása állandósitására igényt nem tarthat.

Felhivatnak az ezen orvosi állásra pályázni kivánók, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi április hó 15-dikének d. u. 5 óráiáig** annyival inkább benyujtsák, mert a később érkező pályázati kérvények tekintetbe vétetni nem fognak.

Debreczen, 1898. évi márczius hó 14-dikén.

2—1 *Gróf Degenfeld József*, főispán.

697/I. 1898. sz.

Alulirott járási főszolgabiró a szinnai járás területén a szinnai, sztarinai, ulicsi és ublyai körjegyzőségek alá csoportositott összesen 18,131 lelket számláló községből **Sztakcsin** székhelylyel rendszeresitett orvosi körben üresedésben levő évi 700 frt fizetés, 200 frt úti átalány, 30 kr. beteglátogatási, 20 kr rendelési dij és ezenkivül távolsági pótlékkal javadalmazott **körorvosi** állásnak választás útjáni betöltésére nézve ezennel pályázatot hirdetek.

A választás határidejéül folyó évi április hó 21-dik napjának délelőtti 10 óráját Sztakesin községbe kitűzöm, s felhivom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényeiket f. évi **április hó 15-dik** napjáig hivatalomhoz adják be, mivel később beérkező folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

Zemplén-Szinna, 1898. évi márczius hó 17-dikén.

3—2 *Kossuth Elek*, főszolgabiró.

---

1006/1898. sz.

A budapest-angyalföldi m. kir. állami elmegyógyintézetben megüresedett **II-dik másodorvosi** állásra, a mely 500 frt évi fizetés, szabad lakás, fütés, világitás és I. osztályú élelmezés élvezetével van egybekötve, ezennel pályázat hirdettetik.

Az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának követelményeire való utalással felhivatnak mindazon orvostudor urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy belügyminister úr ő nagyméltóságához czimzett, 50 kros bélyeggel ellátott, valamint orvostudori oklevéllel, születési bizonyitványnyal és esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat f. é. **május hó 11-dikéig** bezárólag alulirt igazgatóságnál nyujtsák be. Megjegyeztetik, hogy később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Budapest, 1898. márczius hó 17-dikén.

*A budapest-angyalföldi m. kir. állami elmegyógyintézet*
3—2 *igazgatósága.*

---

## HIRDETÉSEK.


**BILINI SAVANYÚKÚT**

**legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.**

10,000 részben: szénsavas natron 33·6339, kénsavas natron 7·1917, szénsavas mész 4·1050, chlornatrium 3·8146, szénsavas kali 2·3496, szénsavas Magn. 1·7157, szénsavas Lithion 0·1089; szilárd alkatrészek, 53·3941 összes szénsavtartalom 47·5567, hőmérsék 12·30° C.

**Régóta hires gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomorbántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérnél stb.**

Kitünő diaetetikus ital.

**Savanyúkút gyógyintézet.**

Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: **Med. Dr. REUSS VILMOS**

A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban.

---

**BUDAPESTI**

**GYÓGYMECHANIKAI (Zander) INTÉZET.**

**Testegyenészet, svéd gymnastika, massage.**

**Budapest, VIII. ker., Muzeum-körút 2. sz. a.**

(Nemzeti szinház bérháza, I. emelet.)

Rendelő orvosok: **Dr. REICH MIKLÓS, Dr. SÜMEGI JÓZSEF.**

Telefon: 54—20.

---

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER — LYON —

Ár és irodalom iránt prospektus kérendő.

Torvény által védve

**KELENE**

**HELYI ANAESTHESIA IDEGZSÁBÁK**

---

**TAMAR INDIEN GRILLON**

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A **dugulás** és annak következményei ellen, ú. m.: **aranyérbántalmak, vértódulás, fejfájás, étványhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.**

Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnynyel alkalmazható előrehaladt korúaknál és gyermekeknél. Semminemü drastikus alkatrészeket, mint Aloës, 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** Franczia-ország első tekintélyei által javaltatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

**TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-utcza 12.**

**Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.**

---

**MARIENBAD (CSEHORSZÁG) VILÁGFÜRDŐ**

**kiváló magas fekvésével erdős hegyek közepette, valamennyi ismert Glaubersó-forrás közül a legerősebbel, a tiszta vasvizek közül a leghatásosabbal, a vastartalomban leggazdagabb ásvány-lappal.**

A „Central"-fürdő és a „Neubad" újonnan felépitve, czélszerüen és legnagyobb comforttal berendezve, szénsavas, láp-, gőz-, gáz- és forró légfürdőkkel. Hidegvízgyógyintézet. Massage, svéd testgyakorlat, a med.-mech. Zander-intézetben. Villamos fürdő. Hatásos gyomor-, májbajok, alhasi pangások, epekövek, hólyag- és női bajok, általános kórok, elhizás, köszvény, anaemia ezukorbetegség stb. ellen.

**Újonnan épült oszlopos csarnok. — Sófőző-mű. — Villamos világitás. — Vízvezeték magas forrásból.**

Szinház. — Tombola. — Táncestélyek. — Vadászat. — Halászat. — Lovagló- és kerékpár-egylet. — Fedett és nyitott lovardák. — Pensiós istálló. — Gyermekjátékhelyek. — Lawn-Tennis. — Városi telephon.

**Évad május 1-től—szeptember 30-ig. Látogatók 18,000 (átutazók nélkül).**

**Előrajzok és leirások a polgármesteri hivataltól bérmentve.**

**Ivókurák számára** a házban: Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, Waldquelle, Rudolfsquelle, Ambrosiusbrunn, Karolinenbrunn. Az üvegek tartalma 3/4 liter.

**Természetes Marienbadi fürdősó** porban és jegeczedve 0·862 gm. só megfelel 100 gm. ásványviznek. 125 gm. és 250 gm. tartó üvegekben vagy 5 gm. cartonokban.

**Marienbadi kút-pastillák** eredeti dobozokban savellenes és nyálkát lekötő-hatással.

**Fürdők számára** Marienbadi lápföld, kútszappan, anyalúg és lúgsó. Minden ásványviz-kereskedésben, drogueriában és nagyobb gyógyszertárban kaphatók.

*Kútkezelés, Marienbad.*

---

**Orvos urak figyelmébe!**

Azon tisztelt **orvos urak**, kik magukat **önállósitani akarják**

**KELETI J.** **BUDAPEST, IV., Korona-herczeg-utcza 17. szám alatti sebészeti műszergyártó** czégnél

**orvos-sebészeti műszereket,** valamint **teljes berendezéseket** mindennemü **magángyógyintézetek részére, havi vagy negyedévi részletfizetésre** kaphatnak, szavatolt legjobb kivitelben és a legcoulánsabb feltételek mellett.

*Prospektusok és képes árjegyzékek ingyen.*

---

**Kedélybetegek és morphinkórosok**

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

**Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben**

III. ker., Leonhard-utcza 3—5. szám alatt.

---

**Dr. HALPERTH ÁKOS**

villanyos-massage, gyógygymnasztika és testegyenészeti intézete.

**Budapest, VI., Andrássy-út 1.**