

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Lékelésekről háborúban.

Közli *Navratil Imre* dr., egyet. ny. r. tanár, szt. Rókus-kórházi sebész-főorvos.¹

Uraim! A jövő háborúban a tökéletesített lőfegyverek nagy mérvben meg fogják változtatni a sérüléseket és lényegesen átalakítani a beavatkozások javulatát. Ezen tökéletesített fegyverekkel újabban részint élő állatokon, részint emberi hullákon sok és beható kísérleteket végeztek (Habart), hogy az ezek által okozott sérüléseket tanulmányozva, a szükséges teendőkre nézve jó eleve tájékozást szerezhessenek maguknak.

Hasonló, talán klinikai szempontból még becsesebb anyagot szolgáltathatnak ezeknél a békében, különböző fegyvernemekkel okozott sérülések élő embereken, melyek ha elegendő számban és hosszabb ideig voltak megfigyelés és kezelés alatt, nemcsak a sérülések minőségére nézve, hanem a gyógyulás lefolyására és a történt beavatkozás helyes vagy nem helyes voltára nézve adhatnak egyúttal mérvadó felvilágosítást.

Az ily tapasztalatok gyűjtésére első sorban a traumatikus sérülésekben gazdag sebészeti osztályok alkalmasak. A vezetésem alatt levő sebészeti osztály — mely, beleértve a bejáró betegeket — 7500—8000 évi beteg forgalommal bír, csak a fej- és agysértésekben mutat fel 20 év alatt, mióta fősebésze vagyok a szt. Rókus-kórháznak, 7000-nél több esetet. A rendezett anyag 16 esztendőről való, ezek között bennfekvő, tehát az osztályon ápolt, csak koponya és agysértült volt összesen 1526 eset 178 halálesettel. Ezen 1526 közül 60-szor hajtottam végre koponyalékelést 2 halálesettel. Ezek között nem szerepelnek a nagyobb-kisebb csontdarabok eltávolítása céljából végzett operációk 80 esetben, melyek részint metszett, vágott, szúrt és lött sebeknél váltak szükségessé oly esetekben, a hol az agyhártyák sértetlenül maradtak.

A hely, valamint a rövidre szabott idő nem engedik meg, hogy ez alkalommal bővebben és behatóbban tárgyaljam a koponya- és agysértésekre vonatkozó összes észleleteimet, csak röviden, néhány momentumra akarom terelni becses figyelmüket. Ezek a subcutan és nyílt koponyatörések az agyhártyák és agy sértésével vagy a nélkül, valamint ezek consecutív megbetegedései, továbbá a csontos tok depressiója és az annak kíséretében olykor későbbben jelentkező epilepsia.

Koponyatörést összesen 149 esetben volt alkalmam észlelni. Ezek között volt lött seb 81, kard és egyéb metsző eszköz által 44, s tompa eszköz által okozott 49. A 81 lött seb közül 43 esetben oly kiterjedésű volt az agysértés, hogy az, a betegnek már aznap, vagy a következő másnap vagy harmadnap halálát okozta; a löveg ez esetekben rendszeren 9, s csak néhány esetben volt 8 mm. átmérőjű. A többi 38 esetben jobbadán csekélyebb és felületesebb volt a sértés, csak kevés esetben hatolt be a löveg az agyba s soha 7 mm. átmérőnél nagyobb nem volt az.

¹ Előadta az 1894. év szeptember havában Budapesten tartott nemzetközi higienikus és demographikus congressus tábori egészségügyi szakosztályában.

Azon esetek közül (68), a melyekben a sérülést részint vágó, részint tompa eszköz okozta, 10 esetben nagyobb kiterjedésű volt az agysértés s mindannyi esetben halálát okozta a betegnek, 8 esetben a sérülés ugyan csekélyebb volt s egy esetben sem volt életveszélyes, de már kifejlődött agyhártyalobbal kerültek a betegek a kórházba, 2-nél már másodnap, 4-nél pedig hatodnapra következett be a halálos kimenetel. A bonczolat meningitis infectiosát állapított meg. Az 50 életben maradt egyénnél a következőleg oszlik meg kiterjedésére nézve a sérülés: egyszerű tiszta koponyatörés kisebb-nagyobb fokú depressióval 19 eset, az agyhártyákkal kapcsolatosan 16 s az agy együttes sérülésével 18 eset. Ez utóbbiak közül 5 subcutan sérülés volt.

Heveny koponyahorpadások 24-szer fordultak elő. Ezek közül 12 az agy jelentékenyebb és kiterjedtebb zúzódásával kombinálódott. A horpadás 5 esetben meghaladta a 12 mm.-t, 7 esetben részint 1 cm.-nyi, részint 8 mm.-nyi volt. A behorpadt rész egy ezüstforintostól kezdve meghaladta a kisebb tenyérmeckoraságot. Ez esetekben 4-szer végeztem trepanatiót s habár erre az állapot eleinte javulni látszott, úgy ezen 4, mint a többi nem trepanált meghalt. A másik 12 esetben a horpadás részint krajezáros, részint egy ezüstforintos kiterjedésű volt, a depressio legmélyebb pontján 6 mm.-től 11 mm.-ig terjedett; 8 esetben a falcsonton, 2—2 esetben a homlokcsontnak és a nyakszirtesontnak a falcsonttal érintkező helyén volt jelen. Mind a 12 esetben lékelést végeztem a helyi és általános tünetek teljes visszafejlődése mellett a beteg felgyógyulásával. Meg kell még jegyeznem, hogy mindezeknél a betegeknél kisebb-nagyobb mérvű agyrázkódással kombinálódott a sérülés és hogy a commotio visszafejlődése után a sérült helynek megfelelőleg kisebb-nagyobb tompa fájdalomról panaszkodott a beteg, s hogy az általános érzet többé-kevésbé zavarva volt.

Ezek a heveny traumatikus sérülések, melyekben összesen 42-szer hajtottam végre trepanatiót; a fent említett 4 esetet kivéve, a mely esetekben a halált nem a trepanatio, hanem az agysértés okozta, mind meggyógyult.

A többi 24 eset idült agybántalom volt, melyek előzetes koponya-agyhártya és agysértés következtében jöttek létre. Ezek közt volt agytályog 12, epilepsia 14 esetben. Az előbbieknél közül operálva lett 8, ezek közül 4 teljesen meggyógyult, 3-nál 1½—2 év múlva a tályog kiújult, egy eset 3½ év múlva meningitis miatt halállal végződött; az operatio következtében nem halt meg egy sem. Az utóbbiak közül operálva lett szintén 8, ezeknél a roham, mely műtét előtt részint másod-harmadnaponként, részint többször, napjában 6-szor is jelentkezett, már a trepanatiót követő nap után ritkábban, legfeljebb 1-szer napjában mutatkozott, egy hét múlva pedig 4—6 hónapon át teljesen szünetelt. Ezt a szünetelést a súlyosabb esetekben constatáltuk, mely szünet után azonban eleinte csekélyebb, később mindinkább fokozódó mérvben jelentkeztek újra a rohamok, nevezetesen 5 egyénnél, kik egy—másfél év múlva az epilepsia áldozatául estek. A többi 3-nál, kiknél a bántalom nem volt még régi és a rohamok sem voltak sürűek, tartósabb volt a javulás, főleg egy fiatal 21 éves, erőteljes egyénnél, a kinél az epilepsia csak 7 hónapos volt és az epilepsiát 2 apró vérömleny cista okozta, a roham egész 2 évig szünetelt.

Az epilepsia okául a 8 operált eset közül találtunk 3 izben vérömlenyest cystákat előzetes csonttörés és agyhártya-sértés után, 3 esetben a lamina vitrea törését és beékelődését, 2 esetben kiterjedt hegeket az agyhártyákon és agyon, az agykéreg-állomány jelentékeny kergesedésével a megfelelő helyen. Ezen 8 esetben 4-szer subcutan volt a törés és a horpadás 1 esetben sem haladta meg a 10 mm.-t, sőt 5 esetben az 5 mm.-en túl nem terjedt. A behorpadás terjedelme egy korona egész egy forintos nagyságú volt. Mindnyájánál, kijelentésük szerint kisebb-nagyobb fokú agyrázkódás kísérte a sérülést s azonfelül a sértés helyére lokalizált tompa fájdalom maradt vissza, mely sok esetben egész a trepanatióig tartott. Ezen, epilepsia miatt operáltak közül sem halt meg egy sem a műtét következtében.

A heveny koponya- és agysérülésekkel kapcsolatosan, mint már említém, kisebb-nagyobb fokú behorpadás is volt jelen. A behorpadás 5 mm.-től 11 mm.-ig terjedt s lett legyen bár fedett vagy nyílt a törés, a trepanatiót mindig végeztem; előbbieken akkor, ha a horpadás nagyobb fokú agyrázkódás, esetleg agyzúzódás kíséretében jött létre. A lékelést indicáltam s végrehajtottam még azon esetekben is, ha a törés vagy behorpadás nem volt a falsontokon, honnan tapasztalásom szerint a motorikus göczok izgatása és nyomása folytán aránylag véve könnyebben fejlődik ki traumatikus epilepsia, hanem ha a sérülés a homlok vagy nyakszirt-lebenynek megfelelőleg történt, mert habár ritkábban mint a fali lebeny-sértéseknél, itt is láttam létrejönni epilepsiát.

Mindezen operáltaknál, egy eset kivételével, hol igen kiterjedt volt az agysérülés s ennek begyógyulása után 8 hónapra reá mutatkozott az első epileptikus roham, a gyógyulás, minden utókövetkezmény nélkül, teljesnek mondható. Az operáltaknak ugyanis a kórházból való távozásuk alkalmával szigorúan meghagytam, hogy a legkisebb változás esetében, melyet közérzetükben tapasztalának, főleg pedig ha az operált helyen nyomást vagy fájást éreznének, azonnal jelentkezzenek, közülök maig egy sem mutatkozott, sőt vannak közöttük olyanok, kik itt a fővárosban tartózkodnak, kiknél a löveg az agyban maradt és van maig és minden utókövetkezmény nélkül már több éven át épen maradtak és egészen jól érzik magukat, nevezetesen 3, kiknél a 7 mm.-es löveg hátrány nélkül maradt az agyban, mit bizonyára a gyors beavatkozásnak köszönhetni. Ezzel ellentétben utalni akarok a fentebb említett 8 letalisan végződött esetre, melyek csak néhány nappal a sérülés megtörténte után már is kifejlődött meningitissel hozattak az osztályra. Ezek közül csak egyet trepanáltam, kinél a meningitis tünetei keletkezéskor voltak, ennek dacára a beteg 5 nappal a műtét után fertőzött agyhártyalobban kimult.

Utóbbi időkben a fertőzött agyhártyalobban megbetegedettek száma észrevehetőleg csökkent. Ezen körülményt a humanismussal és szakértelemmel egyaránt működő önkéntes mentő-egyesületnek köszönhetjük, mely a sérülteket azonnal a kórházba szállítja; ezen körülménynek tudható be továbbá az, hogy majdnem az összes fej- és agysérültek, kiknél a vitális centrumok nem sérültek, gyógyultak távoztak osztályunkról. Hasonló észleleteket tett Bergmann tanár az orosz-török háborúban oly eseteknél, melyeknél idejekorán alkalmaztatott megfelelő kötés; ellenkező esetben pedig a koponya- s még inkább az agy- és agyhártya-sérülések meningitis infectiosa következtében olykor már 24 óra alatt halálosan végződtek. Csak ritkán észleltem, hogy hasonló sérülések körülírt encephalitis- vagy leptomeningitissel végződtek, vagy tályogképződéshez vezettek volna.

149 idevágó esetben csak 12-szer láttunk agytályogot; de ha ily esetek kellő kezelésben részesülnek is, az eseteknek csak egy része gyógyul meg teljesen, miként azt fentebb idézett eseteimben láthattuk 8 közül 4; az esetek más részénél a gyógyulás csak látszólagos, a mennyiben egy kis tályogúr marad vissza, mely mindvégig ugyanazon nagyságban maradhat, de még sikerült műtét után is kiújulva, előbb-utóbb halált is okozhat.

Ha a beteg a fertőzött agyhártyalobot vagy az agytályogot szerencsésen kikerüli, még mindig lehetséges, hogy később epileptikussá lesz. Ez ugyan leginkább akkor történik, ha a koponya- vagy agysérülés subcutan, vagy csak oly csekély borsebzéssel van összekötve, hogy a sebészi beavatkozás eleinte nem látszott szükségesnek, dacára annak, hogy a lamina vitrea törése és beékelődése volt jelen, vagy később vérömlenyest cysták és az agy vagy agyhártyák részéről nagyobb heges kötegek képződtek, miként azt nekem és másoknak is tapasztalni volt alkalmuk.

Miként tudjuk meg, hogy ily kóros változások létrejöttek, mikor trepanálunk tehát? Talán csak akkor, ha csontszilánkok ékelődtek be, vagy ha a motorikus központ működése hiányos, vagy ha a jelenlevő homloklebenysérülés értelmi zavarokat okozott, avagy ha a depressio egy centimetert elért vagy túlhaladott?

Saját, fentebb ismertetett tapasztalataim szerint ezen szabály nem lehet minden esetben mérvadó, trepanálnunk kell oly esetben is, hol a depressio csekélyebb 1 cm.-nél, oly esetekben is, melyeknél agyi tünetek — még ha később meg is szűntek — a sértés pillanatában jelen voltak (commotio cerebri), vagy ha a betegen a sérülés helyének megfelelőleg többé-kevésbé intenzív vagy tompa érzés vesz erőt (contusio cerebri).

Hiszen hogy is lehetne másként mint trepanatióval megállapítani, hogy adott esetben, midőn a fejbőr ép, s csak csontrepedések vagy oly koponyatörések vannak jelen, melyeknél a csontok dislocatiója épen nem, vagy csak csekély mértékben mutatkozott, nem ékelődött-e be egyúttal a lamina vitrea, mint én azt trepanatiók után már 5 mm.-es depressio után több (8) esetben constatálhattam, a mely esetek később Jackson-féle epilepsziához vezethetnek. De hogyan lehetne ily esetben másként, mint trepanatióval meggátolni az epilepsiát?

A mi a műtétet magát illeti, ha azt, mint azt eseteim bizonyítják, szigorú antisepsis betartása mellett végezzük, veszélytelen beavatkozás. És ha tekintjük, hogy mily gyakran fejlődik depressio után az epilepsia, erre nézve az amerikai polgárháború alkalmával megejtett hasonló sérülések következményeire akarom csak önöket emlékeztetni, s ha tekintjük továbbá, hogy a már egyszer kifejlődött epilepsziával szemben mily tehetetlenek vagyunk, s hogy a fertőzés lehetősége sehol sem oly gyors s veszélyes, mint az agysérüléseknél, mindenképp azon kell lennünk, hogy a fentvázolt tünetekkel járó depressióknál, valamint agysértéseknél gyors segílyt nyujtsunk, háborúban megfelelő kötéssel már a kötöző téren s végezzük mielőbb a trepanatiót a legközelebbi tábori kórházban.

Uraim! E tétel képezi előadásomnak súlypontját s azért azt jóakarató figyelmükbe ajánlom.

Közlemény a budapesti kir. m. t. egyetem II. számú (Réczey Imre ny. r. tanár) sebészeti klinikumáról.

Adatok a trepanatio javalatához.

Martiny Kálmán dr., kórodai tanársegédttől.

(Folytatás és vége.)

A fennebb elsorolt jelek és különbségek, a melyek az extra- és intraduralis vérkiömlések egymástól való elválasztását lehetővé teszik, elegendő élesek s úgy látszik, mintha már magukban is elégséges alapot nyujtanának azoknak kórismézésére. Azonban, ha sok esetben sikerülni is fog ez a vizsgálónak, mint három leirt esetünkben, akadhatnak olyanok is, a melyeknél az csak bizonyos akadályok leküzdésével lesz lehetséges, vagy egyáltalán nem kivihető. Ily nehézségek forogtak fenn következő, sikerrel operált betegünkénél.

E. S., 26 éves földműves, felvétetett 1894. február 21-dikén. Verekedés közben egy nagyobb konyhakéssel fejbe szúrták s a késnek hegye a koponyacsontba beletörött. A sérüléskor eszméletét nem vesztette el, csak szédülést érzett s mivel orvosa a kés hegyét eltávolítani nem tudta, a kórodára vétette fel magát. A fejétön a jobb falsont felső hátsó szegletétől előre és lefelé mintegy 2-5 cm.-nyire van egy 3 cm. hosszú a fejbőrön át a csontba hatoló folytonosság-megszakítás éles szélekkel s alapjából egy a csontba beékelte fém darab 0.5 cm.-nyire

a csont felszíne fölé kiemelkedik. Első műtét ugyanazon napon. A lágyrész sebének kellő tágitása után a vasdarab kiemelése, vagy kihúzása semmiféle eszközzel sem volt kivihető, úgy hogy a csontseb széleiből kellett a vasdarab mélyéig levésni s az így kiemelt fémdarab hátával a csontba szúrt kés hegyének bizonyult s 2,5 cm. hosszú és 1 cm. széles volt. Műtét alatt a koponyairég meg nem nyitattott. Varrat; antiseptikus kötés; nyugalom.

Hét napig a beteg teljesen jól érzi magát. Márczius 1-én kissé bágyadt, majd nyugtalan, keveset alszik. Márczius 2-dikán székrekedés, fejfájás, álmatlanság. Márczius 3-dikán esti hőmérséke 38,5°, folytontartó fejfájásról panaszkodik, a seb helyén nyomó érzés, igen bágyadt, beszéde néhezkes, éjjel aludni nem tud; székrekedés. Pupillák egyenlő tágak, fényre reagálnak. Sem motorikus, sem érzési eltérés a rendestől. Márczius 4-dikén: Igen nagy fejfájás, a mely különösen este emelkedik nagy fokra; bágyadság, álmatlanság, erős nyomó érzés a sérülés helyén. Éjjelkor és reggel 5 óra tájban az eszmélet jelenléte mellett epileptiformis göresök. Ilyen göresroham a nap folyamán még délután 2, 6, 8 órakor; a rohamok jellege nem volt megállapítható. A bal végtagok paretikusak. Érzési eltérés nincs. A bal térd patellaris reflexe alig kimutatható. Pupillák közül a jobboldali tágabb. Reggeli hőmérsék 39,4°; esti 39,6°. Érverés 58. Márczius 5-dikén: az epileptiformis rohamok ismétlődtek és rajtuk a Jackson-féle typus határozottsággal megállapítható. A benuási tünetek fokozódtak, különösen a felső végtagon. Eszmélet az egész idő alatt ép. Hányás többször jelentkezik.

Márczius 7-dikén második műtét: *trepanatio* véső és kalapács segítségével, narkosis nélkül. A lágyrészek sebe majdnem teljesen begyógyult s újból való felbontásakor a csonton semmi kóros sem volt található. A seb tágitása és a csonthátya szabályszerű letolása után a csont a duráig mintegy 4 cm² területen óvatosan felvésztik. A dura ép, a csontról lemeztelenítve nincs, vérkiömléssel sincs fedve, bemetszése után a pia alatt csak igen kevés vér távolítható, úgy hogy egy esetleg jelenlevő mélyebb agytályogra is kellett gondolni s e végből először próbapunctio végeztetik s mikor ezt siker nem követi, mely bemetszés bistourival a szürke állományon keresztül a fehér állományba. Az eredmény azonban most is negatív, geny nem volt található.

Műtét után közvetlen javulás az általános állapotban. Hőmérsék, mely a műtét napjának reggelén még 38,7° volt s az érverés 52, ugyanaz nap délután 37,6° és 53. Márczius 8-dikán: a beteg láztalan; éjjel nagyrészt aludt, fejfájások időnként még jelentkeznek, azonban sokkal kisebb mértékben, mint műtét előtt; reggel hányási ingerek. Epileptiformis rohamok nem jelentkeztek. Bal végtagok mozgékonyága kissé javult. A nyitva kezelt sebben prolapsus cerebri az egész lékelt területen. Márczius 9-dikén minden tekintetben javulás; érverés 62; hőmérsék rendes, a prolapsus kisebb; kötés naponként. Márczius 15-dikén a bal végtagok mozgató képessége teljesen helyreállt; a fejfájások elmúltak, a visszamaradt prolapsus lapissal való edzéssel kezeltek. Május 31-dikén beteg a seb helyén egy 0,5 cm.-nyi ürmet kivételével teljesen gyógyult, úgy hogy ugyanekkor annak tágitása eszközöltetett s belőle egy kölesszemnyi papírvékonyaságú vasrészlet távolíttatott el. Junius 9-dikén a beteg tökéletesen gyógyulva távozik.

Visszatekintve a kórtörténetben elsorolt ama tünetekre, a melyek a sérülés, illetőleg az idegen test kihúzásától a trepanatióig jelentkeztek, észrevehető, hogy azok sokban hasonlítanak egy traumatikus agytályog tüneteire, akár a geny, akár az intracranialis nyomás és a localisatio szempontjából ítéljük meg azokat. Hogy mégis az összes, jelen körülmények között létrejöhett agnyomást előidéző okok közül az intraduralis vérkiömlésekre esett választásunk első sorban és csak másodsorban lehetett agytályogra gondolni, az arteria meningeae media vérzését, vagy a lamina vitrea letört szilánkját pedig kizártnak kellett tartani: azt, dacára, hogy a műtét kézzel foghatón be nem igazolta feltevésünket, fentartandónak tartjuk ma is. A lamina vitrea szilánkjá ily későn jelentkezett tünetek mellett szóba nem jöhetett, valamint az arteria meningeae media vérzése sem, mert a sérülés napjától az agnyomási tünetek legmagasabb fokáig, a Jackson-féle epileptiformis göresöket követő benuási tünetek felléptéig, tehát február 21-dikétől márczius 1-je, illetőleg 4-dikéig terjedő idő meghaladta az art. meningeae mediából származó agnyomás beállításának idejét.

Bergmann az agybántalmakról irt munkájában az agytályogokat heveny felületes és idült, mély tályogokra osztja. Az elsők a sérülés helyéhez és legtöbbszörre általános meningitishez szegődnek; azonban ritkább esetekben azoktól megkülönböztethetők az által, hogy míg az általános meningitis a sérülés után rövid idővel s rohamosan lép fel, addig a heveny tályogok kifejlődésére legalább 2 hét szükséges s őket lassan fellépő meningitis tüneteinek kísérik, a melyek időnként szünetelnek s a melyekben az izolált benuások túlsúlyra emelkednek. Magyarazatúl ezeknek egy eredetileg körülírt meningitis veendő fel, a mely az agyhártyák összenövésére vezetett s ez összenövések üregében foglal helyet a geny s agyvelőtörmelék

vegyest. Az idült agytályogok sokkal később fejlődnek, az agyvelőállomány mélyében vannak s járultak legyen a lágyrészek vagy csontok nyílt sérüléseikhez, azon helytől ép agyvelőállomány által elválasztva; hosszabb fennállásuk után áttörnek a sérülés helyétől függetlenül a gyomroesokba vagy a kéregállomány bármelyik pontján a koponyairégre. Tüneteik a geny, az intracranialis nyomás és az ismert agycentrumok működésihiányából támadnak. A geny okozza az esti rendszerint alacsony hőemelkedéseket, a melyek időközönként kimaradnak és ismét visszatérnek, az általános rosszullétet, — hányinger — hányásokat; a fokozott intracranialis nyomás a különösen este és a hőemelkedésekkel együtt járó heves fejfájalmakat, a pulsus csökkenését, a somnolentiát esetleg comát; a harmadik tünetesort attól függ, melyik lebenyben van a tályog, mert a milyen feltűnő jelenségekkel jár a fali lebenyben támadt, ép oly bizonytalan tünetei vannak a többi lebenyben levő tályognak.

A mi esetünk heveny agytályog nem lehetett, bár kifejlődésének ideje azéval megegyező; azonban a meningitis tünete hiánya, a tipikus Jackson-féle epileptiformis rohamok által bevezetett benuások azt teljesen elejtik. A mély agytályog felvételétől, a melynek a fali lebenyben kellett volna lennie, különösen a rövid idő, a folytonos és magas lázak óvtak meg és kényszerítettek első sorban intraduralis vérkiömlés és másodsorban egy esetleges tályog felvételére. Be kell vallanunk tehát, hogy intraduralis vérkiömlés képe a felsorolt tünetek alapján nem állhatott tisztán előttünk, mert zavarták mindazon tünetek, a melyek az agytályogra emlékeztetők voltak; így a lassú pulsus, az eszmélet folytonos jelenléte, a hőemelkedésekkel együtt jelentkező fejfájások; de feljogosítottak rá a rövid időtartam, a folytonos lázak, az agnyomásnak fokozatos, szabad intervallumok nélkül való fejlődése, a mely végre az epileptiformis göresökben érte el tetőpontját s a mely rohamok napokon át állottak fenn s mind sűrűbben jelentkeztek.

A műtét alatt csak kevés vérkiömlés mutatkozott, de volt; míg geny, dacára a punctiónak és bemetszésnek, nem volt található. Mindezekből feltehető volt, hogy vagy e kevés vérkiömlés okozta a tüneteket, vagy az agytekervények közti barázdákban volt még kivüle több is, de az a megnyitott tér szűke miatt ki nem derült s hogy mégis a tünetekben teljes megszűnés állott be, a feltalált vérkiömlés eltávolításában és az esetleg visszamaradtnak a beavatkozás által megszüntetett feszülésében leli magyarázatát. A műtét után az összes súlyos jelenségeknek hirtelen elmulása s az a körülmény, hogy a beteg a trepanatio után visszamaradt sebe miatt még három hónapig maradt megfigyelésünkben s az egész idő alatt a lefolyást az agyfunctio részéről semmi sem zavarta, megerősítik feltevésünket.

Ha az intraduralis vérzésből támadt tünetesortot vizsgáljuk, lehetetlen elzárkóznunk az általa nyújtott tanulság elől, hogy megismerésük némely esetben számos nehézségbe ütközik és csak a tüneteknek igen pontos feljegyzése, mérlegelése és összehasonlítása az összes, agnyomást előidézőni képes bántalmakkal, tehát az agytályogokkal is, vezethet a helyes nyomra s érlelhetik meg a meggyőződést, hogy az intraduralis vérzések képezhetnek indicatiót a trepanatióra s a műtėti beavatkozást siker jutalmazhatja.

Azonban nemesak a kórisme felállítása ütközik sok akadályba, maga a műtét sem ezek nélkül való; mert egy vésett léken keresztül feltalált kevés vérkiömlésről megállapítani szükséges vajjon tényleg az-e a kórok, vagy az agytekervények közti barázdákban kell még többnek is lenni és mily tömegűnek kell annak lennie, hogy az adott bántalmat okozhatta. Erre nézve megbízható adatot találnunk nem sikerült, s míg az arteria meningeae media okozta agnyomás a grammokban meghatározható vérkiömlés súlyának szükségképeni következménye, addig az előbbi, annak diffus és műtét által való teljes eltávolíthatóságának kérdéses volta e megállapítást alig teszi elérhetőnek; azonban úgy látszik, mintha az intraduralis vérzésből támadt agnyomáshoz kevesebb tömegű vér szükséges, mint hasonló tünetek előidézésére az arteria meningeae mediából.

Az agyvelő sebési bántalmi között az agytályogok és agydaganatok azok, a melyek eddig a legkevésbé voltak hozzáférhetők úgy diagnostikai, mint therapeutikus szempontból és bár naponként omlanak össze ez akadályok egyrészt azért, mert mindinkább sikerült a tüneteknek azok megismerésére való csoportosítása és szaporodnak eszközeink a műtétek veszélytelen kivételéhez; másrészt, mert megismerve azok aetiologiáját, módunkban van a prophylacticus eljárások által azok kifejlődését megakadályozni; és ámbár mindinkább kisebbedik azon esetek száma, a melyekben csak a boncsolás deríti fel az agytályogot, leginkább azért, mert jelenlétének és székhelyének az élőben tünetei nem voltak: mégis vannak oly esetek, a mikor a tályog jelenlétének számos jele van meg s annak biztos megállapítása mégis igen nagy nehézségbe ütközik, úgy hogy a csalódástól mi sem óv meg. A mint a meg-ejtett boncsolás rántal az elmulasztott trepanatióra, épen úgy bizonyulhat a műtéti beavatkozás útján a kórisme hibásnak, ha annak kivitelekor tályogot nem találunk, sőt látszólag helyes lehet a kórisme és sikerülhet egy tályognak a megnyitása, azonban gyógyulás nem követi a műtétet, újabb hasonló megbetegedést jelző tünetek állhatnak elő, vagy a régiiek nem javulása mellett gyorsan beáll a lethalis kimenetel, úgy hogy újabb műtetre idő sem kerül, mert szükségét meghatározni nem lehetett s a megnyitott tályoggal egyszerre jelen volt más mellette, vagy mélyebben fekvő derül ki. És mert nem ritkák ezen utóbbi tekintetben való csalódások, s elkerüléstik csak az ilyen egyes eseteknél mutatkozott leplező vagy megtévesztő tünetek rámutatásával sikerülhet mind gyakrabban, szükségesnek látszik ezek kórrajzainak részletes közlésével e jeleket hozzáférhetővé tenni. Ilyen a mi esetünk, a mely egy agytályog miatt trepanált s egy más mélyebben fekvő tályogból eredt meningitisben elhalt betegről szól.

K. I., 33 éves martonvásári születésű kocsis, felvételét 1893. november 9-dikén. 1893. november 4-dikén este, miután kocsija egy ló-vonatú vasúti kocsival összeütközött, arról a földre esett s pár pillanatra eszméletét veszítette. Akkor szenvedett homloksebe miatt vértette fel magát kórodánkra. A bal homlokduddor felett 4 cm. területen egy csillagos háromsugarú csontig hatoló folytonosság-megszakítás látható. A sebszélék egyenletlenek, zúzottak, alapján ezafatos lágyrészek és lemeztelenített sima csont. Kevés genyes váladék. Hőmérsék 37.9°. Erős fejfájás. Alapos desinfectio, nyílt kezelés, s miután a seb erősen genyed s majdnem naponként hőemelkedések jelentkeznek, a melyeket erős fejfájás kísér, naponként kötés-változtatás. Eszmélet teljesen tiszta, az értelmi tehetség kissé súlygyed, emlékező tehetség jó. November 28-dikán a seb majdnem egészében gyógyult, csak középrészén maradt egy lenesényi folytonosság-hiány, a melyen a bevezetett kutató lemeztelenített csontot ér. Ekkor a kórelőzményre teljes amnesia van jelen, az értelmi tehetség még mindig alacsony fokon, a beszéd halk, sokszor érthetetlen. Ez időtől egész december 22-dikéig lényeges változás a seben annyiból van, hogy egy 2 cm. hosszú necrotikus csont szabadon mozog és eltávolíttatik.

Ekkor a kórkép határozottabb alakot nyer. Egyszer epileptiformis görcsök jelentkeznek, a melyekről az ápoló személyzet azt állítja, hogy egyszerre az egész testen léptek fel. A pupillák tágabbak, egyenlők, fényre jól reagálnak, alkalmazkodásra renyhén; érzési sphaerában eltérés nincs. Az arcz mimikus mozgásai renyhék, a jobb oldal kissé hátramarad, lassabban követi a bal. A jobb oldali alsó végtag kissé mereven nyújtott; a jobb felső végtag a könyökizületben tompa szögben behajtott, a melyből a passiv mozgás mérsékelt ellenállásra talál. A felkar mozdulatlan, az alkar active kissé mozgatható, az ujjak active enyhén mozgathatók, flectálhatók, azonban ezen állásban mereven maradnak. Az alsó végtag mérsékelt mozgásai részketéstől kísérték. Inreflexek különösen jobb oldalt fokozottak s kiválón a jobb alkar inairól könnyen kiválthatók. A járás széles alapú, bizonytalan, tántorgó, miközben a beteg jobb lábát maga után húzza. Az értelem igen alacsony fokon áll; kérdésre a beteg csak lassan, vontatottan ad választ s annak feltevési módjától befolyásolható.

Műtét 1893. december 27-dikén, *trepanatio*, narcosis nélkül. Még egy felületen necrotikus csontlemez távolíttatik el s utóbb pedig háromszög alakban a necrotikusnak látszó csont határán mintegy 4 cm² területen a csont felvételét s emelő segítségével kiemeltetik. A csont alatt geny s a dura átlíkad. Ez átfúrási nyílás szikével való tágítása után több grammnyi geny ürül. A dura sebéen át a kisujj 3 cm.-nyi távol-ságra a tályog üregébe mélyeszthető, a hol tömött, egyenletesen ellenálló tályogfalat tapint. Három százalékos bórodattal való kimosás után az egész tályogüreg jodoformgazeval enyhén kitöltetik.

A műtét után közvetlenül igen kis fokú javulás az általános tünetekben. December 29-dikén általános meningitis tünetei. December 30-dikán halál. A bonczjegyzőkönyv tanúsága szerint két tályog volt a bal agyféltekében; egyik a homloklebenyben, a második a fali lebenyben az elsőől mintegy 2 cm. ép agyállomány által elválasztva. A homloklebenyben diónyi nagyságúnak saját burka nem volt, csupán az agyhártyák egymással és a csonttal történt összenövése által keletkezett

egy elkülönítő fal, a mely azt a convexitástól elzárta, s a melyből egy átfúrási nyílás vezetett a műtétkor eltávolított necrotikus csont alá; többi falát ép agyvelőállomány képezte s tartalmát agyvelőállomány-törmelékkel vegyes geny. A másik a fali lebenyben levő saját külön vastag burokkal birt s belőle egy lenesényi lik vezetett a szabad, összenövésektől ment felszínre, a honnan a végzetes agyhártyalob ki-indult. E másik tályognak jelenlétét a fennállott tünetekből kimutatni nem lehetett s a milyen biztossággal lehetett a trepanatio után geny megjelenését várunk a homloklebenyből, épen olyan reménységgel kellett tekintenünk a tünetek visszafejlődése elé annak kiürülése után.

Tudjuk, hogy a homlok, halánték és nyakszirtlebenyben fennálló tályogok kórismézése igen nehéz, sokszor lehetetlen, mert többnyire csak általános nyomási tüneteket okoznak s mert, ha valamely trauma nyoma a fejen nem utal arra, hogy vizsgálódásunk egy bizonyos lebeny felé legyen irányítva, minden támpontunk hiányzani fog az agynyomásai tünetek okának felderítésére. Azonban ha egy zúzott sebhez a fejen, mely a koponya lágyrészeinek folytonosságában való megszakításában s az alatta levő csontnak lemeztelenítésében áll, ugyanazon csontnak lobjával és később elhalásával párosulva, agynyomásai tünetek járulnak, megvan adva a módja a kórisme felállításának, sőt a művi beavatkozásnak. A midőn az általános tünetekhez egy, az ápoló személyzet által észlelt s állítólag egész testre egyszerre kiterjedő görcsökhöz a jobb oldali végtagok bénulása járult, szükséges volt egy ilyen a traumához közvetlenül esatlakozott felületen tályognak felvétele és trepanatióval való gyógykezelése. Azonban nem irányítható figyelmünket a fali lebenyben levőre, mert azon tünetek rész-jelenségei lehettek egy a homloklebenyben levő felületen tályognak is, mint lassan fejlődő körülírt meningitikus tünetek is és ha egy ily tályog kórismézése a trepanatio véghezvitelekor helyesnek bizonyult, elégségesnek kellett tartani annak kiürítését azért is, mert nem látszhatott valószínűnek az, hogy ugyanazon idő alatt, a mikor a trauma helyéhez szegődő burok nélküli diónyi nagyságú tályog fejlődik, akkor egy másik lebeny mélyében egy annál nagyobb, kis alma mekkora-ságú és erős falú tályog is fejlődjék, dacára a tályog bebizonyult multiplicitása lehetőségének, a mely azonban egyenlő nemű tályogokra, tehát egyformán mélyen fekvő, saját burokkal ellátottakra vonatkozik. És azon körülmény által, hogy két ily tályog egymás mellett fennállott, jelezve van a levonható tanulság s megokolása az eset felemlítésének.

A trepanatio kivitele úgy ez utóbbi, valamint a többi esetekben mindig *véső* és *kalapácsesal* történt, a mely módnak a kézi lékelővel való felett számos előnye van s némely sebésznek előszeretete a trepan iránt azt hiszik inkább a megszokottság, vagy a vésővel való bánásban kevésbé gyakorlottságukban keresendő, mint a vésés hátrányainak tárgyi jellegében. A vésés hátrányai részben a kalapácsütések által létrehozható traumatikus behatásra vonatkoznak, részben az agyhártyák direct sértésében állanak, ha maga a véső okozza azt, s indirecte, ha egy közbeiktatott, vagy egy benyomott esontszilánk a vésés által mélyebbre tolatnék. Az óvatos vésés azonban, — melyet kellő szakszerűséggel nem függélyesen a csontfelületre, tehát nem centripetalis irányban, hanem a csont felületére hegyes szög alatt tehát inkább tangentialis irányban szabad csak eszközölnünk — veszélytelen a rázkódtatás szempontjából s az agyhártyák direct és indirect sértéseinek elkerülése pedig a sebész érzésében fekszik s így méltán megkívánható attól, ki trepanatiót végez. A vésővel való lékelés szabadságot nyújt a megejtendő anyaghiány helye, nagysága és alakjára; a kézi lékelőnél ez előnyök nem mindig vannak meg, a mint arról a depressióknál meggyőződhetünk, a hol az azok mellé feltett lékelő által elsőbb egy kerületének megfelelő anyaghiány jön létre s a depressio ki-emelése által mellette egy második, a mi a vésővel való közvetlen körülgyésés, vagy néha a mellette való bevésés által elkerülhető. És ámbár veszélytelen dolgot mivelünk egy ily nagy defectus létrehozásával, törekvésünk mégis arra kell, hogy irányítva legyen, hogy fölöslegesen ne tegyünk s a mennyire szükséges, hogy a kóros részek eltávolításánál (mint zúzott lágyrészek, mozgó esontszilánkok nyílt töréseknél és fedett depressióknál) kevés conservativismussal járjunk el, épen annyira törekednünk kell az ép szövetek megtartására.

Közlemény Heubner tanár, kir. tanácsos, lipcei gyermekgyógyászati klinikájából.

Bacteriologiai vizsgálatok az ú. n. septikus diphtheriáról.

Genersich Gusztáv dr.

(Folytatás.)

4. XXIII. eset. N. H., 2³/₄ éves; felvétetett 1893. november 12-dikén, meghalt november 15-dikén, oltás 9¹/₂ óra múlva.

A gyermek november 5-dikén náthával, kisebb fokú borzongással és lázzal betegedett meg, utóbbi csekély lehetett és csak 10-dike óta mutatkozott magasabbnak, mely időtől fogva torokfájdalom és az állalatti mirigyek duzzanata áll fenn.

A beteg jól fejlett, jó bőralatti zsírszövettel bír, a rachitinek nyomait mutatja. Bőre halovány, de korántsem rossz színű. A szájból türethető bűz jó elő, a mandulák és a nyelvcsap duzzadtak és úgy ezeken, mint a garatíveken vastag szürkés-fehéres álhártyák láthatók. Az állalatti és nyaki nyirkmirigyek dagadtak, de nem vizenyősök. A szív működés szapora, de az érverés szabályos és eléggé erős, a lép nem tapintható. A vizeletben fehérye nincs. A beteg háromszor naponta Escherich szerint hydr. cyanatummal lesz kezelve.

A bacillusok nem tűnnek el, és a letörölt hárták újból képződnek, sőt terjednek, úgy hogy mellfelé a kemény szájpaddást elérik. Daczára annak a beteg állapotában csak 15-dikén állott be szemmel látható rosszabbodás. A gégefő kissé fájdalmas lett és a hangrés siráskor néha meg-megszűkült. A vizeletben fehérye nyomai jelentkeztek. Este felé tetemes légzési nehézség állott be, úgy hogy intubatiohoz készültünk, midőn a beteg jelenlétünkben hirtelen collabált s légzése teljesen kimaradt. Azonnal végzett intubatio után még 10 percen keresztül mesterséges légzést kellett fenntartanunk, míg a beteg némiképen magához tért. A pulsus azonban kicsiny maradt, a szív működése strychnin és camphor alkalmazása daczára gyengült és négy órával az összeesés után, beállott a halál.

Bonczolat: Vastag álhártyák a nyelesapon, a mandulakon és lágyszájpadon. A gége fedője és bemeneti része erősen duzzadt, de úgy rajta, valamint a hasonló kinézésű nyákhártyán álhártyák nincsenek. A duzzadt nyaki nyirkmirigyekben necrosis. Mindkét alsó lebenyben pneumonikus góczok. A lingulában elcsontosodott tuberculotikus góczok. A hörgmirigyek némelyike elsajtosodott. A szívizom zavarodása, a máj vérszegénysége parenchymatosus necrosisokkal. A lép hyperplasiája. Terimbeles veselob. Gümőkóros fekélyek a vékony- és vastagbelekben. Sajtos fodormirigyek.

Bacteriologiai lelet: A veséből és májból oltott bouillon-csövecskék változatlanul maradnak, míg a szív véréből és a lép nedvéből nemcsak hosszú streptococcusok, de egyúttal staphylococcusok is nőnek, mely utóbbiak a gelatint alig folyósítják és agaron még két hét múlva is fehér coloniákat szolgáltatnak. Az egérnél a bal ágyéktájon egy tályog képződik, mely mellfelé messzire elterjed és meg is nyílik az egész az oltás utáni 8-dik napon, úgy hogy e tájék elpusztul; szürkés-zöldes genyében, valamint a belső szervekben streptococcusok vannak jelen, melyek mellett ismét csak a szív vérrel és lépvel oltott tenyészetekben staphylococcus albus található, a veséből és májból oltott részletekben pedig rövid-vastag pálezikák tenyészthetők.

Epikrisis: Ha ezen streptococcus eset klinikai tüneteit vesszük szemügyre, úgy ezekből súlyos torok-diphtheriára, de semmiképen sem úgynevezett septikus diphtheriára tehetünk a diagnoszt. Az általános tünetek az utolsó napig hiányoztak és az eset helybeli tüneteinél súlyossága miatt kiválóan alkalmasnak találtatott az Escherich-féle kezelés tanulmányozására. A halál egészen váratlanul következett be. A meglevő nyirkmirigy-duzzanatból egymagából streptococcus-infectio nem volt felvehető. Az utolsó napon fellépő tünetek, úgy mint a torok és gége duzzanata csak utólag voltak olyformán értelmezhetők, hogy esetleg a streptococcus-invasio kezdetét jelez-

ték; de tekintettel a hirtelen toxikus halálra, melyet sajnos, diphtheriánál oly gyakran észlelünk, a betegágnál e tüneteket a lehetőleg leggyengédebben alkalmazott helyi kezeléssel terhére irtuk.

Ha most a négy streptococcus-esetnél talált eredményeket összefoglaljuk, úgy ezekből arra lehet következtetnünk, hogy nem minden, bacteriologiailag septikusnak vett eset mutatja egyúttal a klinikai sepsis kórképét is, mert négy esetünk közül csak kettőben volt a septikus diphtheria klinikailag is kifejezve, míg a harmadik esetben egy pneumonia, a negyedik esetben egy súlyos helyi torok-diphtheria általános tünetek nélkül uralta a kórképet. Hogy mennyire nem esik össze a bacteriologiai és klinikai sepsis többi eseteinknél, azt az alábbiakban látni fogjuk. Megfordítva, illetőleg kiegészítve a fentebb felállított kérdést, most ama kérdést tesszük fel, vajjon b) a nem streptococcus-esetek között nem foglaltattak-e oly kóralakok, melyek klinikai szempontból a septikus diphtheriához tartoznak.

II.

Hogy ezen kérdésre észlelésünk anyagából megadhassuk a feleletet, kísérleti sorozatunk II., V., XVII., XIX., XX. számú eseteit fogjuk áttanulmányozni.

1. II. eset. K. E., 3 éves; felvétetett 1893. július 23-dikén, meghalt július 25-dikén; oltás 10¹/₄ óra múlva.

A gyermek betegségének 8-dik napján lett felvéve, midőn láztalan állapot mellett következő tünetek találtattak: Az arcok feltűnő halványsága és puffadtsága különösen a szemhéjakon, beszáradt és véres ajkak, erős szájbűz, necrotikus szájelhasadt mandulák, duzzadt állalatti nyirokmirigyek, genyes kötőhártya-gyulladás, diphtheritikus álhártyákkal. Feltűnően gyenge szív működés; sok fehéryét és hengereket tartalmazó sötét színű vizelet. Az állapot tehát nagyon súlyos, reménytelen volt. A jelzett tünetekhez orrvérzés és hányás csatlakoztak. Az érverés eltűnése közben bekövetkezett a halál.

Bonczolat: Diphtheritikus hárták az üszkös mandulákon, a nyelv gyökén, az orr-garatúrben és a lágyszájpadon. Vérzések és elhalások a nyaki nyirkmirigyekben. Az izomhús, a máj és a veséknek terimbeles elfajulása. Lépduzzanat. Véromlenyek a duzzadt gyomornyákhártyán.

Epikrisis: Az egér nyolcz nap múlva elhalt, szerveiben azonban sem metszetekben, sem tenyészetben streptococcusokat kimutatni nem lehetett. A hulla vizsgálata is tagadó eredményű, és mégis ha az esetet klinikai szempontból vizsgáljuk meg, úgy azt a septikus diphtheria csoportjába kell soroznunk. Hisz felfogásunk szerint a septikus diphtheriának ama elmaradhatatlan kelléke, t. i. súlyos általános tüneteknek súlyos helyi változásokkal való combinatiója kiválóan ki volt fejlődve. A nephritis igen súlyos alakban jelentkezett, de korai fellépte és a vörös vérszövetek hiánya eloszlatták ama gyanút, mintha tulajdonképpen súlyos scarlattal lett volna dolgunk.

2. V. eset. G. L., 13 éves. Felvétetett 1893. augusztus 7-dikén, meghalt augusztus 17-dikén; oltás 8 óra múlva.

A leányka súlyos beteg benyomását teszi; nyitott szájjal, hangosan horkolva, aluszékony állapotban fekszik. Bőrszíne szemyes, a nyelv száraz és erősen bevont. A torok és a nyelvcsap vizenyösen duzzadt; a nyelesapon és a jobb mandulán szürkés-zöldes, piszkos lerakódások, melyek csak mellfelé bírnak éles határokkal; a szájból kellemetlen, édeskés szag jó elő. A jobb állkapocs szeglet tája terjedten duzzadt, mélyében nagy, kemény és fájdalmas nyirkmirigyeket tartalmaz. Orr eldugult; a beteg csak száján keresztül légzik. A szívtompulat szélesebb, a hangok tompák, a pulsus szapora és kicsiny. Az étvágytalanság teljes. A lép valamivel nagyobb. A vizeletben fehérye. Hőmérsék 38.8.

A további lefolyásban rekedtség lépett fel, a beteg többször köhögött fel nagy, a tracheából eredő hártadarabokat, a nélkül, hogy valóságos szűkület beállott volna. Végül még a jobb alsó lebeny beszűródése észleltetett. A láz az utolsó napon 41.6-re szökik fel. A beteg nagyon nyugtalan, ágyában ide-oda hanykolódik és azután hirtelen elhal.

Bonczolat: A diphtheria klinikailag is észlelt tüneteinek kívül nyelési pneumonia mindkét alsó lebenyben; jobboldali

véres pleuritis. Septikus lép és vesék. Terimbeles myocarditis. Az agyban solitaer tuberculomok. A bélben gümös fekélyek. A fodormirigyekben elszajtosodás találtatott.

Epikrisis: Ezen eset is klinikailag septikus tüneteket mutatott, még pedig oly kifejezett alakban, hogy a negatív bakteriologiai lelet dacára, a legsúlyosabb (septikus) eseteink közé soroljuk.

3. XVII. eset. I. M., 4 éves. Felvétetett 1893. október 25-dikén, meghalt október 26-dikán, oltás 2 óra múlva. A gyermek nagyfokú gégeszükülettal került a kórházba, úgy hogy azonnal intubálni kellett, azonban még ezután is, hogy a légzési akadály eltávolítottatott, a gyermek színe nem tért vissza, hanem majdnem hulla halványságú maradt. A pulsus kicsiny, satnya volt. A szájából erős bűz jő elő. Mindkét tonsillán szürkés fehéres lerakódások láthatók, melyek másnapra a mellső garatíveket is ellepték. A nyaki mirigyek duzzanata tetemes volt. Utolsó napon az alsó végtagok bőrén felületes vérömlenyek jöttek létre.

Bonezolat: A torok változásain kívül: vérzések a pitvar pericardialis lemezeiben és a gyomor nyákhártyáiban. Haemorrhagikus pneumonia a bal alsó lebenyben. A szív terimbeles elfajulása. Septikus lép. Kezdődő terimbeles veselob.

Epikrisis: Eltekintve attól, hogy ebben az esetben leszálló croup is volt jelen, a mi septikus esetekben nem fordul elő gyakran, oly annyira, hogy mint fennebb láttuk, *Barbier* a croup-eseteket teljesen elkülöníti a Diphtherite streptococcique alaktól, itt mégis kifejezett septikus tüneteket észlelhetünk.

A hullahalványság, a satnya szív működés, a lerakódások szétesése, a vérömlenyek, az erős mirigyduzzanat ilyenek gyanánt lettek felfogva.

4. XIX. eset. B. H., 7 éves. Felvétetett 1893. október 30-dikán, meghalt október 31-dikén, oltás 1½ óra múlva.

A beteg majdnem haldokló állapotban kerül a kórházba, öntudata félig elhagyta, bőre feltünően halvány. Az áll alatt s a nyakon lefelé a mellkas közepe tájáig a bőr erősen vizenyős. Az orrlíkek kimaródtak, belőlük rossz szagú szennyves váladék folyik. Az ajkak szárazak és pörkökkel fedvők. A száj nagyon bűzös, nyákhártyája, valamint a toroké erősen duzzadt s kivörösödött. A légyszájpad, a mandulák és az uvula barnás színű, törékeny és rossz szagot terjesztő, repedésekkel fedvők. Az üszkös szövetben egyes vérömlenyek láthatók. Az állalatti mirigyek erősen dagadtak. A hang kissé rekedt. A szívtompulat valamivel szélesebb, a szívhangok gyengék, tompák, a pulsus nagyon kicsiny, alig érezhető. Hányás lép fel, mely által szennyves színű rossz szagú nyaktömegek ürítetnek. A szék sötétbarna és bűzös. Lép kitapintható. A hőmérsék 38—39 közt ingadozik s e mellett az arcz és a végtagok majdnem jéghidegek.

Epikrisis: Azt hiszem, hogy e leírás oly kóralakot mutat, mely kiválóan gazdag septikus tünetekben, s ezek közt különösen kiemelendő a nyak és sternum tájának vizenyője, melyet hasonló kifejlődésben csak még egyszer láttunk.

5. XXII. eset. R. E., 2½ éves. Felvétetett 1893. november 8-dikán, meghalt november 16-dikán, oltás 5½ óra múlva.

Kifejezett crouptünetek mellett, miközben nagyobb, hörgelosztásokat is mutató álhártya-esővecskék ürítetnek, a betegnek még a következőket észlelni: A bőr halvány hamuszürkébe játszó. Az arczon, az orr körül számos excoariatio. Az orrlíkek eves geny ürül. Mindkét fülből rossz szagú eves váladék folyik. A dobhártya mindkét oldalon perforált. A száj félig nyitva tartatik, az ajkak repedezettek. A garatívek pirosak és duzzadtak, a mandulák szürkés lerakódásokkal fedvők. A szív működés gyenge. Az étvágytalanság nagyfokú. A vizeletben egy harmad t. f. fejeérnye.

Később különösen a fülbántalom rosszabbodik. A jobb fülkagyló egészen elszederjesedik és rajta puha piszkos lerakódások jönnek létre. A szájbűz is majdnem dögyszerűvé válik. Az orrváladék pedig valóságos evvé lesz. A láz ugyan nem magas, de rendetlen ingadozásokat mutat.

Epikrisis: Az eset a felvétel alkalmával még beosztásunk második csoportjába volt sorolható, de a fül- és orrváladék eves természetű, a fülkagylónak gangraenosus lepedékei klinikailag vett septikus tüneteket szolgáltatnak. A bonezolat üszkösödő

diphtheriát, septikus lépet és nagyfokú nephritist mutatott ki, úgy hogy ezt az esetet is legsúlyosabbjainkhoz soroltuk.

Ezen öt eset alapján kíséreljük meg az előbb felvetett kérdésre válaszolni. Vizsgálatainkból kitünik, hogy a klinikai tünetek fontos mérlegelése mellett, azon esetek között is, melyeknek bakteriologikus vizsgálata streptococcusokra tagadólág ütött ki, voltak olyanok, melyek klinikai szempontból a septikus jelzővel voltak ellátandók. És nem is csekély azoknak a száma, mert leszámítva a 4 streptococcus esetet, a többi 21 beteg közül 5 esetet tudunk kiválogatni.

E szerint ez öt esetet klinikailag septikus tünetekkel, de streptococcus lelet nélkül tulajdonképen szembe kell állítanunk azon két esettel, melyben a sepsis kórisméje nemcsak az élön volt megtehető, de a bakteriologiai lelet által is post mortem támogatott.

És mit látunk ebből? Azt, hogy ha nem is lehet tagadni, miszerint a legsúlyosabb diphtheria-esetekben streptococcus infectio (azaz vegyes vagy másodlagos fertőzés) előfordulhat is, másfelől különösen kiemelendő, hogy ez az esetek többségében hiányzik.

Vizsgálataink mutatják, hogy a diphtheria bacillusa egyedül is oly tüneteket képes előidézni, melyeket a legkifejezettebb klinikai sepsisnél szoktunk észlelni, a nélkül, hogy e hatásában streptococcus invasióra utalva volna.

Azt kérdezhetnők e szerint, vajjon az ú. n. septikus eseteknél a streptococcusoknak van-e oly fontosságuk, minőt azoknak bakteriologok csak tulajdonítani szoktak. Nagyon nehéz erre a kérdésre egyszerűen tagadólág válaszolni. Azonban vizsgálatainkból kitünik, hogy a streptococcusok szerepe csak mellékes.

Ha azonban már most a diphtheria mérge egymagában oka a *Löffler*-féle diphtheriánál észlelt és mostanig septikus jelzővel ellátott tüneteknek, úgy önkénytelenül merül fel a kérdés, hogy miért használjuk e legsúlyosabb alak jelzésére épen a „septikus“ nevet, egy elnevezést, mely mai felfogás szerint nemcsak streptococcusok jelenlétére enged következtetni, hanem mely egyúttal azt is jelenti, hogy a streptococcusok egyszersmind okai is a betegség súlyosságának és az ú. n. septikus tüneteknek.

Sokkal czélszerűbb volna és a *Löffler*-féle diphtheria egységes fogalmának többet használna, ha a septikus elnevezést egészen elejtenők és a diphtheriának általunk is leirt legsúlyosabb alakjának elnevezésére: a legsúlyosabb toxikus diphtheria, vagy egyszerűen diphtheria gravissima kitételeket használnók.

(Vége következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXII. rendes ülés; 1894. november 24-dikén.)

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

Elnök jelenti, hogy az egyetemi kör a „diák-asztal“ érdekében felhívást küldött be aláírás végett. Az ív az egyesület könyvtárában aláírás végett ki van téve.

Coloboma oculi esete.

Szili Adolf dr. A betegnek jobb szemén coloboma iridis, chorioideae és nervi optici van jelen. A coloboma lenticnek csak nyoma látható.

Nyelvráknak általa 2 év előtt operált esete.

Herczel Manó dr. bemutatása, melyet annak idején is, 1892. október 22-dikén, bemutatott az orvosegyesületnek. A jelenleg 55 éves férfi nyelvrák miatt először 1892. június havában lett operálva, de már azon év szeptember havában diónyi recidívával jött bemutatóhoz. H. a műtétet az alsó állkapocs időleges resectiójával hajtotta végre, a nyelvet közel gyökéhez amputálta és a szájfenéket teljesen kiürítette. A szájban recidívának nyoma máig sem található; a beszéd jól érthető. A lefolyt 2 év alatt az operált 8—10 kilóval gyarapodott.

Rákos gége teljes kiirtásának esete.

Herczel Manó dr. Sz. B., 72 éves, földbirtokos, családjában gümőkór, vagy daganatokra való hajlam ki nem mutatható. Mindig egész-

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Adolphe Pinard: *De l'agrandissement momentané du bassin.*
Paris, G. Steinhil, Éditeur.

E füzet P.-nak az 1894. évi római nemzetközi congressuson felolvasott jelentése arról a 36 symphyseotomiáról, 1 pubiotomia- és 1 ischio-pubiotomiáról, melyeket 1892—1894-ig a Baudelocque klinikán végeztek. E 38 megoperált nő közül 36 felépült, 2 meghalt; az egyik — kit előzetesen a klinikán kívül egy bába és egy orvos többször megvizsgált — septicaemiában; a másik egy vékony köteg okozta bélelzáródásban, a nélkül, hogy valami gyulladásnak nyoma lett volna. A szülöttek közül életben maradt 34; az egyik éretlenség, más 3 pedig koponyacsont-törések (fogóval) következtében halt el. A medenceze consolidálódása legalább is a 20-dik napon mindegyiknél oly fokú volt, hogy egész bátran járható. Többen e nők közül nehéz munkát végeznek, a nélkül, hogy kellemetlenségeik lennének. Az egyik 3 hónappal a symphyseotomia után teherbe esett, rendesen szült s 17 napra rá teljes épségben hagyta el a klinikát. Egy másik most van teherben; medenceze izületei semmiféleképp sem szenvedtek.

Ezután beszámol Farabeuf tanárnak e kérdést illetőleg hullán végzett anatómiai és kísérleti tanulmányairól, megvilágítva a sacro-iliacalis izületek anatómiáját és physiologiáját a symphyseotomia előtt és után, melyek alapján kimutatja, hogy a törzs súlyát függesztő szalagok systemája semmit sem szenved a symphyseotomia folytán. E részt világos rajzok és graphikonok illusztrálják.

Az operatio technikáját ismertetve, bemutatja a Farabeuf tanár szerkesztette vájt-sondaszerű eszközt, melyet a symphysis hátsó felületére vezetve, teljesen ki van zárva minden nagyobb vérzés, valamint a hólyagnak, urethrának vagy a clitorisnak megsértése.

P. conclusiói ezek: a) végkép el kell hagyni az embryotomiát, az élő gyermek megölését; b) a symphyseotomia a felállított határok között és feltételek alatt végezve, ki kell, hogy zárja a mesterséges koraszülést, és minden oly operatiót, melynek célja, hogy leküzdje a foetus feje és a csontos medenceze közötti aránytalanságot.

N-y.

II. Lapszemle.

Gyermekgyógyászat.

A narcosisokról a baseli gyermekkorházban ír Wieland. A baseli gyermekkorházban 25 év óta Hagenbach tanár majdnem kizárólagosan a chloroformot használta altatásnál. Kórházi betegek-nél feljegyzett 2548 narcosis közül ugyanis 2341 végeztetett chloroformmal, 200 bromoethyllel, míg aetherrel 4 és pentallal 3 altatás eszközöltetett. E 25 év alatt sem narcosis alatt, sem közvetlenül utána haláleset nem fordult elő, sőt a felnőtteknél gyakrabban fellépő súlyos véletlenek, mint collapsus vagy asphyxia sem észleltetett. Az összes altatásoknál csak 5 ízben találtak rendellenességgel s ezek a következők voltak. Egy gyermeknél a hányadék aspirációja a légutakba okozott mült asphyctikus rohamokat; egy másiknál chloroformnak minimális adagolása után sopor lépett fel, a pupillák szűkek, reactió nélküliek, és a légvét gyérültté és kihagyóvá vált, a pulsus állandó jó minősége mellett. Valószínűleg a narcosis kezdetén a légzési központ reflectorikus paresise volt jelen, mely azonban önkényt javult, úgy hogy a narcosis ismét folytatható volt. Végre három gyermeknél, kiknél nagyfokú dyspnoe alatt tracheotomia végeztetett, a már fennálló légzési nehézségek az altatás által még annyira fokozódtak, hogy csak a gyorsan megejtett tracheotomia mentette meg a gyermekeket. Utóbbi három esetben azonban a beállott cyanosist és a légzés szünetelését kizárólag a chloroformnak betudni helytelen volna, mert ez előhaladott inspiratorikus dyspnoenél könnyen állhat be a legkülönbözőbb okoknál fogva, mint a beteg izgatottsága műtét alatt, a fejnek helytelen fekvése vagy a műtét hosszabb tartama, még chloroform alkalmazása nélkül is.

A chloroform narcosisoknál gyakran lépett fel reflectorikus hányás az előzetes koplaltatás daczára is. De sohasem látták a

chloroformnak káros hatását a légző szerv nyákhártyájára, *Karewskivel* ellentétben, és ezáltal okozott bronchitist vagy hurutos tüdőlob fejlődését. Epen ez képezi a chloroformnak főelőnyét a nyákhártyákat erősen izgató aether felett. Szerző felhívja a figyelmet a chloroformnak egy káros mellékhatására, mely az irodalomban kevésé méltányoltott: a chloroform koncentrált gőzeinek lenyelése által okozott heveny gyomorbelhurutra, vagy a gyomorbelhuzamnak már meglévő megbetegedésének heveny fokozódására. Ez aránylag gyakori a szájür rendellenes fejlődésével bíró gyermekeknél, mint nyúlajkkal, farkastorokkal bíróknál, kik a száj becsukása által nem tudnak védekezni a chloroform túltömény gőzei ellen.

Két év óta Hagenbach tanár a *Holländer* szerint módosított *Kapeller-Junker*-féle altató készüléket vette alkalmazásba, melylyel chloroform és levegő keveréke használtatik. E készüléknek legfőbb előnyei: 1. a belézéshez használt chloroform atmosphaerikus levegővel jól keverődött, ezáltal elkerülte a koncentrált chloroformgőzök behatása által esetleg beálló synkope vagy asphyxia; másrészt pedig nagy előnye, hogy gyermekek altatásánál a keveréknek esetleges lenyelése nem izgatja annyira az érzékeny gyomor-nyákhártyát s így órákig tartó hányás és gastroenteritisek elmaradnak vagy legalább lényegesen mérsékeltek; 2. az egyenletes chloroformnyújtás, mely sokkal tökéletesebb e készüléknél mint másoknál; ezáltal még makranczos vagy ellenszegülő gyermekeknél sem állhat be hirtelen mély narcosis, esatlakozó collapsus jelenségével; 3. a csekély chloroform-elhasználás, mert igen kevés chloroform vész kárba; így 60 narcosisra 1763 percznyi altatást tartam mellett 644 grm. chloroformot használtak el; egy percznyi narcosistartamra tehát csak 0.365 grm. chloroform szükséges; végre 4. hogy elkerülhető a folyékony chloroformnak véletlen érintkezése a bőrrel és a szem nyákhártyájával, miáltal erythemák és fájdalmas kötőhártyalobok nem állanak elő. E készülék hátránya, hogy az altató egyén mindkét kezét veszi igénybe, és így a beteg fejének rögzítésére és a pulsus ellenőrzésére még egy egyén válik szükségessé. Kórházakban, hol elegendő segédlet áll rendelkezésre a műtéthez, e hőrlmény nem nagy szerepet játszik, de a magán-gyakorlatban ezen hátrány nagyon befolyásolja e készülék használhatóságát, valamint complicált szerkezete a tovaszállításra kevésbbé teszi alkalmassá.

Kisebbsokú műteti beavatkozásoknál (mint fájdalmas kötés-változtatások, tályogok megnyitása, jodoformolaj befecskendés) 3 év óta 200 altatáshoz sikeresen használták a baseli gyermekkorházban a bromoethylt, melyből a gyermek éveinek száma szerint átlag 1 grm. volt szükséges. Hátránya gyanánt emliti fel szerző ennek kellemetlen foghagymaszagát és a néha az altatás végén fellépett, de csakhamar elmülő arz-cyanosist. (Correspondenzblatt f. Schweiz. Aertzte. 1894). *Loewy* dr.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. A chloroform-narcosis egy új módjáról tartott előadást *Langlois* és *Maurange* az „Académie de médecine“ október 9-diki ülésén. Azt ajánlják, hogy a chloroform alkalmazása előtt $\frac{1}{4}$ órával 1 köbcntimétert fecskendezzünk a bőr alá a következő oldatból: Rp. Morphii hydrochlorici 0.10; Sparteini sulfurici 0.30—0.50; Aquae destill. 10.0. 148 ily módon végzett altatásnál egy esetben sem jelentkezett zavar a szív részéről. A narcosis nagyon gyorsan következik be és kevés chloroformmal tartható fenn. Egyes esetekben, a mikor a narcosis két órán át vagy még tovább tartott, a légzés gyengült ugyan, a nyelv rhytmikus tractióinak igénybevételével azonban a narcosis tovább folytatható.

2. Chlorosis ellen *Dahmen* a haemalbumint ajánlja. A haemalbumin forró vízben és alkoholtartalmú folyadékokban oldódó por, mely a vérben levő sókat és fehérjéket (haemoglobin, haematin, serumalbumin és paraglobulin) állítólag mind tartalmazza a fibrin kivételével. A készítménnyel elért eredmények szerző szerint feltűnően jók. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894. 14. sz.)

3. Hólyaghurut gyógyítására *Schmey* a piperazint ajánlja. E szer nem mérgező és a szervezetet a vizelettel változatlan állapotban hagyja el. A vizelet tehát erősen piperazin tartalmúvá tehető, a piperazin pedig, a mint *Bohland* közléséből ismeretes, erős antiseptikus hatással bír. (Therap. Monatshefte, 1894. szeptember.)

TÁR C Z A.

A német természettudósok és orvosok 66. gyűlése.

(Bécs, 1894. szeptember 24—30.)

III.

A fülorvosi szakosztály üléseiről.

A 28. szakosztály bevezető elnöke *Politzer* tr. még a római congressus előtt vagy 200 meghívót küldött szét, privatim is felszólítva a szakembereket a részvételre. Noha mint mindig, úgy ez alkalommal is aránylag csak kevesen feleltek a meghívásra, mindazonáltal elég szép számmal voltunk és az által, hogy a német collegák mellett olasz, belga, orosz, svájci és magyarok is megjelentek, a szakülés *internationalis* színeződést nyert. Az előadások nyelve természetesen *német* volt és csak a tiszteletünkre adott bankettek az egyes felszólalók saját nyelvükön szólottak. Nem maradt el ez alkalommal a sectio csoportos lephotographálása sem, és így a tudományos munkálkodás után kellemes emlékekkel az együttlévre is térhettünk vissza.

Phaenomenalis találmányok és felfedezések nem állottak ugyan napirenden, de a mit hallani és látni alkalmunk volt, az komoly munka termékeként tudományos megvitatás és bírálat tárgyát képezte, és a sokszor igen élénk jelleget öltött discussiók alkalmával a személy és tárgy közötti szoros differentia mindig megtartatott, úgy hogy a baráti kapes közöttünk sohasem lazult meg.

Annyi előadás állott napirenden, hogy még az utolsó nap délutánján is, bár akkor már néhányan haza is tértek volt, késő estig együtt voltunk.

A megnyitó, úgyszintén a befejező beszédet *Politzer* mondotta. Az elsőben ráutalt a fülészlet fejlődésére és többek között *Hyrtlnek* a fül bonczana körül szerzett érdemeire utalt, és bizonyára csak szerénységből hallgatta el a bécsi iskola befolyását a fülorvostannak *Tröltsch* által megvetett *modern* irányára, melyben az oroszlanrész ezen iskola, jelesen pedig magának *Politzernek* és *Grubernek* munkálkodását illeti. A záróbeszédben P. rövid pillantást vet a szakosztály tárgyalásaira, melyekben a fülorvostan minden egyes ága lett érintve. És ha tekintetbe veszszük, hogy a személyes érintkezés folytán mennyi impulzust nyerhetett minden egyes résztvevő, ezen szakosztály működése eredmény tekintetében bátran sorakozhatik a többi német vándorgyűlés fülorvosi szakosztályában kifejtett munkálkodáshoz.

Az egyes üléseken hallottakról és látottakról röviden a következőket említem:

Rohrer, zürichi docens, számos ábra és fényképi rajz bemutatása kapesán a *fülkagyló fejlődési rendellenességeiről* szólván, különösen az *antehelix* veleszületett abnormitásait fejtegeti. A tisztán morpho-embryologiai előadáshoz *Gradenigo* szól és a R. által említett negyedik *crus anthelialis supranumerarium* ot a barom- és juhánál található *tuberculum centrale*-vel homolog képletnek mondja.

Egy következő előadásban R. *hysterikus süketség* és *torpor nervi acustici* czímen néhány érdekes esetről számol be. Az előadást követő vitában *Politzer* arra figyelmeztet, hogy a hallóideg energiájának lezállított voltakor, a tömkeleg tokjának elsöleges megbetegedését mutathatta ki. *Urbantschitsch* a R. által említett *torpor nervi acustici*-ra vonatkozólag egy esetet említ, melyben a beteg a nap bizonyos órájában siket; különben hivatkozik esetekre, melyekben a középső fül kezelteése még a másik fül idegkészülékére is volt befolyással. *Gradenigo* feleslegesnek tartja a *torpor* elnevezést, mely különben megfelel a *hypo*- vagy *anaesthesia acustica hysterica*-nak. *Brieger* és *Zaufal* szintén feleslegesnek mondják az új elnevezést; B. különben a R. által „torpor“ név alatt leírt tüneteket úgy a *traumatikus neurosis*, mint a *hysteria* alkalmával található tünetekkel azonosaknak véli. *Gruber* figyelmeztet arra, hogy a középső fülben objective kimutatható elváltozások lehetnek, a nélkül, hogy azokat élőben, kivált ha a dobhártya érintetlen, kórismézhetnők. A hysterikus siketség diagnosisa csak akkor van helyén, ha egyéb tünetek is hysteriára utalnak, a mit ő csak ritkán talált. *Rohrer* válaszában kiemeli a különbséget a „hysterikus siketség“ és a „torpor“ között, miután utóbbinál hysterikus vagy neurasthenikus tünetek ki nem mutathatók.

Szenes dr. (Budapest) a *siketnémáságról* szóló előadásában azon vizsgálatok eredményéről számol be, melyeket a vácsi siketnéma-intézet 124 növendékénél eszközölt, mely vizsgálatoknál a hallóképességnek esetleg még meglevő maradékaira is volt tekintettel. — *Rohrer* ezzel kapcsolatban egy észlelt eset alapján kérde Sz.-t, mit vél a *siketnémánál újabban cultivált hallási gyakorlatok értékéről*. Sz. e kérdésre előadásában ki nem terjeszkedett, mert *Urbantschitsch* e themáról külön előadást jelentett be, és ekkor majd alkalma lesz a kérdésre vonatkozólag nyilatkozni, annyit azonban most is említhet, hogy a szóban levő gyakorlatok értékének megítélésekor óvatosak legyünk, mert akárhányszor történhetik, hogy siketnémának tartott gyermeknél bizonyos idő elteltével, mint az különben a R. által említett esetben is történt, a beszélő képesség magától is visszatér minden különös gyakorlás nélkül, és ily esetek azután az illetők részéről mint olyanok demonstráltnak, melyekben az eredmény csakis az említett gyakorlatoknak köszönhető.

Egy másik előadásában *Szenes* újabb adatokat szolgáltat a *dobüreg heveny genyedő lobjának gyógyulását elősegítő szövődményéhez*, mely complicatio az *otitis externa diffusa* tipikus képében nyilvánul. Sz. eddig már 41 oly esetet észlelt, melyekben a dobüreg nevezett bántalma, a szabályszerű kezelés daczára, csak akkor gyógyult, midőn a külső hangvezető lobja társult hozzá. Az előadást követő vitában *Brieger* említi, hogy ő is látott eseteket, melyekben az *otitis externa* a dobüri folyamat tartamát feltűnően megrövidítette, mindazonáltal nagyon is megfontolandónak tartja, vajjon mesterséges módon idézzünk-e elő külső hangvezetőlobot, mint azt *Colladon* ajánlotta. *Kaufmann* említi, hogy csak ritkán látott ily complicatiót. *Gomperz* megjegyzi, hogy a hozzászövődött külső füllob azért lép előtérbe ily bántalomnál, mert fájdalommal jár, nem oszthatja azonban *Brieger* nézetét, mert a külső hangvezetőnek ilyenkor beálló elzáródása a dobüri folyamatnak lefolyására csak hátráltató lehet. Sz. válaszában kiemeli, hogy az említett esetekben az *otitis externa* kimutatható ok nélkül lépett fel és nem idéztetett elő műveleg, mint azt *Colladon* tette. Feltűnő jelenség csak az, hogy a dobüri genyedés a rendszeres kezelés folytán csökkent bár, de teljesen csak akkor szűnt, midőn előzetesen az *otitis externa* jelentkezett, s miután utóbbi néhány napi tartam után meggyógyult, a dobüri genyedés is megszűnt volt.

Végül *Szenes* még a *carbolyglycerin* és *menthol* gyógyértékéről *fülbántalmaknál* czímű előadásában egyrészt 130 eset kapesán a dobüreg heveny lobjának kezdeti stadiumában a 10—15—20%-os carbolyglycerint ajánlja, másrészt pedig, 150 esetben szerzett tapasztalatok alapján, a külső hangvezető *furunculosisa* és *diffus duzzanatai* ellen a 10—15—20%-os menthol-olajos tamponokat ajánlja, mely igen kényelmes és e mellett antiseptikus kezelési mód. *Gomperz* ezzel kapcsolatban a dobüreg heveny lobjánál az 1—2%-os menthol-olajat beesepegtetésre, az 5—10%-os oldatot pedig a dobüregben eszközlendő edzésekre ajánlja.

Gradenigo tanár (Turin) a *luës hereditaria tarda kapesán fellépő dobüreg-sklerosistról* mint *parasyphilitikus* affectióról szól, mely a *Hutchinson* és *Hinton* által leírt luës tarda alfajaként tekinthető. Klinice megfelel a bántalom a dobüreg idült hurutjának, ha az a tömkeleg is körébe vonta. Antiluëtikus kezeléstől, ha későn nem fogatosítatik, kedvező eredmény várható. *Gruber* említi, hogy egyik elhalt assistense, *Wielthe*, kereste az összefüggést a dobüreg nyákhártyájának sklerotikus megbetegedése és a luës között, mely elég gyakran ki is volt mutatható. Különben ő maga *Sigmund* és *Hebra* osztályain e kérdéssel behatóbban foglalkozván, azt hiszi, hogy sok esetben a sklerosis antiluëtikus gyógymód által lényegesen javítható.

Második előadásában *Gradenigo* „hallótér és hallóerő“ czímen ajánlja, hogy hangvillák részére az időtartam százalékanak négyzetgyökét tüntessük ki graphice a hallótéren, és legyünk figyelemmel a hallóképességnek alsó és felső határaitra is.

Gomperz docens (Bécs) beteget mutat be, kinél a *bulbus venae jugularis előretüremkedése* a dobüregben látható. Hasonló esetek az irodalomban közöltettek, melyek mindegyikében a fogatosított dobhártya-paracentesis életveszélyes vérzésre vezetett.

Gyarmat, Hölbling M. Pécs, Jármay L. Meran, Janoki I. Kuczora, Jékel L. N.-Károly, Jellachich K. Dárda, Jeszenszky B. Temerin, Kaufner D. Meran, Kaufmann E. P.-Szaboles, Kempf I. Debreczen Korda E. Tasnád, Koreck I. N.-Csanád, Kraemer L. N.-Szöllös, Kremnitzky I. Simon-Tornya, Kropil I. Pozsony, Lányi B. A.-Maróth, Lányi L. Szabadszállás, Lechner K. Kolozsvár, Löwensohn M. P.-Diószeg, Löwien I. Trencsén, Löwinger R. Salgó-Tarján, Löwy M. Tolna-Tamási, Markus M. Siklós, Mezey G. Bihar-Torda, Molnár I. Csikszereda, Nádaskay B. Budapest, Nagy I. Dobritza, Ney I. Siófok, Novák I. Szabadka, Nuszer L. Munkács, Pollak I. Devecser, Posgay L. Arad, Rosenbaum I. Báau, Schönfeld M. Kis-Terence, Strasser V. Szomolán, Straub L. Moson-Szolnok, Steiner M. Győr, Sugár D. Margitta, Szepesi orv.-gyógyász. egyesület, Tauffer I. Temesvár, Udránszky L. Kolozsvár, Ungár M. Levél és Zechener G. Körmöczbánya. — *Liebmann Mór* dr. egyet. m. tanár, pénztáros (Andrássy-út 13. szám.)

† **Elhunyt:** *Barna Ignác* dr., ismert fővárosi fogorvos, ehó 23-dikán, 73 éves korában. Az elhunyt számos latin klasszikust fordított magyarra, a miért is az akademia levelező tagjává választotta.

—r. Nélkülözhetlen tájékoztatót nyújt minden magyar orvosnak a *Pesti Alfréd* által szerkesztett *orvosi évkönyv és különleges* címűtár. Az 1895. január hó végén megjelenő kiadásban a vidéki és fővárosi orvosok jegyzékei már egyesítve lesznek.

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság

Budapesten.

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

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-kórházban 1894. november 22-től egész november 28-ig ápolott betegekről.

1894.	Felvett			Elbocsátott			Megment			Maradt			Az ápoltak közül			
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülési	heveny fertőző	az álló-úti kórházban
Nov. 22	57	41	98	55	31	86	5	4	9	1149	867	2016	1047	30	75	864
23	63	37	100	32	30	62	4	3	7	1176	871	2047	1051	31	73	892
24	53	44	97	82	33	115	3	3	6	1144	879	2023	1029	31	72	891
25	36	24	60	38	22	60	1	4	5	1141	877	2018	1026	31	68	893
26	72	55	127	45	45	90	6	1	7	1152	886	2038	1033	31	69	905
27	44	41	85	52	31	83	2	2	4	1142	894	2036	1042	31	67	896
28	52	31	83	44	51	95	2	2	4	1148	872	2020	1027	32	63	898

HIRDETÉSEK.

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE	BUDAPEST VII., KEREPESI-ÚT 52.
---	-----------------------------------

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

dr. VAS BERNÁT és **dr. GARA GÉZA** a laboratorium vezetői.
Poliklinika: VII., Dohány-utcza 31. szám.

Dr. ROSENAU (Bad Kissingen) Montecarlo.



47 **Univ. med. Dr. PÉCSI DANI**
nyilvános
TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE
TÜRKEVÉN (Jász-Nagykőrös-Szolnokmegye)
tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot, a következő árakon szállít:

50 egyénre (kb. 1 gramm)	3.-
100 " (kb. 2 gramm)	6.-
1 phiola 2-3 egyénre	0.60
10 vagy több ilyen phiola á	5.50
1 phiola 15 egyénre	2.50

Csomagolásért 20 krajczár

Med. univ. Dr. BÁCISKAY BÉLA
nyilvános tehénhimlőtermelő intézete

← ARADON →

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

Egy phiola 50 egyénre (1 gr.)	3.-	100 egyénre való 8-10 phiolába	
Két " 100 " (2 gr.)	6.-	osztva	7.-
Egy " 3 " "	0.50	Saját tulajdonyú szabályozható scarifkator (igen kedvelt oltó-eszköz)	1.25
" " 15 " "	2.-		

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanárségéd.

Dr. HERCZEL
heidelbergi egyetemi m. tanár

Sebészeti Sanatoriuma.
Sebészeti és nőgyógyászati magán-intézet.

BUDAPEST
VI., Felső erdősor 5. sz.

Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Rendelő órák: 9-10 és 1/2-4-ig; szegényeknek á. e. 48 8-9-ig. — Kívánatra prospectus.

Természetes szén-savdús svanyáviz a mohai

ÁGNES

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

Járvány idején préservatív gyógyszernek bizonyult.

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

Kapható mindenütt.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ:

HÖGYES ENDRE

EGYETEMI TANÁR.

Kiadóhivatal:

IX. ker., Várház-körút 9. sz.
A lap előfizetési ára: helyben és vidéken egész évre 10 forint (20 korona), fél évre 5 forint (10 korona), negyed évre 2 forint 50 krajár (5 korona). Orvos- és gyógyszerész-hallgatók felét fizetik; vidéken lakók azon felül számonkint 1 krajárt. Hirdetések árjegyzék szerint. Fizetések és reklamációk a kiadóhivatalba bérmentve küldendők.

Szerkesztőség:
IX. ker., Várház-körút 9. sz.
A lap megjelenik minden héten vasárnap 1/2-2 iven.
— Mellékletei 1—2 iven: a „Szemészet” minden páratlan hónapban, a „Közegészségügy és Törvényszéki orvostan” négyeszer, „Újabb gyógyszerek és gyógymódok” kétszer egy évben.
Kéziratok és közlemények a szerkesztőséghez bérmentve küldendők.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Navratil Imre tnr.: Lékelésekről háborúban. 583
Martiny Kálmán dr.: Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem II. számú (Réczey Imre ny. r. tanár) sebészeti klinikumáról. Adatok a trepanatio javulatahoz 584
Gensersich Gusztáv dr.: Közlemény Heubner tanár, kir. tanácsos, lipcsei gyermekgyógyászati klinikájából. Bacteriologiai vizsgálatok az ú. n. septikus diphtheriaról 587

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.
Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXII. rendes ülés, 1894. november hó 24-dikén.)
Szili Adolf dr.: Coloboma oculi esete. 588
Herczel M. dr.: Nyelvrákknak általa 2 év előtt operált esete 588
Grósz Emil dr.: Degeneratio amyloidea conjunctivae esete 589
Grósz Emil dr.: Látóidegsérülés esete 589
Dollinger Gyula dr.: Máj- és vese-echinococcus betegeken végzett műtétek. 590

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Adolphe Pinard: De l'agrandissement momentané du bassin . . . 591

II. Lapszemle.

Gyermekgyógyászat.

Wieland: A narcosisokról a baseli gyermekkórházban. 591
Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.
1. A chloroform-narcosis új módja. — 2. Haemalbumin chlorosis ellen. — 3. Piperazin hólyaghurut gyógyítására 591

TÁRCZA.

Szenes Zsigmond dr.: A német természettudósok és orvosok 66. gyűlése. A fülorvosi szakosztály üléseiről 592

Heti szemle.

Országos közegészségi tanács. 593
Vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetés. — Egyetemes orvosdoktorokká felavatottak. — Egyetemi alkalmazások. — A bécsi egyetemi orvosi kar látogatottsága. — A bécsi egyetem új szemészstanára. — Fürdőirodalmi könyvtár. — A budapesti orvosi kör orsz. segélyegyletének pénztára. — Elhunyt. — Pesti Alfréd Orvosi évkönyve. — Szent-Lukács-fürdő. — Kimutatás a fővárosi közokórházakból 593

BORITÉK. Pályázatok. Kőrörvosi állomás: Nemes-Ócsa I.

Hirdetések. Fürdők és fürdő-országok: Czirfusz Dezső dr. San Remo III. — Rosenau dr. Montecarlo 594. — Szemere Albert dr. Abbazia II. — Sanatoriumok. Intézetek: Dollinger Gyula dr. testgyógyászati Budapest 594. — Grünwald dr. sanatoriuma II. — Herczel dr. sebészeti Budapest 594. — Loew dr. sanatoriuma Bécs I. — Mátra Gábor dr. vegyi intézete Budapest 594. — Reich Miklós testgyógyászati Budapest I. — Svetlin kedélybeteg Bécsben I. — Vas dr. és Gara dr. laboratoriuma 594. — *Asvány*

cizek és termékei: Ágnes forrás 594. — Mattoni lápfürdők II. — Saxlehner Hunyadi János keserűvíz II. — *Ojóanyagtermelő intézetek*: Bácskay Béla, Arad 594. — Pécsi Danil Turkevo 594. — *Gyógyszerek*: Budai gyógyszerész szereit III. — Diósy orig. szirupja IV. — Fellows dr. szereit II. — Guajacolcarbonat III. — Ichthyol III. — Overlach-féle Migränin I. — Pil. Jungfer IV. — Pil. sang. Krewel II. — *Vegyesek*: Eggenberger II. — Tarnóczy gőzfertőtlenítő készülékei II. — Weszely István és Társa mü- és kötszerei IV. — Uebe hőmérői IV.

PÁLYÁZATOK.

5926/1894. k. i.

A nemes-ócsai egészségügyi körbe beosztott Alsó-Gellér, Bagya, Csicsó, Felső-Gellér, Füs, Nagy-Tany, Kolos-Néma, Nemes-Ócsa községekből és 6086 lélekből álló 500 fős fizetéssel javadalmazott kőrörvosi állomás, a járási orvosnak a szolgabíróság székhelyére Komáromba történt áthelyezése folytán üresedésbe jöven, ezen állomásnak választás útján eszközölendő betöltésére 1894. évi deczember 15-ik napjának délelőtti 10 órájára Nemes-Ócsára, mint a kőrörvosi állomás székhelyére, a község házához tüzetik ki, s a pályázni óhajtok felhívattak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket a választási határidőt megelőző 48 órával a csallóközi járás fösószolgabírájához adják be, mert a később érkező kérvények figyelembe vételét nem fognak.

Komárom, 1894. évi november hó 10-dikén.

A fösószolgabírói hivatal.

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

DR. REICH MIKLÓS

TESTEGYENÉSZETI ÉS GYMNASTIKAI

GYÓGYINTÉZETE

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

Dr. Overlach-féle Migränin.

Oroszlán védjegy.

(Czitromsavas Antipyirin-Coffein.)



Csakis **Dr. Overlach-féle migränint** oroszlan védjeggyel kell kérni és a vényen „**Migränin Höchst**” rendelendő. Legjobb közép adag, felnőtteknél 1-1 gr., egyszer vagy többször naponként, porban vagy oldatban.

Egyedüli gyár: **Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Höchst a. M.**

1. Kifűnőnek bizonyult a migrän legsúlyosabb eseteinél, továbbá az alkohol-, nikotin- és morphium-mérgezésnél, neurastheniánál, influenza stb. mellett mutatkozó fejfájásnál.

2. Legjobb antipyreticum fenyegető elesésnél, miután a Migränin Coffein tartalma egyuttal **analepticum** gyanánt kiváló hatással bír.

Sanatorium

BÉCS,

IX., Mariannengasse 20.

Ezen külön e célra újonnan épült házban minden kigondolható, a betegápolásra szükséges készülék foglaltatik. Hideg vízkúra, kádfürdők, teljes fürdő, gőz- és zuhanyfürdők, pneumatikus készülék belégzési kúrához, ép ilyenek sűrített és ritkított levegővel, villamos gyógyeljárások, mitóterem és laboratórium teljes sebészeti eszköztárral, kötőszerek, hordozó ágyak stb., Hebra-féle vízgy, kék szobák új világosságot elzáró készülékkel, műtőágyak szembetegek számára stb., röviden mindazon gyógyeszközök, melyek a legújabb tapasztalatok szerint szükségesek.

Nagy foyer, olvasó- és társalgó-terem, könyvtár, központi fűtés, kert, téli kert, személy-felvonó stb. közhasználatra állanak.

Három orvos és iskolázott ápolók és ápolónők teljesítik a belső szolgálatot.

Elegánsan butorozott, kizárólag szép világos szobák, kitiűnő konyha és szolgálat mérsékelt árak mellett. Felvilágosítással szolgál a tulajdonos

Dr. Loew Antal.

Kedélybeteg és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

III. ker., Leonhard-utca 3-5. szám alatt. 17



Pilul. Sanguinali Krewel

természetes vérképző szer, legtökéletesebb és észszerűbb gyógyszer sápkór, anaemia, görvéllykór és idegkimerülés (Neurasthenia) ellen, erélyesen ható zsongító

Védő-jegy.

gyengeségi állapotoknál és üdülésnél.

Minden labdaes 5 gramm friss vérnek lató alkatrészeit tartja és pedig:

Hämoglobint	10%
természetes vérsókat könnyen oldható alakban.	46%
friss peptonizált izomfehérnyét	44%

Pilul. Sanguinali Krewel a leggyengébb gyomor jól tűri, emésztési zavarok ki vannak zárva, és tartóssága ezen absolut bakteriummentes készítménynek határtalan.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot 0,05 és 0,10 valamint

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Guajacol carbon. 0,05.
Dr. Finkler bonni tanár szerint.

A gümőkór és azzal kapcsolatos sápkór alakjainak gyógyítására. Igen könnyen szedhetnek, kitűnően türetnak és meglepő sikert mutatnak fel. Pilul. Sanguinali Krewel és Pilul. Sanguinali Krewel cum Kreosot. 0,05 csakis a fennebbi védőjeggyel ellátott eredeti flaconokban orvosi rendelésre minden gyógyszerárban kaphatók.

Minták kísérletekre valamint leírás számos véleményes jelentéssel az orvos urak számára kívánatra ingyen és bérmentve szívesen küldetnek meg.

Krewel & Co., gyógyszer. R. m. Kölnben Steinstrasse 21.
Pharmaceutikus készítmények gyára.

A „Füüdőirodalmi könyvtár“-ban

az EGGENBERGER-féle könyvkereskedés kiadásában megjelent

s a téli évadra ajánlhatók:

PREYSZ. Téli klimatikus gyógyhelyek.

PREYSZ. A klíma hatása.

Epen most jelent meg:

BRUCK. Erzsébet-sósfüüdő Budapesten.

ABBAZIA

füüdőorvosa SZEMERE ALBERT dr. a mell- és torokbajok speciális orvosa. Lakása: Villa Szemere, a kikötővel szemben.

Lápfüüdők a házban.



Az ásvány-lápfüüdőknek egyedüli természetes pótléka a házban minden évadban.

MATTONI-féle LÁPSÓ száraz kivonat rekeszekben à 1 kiló.
MATTONI-féle LAPLUG folyékony kivonat üvegekben à 2 kiló.
MATTONI HENRIK, Budapest, Franzensbad, Karlsbad és Bécs.

Tussol

(Mandolasavas Antipyrin)
Német országos pátens által védve.

Uj kipróbált gyógyszer „szamárhüül” ellen.

Rendelés: Tussol, vízben oldó. Javitó: málnaszörp, nem tej!

Legkisebb adagok 1 éves gyermek számára: 2-3 x 0,05 - 0,1 gr.
" " 1-2 éves gyermek " 3 x 0,1 gr.
" " 2-4 " " 3-4 x 0,25 - 0,4 gr.
" " 4-5 " " s azon felül 4-szer és többször naponta 0,5 gr.

DR. GRÜNWALD SANATORIUMA

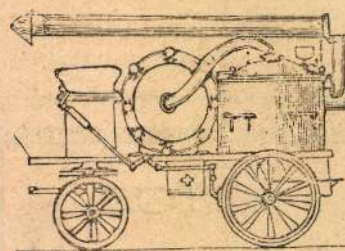
Budapest, VII. kerület, Városligeti fasor 15. szám.

(A király-utcai villamos vasút mentén.)

Ujonnan épült, minden komforttal és gyógyszerközzel ellátott magángyógyintézet. Felvételnek bármely gyógyszerkészségű beteg nők. — Gyógykezelés kívánság szerint bármely specialista által. Van külön szülészeti pavillon is. Állandó orvosi felügyelet. Kitűnő ellátás. Telefon. Kívánatra prospectus.

A nagym. Belügyminiszteriumnak 29013. sz. rendeletére

Szab. gőzfertőtlenítő - készülékek



széthordozható alakban, két kerékre szerelve, mint targonca, ló- vagy kézhuzatra, 4 kerekű vaskocsira szerelve lóhuzatra berendezve; különböző nagyságban, erős szilárd kiállításban; főelőnyei: anyagi és szerkezeti jósága, könnyű veszélytelen, szakértelmet sem kívánó kezelhetősége, könnyed szállíthatósága, gyors és feltétlenül hatásos működése; számtalan kimagasló szaktekintély egybehangzó véleménye szerint a legjobb és legtökéletesebb; hazai viszonyainknak leginkább megfelelő, a legolcsóbb és legkedvezőbb beszerzési árban; — továbbá tárgy-, hulla- és személyszállító, valamint szeméthordó fertőtlenítő kocsik tömör, könnyed járása, erős kivitelben, fertőtlenítőszer-láda és minden a fertőtlenítési eljáráshoz szükséges

összes fertőtlenítési eszközök a legjutányosabb és legelőnyösebb feltételek mellett kaphatók öt évi jótállás mellett

TARNÓCZY

tüztöltőszer- és gépgyár-részvénytársaságnál Budapesten

Iroda és gyár: Külső váci-ut 95. sz. Városi mintatelep: Teréz-körut 36. szám.

SAN REMO

az olasz Riviera legelőkelőbb és legkeresettebb téli klimatikus gyógyhelye. Minden kényelemmel berendezett lakások teljes ellátással igen mérsékelt árák mellett. **Magyar orvosa: Dr. CZIRFUSZ DEZSŐ**, ki szívesen ad minden e gyógyhelyet illető felvilágosítást. Lakása: **Corso dell' Imperatrice Nr. 8.**



ICHTHYOL

sikerrel alkalmaztatik:

NŐI BAJOK ÉS SÁPKÓRNÁL,

húgyeső-takárnál, bőrbetegségeknél,

az emésztő és vérkeringési szervek bajainál,

TOROK- ÉS ORRBÁNTALMAKNÁL

valamint mindennemű lobos és csúzos bántalmak ellen,

egyrészt kísérletek és klinikai tapasztalatok által bebizonyult

összehúzó, fájdalom-csillapító és antiparasitaer tulajdonságai,

másrészt

a felszívódást elősegítő és az anyagcserét fokozó hatásánál fogva.

A szert klinikusok és orvosok nagy száma melegen ajánlja és az egyetemi valamint városi kórházakban állandóan használják.

Az ICHTHYOLT illető tudományos cikkeket vénymintákkal ingyen és bérmentve szétküld az

ICHTHYOL-TÁRSASÁG

CORDES HERMANNI és TÁRSA, Hamburgban.

GUAJACOLCARBONAT

kitünő szer gümőkór ellen,

megszabadítja folyton a vért a bakteriumos mérgektől (Berl. Klin. Woch. 1882. 3. sz.), tartalmaz 90-95% legtisztább guajacol, de ment minden szag-, iz- és edzőhatástól s e miatt a legkényesebb betegek is szívesen veszik s nem hányják ki. Gyorsan emeli a test erőbeli állapotát és testsúlyt, pl. 23 fonttal 4 hét alatt. (Berl. Klin. Woch. 1893. 51. sz.)

A Guajacol hatását hagymáznál illetőleg l. „Allg. Med. Central-Ztg.“ 1893. 45. sz.

Irodalmi közleményeket és használati utasítást küld

Dr. F. von Heyden utódja, Radebeulben Drezda mellett.

Kapható droguista-nagykereskedésekben és a gyógyszerárakban.

Behring-féle

Diphtheria-serum

(Höchsti gyártmány)

kapható

a városi gyógyszerárakban

Budapest, Városház-tér.

KOCH-féle fecskendő

(Lautenschläger-gyártmány Berlin) igen kitünő kivitelben.

Nikkelfém-tokban 1 drb. 4 frt 50 kr.

SYR. HYPOPHOSPH. COMP. FELLOWS

Tartalmazza az emberi organismus leglényegesebb elemeit — kaliumot, meszet és vasat.

Tonicumokat — Chinint és Strychnint.

Agy- valamint idegerősítő — Phosphort, szörp alakban

Alkalikus hatással.

Hatásában minden mástól különbözik, a mennyiben igen nagy fokban előmozdítja a légzés alatt az oxydatiót, kellemes izzel bír, s igen könnyen türelik a gyomor által.

Nagy bizalomnak örvendő, kiváltkép a tüdőgümőkór, idült hörghurut és légzőszervek egyéb bántalmainak gyógykezelésénél. Sikerral alkalmaztatik azonkívül a legtöbb idegbetegségben és gyengeségi állapotokban is, valamint sápkórnál, vérszegénységben.

Gyógyító tulajdonai széles körben ismeretesek s főleg stimulans, tonicus és táplálkozást előmozdító hatásokban nyilvánulnak.

Hatása gyors, élénkíti az étvágyat és emésztést, elősegíti az áthasonítást.

A jólét érzetét kelti fel s megszünteti a levertséget, vagy búskomorságot; **ez okból felette fontos szellemi- és idegbetegségek gyógykezelésénél.** Nagyfokú erősítő tulajdonai és az elválasztások egészséges lefolyására gyakorolt jó hatása folytán a betegségek nagy számában van javalva.

Jegyzet. — Ovás. — A Fellows-féle szörp sikerei bizonyos egyéneket annak utánzására ösztönöztek.

Fellows úr megvizsgálta ezek közül néhányat, azonban nem talált kétféleséget sem, mely egyenlő összetételű lett volna, mindnyájan különböztek a valóditól az összetételben, a savmentességben, az oxygen behatásával szemben tanúsított magatartásban, midőn azok hő és fény hatásának tétettek ki, s végül abban, hogy a Strychnint nem tartalmazták oldatban, s nem fejtették ki ugyanazon hatást.

Orvos uraknak kísérletezésre mintaüvegek ingyen szolgáltatnak ki. Használati utasítás minden üveghez mellékelve.

Egy nagy üveg (500 gr.) ára 3 frt 50 kr. és egy kis üveg (250 gr.) ára 2 frt.

Magyarországi főraktár: TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerárakban Budapesten, Király-utca 12.

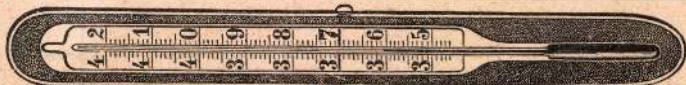
SOK A ROSSZ UTÁNZAT!

A jelenkor legjobb vaskészítménye az
ORIGINALIS SYRUP. FERRIALBUMINATI
WIEDERHOFFER-DIÓSY.

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

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

SOK A ROSSZ UTÁNZAT!



Orvosi perex maximum hőmérő, legfinomabb minőségű nickel- vagy börtökben, vizsgálati okmányokkal, minden tekintetben megbízható. Egy drb. ára 2.50 márka franco. **Wilhelm Uebe, Zerst-Anhalt.**

Saxlehner András, es. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

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

Bevásárlásnál a palack címkéjén olvasható

„Saxlehner András“

név figyelembe ajánlatik.

Pilul. Kreosot. Jungfer

0.025; 0.05; 0.1 és 0.15

ezukrozva és vanília-ízzel, eredeti skatulyákban névaláírással a 100 és 500 drb.

Jungfer kreosotlabdaccai a kreosotlabdacscok ismert előnyeinek kívül még következőkkel bírnak: 37° C. vízben már 30 perc múlva felpuhulnak; a kreosotot tartalmazó mag **feltűnően puha összeállású** és eltartva hónapokig, **nem keményedik meg**; a **kitűnő** cukorburok folytán a **kreosot** hosszabb eltartásnál **nem megy veszendőbe**; miután keserű anyagot (gentianát) tartalmaznak, fokozzák az étvágyat; a cukorburok **változatlanul szép fehér** marad és nem kap rossz szagot.

Kívánatra az orvos uraknak mintákat, melyekhez orvosi ajánlatok, valamint dr. Fresenius,

wiesbadeni tanár vegybontása és véleménye van csatolva, ingyen és bérmentve küld

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerértára, Budapest, VI. Király-utca 12. sz. a.

ADLER APOTHEKE, Breslau, Ring 59.

ADLER APOTHEKE, Breslau, Ring 59.

*Szíves pártfogását kérjük műhelyünk számára,
hol Londonból hozott*

kitűnő műköszörűsünk

és elsőrangú munkásaink bármely javítást, új constructiót, orthopediai munkát mérsékelt áron készítenek.

Weszely István és társa,

Budapest, Múzeum-körút 37. sz.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÖRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gyermekkori lithiasis hazánkban.¹

Irta *Bókai János* dr., egyet. rk. tanár, a budapesti „Stefánia” gyermek-kórház igazgató főorvosa.

Uraim! Magyarország gyermekorvosai, valamint sebészei már rég tudják, hogy hazánkban, különösen annak egyes vidékein a húgykő-képződés gyermekek között aránylag gyakran észlelhető. *Schöpf-Merei*, *Balassa*, *Bókai* sen., *Kovács* tanár, *Antal*, *Verebély*, *Singer Mátyás*, stb. ide vonatkozó munkái mind hangsúlyozzák ezen tapasztalatot s munkáikban a gyermekkori húgykövekre vonatkozólag sok becses adatot találunk. A gyermekkori húgykövek elterjedését honunkban egyéb kérdésekkel kapcsolatosan tanulmányozni óhajtván, ez év elején az ország összes gyakorló orvosaihoz kérdő-leveleket küldtem

szét, szám szerint 3400-at, s azon adatok, melyeket e helyen Önökkel közölni óhajtok, ezen gyűjtésnek eredményei. Fogadják azon nagyszámú ügyfél urak — s köztük első sorban *Kovács* tanár ó méltósága s *Singer Mátyás* dr. szegedi kórházi igazgató úr, — kik engem munkálatomban oly készséggel támogattak, legőszintébb s leghálásabb köszönetemet.

3400 kérdő-levelemre összesen 1621 gyermekkori köesetről nyertem tudomást. Ezen esetek közül 222 a *Kovács* tanár vezetése alatt álló egyetemi első sebészi klinikáról származik s ez magában foglalja néhai *Balassa* tanár anyagát is, 105-öt *Singer Mátyás* dr. észlelt, 449 a budapesti „Stefánia” gyermek-kórház beteganyagát illeti, 845 pedig az ország legkülönbözőbb részéből gyűjtetett össze.

Az ily módon tudomásomra esett 1621 gyermekkori köeset az egyes megyékben a következő arányban észleltetett:¹ (lásd ábra).²



Abauj-Torna	4 eset	Besztercze-Naszód	5 eset	Fogaras	1 eset	Kis-Küküllő	5 eset
Alsó-Fehér	4 "	Bihar	27 "	Gömör-Kis-Hont	4 "	Kolozs	5 "
Arad	45 "	Borsod	14 "	Győr	21 "	Komárom	91 "
Árva	— "	Brassó	12 "	Hajdú	16 "	Krassó-Szörény	10 "
Bács-Bodrog	143 "	Csanád	34 "	Háromszék	2 "	Liptó	— "
Baranya	44 "	Csik	— "	Heves	18 "	Mármaros	15 "
Bars	15 "	Csongrád	83 "	Hont	3 "	Maros-Torda	14 "
Békés	42 "	Esztergom	19 "	Hunyad	3 "	Moson	10 "
Bereg	10 "	Fehér	70 "	Jász-Nagykún-Szolnok	66 "	Nagy-Küküllő	2 "

¹ Előadatott a VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus gyermekegészségügyi szakosztályában.

² A térképen a fekete pontok egy-egy köesetnek felelnek meg.

Nógrád	18 eset	Tolna	73 eset
Nyitra	27 "	Torda-Aranyos	2 "
Pest-Pilis-Solt-Kiskún	384 "	Torontál	69 "
Pozsony	16 "	Trencsén	8 "
Sáros	3 "	Turócz	— "
Somogy	38 "	Udvarhely	10 "
Sopron	9 "	Ugocsa	1 "
Szabolcs	12 "	Ung	4 "
Szatmár	28 "	Vas	6 "
Szeben	2 "	Veszprém	25 "
Szepes	1 "	Zala	13 "
Szilágyság	7 "	Zemplén	14 "
Szolnok-Doboka	10 "	Zólyom	6 "
Temes	51 "		

Ezen átnézetből s a mellékelt térképből kitetszik, hogy honunkban a gyermekkori lithiasis illetőleg a legerősebben terhelt megyék: Pest-Kiskún (384), Bács-Bodrog (143), Csongrád (83), Tolna (73), Fehér (70), Jász-Nagykún-Szolnok (66), Torontál (69), Temes (51), Arad (45), Baranya (44), Békés (41) és Somogy (38). Magyarország 63 megyéje közül gyermekkori köveset, tudomásom szerint, egyetlen egy esetben sem észleltetett összesen négy megyében, t. i. Liptó, Árva, Csik és Turóczban. Ezen megyéken kívül egy-egy eset észleltetett Fogaras, Szepes és Ugocsában, két-két eset pedig Torda-Aranyos, Szeben, Nagy-Küküllő és Háromszék megyékben. A legerősebben terhelt városok a következők: Budapest 182 eset, Szeged 63 eset, Szabadka 16 eset, Duna-Földvár (Tolna) 15 eset, Székes-Fehérvár 14 eset, Jász-Berény 12 eset, Kecskemét 11 eset, Rákospalota 10 eset, Debreczen 9 eset, Zombor 9 eset, Soroksár 9 eset, Battonya (Csanád) 8 eset, Esztergom 8 eset, Nagy-Kikinda 7 eset, Jász-Ladány 7 eset.

1621 esetre kiterjedő statistikánkból kitűnik tehát, hogy különösen a Duna és Tisza-melléki vidéken fordultak elő feltűnően sűrűn a gyermekkori kövesetek, míg a felvidéken a lithiasis a gyermekkorban hazánkban a ritkaságok közzé tartozik. A gyermekkori kövesetek valamennyi megye között a legnagyobb számban Pest-megyében (384) s az ezen megyével határos megyékben észleltettek, míg azonban a Pestmegyétől délre, nyugatra, valamint keletre fekvő Bács-Bodrog, Fehér, Tolna, Baranya, Esztergom, Jász-Nagykún-Szolnok megyék eléggé nagy megbetegedési számokat mutatnak fel, addig éjszakon a Pestmegye közvetlen szomszédságában fekvő Hontmegyéből összesen csak három eset jutott észlelés alá. Érdekes, hogy míg a Tiszán túli megyék közül Csongrád, Torontál, Arad és Temes megyékben kövesetek gyermekek között nagy számmal találtak, addig a Temes- és Aradmegye szomszédságában fekvő Krassó-Szörénymegyében a kövesetek száma már jelentékenyen kisebb.

Hogy miben rejlik a gyermekkorra vonatkozó húgykő-esetek ezen egyenletlen elterjedésének oka, azt meghatározni mi sem tudjuk, csak negative merjük mondani, úgy mint mások (igy *Utzmann* és *Antal*, e korán elhunyt két jelese tudományunknak), hogy sem az ivóvíz minősége, sem a klíma, sem az athmosphaerikus és tellurikus viszonyok nem látszanak különösebb befolyással bírni a gyermekkori húgykővek előfordulásának gyakoriságára. Nem lehetetlen, sőt nagyon is valószínű, hogy a gyermekkori lithiasis keletkezése az életmód, nevezetesen a czélszerűtlen táplálkozás által jelentékenyen elő lesz segítve, így adataink is azt mutatják, hogy az eseteknek jórésze szegénysorsú szülők gyermekeinél fordult elő (*Bókai sen.*); azon körülmény azonban, hogy hazánk legszegényebb vidékein az éjszakon fekvő megyékben, így Liptó, Árva és Turócz megyékben gyermekkorra vonatkozó kövesetek egyáltalában nem észleltettek, a fenti nézet általános érvényességét megingatni látszik.

A kort illetőleg 1621 kövesetünk a következőleg volt osztályozható:

1 év	43 eset	6 év	187 eset	11 év	54 eset
2 "	120 "	7 "	145 "	12 "	78 "
3 "	225 "	8 "	94 "	13 "	36 "
4 "	234 "	9 "	80 "	14 "	37 "
5 "	184 "	10 "	49 "	15 "	55 "

Ezen táblázatból kitűnik, hogy a gyermekkori kövesetek zöme Magyarországon a 2—7-dik életévre esett, a legtöbb eset pedig 3—4 éves gyermekekre vonatkozott.

Az első évet illető 43 eset az első életév különböző szakaira a következőleg oszlott szét:

2½ hónapos	1 eset	8 hónapos	4 eset
3 "	1 "	9 "	4 "
5 "	3 "	12 "	24 "
6 "	6 "		

A legkisebb életkor tehát, melyben húgykő jelenléte hazánkban constatálva lett, a 2-dik életév volt. (Az eset a vezetése alatt álló kórházban észleltetett.)

Az 1621 gyermekkori húgykő-eset között 1150 hólyagkő s 471 húgyesőkö fordult elő, vagyis oly calculus, mely kicsiségénél fogva a hólyagból a húgyesőbe kerülhetett s a húgyesővön keresztül spontán távozott vagy onnan mülegesen távoztattat el. Azon nézetnek megfelelőleg, hogy a gyermekkori húgykő-képződés eredete összefüggésben áll az újszülöttek vese-infarctusával (*Bókai sen.*, *Utzmann*) s a kőképződés alapja már az első életnapokban lesz megvetve, valószínűnek látszik az, hogy a kisebb kövek átlagosan fiatalabb életkorra esnek, mint a nagyobb húgykővek. E kérdést illetőleg 96, a budapesti „Stefánia“ gyermekkorházban észlelt húgyesőkö-esetünkről a következő életkorokat jegyezhetjük ide:

1 év	10 eset	5 év	8 eset	9 év	2 eset
2 "	21 "	6 "	9 "	11 "	2 "
3 "	19 "	7 "	5 "	12 "	2 "
4 "	8 "	8 "	8 "	13 "	2 "

A húgyesőkö-esetek zöme tehát az első három életévben került észlelés alá, feltűnő azonban, hogy húgyesőkö-esetek még a kilencedik éven túl is 8 esetben fordultak elő kórházi beteganyagunkban. A 13-dik évre eső 2 húgyesőkö súlya 12, illetőleg 35 centigramm volt, a 12-dik évre eső 2 húgyesőkö súlya 8 és 25 centigramm, a 11-dik életévre eső 2 húgyesőköé 10 és 42 centigramm, a 9-dik évre eső két húgyesőköé pedig 30 és 45 centigramm. Azon körülmény, hogy húgyesőkö-esetek még a gyermekkor második felében is előfordulnak, bár kétségtelenül igen gyér számmal, nézetem szerint azt látszik bizonyítani, a mit különben *Utzmann* is concedál, hogy a gyermekkori húgykő-esetek fejlődésének legelső kezdete nem minden egyes esetben hozható direct összefüggésbe az újszülöttek vese-infarctusával, tehát az úgynevezett primær kőképződés alapja nem minden esetben a legelső csecsemőkorban vettetik meg, mert alig képzelhető el, hogy egy concrementum, melynek magvát az újszülött vese-infarctusa képezi, 11—12, illetőleg 13 év alatt a vesemedenczéjében, illetőleg a hólyagban 8, 10, illetőleg 12 centigrammnál súlyosabbra, tehát nagyobbra ne növekedett volna.

A nemet illetőleg 1621 esetünk között összesen 62 leány észleltetett, tehát a leánygyermemek az összes eseteknek csakis négy százalékát tették ki. Ez 1621 eset között észlelt 62 leánygyermek életkora a következő volt:

6 hónapos	1 leány
1 éves	2 "
2 "	1 "
3 "	8 "
4 "	8 "
5 "	7 "
6 "	8 "
7 "	9 "
8 "	5 "
9 "	3 "
10 "	2 "
11 "	5 "
12 "	1 "
13 "	1 "
14 "	1 "
	62 leány

A legfiatalabb életkor tehát, melyben leánygyermeknél nálunk húgykő constatáltatott, fenti táblázatunk alapján a 6-dik élethő, illetőleg első életév volt. A húgykőképződés leánygyermeknél leggyakrabban a 3—8 életév között találtatott hazánkban.

A húgykőfejlődés kóroktani mozzanatai között a gyermekkorban is kétségtelenül szerepet játszanak a vizeletkiürítést akadályozó tényezők. Ily tényező fiúgyermeknél a phimosis congenita. Az összegyűjtött összes anyagban a phimosis jelenlétére természetesen figyelemmel alig lehettem, kórházi anyagomban azonban, valamint az elő sebészeti klinika anyagában és Singer dr. betegeinél pontosan fel lévén jegyezve a húgykővel bemutatott gyermekbetegek vallása, az izraelita tehát circumcindált gyermekek százalékat 636 esetben pontosan meghatározhattam. Ezen esetek között összesen csakis 19 izraelita gyermek fordult elő, vagyis izraelita gyermekek körülbelül oly gyér számmal kerültek észlelés alá (3%), mint a leánygyermek (4%). Ezen feltűnő adatot W. Hunt már 1890-ben kiemelte az amerikai „Cyclopaedia of the Diseases of Children“-ben, a gyermekkori lithiasis tárgyalásánál. A feljegyzett 19 izraelita gyermek életkor szerint a következőleg oszlott meg:

3 éves	2 gyermek	5 éves	2 gyermek	10 éves	1 gyermek
4	4	6	1	11	1
4 ^{1/2}	5	7	1	12	2

Érdekesnek tartom ide jegyezni, hogy kórházi anyagomban egyetlen oly köesetet nem találok feljegyezve, hol hypopadiasis is lett volna jelen, pedig anyagunkban ezen fejlődési rendellenesség nem tartozik a ritkaságok közé.

Ezek azon statisztikai adatok, a melyeket gyűjtésem eredményeként a tisztelt szakosztályal ez alkalommal közölhetek. Bár különösebb adatokat ezen gyűjtésből nem mutathatok fel, ezen gyűjtés alapján azt hiszem eléggé biztos alapon megállapíthatom a gyermekkori húgykő-esetek elterjedését Magyarország különböző helyein. Mindenesetre érdekes volna azon térkép mellé, melyen feltüntettem hazánkban a gyermekkori lithiasis elterjedését, mellé állítani azon térképet is, mely elénk állítja a felnőtteknél észlelhető húgykő-esetek előfordulásának gyakoriságát Magyarországon. Miután a gyermekkori húgykőképződés, legalább is az esetek túlnyomó számában, sok tekintetben eltér a felnőtt, különösen éltesebb egyéneknél észlelhető húgykőképződéstől, ilyen összehasonlító tanulmány sok tekintetben érdekes leendő. Ily tanulmány alapján egyszersmind azon kérdéshez is hozzá lehetne szólni, hogy az öröklékenység, melyet W. Hunt fent idézett munkájában oly annyira kiemel, mily fokban játszik szerepet a gyermekkori köesetek egyetlen geographikus elterjedésében.¹

A lúdláb gyógykezelése.

Horváth Mihály dr.-tól.²

(Folytatás.)

Fentebb vázoltuk már a pes valgus contractus kórképét, melyet a pronatorok spasticus görese jellemez s utaltunk azon nagy részt elfogadott nézetre, mely a spasmus létrejövetelét magyarázza, mely egyszersmind az orvosi beavatkozás irányát is megszabja. E szerint a therapia feladata: 1. a talo-navicularis ízületet ellátó idegek fokozott ingerlékenységét csökkenteni s a pronatorok spasticus összehúzódását megszüntetni, hogy a supinatio kivihető legyen a nélkül, hogy e beavatkozásunk maga részéről a spasmust ismét előhívja; 2. igyekezni kell mindazon kóros elváltozást megszüntetni, melyek a spasmus létrejövetelét elősegíthetik.

Ha az első követelménynek megfeleltünk, akkor a pronatorok spasmusa által rögzített lúdláb helyett tulajdonképen

¹ E munkálat alapját képező statisztikai adatok sok fáradságot igénylő összeállítását Perényi István dr. kórházi első segédorvos írta végezte, miért neki e helyen is őszinte köszönetet mondok.

² L. Orvosi Hetilap 47. számát.

azon alakot találjuk magunk előtt, melyet a kezdődő lúdláb elnevezés alatt ismerünk s melynek kezelését az előbbieken már ismertettük. E szerint e helyen csakis azon eljárásokat tárgyaljuk, melyek a spasmus megszüntetésére ajánlottak. Ezek egyike rövidebb úton általános narcosis igénybevételével igyekezett ezéjét elérni; vele szemben a másik eljárás, mely tartós nyugalom, massage és hydropathicus begöngyölések alkalmazását írja elő, rövidebb-hosszabb idő alatt (pár naptól egész 1—2 hétig) vezet a spasmus oldódásához. Az ajánlott 2 eljárás közül az utóbbi nagyobb elterjedésnek örvend, egyrészt mert talán az általános narcosis nem mindig kivihető, de főleg, mert a betegek maguk is a látszólag kevesebb veszéllyel egybekötött gyógykezelésnek adnak előnyt.

Egyik legismertebb képviselője a massage-kezelésnek Landerer, ki — mint erről értesít¹ — a rendszeresen folytatott massageval még oly esetekben is eredményt mutatott fel, melyekben más orthopaedek készülékeit, sőt magát a massaget is sikertelenül alkalmazták.

Hasonló eredményekről értesítenek Lining és Schulthess², kik a beteget 10—14 napig ágyban tartják s massage mellett felmelegedő borításokat alkalmaznak. Bármily kedvezően hangzanak is ez értesítések, nem hallgathatjuk el ezen módszernek egy igen nagy hátrányát, hogy t. i. a beteg a kezelés alatt hivatásában akadályozva van, mert hosszas ágyban fekvésre van ítélve.

Lorenz, hogy az általános narcosist feleslegessé tegye, s a massage-kezeléssel járó említett hátrányt elkerültesse, néhány évvel ezelőtt a berlini sebészeti congressuson a spasmus megszüntetésére cocainnak a talo-navicularis ízületbe való fecskendezését hozta javaslatba. Támaszkodva azon kedvező eredményekre, melyeket Lorenz ez eljárásával az utóbbi évek alatt felmutat s melyeket hosszas észleléim alapján gyakran meglepőknek mondhatok, azon véleményemnek adhatok kifejezést, hogy ezen egyszerű eljárás teljesen pótolni fogja az eddig alkalmazásba vett methodusokat s hogy az, ki a spasmus megszüntetését e gyorsan ható eljárás segélyével megkísérelte, nem fogja többé betegét 1—2 hétig terjedő felesleges ágyban fekvésre kényszeríteni.

Miután Lorenz eljárása még eddig részletesen ismertetve nem volt, nem lesz felesleges, ha azt teljes egészében közlöm:

A Chopart-izület tájékának kellő tisztogatása után asepticus cautelák figyelemmel tartásával $\frac{1}{2}$ —1 cm³ 5%-os cocain-oldatot fecskendezünk a talo-navicularis ízületbe. Az anatomicus viszonyok útba igazítanak a beszúrás helyének pontos meghatározásában. A láb medialis oldalán ugyanis jól kitapintható, sőt gyakran szemmel látható sajkaesont hátsó szélé mögött 1—2 mm.-rel stüllesztjük be a Pravaz-fecskendő tűjét, ügyelve arra, hogy az akadálytalanul hatoljon be az ízületbe s ezért a beszúrásnál a tűnek oly irányt adunk, mely a beszúrás helyét és az 5. ujj első phalanxa basisát összekötő vonalnak felel meg, tehát a tűt kissé lefelé, ferdén előre és kifelé irányítjuk. A beteg e kis műtétet minden fájdalom nélkül jól tűri.

A befecskendezés után 5—10 perc múlva a fájdalom szűnetel, a spasmus oldódik s a láb, mely azelőtt még a leggyengédebb supinációs kísérletnek is ellenállott, most a pronált állásból könnyedén a supináltba vihető át s tetszés szerint pronálható és supinálható. A redressiónak mindenesetre nem szabad erőszakosnak, durvának lenni, mert számítanunk kell arra, hogy a cocain hatás még nem érte el tetőfokát. A kívánt supinációt egy jól fekvő, a lábat az alszár felső harmadáig magába foglaló gypskötéssel biztosítjuk, erre egy nemez-czipőt huzatunk s a beteg a kötés megkeményedése után lábát már járásra használhatja, 7—8 nap múlva a kötést rendes czipővel cseréljük fel, melyet modell után készített betéttel látunk el. A kezelést massage és supinációs tornagyakorlatok egészítik ki.

Mint az előadottakból kitűnik, az eljárást előnyösen jellegzi az egyszerűség, továbbá, hogy a beteg az első naptól

¹ Münch. med. Wochenschrift. 1891. Nr. 4.

² Zeitschft. für Orthopäid. (Hoffa.) I. kötet.

fogva munkáját akadálytalanul végezheti s hogy az általános narcosist feleslegessé teszi, e mellett meg biztosan számíthatunk arra, hogy a spasmust oldódásra bírjuk.

Motta¹ 20 esetben a cocain-injectio és megfelelő utókezelés segélyével nemcsak a spasmust szüntette meg, hanem a láb rendes alakját és működési képességét is helyreállította.

Miként az épen tárgyalt pes valgus contractusnál a spasmus volt az, mely akadályozta a redressiót s ennek megszüntetése előzte meg a tulajdonképeni therapiát, úgy a pes valgus rigiddé vált chronicus alakjainál azon feladat lép előtérbe, hogy a redressio eszközlése céljából az ízületek mozgékonyágát helyreállítsuk.

Az ízületek merevségének megszüntetésére különféle redressáló készülékekkel rendelkezünk, melyek közül különböző oldalról (König, Hoffa) főleg a Hausmann által szerkesztett ajánlatik, mely a mobilisatiót és redressiót folytonos nyújtás segélyével lassankint igyekszik elérni. A készülék lényeges részét a talphoz erősített lábdeszka képezi, melynek segélyével a láb minden physiologicus lehetséges állásban extendálható, e mellett a láb activ és passiv úton mozgatható; kiváló előnyét a készüléknek az képezi, hogy a lábnak rendszeres massageját is lehetővé teszi. Ezen eljárással 2—3 hét alatt a merev pes valgus mozgékonyává s a további kezelésre alkalmassá tehetjük. Mindezen előnye mellett azonban általános elterjedést még sem nyert a készülék, mert a teljes mobilisatio elérésére aránytalanul hosszú időt igényel.

A pes valgus szóban forgó alakjának kezelésénél sokkal tágabb tere nyílt a chirurgicus orthopaediának. A láb sceletumán létrejött elváltozások Kirmisson szerint egyenesen a sebészi beavatkozásra készítetik az orthopaedeket s szerinte ezen elváltozások a legkülönfélébb osteotomiákat, resectiókat teszik indicáltá. Eltávolítani véres úton azon lábtöcsontokat, vagy ezeket egyes részleteit, melyek a mobilisatiót és redressiót akadályozzák, hogy ez úton a láb rendes alakjának helyreállítása a normális lábboltozattal lehető legyen, ez jellemzi általában azon műtéteket, melyeket igen nagy számmal hozott ajánlatba az orthopaedia.

1878-ban Golding-Bird a pronatio megszüntetését és a rendes lábboltozat helyreállítását az os-naviculare s szükség szerint a caput tali resectiójával igyekezett elérni.

Vogt és Weinlechner nagyfokú lüdlábnál az ugrócsontot teljes egészében eltávolították. Weinlechner egy esetében² a láb 1 $\frac{1}{2}$ cm.-rel lett rövidebb a talus resectiója után (az ép oldalhoz viszonyítva), mely különbség később csak részben egyenlítődt ki. A láb működése az ugrócsonti ízületben akadályozott, a Chopart-izület mozgékonyága azonban kielégítő. Így értesít maga Weinlechner az eredményről, melyet nem tekinthetünk kielégítőnek, annál kevésbé, ha tekintetbe vesszük, hogy mindazon sebészi beavatkozás, melyek a lábtöcsontnak teljes egészében való eltávolítását kívánják, a láb sceletumot szinte eléktelenítik. A normalis lábboltozat helyreállításáról egyáltalában szó sem lehet, mert a talusnak eltávolításával megváltozik a lábtöcsontok sorozata, melynek egyes elemei rendes körülmények közt egymást gátolták abban, hogy a felülről ható erőnek engedve, lejjebb süllyedjenek. A talus eltávolításával megszűnik ezen kölcsönös gátlás, az izmok és szalagos képletek működése pedig nem elegendő a normalis viszonyok fentartására. Mindazon eljárás, mely a sceletum egy alakját távolítja el, eléri talán azt, hogy a láb a pronált állásból átvihető lesz a supináltba és hogy a működési zavarok, nevezetesen a fájdalmak, melyek a talus helyzetváltozásával összefüggésben voltak, megszűnnek, ezt azonban a rendes anatomicus viszonyok, a sceletumot alkotó elemek teljességének rovására érik el. A sceletum ily megsemmisítése után a működés lehet kielégítőbb, de sohasem normalis.

Különös felemlítést igényel a láb sceletumán végzett műtétek közül az Ogston által ajánlott ék alakú kimetszés a tarsusból,³ melyet utána Kandal, Franks, Sivan, Dixon-Jones, Kirmisson és mások igen sok esetben megismétltek. Ogston

eljárását a következő felvételre alapítja: A talo-navicularis ízület a bántalom későbbi stadiumában a lábívnek lesülledésekor a talpi oldalon tátong, azaz a sajka és ugrócsontok talpi szélükkel egymástól eltávolodnak, míg ezen ellenkező irányú forgás következtében a felső szélek egymásra még nagyobb nyomást gyakorolnak mint rendes körülmények között. Ennek következménye a felső részleteknek sorvadása, míg másrésről a caput tali az ízületi oldal felé szabadon fejlődhetik ki. Ogston szerint a caput talinak így keletkezett túltengése képezi a reductiónak legnagyobb akadályát, mely annál nagyobb lesz, minél inkább le és befelé dislocálódik az ugrócsont feje. Ogston szerint kezdetben a deformitás könnyen kiegyenlíthető, mert a reductiónak semmi nem áll még útjában; oly stadiumban azonban, midőn a plantaris felületen beáll a fokozott esontermelés, mely a kezdetben tátongó ízületet kitölti, a reductio eszközlésére a következő eljárást hozza javaslatba: A láb medialis oldalán a plantaris felülettel párhuzamos metszéssel megnyitja az ízületet; majd a szalagos képleteket eltávolítva ferde véső segélyével a sajkaesont és ugrócsont fejének az ízület felé tekintő részéből oly nagy éket metsz ki, hogy az ujonan nyert felületeknek egymáshoz való közelítésével a deformitás kiegyenlítessék. A redressio alkalmazásával Ogston az ugrócsontot lehetőleg felfelé nyomja, a lábat kellőleg supinálja s a 2 esonfelületet elefántesont-szegekkel egymáshoz erősíti. A teljes ankylosis beállásáig a supinált láb állását contentiv kötéssel biztosítja, 2 hónap mulva először kíséri meg a beteg lábára állani, hosszabb járás-kelest Ogston azonban csak $\frac{1}{4}$ év mulva enged meg.

Ogston az ék alaknak kimetszésével megszünteti a talo-navicularis merevségét s így a deformitás minden nehézség nélkül kiegyenlíthető lesz. A mennyiben Ogston ez eljárásával a supinatio és adductio elérését célozza, annyiban nem is tehetünk semmi ellenvetést annak elvi helyessége ellen. A kérdés azonban az, vajjon a redressio egy éknek kimetszését feltétlenül szükségessé teszi-e? Ha az ugrócsont csakugyan azon elváltozásokat szenved, melyeket Ogston a Volkmann-Hueter-féle theoria értelmében a nyomás alól felszabadult részeken fokozott esontermelés eredményének hajlandó tekinteni, akkor a kérdésre igennel felelhetünk. Lorenz azonban kimutatta,¹ hogy a esontok alakja nem szenved oly lényeges változásokat, mint azt eddig felvették s hogy a esontkinövések nem is a nyomástól felszabadult oldalra jönnek létre, hanem: „... sie sind Producte des durch Gelenkverschiebungen unter ungewohnten Druck gesetzten Periostes auf der belasteten Seite.“ Így tanítja ezt különben a Wolf-féle transformatiós törvény is, mely szerint a productiv változások a esont belső szerkezetében és külső alakjában épen a nagyobb megterhelés helyén jönnek létre. Ezek értelmében a reductiót a plantaris oldalon létrejött fokozott esontermelés, esontkinövés nem is akadályozhatja. Az ízületnek merevséget első sorban nem is a esontoknak megváltozott alakja kölesönöz, hanem az egy mechanicus factornak a következménye, a mennyiben a talus helyzetét változtatva a sarok és a sajkaesont közé erősen beékelődik s az így keletkezett abnormalis nyomás tovább terjed a szomszédos esontok és ízületekre. A supinatio valamely lábtöcsont, vagy esontrészlet eltávolítása nélkül is lehető lesz, ha oly erőt tudunk kifejteni, mely a beékelte ugrócsontot ismét kiemelni, avagy a merev ízületet ismét mozgékonyává tenni képes. A későbbiekben még rá térünk, hogy mikép igyekszik a Lorenz-féle eljárás a kérdést megoldani. Ha pedig rendelkezésünkre áll egy oly methodus, mely az Ogston-féle resectióval járó hátrányok nélkül a supinatiót lehetővé teszi, akkor az Ogston-féle eljárás többi előnyeire nem fektetünk nagy súlyt, hogy t. i. az az abductio és a talus helyzetének correctióját direct lehetővé teszi, mert bármely módon is érjük el, hogy a láb a supinációs állásban terheltessek meg, a sceletum az új staticai viszonyoknak megfelelőleg fog alakulni. Az Ogston-féle resectio azonkívül mint a többi műtét, melyek a Chopart-izület tájékán távolítanak el egy esontrészletet, vagy egy esontegészet, teljesen rendellenes viszonyokat

¹ Motta. Rif. med. 1891. május 1.

² Wien. med. Blätt. 1888. 10. szám.

³ Lancet 1884. Jan. 24.

¹ Lorenz. Die Plattfusslehre.

állandósít; e mellett pedig lemond a talo-navicularis ízület működéséről, mozgékonyaságáról. Tekintetbe kell pedig vennünk, hogy a supinatio és pronatio azon ízületekben történik, melyeket az ugrócsont a szomszédos csontokkal s így a sarka-csonttal is képez. A talo-navicularis ízület ankylosisa által e szerint ezen mozgások mindenesetre befolyásolva lesznek s így a működési eredmény teljesen kielégítőnek nem lesz mondható. Ismételve még egyszer, hogy Ogston bár elvileg helyesen jár el, midőn a supinatio elérését célozza, mindazonáltal a fentiek alapján az általa végzett műtétet nem tekintem olyannak, melylyel a lúdláb kezelésének kérdése véglegesen meg lenne oldva.

Az 1889-diki berlini sebészi congressuson Trendelenburg egy újabb műtétről értesít, melyet ő *supramalleolaris linearis osteotomiának* nevez. Azon figyelemre méltó eredmények, melyeket Trendelenburg eddig körülbelül 17 esetben felmutat, késztetnek arra, hogy eljárását részletesebb ismertetés tárgyává tegyem. Trendelenburg ezen operációjánál azon hasonlatosságból indult ki, mely egyrészt a Dupuytren-féle malleolaris fractura kapcsán létrejött traumaticus lúdláb, másrészt a közönséges pes valgus staticus symptomatológiája között fennáll. Mindkettőnél ugyanis az alszár a lábbal egy kifelé nyíló szöveget képez, úgy hogy a lábszár tengelye nem a láb hát közepét, hanem a láb belső szélét, vagy ahhoz közel eső pontot metsz át. Támaszkodva azon eredményre, melyet a traumaticus eredetű lúdlábnál a supramalleolaris osteotomiával elért, az elhanyagolt pes valgus eseteiben is ez analog műtétet kísérelte meg. Trendelenburg mindkét alszáresonton végzi az osteotomiát, míg Hahn, ki vele egyidejűleg, de teljesen önállóan végezte e műtétet, csak a tibia keresztülvadására szorítkozott. Az osteotomia után a segéd az alszárát rögzíti, az operateur pedig a lábat kellőleg adducálja és supinálja, mely állásban a láb 5 hétig gypskötés által fixáltatik. Az első kötést a 10—12-dik napon megújítjuk, hogy a láb helyes állásáról meggyőződhesünk. Erős callus képződése után 4—5 hét múlva teszi a beteg az első járási kísérleteket. A supramalleolaris osteotomiát nagy számmal ismételték meg mások is; többek közt Zeller, Landerer, Timmer, Meyer stb. Trendelenburg megjegyzi, hogy ezen operációjával nemcsak a láb normalis állását biztosította, hanem a lábholtozat is ismét újra képződött. S így ezen esetek szólnak legmeggyőzőbben azon tétel helyessége mellett, hogy a pes valgus therapiájának legfőbb feladatát a pronatio megszüntetésével a *normalis staticai viszonyoknak helyreállítása képezi.*

(Folytatása következik.)

Közlemény Heubner tanár, kir. tanácsos, lipcsei gyermekgyógyászati klinikájából.

Bacteriologiai vizsgálatok az ú. n. septikus diphtheriáról.

Genersich Gusztáv dr.

(Vége.)

Ha a streptococcusoknak nem is tulajdonítunk oly nagy fontosságot a diphtheria súlyosságának értelmezésénél, miként ezt mások teszik, úgy ama tény, hogy a diphtheria-esetek egy részénél streptococcus-invasio mégis előfordul, bizonyos más irányú szemlélődésre szolgáltat alkalmat.

A kérdés, melyet tisztáznunk kellene, a körül forog, hogy miből ismerünk rá a vegyes fertőzés létrejöttére, továbbá mit kell és mit lehet tennünk annak elkerülésére.

Behring a streptococcus-infectionnak 4 különféle súlyosságú fokozatát állítja fel, ú. m.: 1. Általános elterjedés és gyors halál a nélkül, hogy a szervezetben feltűnő változások létrejöttek volna.

2. A halál csak néhány nap múlva következik be, és akkor már apróbb genyőcsokok találhatók a belső szervekben.

3. Csak hörghurut és bronchopneumonia fejlődése követi az infectiót, mely esetben a prognosis már kevésbé kedvezőtlen.

4. A streptococcusok elgenyesztik a torokhoz közel levő nyirkmirigyeket és így mintegy saját magukat kűszöbölik ki.

Eseteink száma ugyan nem eléggé nagy, hogy mindezen alakoknak megvilágítására és megbeszélésére példákat és alkalmat szolgáltatna, de mégis némi támpontot nyújt.

A nyirkmirigyeknek elgenyvedését legközelebb egy esetben észleltem, mely gyógyulással végződött, tehát csak annyiban tartozik észlelési anyagomhoz, a mennyiben kórodai észlelésének ideje vizsgálati sorozatom időszakára esik.

A genyben staphylococcus pyogenes aureus mellett streptococcusok is találtak. Diphtheriánál azonban csak ritkán észleljük a mirigyek elgenyvedését, sokkal ritkábban, mint scarlatnál, erre az eredményre vezet a legtöbb klinikus észlelése. Ha azonban mirigygenyvedés előfordul és a genyben streptococcusok találhatók, akkor határozottan vehető fel a streptococcus-invasio, mely a mirigy elgenyvedésével kiküszöbölve ártalmatlanná válik és ritkán vezet általános infectióra. Különösen ki kell emelnünk, hogy a genyedésnek tovaterjedése a mellkas felé úgyszólván alig észlelhető, holott scarlatnál eléggé gyakran találkozunk ez eshetőséggel. Ez is arra mutat, hogy ha streptococcus-infectio történik is, a diphtheriás torok sokkal kedvezőtlenebb talajt képez a scarlatosnál.

Mi a bronchitiseket és bronchopneumoniákat illeti, úgy ezeket nagyon gyakran észleltük a klinikán és láttuk a boncasztalon, ha azonban Prudden diphtheria után fellépett pneumoniáknál gyakrabban is talált streptococcusokat, mint más eredetű pneumoniáknál, még sem lehet klinikai szempontból pneumonia vagy bronchitis jelenlétét streptococcus-infectio diagnosizására értékesíteni, mert mi igen gyakran észleltünk diphtheriánál, különösen croup-eseteknél haemorrhagikus pneumoniákat, melyekre nézve pl. *Barbier* a streptococcusok jelenlétét kizárja.

Azonkívül 25 bonczolatra került eset közül csak egy pneumoniát észleltünk, melynél a többi belső szervekben streptococcusok találtak.

Az is ritkán fordul elő diphtheriánál, hogy a belső szervekben kis genyőcsokok képződjenek. Eseteink egyike sem szolgáltatja e jelenséget, de ha a tüdőben genyes metastasisok jönnek létre, ha genyes pleuritisek és ízületi lobok kerülnek észlelésre, úgy ezeknek streptococcus eredete felől kételkedni nem szabad, ily eseteket elég sokszor van alkalmunk észlelni súlyosabb scarlat-esetekben.

A streptococcus-infectio legalattomosabb s leggyilkosabb alakját, a gyors általános elterjedést szervi változások nélkül azon négy esetünkre lehetne alkalmazni, melyekben a belső szervek vizsgálata streptococcusokat eredményezett.

De ha azt kérdezzük, hogy ez infectiót a betegágnál is felismertük-e, arra azt kell válaszolnunk, hogy ez nekünk csak 2 esetben következtetés útján sikerülhetett, midőn klinikailag is súlyos tünetek voltak kifejlődve. A 3-dik és 4-dik esetben meg voltunk lepetve a bacteriologiai vizsgálat tevőleges eredménye által.

Fentebb kifejtettük volt, hogy a legsúlyosabb diphtheria tünetei egyes egyedül a diphtheria mérgeinek következményei lehetnek. Ezen körülmény nagyon megnehezíti az egyes súlyos tüneteknek értékesítését a sepsis érdekében.

Tekintetbe véve pl. a bőr és nyákhártya-vérzéseket, minők a legsúlyosabb diphtheriánál előfordulnak, ezen tünetre betegeink közül két képviselőre akadunk; ezek a VII. és XVII. számú esetek. Mi azonban csak az egyik esetben találtunk streptococcusokat, a másokban a vérömlenyek csupán a diphtheria hatása alatt jöttek létre.

A nyirkmirigyek vizenyős duzzanatát néhányszor észleltük, legjobban a XVI. és XIX. számú esetekben volt kifejlődve.

Nemcsak az állalatti táj és a nyaknak a mellső része volt megdagadva, hanem a vizenyő elterjedett a mellkas felső része fölé is. Klinikai szempontból mindkét esetben gyanakodtunk streptococcusokra, de a gyanú csak a XVI-dik számú esetre nézve bizonyult indokoltnak.

Erős szájbűz, a torokrészetek üszkösödése úgy látszik hasonlóképen a diphtheria bacillusa által idéztetik elő, mert a bacteriologiai vizsgálat erre vonatkozólag is ellentétes eredményeket szolgáltatott.

Hasonló eredményre jutottunk a jellegzetes halványsággal és sajátságos földes, szennyes bőrszínésedéssel, továbbá a soporosus állapottal és súlyos adynamiával, a szívgyengeséggel, a nephritissel, mert ezen a legsúlyosabb diphtheriát jellegző tünetek jelen voltak súlyosabb eseteinkben, a streptococcus-infectiót pedig csak 2 esetben tudtuk kimutatni.

Hátra volna még a lázmenet megszemlélése. Általában véve egyetlen egy láztáblánkból sem lehetne streptococcus-invasióra következtetni. Csak kétszer észleltünk rendetlen lázt nagy ingadozásokkal, az egyik esetben (X-dik eset), hol tényleg streptococcusokat találtunk, pneumonia is volt jelen, mely a kórkepet complicálta és a XXII-dik esetben, hol minden szervben staphylococcusokat találtunk, septikus tünetek klinikailag nem voltak észlelhetők. A hőemelkedések pedig rendszeren egy végzett intubatio után következtek, mit a legkedvezőbb eseteknél is észlelni lehet, a hol tehát épen nem valószínű, hogy az intubatio által mindenkor streptococcusok is oltattak be, melyek lázt okoznak. Feltűnő magas hőemelkedéseket ötször észleltünk (III., V., VI., XII., XXV.), csak az V-dik számú eset nyújtott e lázon kívül más súlyos, illetőleg klinikailag volt septikus tüneteket és ebben az esetben is a staphylococcus lelet tagadó volt.

Ezek szerint még legbiztosabban a nyaki mirigyek elgenyvedését, genyes metastasisok képződését lehetne streptococcus-infectio kórisméjére értékesíteni, a többi súlyos tünetek között a nagyfokú oedema és a mirigyeknek erős duzzanata, magas láz, vérömlenyek csak bizonytalan támaszokat szolgáltatnak s legfeljebb valószínűvé teszik a streptococcus-invasiót.

Láttuk tehát, hogy a streptococcus-infectio kimutatása a kóragnál nem oly könnyű és nem is szükséges, hogy az orvosok nélkülözzenek minden bakteriologiai gondolkodást, hogy diphtheriánál a netalán jelenlevő sepsist elnézzék. A hiba különben nem is oly nagy, hiszen sokkal fontosabb szerepe van az esetek súlyosságának előidézésében a diphtheria-bacillusoknak. A mi a streptococcus invasio elkerülését illeti, úgy teljesen igazat adunk *Behringnek*, hogy ehhez tiszta, hygienice berendezett betegszobák szükségesek, és hogy elengedhetetlen követelmény, hogy kezelésünket a legnagyobb tisztasággal és asepsissel párosítsuk. A helyi kezeléstől azonban a legtöbb klinikus elállott, mert tőle inkább kárt, mint hasznot láttak. XXIII-dik esetünk példát nyújt arra, hogy a toroknak legmodernebb és alaposan keresztül fertőtlenítése is haszontalan lehet. Persze a sublimat és hydrargyrum cyanatum *Behring* adatai szerint a streptococcusokat nem bántja. El lehetett volna várni, hogy az orvosok és kórházak ellen elszórt sok igaztalan vád helyett *Behringtől* oly anti-septicumot kapjunk, mely a streptococcusokat ártalmatlanná teszi. A kali chloricum ezt bizonyára nem teszi, valamint nem hiszszük, hogy „rothadással járó súlyosabb diphtheriáknál szagtalanításnál egyéb hatása volna“.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXII. rendes ülés; 1894. november 24-dikén.)

(Vége.)

Bókai János. Csak röviden kíván néhány szóval hozzá szólni, hogy a tagtársak figyelmét felhívja egy egyszerű műtői beavatkozásra echinococcus hepatisnál. Ez a *Bacelli* eljárása. *Bacelli*, úgy tudja szóló, hogy az olasz szaklapokban nyilatkozott e tárgyban. A római congressuson újból szóba hozta a dolgot, de csak röviden, úgy hogy szóló a dologról bővebbet nem tud. De e néhány szó figyelmét megragadta. Az eljárás abban áll, hogy az echinococcus-tömlőt pungálja trokárrel, Dieulafoy segítségével ebből egy bizonyos kisebb mennyiségű folyadékot kibocsát és ugyanazon ülés alatt befejekezend 20 cm³ 1:1000 sublimat-oldatot. Ezt az eljárást, a mint szóló a néhány sorból kiveszi, csak egyszer végzi és úgy látszik nagyobb tapasztalata lehet, mert saját maga említi, hogy több esetben echinococcus-tömlőnek zsugorodását, eltűnését észlelte. A véletlen úgy hozta magával, hogy a gyermekkorházba egy echinococcus hepatis esetet vettek fel, 12—13 éves leánykát. Megpróbálta a *Bacelli*-féle eljárást, 30 cm³ folyadékot kibocsátott, 20 cm³ 1:1000 sublimat-oldatot befejekezend. Utána reactio nem volt. A próbabunctio az echinococcus kórisméjét kétségtelenné tette. Az esetet elbocsátotta,

javulva. Az elmúlt héten Csongrádról felrendeltem és constatálhatom, hogy a tömlő eltűnt, illetőleg zsugorodott úgy, hogy ma az nem volna diagnosztizálható.

Három héttel ezelőtt egy 13 éves fiúnál volt echinococcus hepatis constatálható. A punctió folyadékban echinococcus-horgok megtalálhatók, a diagnosis kétségtelen volt. Ennél is végezte ezen eljárást. Miután csak 3 hét folyt le, az eredményről természetesen nem szólhat, de a tömlő petyhüdtébb. A punctiót a betegek jól tűrik s miután az eljárás műtői beavatkozást nem igényel és veszélytelen, bár előadó szerint kérdés, hogy mindig veszélytelen-e, szóló a műtői orvosok figyelmébe ajánlja, hogy nagyobb számú esetek kezelése által az eljárásról felvilágosítást nyerhessünk.

Kéti Károly. Ezen *Dollinger* előadó tagtárs által felemlített *Bacelli*-féle eljárást, mely egy igen illetékes követőre akadt *Bókai* személyében, a római congressus előtt már két évvel ismertette *Bacelli*. Nagyon nagyszámú esetek kapcsán ismertette el eljárást, mely különösen echinococcus hepatis eseteiben feltűnő sokszor, legalább az általa tett közlésekben eredményre vezetett. Persze az eljárásnak egyszerűsége, és úgy látszik nem veszélyes volta annyira tetszetősnek tűnt fel, hogy ezen akkor tett közlemények meglehetősen nagy port vertek fel a sebész szakirodalom terén és épen a francziák, kik ezen eljárást utánozták, tették bírálat tárgyává és eseteik nagy része nem vált úgy be, mint a *Bacelli* által közölt esetek. Részben egyes esetekben a hatás elmaradt, máskor hosszabb idő múlva kiújulás látszott és hátrányosnak tetszett az, hogy a kiújulás esetében az operatív eljárás némileg meg lett nehezítve a lobos összenövések miatt. Ezért a francziák véleménye az, hogy a *Bacelli* eljárása nem vált be és bár egyes esetekben sikeres, de mindenestre ritkábban, mint *Bacelli* mondja. Szóló is azt hiszi, hogy az echinococcus hepatis vagy más szervben ülő tömlő operatív eltávolítása nagy műtét, ahhoz a műtét sebészen kívül sok egyéb is kell és így vidéken nem vihető keresztül, és ha most egy veszélytelen és egyes esetekben sikeres eljárásra tettünk szert, kétség kívül egészen helyes, indokolt, sőt kötelesség szerűen vehetjük kezünkbe, hogy adott esetben megpróbáljuk.

Dollinger válaszában megismerteti a *Bacelli*-féle sublimat kezelésnek különböző változatait és nevezetesen a Debove módosítását, a mely különösen Franciaországban alkalmaztatott több esetben. Míg a *Bacelli* módszerénél több esetben recidivákat irnak le, addig a Debove módszer, a melynél a tömlő egészen kiürítették és azután kimosatik, veszélyes, mert mérgezési tünetek léptek fel, sőt egy esetben halál. Figyelmeztett továbbá arra, hogy más esetekben a nem egészen tiszta fecskendővel a tömlő meg lett fertőzve és elgenyvedt, sőt olyan esetben is megtörtént ez, a midőn sublimat fecskendeztetett a hólyagba.

Miután a sublimat-befecskenésnek a célja az élősdit megölni, természetesen nem fog alkalmazásba vétetni ott, a hol a próbabunctio kideríti, hogy az élősd már úgy is tönkre ment, sem ott, a hol a tömlő elgenyvedt. Itt azonnal a sebészeti beavatkozás van javulva. Nem alkalmas a módszer a máj alsó felületén levő tömlőknél. A máj domborúságán levő élő tömlőknél érdemes a *Bacelli* módszer szerint egy befecskenést tenni, a mint azt *Segond* is ajánlja, de ha erre a tömlő nem zsugorodik, akkor nem ajánlatos tovább várakozni, hanem minél hamarabb műtét végzendő. Kérdés különben, hogy minden echinococcus, a melyet a sublimat megölt, felszívódik-e, hogy nem marad-e az meg sokszor azután is, mint egy sequester a májban s ezért nem lesz-e szükséges majd a sebészeti beavatkozás. Mindezen kérdésekre a gyakorlat meg fogja adni a választ.

Medvei Béla azt hiszi, hogy a resorptiót talán nem is annyira a sublimat-injectio, mint inkább a punctio által történő beavatkozás hozza létre. Erre vonatkozólag figyelembe veendőnek tartja *Jordánnak* analog közléseit, melyek szerint nagyfokú mellhártya-izzadmányok esetén, a mik közönséges eljárásra felszívódni nem akarnak, *Jordán* therapeutikus célból próbabunctiót végez, a mely után a resorptio gyorsan megindul.

Dollinger Gyula. Az echinococcusnak egyszerű punctióval való gyógykezelése soká divott, de a tapasztalat azt bizonyítja, hogy ily módon a gyógyulás a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

A máj helyzetváltozásának egy esete.

Imrédy Béla dr. egy 40 éves nőt mutat be, ki gyors egymásutánban 7 egészséges gyermeket szült. A szegénysorsú és többnyire nehéz munkát végző nő 1891-ben lassanként mindig gyengébb lett, majd a sárgaság jeleit vette magán észre. Ez időtájtban a máj tájékán sokszor fájdalmai is voltak. Kezelő orvosai epeköbántalomra gyanakodtak s a tömlők nyert felvilágosítás szerint 1893-ban a máj két ujjal haladta meg a bordáit, míg 1894 nyarán már jelenlegi nagyságát érte el és a lép is nagyobb volt. A beteg ekkor a II. sz. belklinikára vétette fel magát.

A beteg bőre élénk sárga színű, a jobb tüdőcsúcban csekély hurut mutatható ki, szív ép. Has elődomborodó, kissé lógó. A máj felső határa rendes, lefelé a bimbóvonalban a spin. oss. ilei ant. sup.-t 2 ujjal meghaladja. A szegymagellett vonalban a máj széle meredeken emelkedik fel, a köldök magasságában ettől jobbra egy ujnyira fekszik és ugyanitt két sekély bevágás tapintható. A máj széle a köldök felett csakhamar eléri a középvonalat és ebben halad fel függőlegesen a szegycsont alá. A májtompulat a középvonalban végződik és bal oldalon hiányzik. A máj oldalirányban könnyen, felfelé nehezebben tolható el és ugyanekkor a már rendszeren nehéz lélekzet fokozódik. Lép nagyobb, hasvízkór nem mutatható ki.

Tekintetbe véve azt, hogy a májnak a hasürben kitapintható része a máj jobb lebenye alakjának felel meg, a bal oldal felé tekintő

ményt látott a monyitvi mirigy massage-ától. E ezélra eszközt szerkesztett (200. old.), melylyel a végbélen át végzendő massage könnyű szerrel fogatosítható.

Az *ondószinór* és *mellékhere* gyuladást tárgyaló fejezet ábrákkal teszi szemléltethetővé a mellékhere különböző elváltozásainak képét és a therapeutikus részben az idült hydrocele orvoslását is ismerteti. Függetlenül a *spermatorrhoea* részesül megbeszélésben.

E szakasz további fejezeteit a nyirokedény- és nyirokmirigylob, a makkfitymalob, a paraurethralis és praeputialis menetek gonorrhoeája, a cowperitis, a húgyhólyag, az ondóhólyagcsák gyuladása és a papillomák képezik. A bő therapeutikus rész mindenütt tekintettel van a sebészi beavatkozásokra is.

A nő *kankójáról* szóló szakaszban szerző hivatkozással egy régibb munkálatára, megtámadja a „latens kankó” körjelzés jogosultságát úgy a férfinál mint a nőnél, és kifejti a női pseudogonorrhoeára vonatkozó elméletét, melynek létezését szerinte okvetlenül fel kell tételeznünk, ha a férfi pseudogonorrhoea létezését elismerjük.

A részletes tárgyalás kiterjeszkedik a szeméremtest, a hüvely, a hüvely és a méh kankójára, míg a méh függelékének kankó okozta megbetegedései, mint a nőgyógyászat keretébe tartozó bántalmak, csak rövid méltatásban részesülnek.

Az extragenitalis kankó alakjai közül Sz. megbeszéli a végbél kankóját és a szem kankós megbetegedésének prophylaxisát. Felhívja a figyelmet azon körülményre, mely szerint míg azelőtt az ophthalmoblennorrhoea okozta megvakulások óriási számával állottunk szemben, jelenleg Kézmárszky tnr. kóródáján a Credé-féle eljárás alkalmazása óta csecsemőn alig látnak szemkankót.

Minden szakasz utolsó fejezetét az arra vonatkozó irodalom felsorolása képezi. A műben való tájékozódást név- és tárgymutató könnyíti meg.

Novotny dr.

II. Lapszemle.

Kórtan.

A különböző fajta leukocyták megszámlálására új módszert ajánl *Elzholz*, melynek lényege a következő: A Thoma-Zeiss-féle vérszámoló keverőesővébe mindenekelőtt felszívja az ember szokott módon a vért a 0.5 vagy 1 jelig, azután glycerineosin keveréket szívunk fel, hogy a készülék felerészig megteljen. 3—4 percnyi keverés után gentiana ibolya-oldat szivandó fel a 101 jelig. Ujbóli keverés után a számláló-kamarába eresztendő és vizsgálható a vér. A glycerineosin-keverék összetétele a következő: 2%-os vizes eosin oldatból 7 gramm elegyítendő 45 gramm glycerinnel és 55 gramm destillált vízzel. A gentiana ibolya-oldat következőleg készül: 15 köbcentimeter vízhez 5—6 csepp tömény vizes gentiana-ibolya-oldatot és 1 csepp absolut alkoholt adunk. A polynuclearis neutrophil sejtek ibolyakék színűeknek, az eosinophil sejtek pedig ibolyavöröseknek látszanak; a lymphocyták és az átmeneti sejtalakok magvai kékek. Egy kevés sejt szintelen marad: ugyanezek az Ehrlich-féle módszerekkel is csak nagyon rosszul festhetők. A vörös vérszettek tönkremennek. Előnye e módszernek az is, hogy a lenkocyták sokkal egyenletesebben oszlanak el, mint a Thoma-Zeiss-féle módszernél. (Wiener klin. Wochenschrift, 1894. 32. sz.)

Belgyógyászat.

A zuhany hatására vonatkozólag végzett kísérletes vizsgálatokat *Heggin* Basch tanár laboratóriumában. A kutyákon végzett kísérletek a következő, gyakorlatilag fontos eredményekre vezettek. A rövid ideig (15 másodperc) tartó zuhanyok általában jobban hatnak, mint a hosszabb ideig tartók. Gyakran ismételt zuhanyozás esetén az általános állapot ellenőrizendő. A zuhany javítja a szív működését és növeli az arterialis vérnyomást. Olyan esetekben tehát, a mikor a vérnyomás növekedése nem kívánatos, a zuhany nem használható, így aneurysma, atherosclerosis, apoplexia eseteiben. Különösen óvatossá kell lenni öregebb egyéneknél és olyanoknál, a kik a légző szervek zavaraiiban szenvednek. Javalt a zuhany használata mindenütt, a hol fiatalabb egyének szív működését kell növelni és a pangást kedvezően be-

folyásolni, a mely pangás a szív működés gyengesége által feltételezett véráram-lassubodásra vezethető vissza, így chlorosisnál, anaemiánál, protrahált reconvalescentiánál, szellemi túleröltetés következményeinél, kífokú elhíjasodásnál stb. Arra vonatkozólag, vajjon a myocardium megbetegedéseivel alkalmazható-e a zuhany, még hiányzanak a klinikai tapasztalatok. (Zeitschrift für klin. Medicin, 26. kötet, 1. és 2. füzet.)

A mellékvesék kórtanához címmel tartott előadást *Berdach* a német orvosok és természetvizsgálók ez idei vándorgyűlésén. Előadó már 1889-ben ismertetett egy mellékvese-sarcoma esetet, melynél abnormis alacsony hőmérsékek észleltettek és már akkor felhívta a figyelmet ezen tünetre. Egy másik esetében tényleg sikerült ezen tünet figyelembevételével a mellékvesék megbetegedését megállapítani és a kórismét — minthogy tüdőgümőkór is volt jelen — mellékvesegümőkórra tenni; a kórboncsolás igazolta a kórismét. Pál-lal együtt kísérletes vizsgálatokat is végzett előadó, a mennyiben 12 kutyánál kiirtották mindkét mellékvesét. A hőmérsék ezen állatoknál tetemesen csökkent, egy esetben 7 fokkal. Másrészt azonban ezen vizsgálatok azt is kimutatták, hogy a mellékvesék nem okvetlenül szükséges szervek, a mennyiben az állatok a mellékvesék eltávolítását jól tűrték. Ellentétben *Jacoby*-val, a ki szerint a mellékvesék a bél gátlókészülékét képezik és így kiirtásuk után hasmenés jelentkezik, előadó állatainál a mellékvesék kiirtása után székszorulás mutatkozott. (München. medic. Wochenschrift, 1894. 43. szám.)

Szülészet és nőgyógyászat.

Medenczebeli exsudatumok vaginalis megnyitására ír *Goullioud*. Leroyenne módszere, a medenczebeli exsudatumoknak, a savós vagy a genyes pyosalpinxoknak, ovarialis tályogoknak stb. per vaginam való megnyitása, kisebb térre korlátozza az eddig használatos laparotomiát vagy a hysterectomia vaginalis-t is. A mellső hüvely-boltozatban levő genyfelhalmozódások esetén a rétegekkint való bemetszés ajánlatos, míg a hátsó boltozatban levőknel a Leroyenne ajánlotta trokar vezetése mellett bevitt Simpson-féle metrotommal széles nyílást kell metszeni. Ha erősen vérzik a mélyben, szivacsot kell behelyezni, később jodoformgazzal drainirozni, melyet 8—10 naponként megújítunk; csak nagy tályogoknál, erős secretiónál kell naponként kettős csövű katheterrel öblögetni. A punctiónál és metszésnél a rectum megsértését kikerüljük, ha bal kezünk mutatóujját a hüvelybe, középujját pedig a rectumba vezetjük. (Centralbl. f. Gyn. Nr. 38. 1894.)

A nephropexiáról ezim alatt *H. C. van der Lee* 6, nyúlón végzett kísérlet eredményét adja elő. A nephropexia lumbalis után a seb nyitvahagyásával és a jodoformgazzal való tamponaddal nem lehet a vese erősebb odanövését elérni, mint a seb direct, teljes elzárásával. Az odanövésre előnyös a capsula propria egy részének resecálása, a mi teljesen ártalmatlan a vesének. A varrásra használt anyag semmiféle befolyással sincs a megsebzett vese parenchym elroncsolódásának kiterjedésére; ez csak a fonalakhoz legközelebb eső szövetrészletekre szorítkozik. A fonalakat azonban 10—12 nap mulva el kell távolítani, különben nagyobb szövetrészletek sclerotizálnak. (Centr. f. Gyn. Nr. 39. 1894.)

N—y.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Vérzéscsillapításra** *Narkewicz* ajánlotta először a radix gossypii herbariit. Újabban *Potejenko* is igen jó eredménnyel használta e szert a legkülönbözőbb vérzések (női ivarszervek, tüdő, orr, gyomor, bél) ellen. Naponként 3—4-szer veendő be 20—30 csepp a folyékony kivonatból. Előnye e szernek, hogy teljesen ártalmatlan és az emésztést nem bántja, sőt ellenkezőleg még kedvezően befolyásolja. *Narkewicz* az infusumnak (15:180) ad előnyt, melyből 1/2—1 óránként vétet be egy-egy evőkanálnyi. (Allgem. medic. Central-Zeitung, 1894. 82. sz.)

2. **A tejelválasztás megszüntetésére** — a mint már említettük — újabban a cocaínt ajánlják. *Casoli* is észlelt újabban egy esetet, melyben az eljárás gyorsan eredményre vezetett. Az eljárás abban áll, hogy 5%-os cocaín-oldat és glycerin egyenlő mennyiségéből készült keverékkel az emlők naponként kétszer beecseteljenek. (Gazzetta degli Ospedali, 1894. szept. 20.)

T Á R C Z A.

Az országos közegészségi tanács felterjesztése a hypnosis gyakorlata tárgyában.

Nagyméltóságú belügyminister úr!

Az országos közegészségi tanács a törvény által eléje szabott hivatásának vél eleget tenni, midőn nagyméltóságod magas figyelmét a hypnotizálás gyakorlásának mai viszonyaira felhívni s ebből kifolyólag a hypnotizálás hatósági szabályozásának szükségét megokolni bátorodik.

Az országos közegészségi tanács már 1880-ban kifejezte egy feliratban véleményét a hypnosis és a vele rokon eljárásokra nézve azon alkalomból, midőn a nagyméltóságú belügyministerium azon kérdést intézte hozzá, hogy vajjon a fővárosban bemeneti díj mellett tartani szándékolt nyilvános ú. n. magnetizálási mutatóványok közegészségi szempontból megengedhetők-e?

Az e közben lefolyt 14 év alatt a hypnosis, vagy a mint a nagy közönség sokszorosan nevezi, magnetizálás ügye, igen emlékezetes fejlődést vett, a mennyiben mind több mély tudományú orvosi buvár vette kezébe ezen sajátos tünemény tanulmányozását s azt az előbb hozzá tapadt vagy nyereszkeskedő charlatánok által hozzá fűzött balhiedelmektől tisztázva, ha nem is végokaira nézve, de az előidéző feltételekre, megjelenési módozataira s az emberi szervezetre való hatására nézve az orvosi tudomány legjobban ismert fejezetei közé emelte.

Az emberi szervezetre való hatásának egyre előhaladó felismerése azután oly irányú kísérletekre vezette a tudományos szakembereket, a melyekből kiderült, hogy a hypnosisban egy gyógyító értékű erélyes hatány rejlik, s míg azelőtt ezen eljárások leginkább a közönség ámulatának felkeltése, leggyakrabban félrevezetése s csak ritkán tudományos buvárlat vagy nem épen cél tudatos gyógyeljárások végett alkalmaztattak, addig az utolsó évtizedekben szervezett eljárások és iskolák alakultak, a hypnotismusnak, mint gyógyeljárásnak rendszeres gyakorlására.

De minél biztosabban kimutatta az orvosi buvárlat, hogy a hypnotizálás sikere nem valamely a hypnotizálóban rejlő mystikus tulajdonságtól függ, hanem hogy disponált személyeken bizonyos módozatú behatások által azt bárki létrehozhatja, annál számosabban kezdtek azzal foglalkozni, többnyire egészen más, mint buvárlati vagy gyógyezelőkra és annyiival inkább halmozódtak a tapasztalások a felől, hogy a hypnotizálás, ha szigorúan megállapított esetekben és bizonyos feltételek között jótékony gyógyító hatást fejt ki, úgy nem alkalmas módon használva jelentékeny károkat okozhat egyéni mint közegészségügyi tekintetben, egyidejűleg pedig azon tapasztalások is halmozódtak, a melyek szerint a hypnosis gyakorlása olyan ténykedésekké válhatik, a melyek a büntető törvények meghatározása szerint a bűncselekmények közé tartoznak.

Azon frivol visszaélésre, a mely a hypnotizálással elkövetetik, a közfigyelmet csak nem rég a napi lapokban is hosszasan tárgyalt ú. n. túzséri eset vezette, a melyre nézve köztudomású tény az, hogy Tuzséron, Szabolcsmegyében, egy fiatal hölgy egy kútmérnök által hypnotizáltatott és hypnotikus állapota közben meghalt.

A legelőkelőbb európai napilapok a legilletékesebb orvosi szakemberek véleményét kérték ki ezen alkalomból és azokat nyilvánosságra hozták; ezen vélemények teljesen összhangzásban állanak az országos közegészségi tanácsnak 1880-ban a nagyméltóságú belügyministeriumhoz terjesztett véleményével.

Minden hitelt érdemlő értesítések szerint Szabolcsmegyében, de alig esalódunk, ha felteszszük, hogy más vidékeken is, a hypnotizálás gyakorlása annyira el van terjedve, hogy kisebb-nagyobb társas összejövetelek alkalmával az időtöltés egyik nemét képezi, miszerint különösen nők és más érzékeny idegzetű emberek hypnotizáltatnak és azután ú. n. telepathikus clairvoyance és más részint valóban létező, részint képzelt képességeik produkáltatnak, vagy pedig suggestio útján különböző érzések keltetnek vagy elhomályosítottatnak, és a mi közhatósági szempontból leginkább figyelmet követel: a hypnotizáltak különböző cselekvésekre indíthatók, a melyeket minden önálló akarat és elbírálási képesség nélkül ellenállhatatlan kényszer alatt végeznek.

Az országos közegészségi tanácsnak nem lehet feladata, hogy a hypnosis és suggestio természetéről e helyen tudományos fejtegetésekbe boesátkozzék, de szükséges javaslatunk indokolása végett azokat felemlíteni, a mik a hypnotikus eljárások közegészségi, közrendőri és törvényszéki vonatkozásait képezik.

E tekintetben kétségtelen, hogy gyenge idegzetűség által arra disponált egyéneket, de bizonyos előkészítés után a legtöbb más embert is bizonyos érzéki behatások vagy az ú. n. suggestio — bemonadás — által olyan öntudatlan állapotba lehet juttatni, a melyben érzéktelenekké válnak érintés, sőt igen fájdalmas behatások iránt, vagy pedig érzési káprázatok keltetnek bennük, de, a mi a fő, teljesen elvesztik saját énjök feletti uralmukat és ellenállhatatlanul vettetnek annak akarata alá, a ki által hypnotizáltatnak s ha ez azon módozatokat ismeri, a melyekkel a hypnotizáltak cselekvését irányozni lehet, akkor szinte korlátlanul uralkodik fölöttük, a hypnotizált azt teszi, a mit a hypnotizáló neki bemond, vagy a mint kifejezni szokták, suggerál. Egy további úgy közegészségi, mint közrendőri, sőt többször büntetőjogi tekintet alá eső hatása a hypnosisnak abban áll, hogy a suggestio nemesak a hypnotikus állapot fennállásáig hat ki, hanem, a mint teljesen beigazolt példák bizonyítják, a hypnosis alatt suggerált érzések és indítatok kihatnak a hypnosis utáni időre is.

A hypnosisnak ezen igen mélyreható befolyása már régen ismerte van s az orvosi tudomány ma már sikeresen alkalmazza arra, hogy betegségi érzéseket, sőt gondolkodási és cselekvési hibákat általa gyógyítson, mint pl. a dadogást, vagy a mint Svájcban bizonyítva lett, az iszákosság iránti hajlandóságot és más bajokat, sőt műtételeket lehet végezni a nélkül, hogy a beteg valamit érezne.

Azon hatásra nézve, mely szerint a hypnotizálás valakit öntudatától megfoszt, a hypnosis megegyezik a bódító szerek hatásával; míg azonban a bódító szerek behatása alatt, mint pl. az opium, chloroform és mások, az öntudatától megfosztott ember tehetetlenné, minden cselekvésre képtelenné válik, öntudatának visszanyerése után pedig visszanyeri szabad elhatározását is, addig a hypnotizálás által öntudatától megfosztott ember a suggestio által egy ellenállhatatlan impulsusnak vettetik alá, akármilyen cselekedetek elkövetésére, és pedig úgy, hogy ha a suggestio teljes, még a hypnotikus állapotból való felébredése után is akarat és itélet nélküli eszközévé válik a hypnotizálónak, és pedig leggyakrabban a nélkül, hogy tudná, honnan származik impulsusa, mert öntudatos állapotában többnyire semmit sem tud arról, a mi vele a hypnotikus állapotban történt.

A hypnotismusnak ezen közvetlen hatásán kívül még az is tekintetbe kell hogy vétezzék, miszerint a valakin végbevitt hypnotizálás fokozza a hypnosis iránti hajlamosságot, a mi annyit jelent, hogy a hypnosis úgy az akaraterőt, mint az idegzeti működéseket egészben véve gyengíti, sőt bebizonyított tény, hogy már a hypnotizálás szemlélése is ugyanilyen hatást fejthet ki azokra, a kik ideggyengeség folytán hysteriára, némely elmekórokra vagy egyáltalában functionális idegbetegségekre hajlandósággal bírnak.

Ez után könnyen érthető, hogy mennyi visszaélés történhet ezen eljárással, ha az nem orvosok által gyógyítás céljából, hanem szélteben szakavatatlanok, sőt rosszakaratúak vagy épen gonosztettekre törekvők által gyakoroltatik. Példák vannak ismerte, a melyek a legelvetemedettebb fajtalanóságok rovatába tartoznak, esetek fordultak elő, melyekben a hypnosis alatt történt suggestio hatásának következtében a hypnosisból felébredt egyén gyujtogatási vagy erőszakos támadási kísérleteket tett, a melyek ugyan az átgondoltság hiánya miatt többnyire sikertelenek, de bizonyos határig a cselekvőre és a szenvedőre károsak. Belgiumban előfordultak esetek, a midőn a hypnotikus álm alatt különböző levelek, okmányok, pénzkötelevények irattak alá az illetők által és későbbben ellenük felhasználattak. Ezen visszaélések lehetősége annyival inkább figyelemre méltó, mert sokszoros tapasztalás által be lett bizonyítva, hogy minél többször lett valaki hypnotizálva, annál könnyebb nála a hypnotikus állapotot felidézni és megtörténhetik, hogy egy könnyű érzéki vagy psychikus behatás elegendővé válik arra, hogy a hypnosis iránt fogékony egyén öntudatlan és teljesen védtelen állapotba helyeztessék.

Igen természetes, hogy minél inkább magára vonták a hypnózisnak ezen oldalai a közfigyelmet, annál inkább fel lett ismervé annak a szüksége, hogy ezek ellen a szükséges védelem megadassék.

Így történt, hogy már 1888-ban és 1889-ben Belgiumban az orvosi akadémia hosszas eszmecsere után előterjesztést tett a kormányhoz a hypnózis korlátozása végett. 1890-ben a belga igazságügyminiszter csakugyan a képviselőház elé terjesztett egy javaslatot, mely 1892-ben törvényerőre emelkedett. Ezen törvény szerint bűnös, a ki látványosság kedvéért mást hypnotizál, a ki 21 éven aluli egyént, vagy a ki gyenge elméjűt hypnotizál, annyival inkább az, a ki csalási szándékból vagy azért, hogy valakinek ártson, a hypnózis által aláírat valamely okmányt; valamint az is büntetettik, a ki ilyen okmányt valami célra más ellen felhasznál. A büntetés 25—1000 frankig terjedhető pénz-bírságból és 15 naptól egy évig terjedhető fogságból áll. Belgiumban még orvosoknak gyógyeljárás végett is hypnotizálási engedély mindig csak egy évre adatik, azonban egy év leforgása után kívánatukra megújítható.

Franciaországban 1890-ben a hadügyminiszter rendeletet adott ki, a mely a katonarvosoknak megtiltja, hogy katonákat hypnossissal gyógyítsanak. Szabályrendeletek adtak ki a hypnózis tárgyában Poroszországban.

Mindezekből kitűnik, hogy azon általános törvénykönyvi intézkedéseken kívül, a melyek ugyan más büncselekményekre hozattak, de a hypnossisra is alkalmazhatók, a hypnossisra, mint egészen különálló és semmi mással nem azonosítható eljárásra külön törvények hozása szükségesnek bizonyult.

Az előre bocsátottak folytán bátrak vagyunk a nagyméltóságú belügyminiszter úrnak következő javaslatot tenni:

Tekintettel arra, miszerint a hypnotizálás egy olyan hatású eljárást képez, mely szakavatott orvosok kezében betegségek gyógyítására alkalmas, de szakavatatlanok által gyakorolva, a hypnotizáltaknak, sőt a szemlélők egészségét különböző mértékben veszélyeztetheti, sőt esetleg azok halálát okozhatja;

tekintettel arra, hogy a hypnotizálás által valakit öntudatlan és így védtelen állapotba lehet juttatni, ezen öntudatlan állapotban az ú. n. suggestio által olyan cselekedeteket indítani, a melyek rá vagy másokra nézve is különböző fokban sérelmesek lehetnek;

tekintettel továbbá arra, hogy a hypnotizált ember suggestio által úgy befolyásoltathatik, hogy a hypnossisban támasztott impulsus folytán még öntudatának visszanyerése után is ellenállhatatlanul, a megítélés képessége nélkül hajtatik valamely cselekedetnek elkövetésére és ezek között olyanra is, mely a törvények által tiltva van;

tekintettel végre arra, hogy a hypnotikus eljárás gyakorlása már más államokban is külön törvények és rendeletek által lett szabályozva;

ezekre való tekintettel ajánlja az országos közegészségi tanács:

1. Hogy nem orvosok a hypnotizálás gyakorlásától a hypnossis káros hatásának megfelelő büntetés terhe alatt tiltassanak.

2. Hogy orvosoknak gyógyítási célokra a hypnotizálás gyakorlása megengedtesse a következő feltételek alatt:

- a) A hypnotizálandónak saját beleegyezése, ha nagykorú; a gondnoksággal felruházotté, ha kiskorú;
- b) egy harmadik személynek jelenléte a hypnossis alatt;
- c) azon felelősség, a mely alá az orvosnak gyakorlati tevékenysége törvényeink szerint különben is esik.

Kelt Budapesten az országos közegészségi tanácsnak 1894. évi november hó 29-dikén tartott ülésében.

Csatáry Lajos dr.,
egészségügyi tanácsos, a tanács jegyzője.

Korányi Frigyes tnr.,
elnök.

A szemétkihordás kérdésének sikeres megoldása.

A szemétkihordás kérdésének sikeres megoldása mindenkor a continentalis városok egyik legégetőbb s legfontosabb törekvésévé képezte.

Az országos közegészségügyi tanács 1893. április 12-dikén tartott ülésén foglalkozván a székes fővárosi szemétkihordás módosztatásával, Fodor József tanár úr előadása alapján javasolta, hogy a

szemét elfuvarozása csakis jól záró, fémmel bélelt s nem a most szokásos gyarló szerkezetű szemeteskoscsikkal történjék, s minden elkövettesék, nehogy a szemétből kikapart szennyanyagok a városba ipartelepekre feldolgozás, felhasználás végett visszakerüljenek s ezáltal fertőzést okozzanak. Ép azért legjobbnak vélte a szemét elégetését javasolni, mi ellen csakis a kivitel költséges volna esnék számba. Ezen kívánalmaknak úgy látszik a legnagyobb mértékben meg tudna felelni ifj. Cséry Lajos tervezete s e mellett tetemes költségmegtakarítással is járna.

Eddig ugyanis a házi szemetet, a mely a konyhai hulladék és a szobasöpredékből áll, a szemeteskoscsik szedik össze és viszik ki a Rákosra, a lerakodóra, hol a főváros napszámosainak segítségével rakják a waggonokba. De míg ez történik, mennyi közegészségellenes kihágás követték el. Kezdődnek az ártalmas manipulációk már benn a székes fővárosban, az egyes házakban. A cselédek kiszedik belőle a rongyokat, csontokat. Ha ezek nem tartják vele érdemesnek vesződni, akkor megteszi a házmester vagy a viceházmester. Hónapokig hagyják összegyülni mindaddig, míg érdemes a házalónak egy pár krajczárért eladni és a míg ezen idő bekövetkezik, legalább is minden nagyobb házban egy kis telepe van az esetleg inficiált bűzös rongyoknak és csontoknak. A mit a házakban benne hagynak, azt az 5 kilométerre terjedő szállítás közben kikotorják a kocsisok csemetyűs gyerekeik vagy asszonyok segédkezdése mellett. És végül kint a rakodón a waggonba rakás közben a városi napszámosok kotornak és keresgélnek. A székes főváros összes házi szeméttel érintkező kikotort tárgyak azután a házalók útján megkezdik újra a városba a visszavándorlásukat. A cselédekkel való alkudozások közben az esetleg inficiált anyagok terjesztik a ragályt s így daczára mindennemű közegészségi óvintézkedésnek egyes ragályos betegségek ismét tovább terjesztetnek. De továbbá a szállítás közben még az is történik, hogy a mi a szitaszerű, rossz kocsikból útközben ki nem hull, azt végre megpróbálják az illői-út végétől a rakodóig terjedő úton oly módon elhullatni, hogy a szekér végén levő tolókat megbillentik. Az illői-út végétől a rakodóig évenként legalább 3—4000 kocsihoz való szemét hever. Így tehát mindezekből kitűnik, hogy a szállításnál közegészségügyileg legfontosabb a szállításra használt kocsi szerkezete.

Cséry tervezete szerint a kocsi egy rugókon nyugvó aljból s rajta egy teljesen zárt, oly vasvázás tartányból áll, mely a tengelyekről levehető. Ily szerkezetű kocsik aztán feleslegessé teszik azt a hosszadalmas s közegészségi szempontból hátrányos eljárást, mely jelenleg divik; ugyanis jelenleg a szemét az illői-út végétől körülbelül 3 kilométer távolságban levő rakodón lesz városi napszámosok segítségével a waggonokba átrakva. Hogy ily nagy távolságra lett a mostani rakodó elhelyezve, az szükséges volt, a mennyiben az átrakodásnál az egész szemét újra felkavarattik, a rakodás közben a szemét a waggonok és kocsik mellé hull, a szél által távolabbra is elvitetik, egyszóval a rakodó folyton szemételepet képez, a mi lakott területek közelében közegészségellenes. Ép azért igen diésrendő az a felvetett eszme, illetőleg javaslat, hogy ez az átrakodás szűnjék meg s helyébe a fent említett új szerkezetű kocsik vastartányának vasúti plateau-waggonokra hidszerű daruval való átemelése alkalmazassék. De ezzel együtt lehetővé válik egy oly eljárás, a mely ismét a szemétnak rossz kocsikon lassú lóerővel az illői-út végétől a mostani szemétrakodóig történő kifuvározása helyett az illői-út végéhez közelebb eső helyről vasút segélyével történő gyors elszállítást engedné meg. Ezen rendszernek legbecsesebb s legfontosabb előnye ép azon fordul meg, hogy ez a kívánalom könnyen végrehajtható, mert az által, hogy egy jól elzárt tartányban minden inficiált anyagot, döngöt, kórházi hulladékot, járványos betegnek elégetésre szánt holmait a székes főváros belterületétől 9 kilométer távolságra lehet elszállítani a nélkül, hogy a tartányok tartalmával csak egy ember is érintkezésbe jöhessen, s ott helyben a tartalmat tűz által meg is lehet semmisíteni a nélkül, hogy emberi kézen menjen keresztül, az egy nagy város köztisztaságánál és közegészségügyénél nagyon figyelmet érdemlő találmánynak tekinthető.

Igen ezélszerű volna, hogyha a szemétszállító plateau-waggonok a lóvasútnak villamos vasúttá való átalakítása esetén a városba is járhatnának s így bizonyos átemelő állomásokon a közeli körök szeméttjét felvehetné, úgy hogy 24 óra alatt akár

kétszer is lehetne a szemetet a székes főváros területéről eltávolítani s a szemétnak a házakban éjjel való visszamaradását is meg lehetne akadályozni.

Mindezek által megszünnének a jelenlegi kihordásnál előforduló közegészségügyi hátrányok, mint a szemét kikotrása, a kikotrott anyagok széthordása, a város különböző helyein való lerakás. Azon kívül destructort — égető kemenczét — is lehetne építeni, mint ezt a benyújtott tervezet is ajánlja, s a szemetet azon házakból, hol járványos betegedési esetek fordulnak elő, a miről a telephon útján a szemétkiszállító vállalat is naponként értesítenék, vastartányokban is lehetne összeszedni és kiszállítani, gépezettel a kemenczébe üríteni, ott elégetni és a tartányokat tűzzel desiniciálni. *Mindezt a nélkül, hogy ezen szeméttel csak egy ember is érintkezésbe jönnék.* Az állati dögeket, megromlott és elkobzott anyagokat szintén hasonló módon lehetne kezelni. Ma ez a székes főváros határában történik és dögleletes bűzével feldolgozás közben elárasztja a környék levegőjét. A járványos betegek holmait, a melyeket most a szent István-kórház háta mögött a szabad ég alatt több ember közreműködése mellett égetnek el, szintén hasonló módon lehetne elemészteni. Az ajánlatnak azonban van ezenkívül még egy igen fontos oldala s ez a szemétfeldolgozás kérdésének szerencsés megfejtése. *Ifj. Cséry Lajos* úr ugyanis Szent-Lőrinczen, a telepén másfél évi tanulmányozás után egy az egész világon egyedül álló szemétfeldolgozó gyárat létesített, a mely a trágya-anyagokat koncentrálja, a tüzelő anyagot külön választja és a kikotrott anyagokat feldolgozza oly módon, hogy feldolgozatlan állapotban semmi sem fogja a telepet elhagyni. A kikotrást s az elkülönítést (sortírozást), rostaszerű nagy hengerek, melyek gőzerővel hajtának, fogják végezni, úgy hogy az eddig dívó drága, lassú, a munkásokra mint a közegészségre káros kézi kikotrás teljesen nélkülözhetővé fog válni. Az elégethető anyagok részben tüzelésre fognak felhasználtni, részben mint a coeks-maradékok coekssá izzítatnak; a rongyok mosógép segítségével megtisztítatnak s desiniciáltatnak; a vasdarabok a vasöntödébe küldetnek; az üvegdarabok ott helyben üveggé felfúvattnak; a porcellándarabok chamotte-téglákká készíttetnek; a csontdarabok csontliszté őröltetnek s a visszamaradt szemét trágyául lesz felhasználva.

Fel kell még említeni, hogy ezen eljárási módokat a székes fővárosnak tetemes költség megtakarítást fog okozni, sőt biztos kilátás van arra, hogy ez jövőben még nagyobbá is fog válni s így eme a köztisztaságra s közegészségügyre fordított kiadási többletet (jelen esetben 100,000 frt.) más szükséges köztisztasági közegészségügyi kiváncsá kielégítésére lehet majd sikeresen fordítani.

Mindezek alapján szívesen üdvözljük *Gebhardt Lajos* dr., tisztii főorvos úr azon szakértelmét s buzgalmát, a melylyel a benyújtott tervezetet a székes fővárosi közegészségügyi bizottság előtt oly melegen előadta s támogatá, hogy így a bizottság azt egyhangúlag a tanácsnak elfogadásra ajánlani jónak találta.

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

Heti szemle.

Budapest, 1894. december 6-dikán.

A diphtheritis gyógyítása vérsavóval oly nagy mértékben foglalkoztatja jelenleg a szaksajtót, mint azt annak idején a Koch-féle tuberculin tette. Nagyon messzire vezetne, ha a hetenként megjelenő összes erre vonatkozó közleményeket ismertetni akar-nánk és azért csak a fontosabbaknak lehető rövid ismertetésére szorítkozunk.

Körte (Berl. klin. Wochenschrift, 1894, 46. sz.) a berlini „Urban“-kórházban 121 diphtheritis-esetet kezelt Behring-féle serummal; ezek közül 81 = 66·9% meggyógyult; a halálozási százalék tehát 33·1; az előző három évben ugyanezen kórházban 1160 diphtheritises beteget kezeltek 45·1 halálozási százalékkal. A serummal kezelték közül 15 két éven aluli volt, ezek közül 8 gyógyult és 7 halt meg; a 42 tracheotomizált eset 52·4% halálozást tüntet fel, míg az előző években e szám 77·5 volt. Kellemetlen mellék tünetek nem mutatkoztak. A lázra és a helybeli tünetekre nézve azonban nem mutatkozott az a kedvező be-

folyás, a melyet Kossel ír le. Feltűnő volt azonban az esetek legnagyobb részében az általános állapot tetemes javulása.

Abel (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894, 48. sz.) diphtheritisből kigyógyult egyének vérenek immunizáló képességét vizsgálta állatoknál. 14 egyéneken végzett vizsgálatai alapján a következő eredményre jutott: diphtheritisből kigyógyult betegek vére a betegség utáni 6-dik napig nem mutat védőképességet; a 8—11-dik nap között vett vérrel azonban a legtöbb esetben immunizálni lehet az állatokat; hónapok mulva pedig az immunizáló képesség már erősen csökkent vagy teljesen hiányzik.

Börger (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894, 48. sz.) a greifswaldi egyetemi belklinikán végzett serum-gyógyítás eredményeiről számol be. 30 beteg közül 2 halt meg, vagyis 6·6%; 5 tracheotomizált eset közül egy végződött halálosan, vagyis 20%. Egyszersmind megjegyzi, hogy a greifswaldi klinikán általában igen csekély volt az utóbbi időben a diphtheria-halálozás; 1893. októbertől 1894. szeptemberig összesen 313 diphtheria-beteget kezeltek, a kik közül 46 halt meg, a halálozás tehát 14·5%.

Mendel (Berl. klin. Wochenschrift, 1894, 48. sz.) egy 4 éves fiúgyermek kórtörténetét közli, kinél a betegség 2-dik és 3-dik napján Behring-serumot feescskendeztek be, összesen 1600 egységet; a 4-dik napon a diphtheritises folyamat már csaknem teljesen megszűnt, hőmérsék és pulsus normalis. A 7-dik napon hirtelen haemorrhagikus exanthema jelentkezett az egész testen, egyúttal pedig fájdalmak a lábszárakban és általános rosszullet; öt nap alatt ez az állapot lassanként javult, úgy hogy 8 nap mulva a gyermeket gyógyultan bocsáthatták el.

Lublinski (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894, 45. sz.) egy esetet ír le, melyben 600 egység befeescskendése után a 9-dik napon apró foltos, kanyaróhoz hasonló kütég jelentkezett a 8 éves gyermeknél a végtagok feszítő oldalán, úgyszintén fájdalom a térd-, könyök- és lábízületben, 40·3° C. hőemelkedés által kísérve. A kütég, melyet szerző erythema exsudativum multiforme-nak tekint, 6 napig tartott. Egészen hasonló esetet ír le *Scholz* is (ibidem), csupán a láz hiányzott.

Ritter (Berliner klin. Wochenschrift, 1894, 46. sz.) 26 serummal kezelt betege közül 8-nál súlyos albuminuria jelentkezett, mely jóval tovább tartott, mint a diphtheritis. Ugyanezt tapasztalta házinyulaknál is, melyekbe több ízben feescskendezett be serumot.

Cnyrim (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894, 48. sz.), a frankfurti „Hospital zum Heiligen Geist“ főorvosa, két segédorvosának kórtörténetét közli. Az egyik esetben két nap alatt 2600 egység feescskendeztetett be, mire a diphtheritis gyorsan javult; néhány nap mulva urticariászerű kütég jelentkezett a befeescskendés helyén, láz lépett fel, az állalatti és inguinalis mirigyek megnagyobbodtak és fájdalmasakká lettek; néhány nap mulva az urticaria mellett még apró, vöröses, nem viszkető foltok mutatkoztak a bőr különböző részein, fájdalmak a térd- és könyökízületben, úgyszintén izomfájások rendkívül súlyos betegségérzet mellett. Néhány nap mulva javulás mutatkozott és a felsorolt tünetek lassanként elmúltak. A másik esetben, a melyben csak 600 egység feescskendeztetett be, teljesen hasonló tünetek mutatkoztak. Mindkét esetben a lép mérsékelten megnagyobbodott; a vizeletben fehérnye nem volt kimutatható. Megjegyzendő, hogy a serum Höchst-ből hozott, és pedig mindegyik esetben más-más közvetítési úton; továbbá, hogy a két esetben nem ugyanazon feescskendőt használták és nem ugyanaz végezte a befeescskendezést.

Hansemann, Virchow tanár segéde, a „Berliner medicinische Gesellschaft“ november 28-diki ülésén előadást tartott a diphtheria-serumról, a következő eredményekre jutva: 1. Nincsen tudományos, elméleti vagy kísérletes alapja annak, hogy a diphtheria-serumot az emberi diphtheritis specifikus gyógyszerének tekintsük. 2. A serum specifikus hatásának bizonyítékát eddig még a gyakorlati tapasztalat nem adta meg. 3. A szer károsan is hathat, a mennyiben bomlasztó hatása van a vérre és a veséket is megtámadja.

A typhus serumtherapiájáról jelent meg előleges közlés *Pfeiffer* tanártól a „Deutsche medicinische Wochenschrift“ 48-dik számában. A typhus-bacillusok mérge szerinte főleg a bacteriumtesthez van kötve, friss tenyészetek filtratumában nem mutatható ki. Chloroformgőzzel vagy egy órán át 54° C.-ra hevítéssel a

typhus-bacillusok megölhetők a nélkül, hogy a bennük levő mérge tönkretétetnek. Ezen mérgeből 3-4 milligramm megöl 100 gramm tengeri malacot. A mérgegel különben állatok immunizálhatók és ezeknek vérsavójában azután olyan anyagok jelennek meg, amelyek specifikus bacteriumölő hatást gyakorolnak a typhus-bacillusokra az állati szervezetben. Ezen anyagok különben typhusból kigyógyult betegek vérében is kimutathatók. Az eddigi kísérletek még azt is mutatták, hogy ezen specifikus bacteriumölő anyagok erős koncentrációban halmozhatók fel az immunizált állatok vérében és azért embernél is meg lesz kísérhető ezen serum használata typhus eseteiben.

— Cholera-hírek. Németországban november 12-dikétől 19-dikéig 21 choleraesetet jelentettek be, melyek közül 7 végződött halálosan; az esetek eloszlása a következő volt: Kelet-Porosország 11 megbetegedés és 1 haláleset; Visztula-terület 5 megbetegedés, 5 haláleset; Szilázia 5 megbetegedés, 1 haláleset. Oroszországban tartósan csökken a járvány. Belgiumban Lüttich kerületben a november 3-dikával végződött héten 11 haláleset történt cholera következtében. Németalföldön november 2-dikétől 10-dikéig 6 megbetegedés és 4 haláleset fordult elő. Galiciában kissé javult az állapot; november 17-dikétől 24-dikéig 414 megbetegedés és 249 haláleset történt.

—r. A m. orvosi könyvkiadó-társulat kiadásában megjelent: „Törvényszéki orvostan“ kézikönyv bírák, orvosok, valamint jog- és orvostudományi karok hallgatói számára. Irta *Belky János* dr., a törvényszéki orvostan ny. tanára Kolozsvárt. A holttest jelenléteiről és személyazonosságról szóló részt kidolgozta *Genersich Antal* dr., a kórbonezólótan ny. r. tanára Kolozsvárt. VIII. és 736 l. 89. a szöveg közé nyomott ábrával. Ezen munka mint a társulat LXXI. kötete az 1895-diki *illetmény* részét képezi, és az alapító tagoknak a jövő héten megküldetik. Azon rendes társulati tagok, kik a munkát már most megküldetni kívánják, a jövő 1895. évi tagdíj beküldése mellett ezt azonnal kézhez kaphatják.

Vegyesek.

Budapest, 1894. december 7-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. november 18-dikétől november 24-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 385 gyermek, elhalt 235 személy, a születések tehát 150 esettel múlták felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápolgatott e hét elején 2130 beteg, szaporodás 750, csökkenés 729, maradt e hét végén ápolás alatt 2151. — A fővárosi tisztifőorvosi hivatalnak 1894. november 26-tól december 2-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 7 (meghalt 3), himlőben 3 (meghalt 1), bárányhimlőben 29, álhimlőben 5, vörhenyben 22 (meghalt 4), kanyaróban 91 (meghalt 2), ronszoló toroklobban 23 (meghalt 3), torokgyíkban 4 (meghalt 2), trachomában 13, vérhasban 3, hőkhurutban 8, orbáncban 8, gyermekágyi lázban 2 (meghalt 1).

— Személyi hírek az egyetemből. *Grósz Emil* dr.-t az orvostanártestület legközelebbi ülésén a colloquiumok és próbaelőadás elengedésétől magántanárrá habilitálta; *Doktor Sándor* dr. szülészeti és *Taufer Emil* dr. kórszövettani tanáregedeknek állami külföldi utazási ösztöndíj elnyerésére benyújtott kérvényük pártolólág terjesztetett fel a közoktatásügyi miniszterhez; *Alapi Henrik* dr.-t a magántanári cselekvényekre boesátotta.

— Kitüntetés: *Fekete Alajos* dr. Krassó-Szörénymegye tiszteletbeli főorvosának a király a királyi tanácsosi címet adományozta.

— Kinevezés: A belügyminister *Hajós Béla* dr. miklósvári járás-örvost és tiszteletbeli megyei főorvost közegészségügyi felügyelővé nevezte ki.

— A magyar vörös-keresztgyelet igazgató választmányja havi ülésén *Csekonics Endre* gróf elnöke alatt az Erzsébet-kórházban megüresedett öt főorvosi állást és egy boncznok főorvosi állást töltött be. Az egyleti egészségügyi tanács javaslata alapján az igazgató-választmány, tekintettel az egylet körül szerzett kiváló érdemeikre, egyhangúlag öt évi időtartamra megválasztotta a belgyógyászati osztály főorvosául *Takács Endre* dr. egyet. m.-tanárt, a sebészeti osztály főorvosául *Farkas László* dr. főorvost és *Puky Ákos* dr. egyet. m.-tanárt, a nőgyógyászati osztály főorvosául *Elischer Gyula* dr.-t, a szemészeti osztály főorvosául *Goldzieher Vilmos* dr.-t és boncznok főorvosul *Pertik Ottó* dr. egyet. tanárt. A folyó ügyeket *Darányi Ignác* dr. főgondnok adta elő; az igazgató-választmány *Csekonics Endre* gróf elnök ajánlata alá betegszállító kocsi beszerzését határozta el, mely a legújabb tapasztalatok alapján van egybeállítva és melyet kizárólag Budapestben fognak használni súlyos, de nem fertőző betegek szállítására. Egy pozsonyi gyárosnál meg is rendelték a kocsit. A legutóbb befolyt készpénzből 12,000 frtért vízszabályozási kötvényt vesznek, 3000 frtöt az Erzsébet-kórházi ágyalaphoz, 9000 frtöt pedig az egyleti alaphoz csatolnak. Folyó ügyek elintézése után *Goldzieher Vilmos* dr. memorandumát tárgyalták az Erzsébet-kórház kiterjesztése és az ápolónők képzése tárgyában. A memorandumot véleményadás céljából kiadják az egészségügyi tanácsnak.

— Megjelent: *Flückiger*. Fontosabb szerves gyógyszerek vegyi kimutatása. Fordította és a magyar gyógyszerkönyv II. kiadásához alkalmazta *Rottenbiller Ödön* dr.; előszóval ellátta *Bókai Árpád* tanár. Budapest, Dobrovsky és Franke. 1894. Ára (?).

— Hasznos tartalommal fog a *Pesti Alfréd* által Magyarország orvosainak *évköngve és évtárára* 1895 január havában megjelenni. A vidéki és fővárosi orvosok ezentúl egy és ugyanazon (400 oldalra terjedő) kötetet fogják kapni 1 frt 50 kr.-os előfizetési ár mellett.

„Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság

Budapest.

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

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-kórházban 1894. november 29-től egész december 5-ig ápolat betegéről.

1894.	Felvett			Elbocsátott			Mehalt			Maradt			Az ápolat közül			
	beteg		összesen	gyógy.		összesen	beteg		összesen	beteg		összesen	a Rókusban		az állót-úti kórházban	
	férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		beteg	szülőnő	heveny fertőző	az állót-úti kórházban
Nov. 29	52	43	95	36	54	90	11	2	13	1153	859	2012	1026	32	63	891
30	53	41	94	33	30	63	6	5	11	1167	865	2032	1025	33	70	904
Decz. 1	57	41	98	39	28	67	2	3	5	1183	875	2058	1045	33	73	907
2	29	27	56	32	11	43	3	2	5	1177	889	2066	1055	33	71	907
3	72	55	127	51	65	116	3	3	6	1195	876	2071	1054	33	68	922
4	52	54	106	44	32	76	2	5	7	1201	893	2094	1064	32	70	928
5	48	41	89	49	36	85	3	2	5	1197	896	2093	1057	32	71	933

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI
ÉS
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST
VII., KEREPESI-ÚT 52.

Dr. Overlach-féle Migränin.

Oroszlán védjegy.

(Czitromsavas Antipyrin-Coffein.)



1. Kitűnőnek bizonyult a **migränin** legsúlyosabb eseteinél, továbbá az **alkohol-, nikotin- és morphiun-mérgezésnél, neurastheniánál, influenza stb.** mellett mutatkozó fejfájásnál.

2. **Legjobb antipyreticum** fenygető elesésnél, miután a Migränin Coffein tartalma egyuttal **analepticum** gyanánt kiváló hatással bír.

Csakis **Dr. Overlach-féle migränint** oroszán védjeggyel kell kérni és a vényen „**Migränin Höchst**“ rendelendő. Legjobb közép adag, felnőtteknél 1-1 gr., egyszer vagy többször naponként, porban vagy oldatban.

Egyedüli gyár: **Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Höchst a. M.**

CSÁSZÁRFÜRDŐ

BUDAPESTEN.

Elsőrangú kénves hévvízű gyógyfürdő **páratlan gőzfürdővel**, legmodernebb **iszapfürdőkkel**, pompás **ásványviz-uszodákkal**, **kő- és kádfürdőkkel**, 200 kényelmes lakoszobával. A legszolidabb kezelés.

Prospektusok kívánatra ingyen és bérmentve.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KORBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti kir. m. t. egyetem II. belgyógyászati
(Kétli tanár) kórodájáról.

A Jackson-féle epilepsiának operált esete.

Dollinger Gyula egyetemi tanártól.

A jelenleg 17 esztendő D. M. a f. év tavaszán erős hebegés és nehézkóros rohamokkal kereste fel a II. belgyógyászati kórodát. A beteg előadta, hogy 3 éves korában a padról leesett s azóta egy kissé hebegett. 14 éves korában a pajtásaival összeveszett s azok furkós botokkal beverték a fejét, úgy hogy eszméletlenül fekvé maradt. A midőn egynéhány nap múlva magához tért, még erősebben hebegett, fél évvel azután pedig egy nehézkóros roham lepte meg. A rohamok azután 3—6 heti időközökben ismétlődtek. A midőn a beteg a klinikára felvételét, bal falesontjának mellső fele felett, a nyilvarrat közelében, a fejbőrön több heg volt, a melyek egyik másikának megfelelőleg a falesonton 2—3 millimeter mély depressiók voltak észlelhetők. Ha a beteg megszólított s felelni akart, a szájával rágásszerű mozdulatokat tett, nyögött s csak hosszabb ideig tartó hebegés után volt képes egy pár szót rendesen kimondani, mire gyakran az említett rágásszerű mozgások megismétlődtek.

Az epileptikus göresök rendesen igen rövid ideig tartottak, úgy hogy azok lefolyását pontosan észlelni nem sikerült. A roham után a beteg hosszabb álomba mertült, a mely után rendesen a jobb arcfélnek és a jobb felső végtagnak egynéhány napig tartó paresisa maradt vissza. Bár a roham lefolyása nem volt észlelhető, mégis Kétli tanár az egész kórtörténet alapján az epileptikus göresök okául a sérüléssel összefüggő corticalis változást vett fel, a mely esetleg műtéttel eltávolítható s a műtéttel engem bizott meg.

Miután a tünetek alapján az agykéregben supponált változás helyét pontosan megjelölni nem lehetett, a horpadások pedig a falesontnak egy meglehetősen nagy területén voltak elosztva, el kellett reá készülnöm, hogy a koponyasérülés helyének megfelelőleg az agykéregtet egy nagyobb területen kell lefednem, mint a milyet a közönséges trepanokkal lehet, másrészt pedig arról kellett gondoskodnom, hogy ezen nagyobb koponyadefectus a műtét után csontosan elzárassék. Ezen kettős célra alkalmasnak tartottam a Wagner-féle osteoplastikus periodikus koponyaresectiót,¹ a melyet szerzője 1889-ben ajánlott, s a mely azóta számtalan esetben bevált. A fej a műtét előtt való nap egészen megeretváltatott, szokás szerint a leggondosabban desinfiáltatott és 1‰ sublimatba mártott wattával beköttetett. A műtét május hó 15-dikén történt. A bal falesont mellső felső negyedén, a horpadásoknak megfelelőleg egy Π alakú lebenyt készítettem, a melynek felső határa a nyilvarrat közelébe ért alsó két szára pedig a halántékesont felé tekintett. A lebeny hossza és szélessége körülbelül 8 cm. Miután a bőr a csonthártáig bemetszetett és a körülmetszett

bőrész egy kissé visszahúzódott, a csonthártya a lebeny széleinek megfelelőleg átmetszetett s a csont átvésztetett. A lebeny alapjánál a csont a bőr alatt két oldalról véstetett át. A vésésnél a véső nem függőlegesen tartatott, hanem úgy, hogy a véső éle kissé a lebeny középpontja felé hajlott, minek folytán a csontlék szélei ferde, kissé felfelé tekintő lapokat képeztek, a melyek hivatva voltak meggátolni, hogy a visszahelyezett csontlebeny a lékbe süppedjen. Miután a csontlebeny így körülvéstetett, a vésővel helyéből kirepszttetett és a bőrrel együtt, a melylyel mindenhol összefüggésben maradt, a halánték felé visszahajtatott. A kemény agykéreg a lebeny alatt itt-ott tejszerűen el volt homályosodva. Felmetszése után a lefedett agykéregrészt mellső végében egy apoplectikus tömlő találtatott, a mely mellfelé a homlokesont alá vonult be. Hogy tehát a tömlőt egész kiterjedésében hozzáférhetővé tegyem, a homlokesontból a tömlő irányában egy második 5 cm. hosszú, 4 cm. széles csontlebenyt kellett készíteni, a



melynek alapja mellől a homlokon volt. E lebeny visszahajtása után a tömlő egész kiterjedésében fel volt tárva. Ez a bal agyféltekében, annak belső szélétől mintegy 3 cm.-nyire kifelé, részint a homlok, részint a falesont alatt feküdt, iránya körülbelül a nyilvarrat irányának felelt meg, hossza körülbelül 5—6 cm., szélessége 1—1½ cm. volt. Hátulsó vége, a mely a nagy csontlebeny alatt feküdt, közvetlenül a lágy agyburkok alatt volt, míg mellső része mindinkább mélyebben sülyedt a homloklebeny agyállományába, úgy hogy a mellső végét mintegy 3 mm. vastag agyállomány fedte. A tömlő tiszta, rozsdabarna folyadékot tartalmazott és fala rozsdabarna esapadékkal volt fedve.

A tömlőnek felső falát képező heges lágy agyburkot és agyvelőt kimetszettem és a tömlő falát, a mely a körülvevő agyállományról könnyen levált, kifejtettem, úgy hogy a visszamaradt üreg falát egészséges agyállomány képezte. Az üreg

¹ W. Wagner (Königshütte). Die temporäre Resection des Schädeldaches an Stelle der Trepanation. Centralblatt f. Chirurgie 1889. Nr. 47. — Ugyanaz. Zwei Fälle von temp. Schädelresection. Centralblatt f. Chirurgie 1891. Nr. 2.

mellső végében egy vérző visszert nem sikerült lekötöni, miért is az üreget jodoformos organtinnal kitömtem és ennek végét az üreg hátulsó vége felett nyitva hagyott kemény agykéreg-seben át kiveztem. Ezután a két esontlebenyt, mint egy ajtónak a két szárnyát, a koponyadefectusra reáhajtottam és a koponyát bekötöttem. A midőn a beteg a chloroformnarcosisból felébredt, nem hebegett. Műtét után harmadnap este a beteg hőmérséklete 38,6-re emelkedett, miért is másnap reggel a hátulsó, nagyobb lebenyt kinyitottam. Itt a fejbőr metszett sebének egy részén egy kevés geny volt, a seb többi részén, az agykérgen és a tömlő helyén genyedés nem volt, úgy hogy a lázas hőemelkedés egyedül ezen csekély genyedből származhatott. Úgy látszik, hogy a fejen a genyedet okozó anyagok nemesak a fejbőr felületén vannak, hanem betérjednek a fejbőr hajfűszőibe is, a mit, ha e feltevés valónak bizonyul, a desinfectiónál tekintetbe kell majd venni. Ennek kiderítése végett érdemes lenne vizsgálatokat tenni. A fejbőr genyedő részének desinfectiója után az üreget ismét lazán kitömtem s a genyedés helyén a sebbe egynéhány réteg sublimatorgantint helyeztem, a melyet egynéhány nap mulva megváltoztattam. Ezalatt az üreg is mindinkább kisebb lett, úgy hogy 8 nappal a műtét után a nagy lebenyt is végleg becsukhattam, mire az a helyére odanőtt. A beteg a műtét után igen jól érezte magát, nem hebegett és 7 hétig teljesen rohammentes maradt. Ekkor egy gyenge rohamot kapott, a mely után 5 hónapig rohammentes maradt és ezalatt az egész idő alatt nem hebegett. Öt hónap mulva kapta az első nagyobb rohamot, a mely azóta még kétszer megismétlődött s most a beteg hebegése is kezd visszatérni. A Wagner-féle osteoplastikus periodikus koponyaresectio Chipault¹ összeállítására szerint eddig 25 esetben végeztetett, a esontlebenyek mindenkor életképeseknek bizonyultak és a helyükre ismét odagyógyultak, és pedig, a mint ezen eset is bizonyítja, nemesak akkor gyógyulnak oda, ha a műtét után azonnal a helyükre tétetnek, hanem még akkor is, ha a koponyatüregben levő változás gyógykezelése végett a műtét után többször kinyitattak és csak hosszabb idő után helyeztetnek vissza végleg a helyükre, a mely körülmény ezen műtét indicatiójának határait még inkább kibővíti.

Behring-féle vérsavóval kezelt diphtheria-esetek.

Közlemény Nagyvárad város járványkórházából.²

Előadta: *Berkovits Miklós* dr., Nagyvárad város tb. főorvosa.

Tisztelt szakülés! A városi járvány-kórházban Behring-féle antitoxinnal kezelt diphtheria-betegekről szándékozván referálni, mielőtt a kezelés eredményét részletezném, szíves türelmüket óhajtanám néhány percig igénybe venni, hogy pár szóval álláspontomat e kérdésben, a specifikus therapia kérdésében körülírhasam.

T. Uraim! Nincs kétség előttem arra nézve, hogy a modern therapiának egy új szakasza előestéjén, talán már hajnalán is állunk. Ha azok, a kik figyelemmel kísérték az utolsó 10—15 év nagy fontosságú vizsgálódásait a betegségek okait illetőleg, ez eredményekből előre látták is a szükség-szerű consequentiát, azt t. i. hogy az orvosi világ összes törekvése immár a fajlagos gyógyhatányok felkeresése terére fog koncentrálódni: mégis ma, a mikor az experimentalis kutatás egy oly nagy jelentőségű tényével, minő a Behring-féle diphtheria-ellenes vérsavó, állunk szemközt, kételyt kételyre éreznek felhalmozódni gondolkozásukban; mert habár a specifikumok diadala — csak a chininre, higanyra utalok — nem is új látvány előttünk, azoknak czéltudatos felkeresése s a mint mondatik: *megtalálása* is egészben véve mégis szokatlan.

Nem is lehetett várni, hogy ez az átmenet simán, minden zökkenés nélkül mehessen végbe. Úgy fejezhetnénk ki magamat, hogy két különböző világnézet harezáról van itt szó, mely egész orvosi gondolkozásunkra mély benyomást, irányító hatást

fog gyakorolni. Az egyik harezos fél a cellular-pathologia, melynek emlőin nőtt fel a ma működő orvosi generáció legtöbb képviselője. Még ez hasznosnak találta, hogy a betegségek gyógytanából száműzze mindazt, a mi specifikus, s csak azt az utat találta czélravezetőnek, mely a betegségeknek, mint a normalis sejttevékenység pusztán quantitativ elváltozásának felfogásából indult ki. Ennél a betegség és egészség között csak gradualis, fokozati volt a különbség s természetes, hogy e tan jelszavai a pathologia anatomia fölényére vezettek. A másik világnézet (legalább orvosi értelemben az!) már a betegségek minőleges származását tűzte ki vezéreszméül. A Koch vizsgálatainak imperativ ereje alatt megszületett s általánosán érvényesült az aetiologikus irányzat, melyért nagy harezokat vivott a multban egy *Brettonneau*, egy *Henle*, de melynek általános érvényt szerezni csak egy *Koch* lángeszének adatott. Innen azután csak egy lépés át a specifikus vagy mondjuk: az aetiologikus therapia terére, melynek előfutárjaként a Koch-féle tuberculint, a *Klebs* antidiphtherin-jét kell tekintenünk. És ha csak ezelőtt 10 évvel is volt még jogosultsága a *Virchow* azon kijelentésének, melyet egyébként az ú. n. *rationalis* therapia bírálataképen mondott, hogy az, a ki a specifikumok feltalálásának lehetőségében bizik, az ábrándok világában tévelyeg: az ma, az aetiologikus vizsgálódások kapcsán, nem csupán a lehetőségek sorába tartozik, de bizonyára már nem is hosszú idő kérdése.

Már *Sydenham*, az ontologok egyik korai s bizonyára igen kiváló képviselője, formulázta a követelményeket, melyeket a specifikum fogalmához kötünk. Szerinte kell, hogy a specifikus szer a betegség *lényegével* szoros vonatkozásban álljon. És tényleg ez a punctum saliens s ime itt állunk a betegség lényegénél, melynek essentialis voltát *Sydenham* állítja, *Virchow* pedig tagadja.

Mi tulajdonképen egy fajlagos, specifikus szer? E fogalom definiálásánál már el kell hagynunk a cellular-pathologia álláspontját. A bacterialis betegségek kóroktanának felderítése után ennek csupán kórbonczani jelentősége van, de a betegségek entitása többé kétségbe nem vonható. Legalább ismereteink jelenlegi állása mellett, kell hogy hozzá tegyem, mert a coneret tudományokban absolut igazság csak az, a mi ismereteink mai terjedelme s állása szerint a jelenségeknek legelfogadhatóbb magyarázatát nyújtja. Ma azt tartjuk, hogy a bacteriumok megindította chemiai productumok bejutása a véráramba s ennek közvetítésével az összes szervekbe váltja ki a jól jellegzett kórfolyamatokat, de ki tudja, vajjon milyen távol vagy közel az idő, a midőn a betegségek felfogásában új nézet jut érvényre?!

Fajlagos szernek tehát azt kell tartanunk, mely a *kórokozót* sikerrel támadja meg s ez által a *kórok* kiváltotta kórfolyamatot megállítani képes. A betegségnek tulajdonképeni gyógyulása a specifikus szer alkalmazása után már az élő szervezet egy functiója s a specifikus therapiánál is érvényben marad a régiök böles mondása: *Natura sanat!* *Behring*, a kinek definitióját közöltem, még azt a követelményt is fűzi a specifikum fogalmához, hogy az minden káros mellékhatás nélkül foszssa meg a kórfolyamatot fajlagos jellegétől s ez által a természeti erőknél szabad érvényesülést biztosítson.

Mindezekben, t. uraim! általánosságban akartam a magam álláspontját körvonalozni: a tudomány mai ismeretei, az experimentalis pathologia s bacteriologia jól fundált s felhalmozott adatainak tanulságai mellett úgy, a mint az aetiologikus fajlagos kórszármazást el kell fogadnunk, jogosultnak kell tartanunk azt a törekvést is, mely specifikus gyógyszerek felfedezésében s alkalmazásában keresi összes orvosi törekvéseink ideálját: a *betegek* gyógyítását.

És ez az ok, melynél fogva örömmel üdvözlöttük *Behring* szerét, melynek kipróbálását, a rendelkezésünkre álló anyagon, minden előítélettől menten, nem a túlzott optimismus, de nem is a túlhajtott skepsis álláspontjából, a lefolyt november hóban eszközöltük. Mielőtt kísérleteink eredményét a t. szakülés előtt feltárnám, két megjegyzést óhajtok tenni. Az egyik, a mi különben már a mult havi szakülésen is szóba került az, hogy az esetek bacteriologikus vizsgálata még ez idő szerint

¹ *A. Chipault*. Chirurgie opératoire du système nerveux. Paris. 1884.

² Előadott a „Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természet-tudományi egylet” 1894. évi december hó 1-én tartott szakülésében.

nem volt eszközölhető. Én nem tagadom, hisz a bacteriologia egyik legelkeszebb bámulója, hívője vagyok, hogy e vizsgálatok mellett észleleteink csak nyertek volna exactságukban; de a klinikai vizsgálatnak egyetlen ismérvét sem tévesztették szem elől, a midőn — nagyon is rigorosusan — a kórismét diphtheriára tettük, többen és többször ellenőriztük az eseteket, úgy hogy meggyőződés, miszerint a bacteriologiai vizsgálat csak megerősíthette, de aligha megdöntötte volna kórisménket. Különböztetve az esetek súlyossága, a mortalitás, a mi a részletezésnél fog kitűnni, eme kimondásomat igazolni fogja. A másik megjegyzésem, hogy eredményeinket, melyek 12 észlelt esetből resultálnak, tényleg nem szabad egyszerűen a statistika szempontjából tekinteni. Kevés számú eseteknél okvetlen szükséges az egyes esetek mérlegelése, mert különben oly conclusióra jutunk, mely a valóságnak nem felel meg. És vajjon szabad-e ezekből azután általános következtetéseket vonni?! Ha azt látjuk, hogy eseteink egy nagyobb része kimutathatólag a 4—5, sőt annál is későbbi napon jut kezelés alá s ezeket a Behring-féle vérsavóval, melyből azonfelül csak korlátolt mennyiség áll rendelkezésünkre, megmenteni nem tudjuk: jogunk van-e arra a kimondásra, hogy ez a szer semmit sem ér?! Nem tartozom azok közé, a kik szertől csodákat várnak; jól tudom, hogy Behring maga oly feltételekhez kötötte a sikert, melyeknek megfelelni a gyakorlatban nem épen könnyű; de azok álláspontjára sem helyezkedhetem, a kik e szernek hatékonyságát, időnként kedvezőtlen eredményeket látva, olvasva vagy hallva, az esetekben különbséget nem téve, a limine megtagadják. A statistika csak nagy adatokkal, lehetőleg egyenlő körülmények tekintetbevételével szerzett eredményeiben adhat tájékoztatást. Kevés esetből, ha plane azután az esetek egyedi tulajdonait nem is mérlegeljük, hamis következtetésre, hamis útra tévedünk s ezzel ártunk az ügynek, melynek pedig szolgálni akarunk. Hogy már is előlegezem tett tapasztalataink eredményét, azt kell mondanom, hogy a Behring diphtheria-ellenes vérsavója a kísérletezésre érdemes szer minden attributumával bír s nincs okunk az azzal való kísérletezést megszakítani, annál kevésbé, mivel a befecskendezéseknek, melyeket minden esetben t. barátom s főnököm, *Hoványi Ferencz* dr. városi főorvos úr végzett, semmi káros következményeit nem észleltük.

Áttérek most észleleteinkre.

F. évi november hó folyamán a helybeli járványkórházba 13 beteg vétetett fel, illetőleg szállítatott be, ezek közül egy vörhenyben szenvedvén, jelen előadás keretén kívül esik. A beszállításnak oka abban rejlett, hogy mindazon családokban, a hol a betegségi eset felmerült, az elkülönítés egyáltalában nem volt eszközölhető, s bár a családbeli gyermekek immunizáltak, az immunizálás ez idő szerint problematikus volta mellett, mint hatósági orvosok nem érezhették magukat feljogosítva, az elkülönítés eddigi rendszerével máris szakítani.

A felvett esetek kor szerint így oszlanak meg: a megbetegültek közt volt 0—1 életévig 1 (5. sz. eset), 1—2 évig 4 (1., 6., 8., 12. sz.), 3—4 évig 2 (4., 10. sz.), 5—10 évig 2 (2. és 3. sz. eset), 10—15 évig 3 (7., 9., 11. sz. eset).

Az esetek nagyrészt meglehetősen későn jöttek észlelés illetve kezelés alá. Így pl. az 1-ső eset a 4-dik napon, a 2-dik eset a 3-dik napon, ugyanígy a 3-dik eset is. A 4-dik eset állítólag egy napja volt beteg, de a laryngo-stenosis kifejezett kórképe nem hagy fenn kételyt az iránt, hogy a szülők ez irányú kimondása nem felel meg a valóságnak s ez az eset is korábbi származású. Ugyanez áll a 6-dik esetre nézve. Az 5-dik eset az anya kimondása szerint több nap óta volt beteg; a 7-dik, mely a könnyűekhez tartozott, öt nap óta; a 8-dik 3—4, de esetleg még előbb; a 9-dik eset egy teljes hete, a kinél, mint az esetet észlelt *Edelmann Menyhért* dr. úrtól tudom, a folyamat két szakaszban (ez volt a második phasis) játszódott le. A 10-dik eset faluról hozatott be már sepsissel, legalább 4—5 napos folyamat! Bizonyára, t. Uraim, nem kedvező körülmény a serum-therapiára! Szóval, megközelítő pontossággal meghatározva, a betegség első napján észlelés alá került 1 eset, a második napon, bár ez kérdéses, 2; a harmadikon 3, a negyedik napon 3, öt vagy ennél még későbbi napon 3. 12 esetből

tehát csupán 3-at kaptunk az első két napon, a többi 9 azon túl jött kezelés alá!

Az eseteknek nem erőszakolt csoportosítása mellett azokat két csoportba lehet sorolni: igen súlyos és könnyű eseteink voltak. Amabba osztályozzuk mindazon eseteket, melyeknél a localis tünetek s a kísérő jelenségek (pl. láz) igen nagy mérvűek voltak vagy orr- illetve gégeszövődménnyel, sepsissel jártak. Természetes, hogy az életkort is tekintbe kell vennünk. *Heubner* szerint minden 4 éven aluli eset már súlyos. Nekünk 0—4 életévig 7 esetünk volt, több mint fele. E mellett a 12-dik esetet, egy még nem 2 évest, a könnyűekhez soroltam, ugyanide számítom a 7-dik esetet is, a kinék életkora kedvező ugyan, de a kinél albuminuria tette fontosabbá az esetet. Jól tudom, hogy minden e fajta osztályozásnál bizonyos fokú mesterkéeltség, gyakran az észlelő subjectivitása folytán, szinte elkerülhetlen, de a klinikai eredmények szempontjából mégis meg van az efféle classificiónak az értékelhető resultátuma s nem volt okunk attól eltérni. A súlyosakhoz tartoznak eseteink közül az 1., 2., 3., 4., 5., 6., 8. és 10-dik eset, vagyis 8, a könnyűekhez a 7., 9., 11. és 12-dik eset, azaz 4.

Mielőtt az elért eredményeket részletezném, felemlitem, hogy az injectiókat *Hoványi Ferencz* dr. főorvos úr mindannyiszor a bordái alatti tájon, a legszigorúbb antisepsis követelményeinek megfelelőleg végezte; tényleg egyetlen esetben sem észleltünk a befecskendés folytán kellemetlen localis tünetet, pl. beszűrődést vagy abscessust; két esetben, a 10. és 12-diknél, a kinél későbbben kórházi infectio folytán (a másik kórteremben vörhenyes beteg feküdt) scarlatina lépett fel, láttunk kis terjedelmű urticariát. Ki kell még egyszer emelnem, hogy az esetek gyors szaporodása mellett kevés antitoxin-anyagunkat, a különböző concentrációk hiánya mellett, nem is alkalmazhattuk úgy, a mint az tulajdonképen ajánlatik s én nem titkolhatom el azon gyanúmat, hogy az elért s egészében nem épen biztató eredmény talán részben e körülménynek rovandó fel.

(Folytatása következik.)

A lüdláb gyógykezelése.

Horváth Mihály dr.-tól.

(Folytatás.)

Trendelenburg sem tesz egyebet, mint azt, hogy az alszár és láb egymáshoz viszonyított helyzetét javítja, úgy hogy a láb külső széle, mely mélyebben áll, szolgál járó felületül s ez által a láb mindig a supinatio értelmében terhelhetik meg. E mellett a létrejött csont és izületi deformitásokat érintetlenül hagyja, hanem felveszi, hogy ezek az újabb statikai viszonyokhoz, a normalis működéshez alkalmazkodva normalis külső alakjukat visszanyerik. Hahn a linearis osteotomiának előnyét szintén abban látja, hogy a deformitás megszüntetésével a láb megterhelhetése kedvezőbben alakul s sikerül a lábnak verticalis tengelye körül való forgatását javítani.

Ha tekintetbe vesszük ezenkívül, hogy a linearis osteotomia a láb sceletum minden megcsontítását feleslegessé teszi, úgy csatlakozunk kell *König*, *Lorenz* és *Hoffa* véleményéhez s a Trendelenburg és Hahn-féle linearis osteotomiát határozottan az Ogston-féle resectio elé kell helyezni. Ámbár az eredmények ezen állításunkat az esetek legnagyobb részeiben megerősítik, még sem lehet elhallgatnunk, hogy Trendelenburg és Hahn maguk értesítenek néhány, bár kevés számú esetről, melyekben az osteotomia nem vezetett eredményhez. Így említi Hahn, hogy egy esetében a műtét után a beteg kevésbé tudta lábát használni, mint az előtt. Hahn oly esetben, midőn a sajkacsont igen mélyen tért ki eredeti helyzetéből, indikálnak tartja az osteotomiát az Ogston-féle resectióval egyesíteni. Ugyanezen véleményen van *Meyer* is. Trendelenburg maga is bevallja, hogy az eredmények nem minden esetben elégitették ki. Lehet, hogy ez esetekben a correctio nem vitetett ki oly fokban, hogy a normalis statikai viszonyok helyreállottak volna s ennek tudható be a ki nem elégitő eredmény; avagy talán a nagyfokú esetekben nem elégséges, ha a lábat, mint egészet

supináljuk, hanem kívánatos, hogy eljárásunkkal maguknak a lábtőizületeknek correctióját is bevezessük. E kérdésben azonban a további észleletek fognak dönteni.

Sokkal kevésbé kielégítő eredményt várhatunk a Phelps által ajánlott eljárástól, mely teljesen analogonja azon műtétnek, melyet ő a dongaláb gyógykezelése czéljából hozott javaslatba. E műtétet alkalmazva a pes valgusnál fennálló viszonyokhoz, Phelps nyílt sebzéssel átvágja az összes lágyrészeket a láb belső oldalán s ezeket kisebb-nagyobb részlet eltávolításával rövidítette, gondolván, hogy a lágyrészeknek ez által nagyobb feszülést biztosít, oly feszülést, mely elegendő a lábboltozat magasán tartására és a deformitás kiújulásának megakadályozására. Nem volt eddig alkalmam a Phelps-féle metszés által elért eredményt a pes valgus kezelésénél megbírálni, de igen a pes varus egy esetében végzett analogon operációt. A bécsi orthopaedikus ambulatoriumon keresett segítyt Lorenznél egy beteg, igen nagyfokú dongalábbal, mely évekkal azelőtt a Phelps-féle operatio tárgyát képezte. Ennek bizonyítására szolgálta a láb külső oldalán lévő heg. Mint ez esetben sem volt elégséges a lágyrészeknek rövidítése, mert a láb megterhelésével a deformitás ismét kifejlődött, úgy nem gondolom, hogy a pes valgus nagyfokú eseteiben a rövidítés által nyert nagyobb feszülés a lágyrészeket a megterheléssel szemben elegendő nagyfokú ellenállás kifejtésére képesítene. Phelps operációjával a redressiót, a therapia első és főfeladatát épen nem befolyásolja, ő csak a már más úton-módon elért eredmény biztosítását czélozza; ezt pedig minden véres beavatkozás nélkül, sokkal egyszerűbben és biztosabban elérjük megfelelő gypskötéssel, mit később betéttel ellátott lúdlábú cipővel cserélhetünk fel.

Hátra van még, hogy a Stermann H. M. által javaslatba hozott eljárást felemlítsük, mely mintegy átmenetet képez a véres műtétek és az ú. n. redressement forcé között.

Stermann tulajdonképen egyesítette mindkettőt egymással, a mennyiben 2 esetben subcután, 3 esetben nyílt sebzéssel átvágta a lágyrészeket a láb külső oldalán, hogy ez által a redressiót megkönnyítse. Az erőszakos redressio eszközzésére a Thomas-féle készüléket használta. Véleményem szerint Stermann felesleges munkát végez, midőn a lágyrészeket sérti, mert a lúdlábnál nem rövidülnek meg a lágyrészek oly mértékben, hogy ezek feszülése a correctio ellenében legyőzhetetlen ellenállást fejtenek ki. Ha elégséges a redressáló erő a pathologicus helyzetükben egymást kölcsönösen rögzítő lábtőcsontok ki-mozdítására, akkor bizonyára elégséges lesz azon ellenállás legyőzésére, melyet a rövidült lágy képletek kifejtenek. Igen gyakran volt alkalmam a lágyrészeknek szinte hihetetlen nyújthatóságáról meggyőződni, a nélkül, hogy azok elszakadtak, vagy lényeges sérülést szenvedtek volna. Ha ezek után Stermann szükségesnek találja a redressiót a lágyképletek átvágásával bevezetni, ez csak annyit bizonyít, hogy a lúdláb erőszakos redressiójához a kéz, vagy a Thomas-féle apparatus (redresseur) által kifejtendő erő nem minden esetben elégséges.

Részben egyidejűleg a tárgyalt véres műtétekkel, főleg azonban az utolsó évek alatt egy másik eljárás nyert gyakori alkalmazást, mely mechanikus úton a lágyrészek és a sceletum kimelésével ugyanazon czél elérését tűzte ki maga elé, mint a sebészeti orthopaedia, t. i. normalis statikai viszonyok helyreállítását; ennek elérését természetesen a fixált izületek mobilisatiójának és a pronált és abducált állás megszüntetésének kell megelőznie. A mechanikus orthopaedia a deformitást erőszakos úton igyekszik redressálni, innen az eljárás elnevezése: „Redressement forcé”. Roser volt az első, ki véres műtétek kerülésével erőszakos úton igyekezett a pes valgust redressálni. Ez természetesen csak mély narcosisban vihető ki. A beteg alszárát a segéd rögzíti, a műtő pedig kézerővel igyekszik a lábat a supinált és adducált állásba átvizetni. Az elért eredményt contentiv-kötéssel biztosítjuk. A beteg e kötéssel hónapokon át az ágyat őrzi, s csak később cseréli fel egy portatív König-féle magnésit-kötéssel. A mennyiben ez eljárással a láb medialis oldalán a lágyrészeknek feszülését s azonkívül a kóros helyzetváltozást szenvedett

csontok egymásra gyakorolt nyomását s így a panaszolt fájdalmakat megszüntetjük, a hatás minden esetre kielégítő volt. Sőt — mint König mondja — a csontok és izületek a megváltozott nyomási viszonyoknak megfelelő alakot is vehetnek fel. Landerer s vele mások is elvetik a Roser-féle eljárást; s az ok, mely Landerert erre kényszeríti, szembevetendő. Egy végtag, mely hosszabb időn át contentiv-kötésben tartatik s e mellett ágyban fekvé absolute nem functionál, úgy tekintendő, mintha teljesen hűdött lenne. Az ily viszonyoknak kikerülhetetlen következményei, az inactivitas atrophia tünetei fogják jellemezni azon képet, melyet az ily módon kezelt pes valgus elének tár. Nemcsak a lágyrészek, izmok stb. sorvadnak, ha a működés alól kirekesztjük, hanem maguk a csontok is elveszítik erősségüket. S ha a contentiv-kötés eltávolításával a láb ismét megterhelhetik, járásra, állásra használtatik, a láb ismét a pronált állásba jut, s a kóros megterheléssel ismét kifejlődnek a lúdlábra jellegző elváltozások. Roser eljárásával csak annyit ér el, hogy a lábat corrigált állásban gypskötésbe tette, mely kötés a láb külső oldalára állandó nyomást gyakorolt. Nagy különbség van azonban a között, ha a végtag egyoldalú nyomás hatásának kitéve, a működés alól teljesen kirekesztetik, avagy ha a contentiv-kötéssel a corrigált lábállást biztosítva, a lábat a leghatalmasabb alakítóerő, a test súlya által való megterhelés hatásának teszszük ki. Wolf és Lorenz felismerték a Roser-féle redressement forcé hiányait, az eljárást kiegészítették s így nagyrészt őket illeti az érdem, hogy ma a lúdláb prognosist még elhanyagolt esetben is kedvezőbben állíthatjuk fel.

Wolf és utána Hoffa a következőkép járnak el: Szükség szerint a Krausz által ajánlott achillotenotomiát előrebocsátva, a lábat és az alszár 2 alsó harmadát gyorsan száradó nedves gyps-pólyákkal veszik körül. A segéd rögzíti — mint a Roser-féle eljárásnál — az alszárát, a műtő 2 kézzel megragadja a lábat s annyira supinálja, a mennyire kézerővel egyáltalán lehetséges. Ezen félig-meddig corrigált állásban addig tartjuk a lábat kezünkkel, míg a gypspólyák meg nem merevednek. 2—3 nap múlva a kötésnek a belső bütyök alatti részéből egy részt eltávolítva, a külső oldalon egy a bütyök előtt haladó metszést teszünk s így a láb állását ismét javítjuk. Az elért eredményt a gypstok két részletének egymáshoz erősítésével állandósítjuk. Ezen eljárást folytatva, rövidebb-hosszabb idő alatt, de mindenestre 2—3 héten belül, a legnagyobb fokú lúdlábat is teljesen corrigálhatjuk. Ennek elérésével a beteg egyedüli dolga az, hogy mentől többet járjon keljen s ép ezen körülmény, hogy a beteg a testsúlylyal direct megterheli a lábat — s így a működés alól a gypskötés dacára sincs egészen kizárva — ez különbözteti meg a Wolf és Roser-féle eljárást egymástól. Wolfnak ezen általa „Etappen redressement“-nak nevezett methodusát számtalan esetben, a legkülönbözőbb deformitásoknál volt alkalmam tanulmányozni s bizonyíthatom annak eredményességét.

A redressement forcé különben újabban mind szélesebb körben nyer alkalmazást. Így Whitmann R.¹ elveti az összes véres műtéteket s az erőszakos redressiót tartja egyedül racionálisnak. Hozzá esatlakozik Sayre R. is.

Daczára azonban annak, hogy ily tekintélyes sebészek emelték fel szavukat a redressement forcé mellett, ennek hívei mégis kisebbségben maradtak mind ez ideig. Hoffa, egy kiváló képviselője ezen methodusnak, maga is indikálnak tartja a Trendelenburg-féle supramalleolaris osteotomiát, ha az achillotenotomia után a redressio csak tökéletlenül vihető ki.² Hoffa ezen nyilatkozata rámutat a redressement forcé egyedüli hiányára. Ő ugyanis a pes valgus legnagyobb fokánál a véres műtétet folyamodik, mert a redressio nem minden esetben bizonyul kivihetőnek és elégségesnek. Véleményem szerint ez csak annyit bizonyít, hogy a redressio eszközzése, a teljesen rigidé vált izületek mobilisatiója gyakran a kézerőt messze túlszárnyaló erőt igényel. A rendelkezésünkre álló redresseurök, pl. az ú. n. „Thomas wrench“ avagy a Redard vagy Bradford

¹ Annals of Surgery. January 1893.

² Hoffa. Lehrbuch d. Orthop.

által szerkesztett készülékek alkalmazása vagy körülményes, avagy az általuk kifejtendő erő még mindig nem elégséges az ellenállás legyőzésére.

Hónapokon keresztül látogattam Lorenz orthopaedikus rendeléseit s ezeken sokszorosan volt alkalmam meggyőződni, hogy az általa szerkesztett s közönségesen „osteoklase-redresseur-nek” nevezett készülékben egy oly eszközzel rendelkezünk, mely az eddig közkezen forgó redresseuröket úgy alkalmazhatósága, mint az általa kifejtendő erő tekintetében messze felülmúlja.¹

Meggyőződtem Lorenznél arról, hogy ezen redresseur által kifejtendő erő teljesen elégséges még azon ellenállás legyőzésére is, melyet pl. egy 28 év óta fennálló veleszületett dongaláb minden redressiót érző beavatkozás ellen kifejtet. Lorenz ily nagy erő felett rendelkezvén, eljárását annyira tökéletesítette, hogy ma mint külön methodus, melyet ő „intra-articuláris modellirendes Redressement” névvel jelöl, olyannak tekinthető, mint a mely a lúdláb gyógykezelésének kérdését egy jelentékeny lépéssel közelebb vitte a végleges megoldás felé.

A redresseur, melyet Lorenz a legkülönfélébb csont- és izület-elferdüléseknél és contracturáknál sikerrel alkalmaz, két

főrészből áll, ú. m. a rögzítő és a csavar részből. Az előbbi két, kaucuk-lapokkal védett fémlapból áll, melyek egymáshoz tetszés szerint közelíthetők s arra szolgálnak, hogy a végtagot azon vonal felett rögzítsük, mely vonalban a redressiót eszközölni kívánjuk, pl. a genu valgumnál a ezombesont büttykeit, a láb deformitásainál a két malleolust zárják maguk közé a fémlapok.

A második rész a csavar-készülék, melynek forgatása, illetve a rögzítő készüléktől való távolítása által kifejtendő erőt egy erős szíj vagy helyesebben egy összehajtott kendő közvetítésével viszzük át a redressálendő tagra. A csavar-készülék a rögzítőtől jobbra vagy balra helyezhető el, mely berendezés a készülék alkalmazhatóságát nagyban emeli.

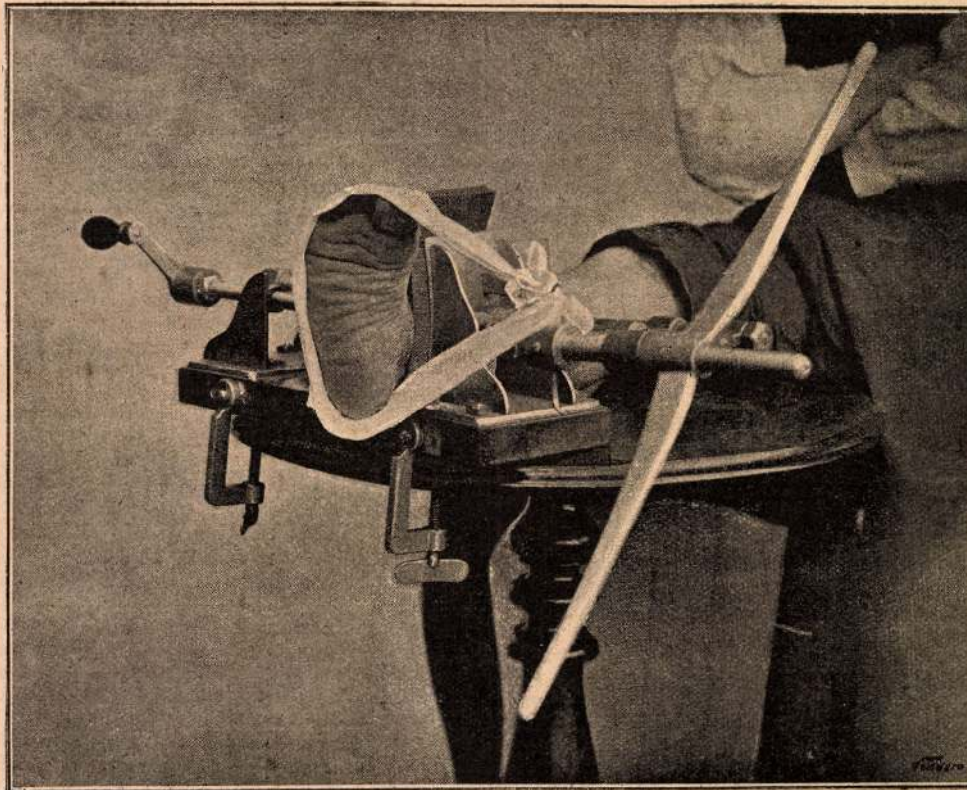
A redressiót Lorenz a következőképen hajtja végre: Az operateur a redresseur előtt, a hanyatt fekvő beteggel szemben foglal helyet. A mély narcosisban fekvő beteg alszárát úgy erősítjük most a rögzítő készülékbe, hogy a fémlapok a malleolusokat is magukba zárják. A csavar-készüléket a pes valgus redressálásánál a láb beloldalára helyeztük.

Lorenz a lábat nem teljes egészében redressálja, hanem a deformitást componenseire bontva, ezeket külön-külön corrigálja, és pedig először az abductiót szünteti meg, majd a pronatio ellen fordul s a mennyiben a láb supinalásánál az egyszersmind lólábállásba jutott, azért a redressio harmadik actusát a lólábállás megszüntetése képezi. A lólábállást a supinatio eszközzésénél magunk is elősegítjük, mert mint azt Whitmann tanítja, a dorsalflectált láb sokkal nehezebben supinálható és adducálható. Ha a redresseurral egy oly erőt kívánunk kifejteni, mely a lábat egyszerűen a közép vonal

felé közelíti, tehát adducálja, akkor az összehajtott háromszögletű kendő végeit a csavarkészülék horgára erősítve az így képezett hurkot úgy vezetjük a láb körül, hogy az a talp előtt elhaladva, megkerülje a láb külső szélét s onnét a láb hátán keresztül ismét a kiindulási ponthoz, a horoghoz térjen vissza. A csavar forgatásával a horog eltávolodik a rögzítő készüléktől, a hurok minderősebben megfeszül, a láb pedig erőteljesen közelítettik a közép vonal felé. E közben azonban ellenőrizzük a malleolusukat, vajjon nem mozdultak-e ki a rögzítő fémlapok közül, mi könnyen egy malleolaris fracturát eredményezhetne.

A redressio második szakában a láb külső szélét stülesztetni, a belsőt emelni, a lábat tehát supinálni igyekezünk. E célból a hurkot úgy illesztjük a láb körül, hogy ne harántirányban, hanem — mint azt a mellékelt ábra mutatja — a külső szélét egész hosszában, az ujjaktól a sarokig átfogja. Az eredmény az lesz, hogy a hurok mind erősebb megfeszítésével a láb nemcsak teljes egészében közeledik a közép vonal felé, hanem hosszengelye körül egyszersmind befelé fordul, tehát a supinátiónak megfelelő forgást végezi.

Az ábra a redressiónak ép ezen actusát tünteti fel. Ezen



eredményt legtöbb esetben a lágyrészek jelentékenyebb megsértése nélkül érjük el. Hallani vagy érezni időnként egy-egy roppanást, a mi egy túlságosan zsugorodott kötőszövet-kötegek, vagy egyes rostjainak beszakadását jelzi, de mindez a fedő bőrreteg alatt történik, a mi legnagyobb biztosítéka a reactio nélküli gyógyulásnak. Ha a bőr annyira zsugorodott, — mi egyébiránt a lúdlábnál ritka jelenség — hogy berepedéstől lehetne félni, akkor már előre ellátjuk a láb hátát és külső oldalát aseptikus kötéssel. Az infectio veszéye így teljesen ki van zárva, a mi a véres műtétekkel

szemben a redressement forcénak még ma is előnyt biztosít. Ha egyszer a redresseur segélyével annyira mobillá tettük az ízületeket, hogy csekély erővel supinált és adducált állásban tarthatjuk a lábat, akkor a finomabb correctiót már kézerővel is végezhetjük, nevezetesen a talo-navicularis ízület táját még jobban emelhetjük.

A redressio 3-dik szakában a redresseur csak mint rögzítő-készülék szerepel. A dorsalflexiót kézerővel végezzük, szükség szerint azonban megelőzőleg az Achilles-ínat átvágjuk.

(Vége következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXIII. rendes ülés, 1894. december 1-én.)

(Vége.)

Perforatio, sectio caesarea, mesterséges koraszülés ugyanazon nőnél szűk medence miatt.

Tóth István dr. bemutatása lapunk más helyén egész terjedelmében fog közöltetni.

¹ Lorenz. Über Osteoklase: Wiener Klinik 1893. 6. 7. Heft.

A könyv kiállítása igen esinos, az ábrák szépek és tiszták s így a kiadókat is dicséret illeti.

A könyv bold. Antal Géza tanár emlékének van szánva s az előszóban különös köszönettel adózik szerző Müller tanárnak, hogy az neki alkalmat adott arra, hogy a húgyszervi betegosztályt egy évig mint főorvos vezette.

—r.

II. Lapszemle.

Sebészet.

Bélszűkületnek enteroplastica által sikeresen kezelt két esetét írja le H. Allingham. Tudomása szerint esetei az elsők, hol bélen lett végezve ezen műtét. Ajánlja azt oly esetekben, hol bélszűkület van jelen a nélkül, hogy az ok rosszindulatú daganat volna; a műtét egyszerűbb mint a bélresectio. Egyik esetében a vékonybélben, másik esetében a vastagbélben volt jelen egy rostos kötőszövetből álló gyűrűszerű szűkület. A műtét módja következő: A szűkület helyén a bél hosszirányában haladó metszéssel megnyitja a belet és a sebszéleket úgy varrja össze, hogy a seb hossziránya előbbi irányára merőleges legyen. (The Lancet 1894. június 23.)

Baumgarten Samu dr.

Az echinococcus kezeléséről ír Bobrow, a ki összegyűjtötte az utolsó öt év alatt Oroszországban echinococcus miatt műtéve lett 88 beteg kórrajzát. Székhelyére vonatkozólag 49 esik a májra, 6 a lépere, 9 a hashártyára, 1 a vesére, 4 a tüdőre, 17 az izmokra, 2 a csontokra. A máj-echinococcus műtétek közül az egy műtétben műtett betegek halálzási százaléka 20, a két műtétben műtetteké 14%. Ezen jelentékeny halálzási százaléknak csökkenését a Billroth által ajánlott jodoform-emulsióknak a megnyitott tömlőbe való befecskendezése által véli esőkenthetőnek. Ő magának is vannak eredményei ezen a módon, a melyet bővebben ír le. A műtétnél a tömlő óvatos megnyitása után 6% steril jodoform-glycerin-oldatot fecskendez be a tömlőbe. Ezután a májseb széleit kétsoros varrattal egyesíti, az egyesített helyet a hasfalhoz varrja, a melyet magát azután 3-szoros étegyvarrattal egyesít. A lefolyásban az volt a nevezetes, hogy a 4-dik naptól kezdve három héten keresztül a vizeletben mindig jó jelentkezett. A Billroth által ajánlott 10% jodoform-glycerin-emulsiót nagyon behatónak találja, még a 6%-nál gyöngébbel is jó eredményt látott. A befecskendezett folyadékknak azt a nevezetes szerepet tulajdonítja, a melyet talán mással is lehetne helyettesíteni, hogy az üregben a máj felől gyakorolt nyomást ellensúlyozza. Ekképen nem támad ír a májban, a melybe vérzés vagy exsudatio történhetnék a májfalakból, az epeutak sem repednek meg s így nem észlelte azt a gyakran előforduló nagy epefolyást, a mely más módon végzett műtéteknél mutatkozni szokott. A tüdőben előforduló echinococcusoknál is alkalmazhatónak tartja a Billroth által ajánlott műtési módot. (Centralblatt für Chir. 1894. Nr. 33.)

Ch. dr.

A rectum elzáródása az anus felett hártás septum által. B. Fuller-t négy napos gyermekhez hívták, kinek születése óta egyszer sem volt széke, hányt s soha nem aludt. A has nagyon kitágult, feszes és tympanikus volt. Külsőleg semmi abnormis nem volt látható. A végbélbe fecskendőt vezetvén be víz befecskendezésére, egy csepp vizet sem sikerült befecskendeznie. Kis ujját vezetvén be, egy hüvelyknyire a végbélnyílástól erős, ellenálló hártás septumot tapintott, mely mélyebb behatolást nem engedett meg, ezt trocárral átfúrta, a midőn sok sötétbarna meconium ömlött ki, a nyílást bevezetett s azután szétnyitott magfogóval tágitotta. A gyermek 30 órával a műtét után meghalt s a boncolatnál a rectum egy helyén a septum felett egyenetlen szélű már műtét előtti három ujjnyi repedés lett találva, mely bizonyára nem támadt volna, ha idejekorán végeztetik a műtét; a hasüregben meconium volt. (The Lancet 1894. június 16.)

Baumgarten Samu dr.

Bőr- és bujakórtan.

Az alkati bujasenyv gyógyítása cím alatt Ziemssen wiesbadeni orvos egy igen figyelemreméltó esetet tesz közzé. Egyik betegje 1884. év tavaszán sclerosist szerzett és mindjárt, még

mielőtt a secundaer tünetek felléptek volna, 85 higanybedörzsölést (a 5 gm.) csinált. Ugyanaz év decemberben kütég kifejlődése a jobb kézben, mely lehámlásban és berepedésekben nyilvánult. Újabb 70 bedörzsölés (a 6 gm.) 1885. év elejéig, melyre az állapot javult; 4 hó múlva az előbbinek recidiválása vérzésekkel a berepedésekből, ismét 70 bedörzsölés (a 6 gm.). Ezen idő alatt jodkalit is szedett, de hányásinger miatt a 10-dik dosisnál abba kellett hagynia. Erre 6 havi gyógyulási tartam. 1886. májusban újabb recidiválás a kézben, 50 bedörzsölés (a 5 gm.); ugyanezen eljárás az év végével. 1887-ben ismét 75 bedörzsölés (a 6 gm.). Ezen utolsó gyógykezelés alatt a 36-dik dosis után a bántalom gyógyulásnak indult, azonban a 65-dik bedörzsölés után ismétellen visszaesés. Különféle helyi szerek alkalmazása után a berepedések részben gyógyultak. 1887 októberben dacára ezen bajának a katonasághoz bevonult és szolgálati évének utolsó negyedében mindkét alszáron több gyorsan elterjedő, fájdalmas fekély fejlődött, melyek 53 bedörzsölésre (a 5 gm.) begyógyultak, azonban a kéz nem. 1889-ben 725 gm., 1890-ben 500 gm., 1891-ben 700 gm. és 1892-ben 225 gm. higanykenőcsöt dörzsölt be; ezeken kívül 1889-ben és 1890-ben 20—20 bórallati befecskendezést kapott. Az eddig felsorolt gyógykezeléseknél a beteg több hírneves orvos tanácsát kérte ki. 1892 április 17-dikén Ziemssenhez fordult és ennek tanácsára újabb bedörzsöléseket csinált és pedig 5 grammtól kezdve fokozatosan 25 grammig naponként. 16 nap múlva a berepedések és lehámlások teljesen eltűntek, a kéz friss és egészséges rózsaszínűt öltött. Mindezek dacára a teljes gyógyulás biztosítása végett a kurának folytatása 68 bedörzsölésig, ezenkívül 68 napon át jodkalit is szedett, melyet itt jól tűrt. Ezen egész idő alatt a beteg állítása szerint sokkal jobban érezte magát és sokkal jobban tűrte ezen kurát, máskülönb kellemetlen melléküneteket nem tapasztalt. 1892. év végével minden ok nélkül utókezelésként ismét 29-et bedörzsölt. A kéz ezután 1894 február 18-dikáig teljes épségben maradt, a tünetek többé nem tértek vissza. Beteg 9 év alatt 5654 gm. higanykenőcsöt használt el. Z. még azt is megjegyzi, hogy az ő általa alkalmazott unguent. hydrarg. még egyszer annyi higanyt tartalmazott, mint azt a pharmakopoea előírja.

Hogy miben rejlik a syphilis ilyen súlyos és makacs alakoknak illeténi eljárással való hatása, azt Z. ezen és számos hasonló eset kapcsán észlelt tapasztalatai után egyrészt az előbb leírt forcirozott kuráknak tulajdonítja, mivel mindkét szer hatását a syphilisméregre annál hatásosabbnak, biztosabbnak és gyorsabbnak véli, mennél nagyobb adagban kebelezetik a testbe. Másrészt pedig számos megfigyelés, különféle gyógyforrás összehasonlítása és pontos vegyi analysisa után azon conclusióhoz jutott, hogy a gyógyforrások semmi esetre sem hatnak specifice a syphilisre. Csak annyiban tulajdonít ezeknek, különösen a konyhasót tartalmazóknak, bizonyos szerepet, a mennyiben az emberi szervezetnek a higany és jód iránti bekebelezési és ellenállási képessége fokozódik. Minél több konyhasót tartalmaz valamely gyógyforrás — ha csak az emberi szervezet physiologiai konyhasótartalmánál többet nem tartalmaznak — annál nagyobb higany- és jód-adagokat képes az emberi szervezet eltűrni. Aschner dr.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Ideges fogfájás eseteiben jó eredménnyel használja Graetzer a következő összetételű port: Rp. Antifebrini 0.25; Phenacetini 0.5. M. f. pulv. D. t. dos. Nr. VI. S. Naponként 3 port. (Therap. Monatshefte, 1894. október.)

2. Incontinentia urinae nocturna gyógyítására ajánlja Mac Alister atropin növekvő adagait strychninnel kapcsolatosan: Rp. Sol. atropini sulfur. (2%) 5.0; Sol. strychnini mur. (1%) 0.25; Syr. cort. aurant. 25.0. Eleinte 5 cseppet vesz be a beteg lefekvés előtt, azután minden 4 napban 5 cseppel emeltetik az adag 30 cseppig, a mi megfelel 3 milligramm atropinnak. Ha ezen adag mellett egy hét alatt nem szűnik meg az incontinentia, 4 naponként újból emeltetik az adag egészen 60 cseppig, ezután pedig minden 4 napban 10 cseppel csökkentjük az adagot. Esti 6 óra után a betegnek nem szabad folyadékot magához venni; a beteg éjfélkor és reggeli 6 órakor hólyagjának kiürítése végett felébredtetendő. (Wiener mediz. Presse, 1894. 46. sz.)

TÁRCSA.

Heti szemle.

Budapest, 1894. deczember 13-dikán.

A diphtheritis gyógyítása vérsavóval. *Kuntzen* (Deutsche med. Wochenschrift, 1894. 49. sz.) 25 esetben használta a Behring-serumot; 22 beteg meggyógyult, 3 meghalt; a halálozás tehát 12% volt. Tracheotomia 5 esetben vált szükségessé, ezek közül 2 végződött halálosan. Ajánlja, hogy a statistikák összeállításánál a jövőben tekintetbe vételessék a betegség napja, a melyen a serum-kezelés megindítottatik.

Libbertz szerint (Deutsche med. Wochenschrift, 1894. 49. sz.) a hőségi gyár eddig 40,000 adag gyógyító serumot bocsátott forgalomba és dacára ennek eddig még csak 10 olyan esetről kaptak értesítést, melyekben kellemetlen, de többnyire nem súlyos természetű mellék tünetek — urticaria, erythema a befecskenedés helyén, továbbá neuralgiák és mirigyduzzanatok — észleltettek, melyek rövid idő alatt megszűntek. Veseizgatásra utaló tünetek eddig nem jutottak tudomásra.

Huger (Centralblatt für innere Medicin, 1894. 48. sz.) magán-gyakorlatában eddig 26 diphtheriás beteget kezelte serummal. Az egyik eset, melyben a további lefolyás scarlatina-diphtheriát derített ki, kirekesztése után marad 25 eset, melyek közül csak egy végződött halálosan; ez az eset egy 8 hónapos csecsemőre vonatkozik, mely haldokló állapotban jutott kezelés alá. Az esetek közül 8 könnyű, 6 közép súlyos és 11 súlyos volt. Utóbetegségek közül 2 esetben hűdést, egy esetben dysenteriát észlelt. Fehérnye csak ritkán és mulólag volt kimutatható a vizeletben. Prophylactice 35 gyermeket oltott be serummal; ezek közül 3 később diphtheriában megbetegedett; mindhárom esetben azonban a lefolyás nagyon enyhe volt.

Möller szerint (Centralblatt für innere Medicin, 1894. 48. sz.) a magdeburg-altstadti kórházban eddig 76 gyermeket kezeltek serummal. Minthogy egyrészt a nagyon könnyű és a haldokló állapotban behozott esetekben nem vették igénybe a serumtherapiát; továbbá minthogy másrészt az utóbbi években nagyobb számmal kerültek könnyebb esetek is a kórházba: szerző az anyagot összehasonlító statistika készítésére nem tartja alkalmasnak és azért csak a tracheotomizált esetekre terjeszkedik ki bővebben. A tracheotomizált és serummal kezelt betegek mortalitása 39.6% volt, vagyis 16%-kal kisebb, mint az áprilistől novemberig nem serummal orvoslott tracheotomizált eseteké, és 9%-kal kisebb, mint az eddig ezen kórházban észlelt halálozási százalék. Fehérnye a vizeletben 12%-ban volt kimutatható; urticára 6 esetben észleltetett.

Maizard (Revue des maladies de l'enfance, 1894. nov.) észleletei a mellett szólnak, hogy a serummal kezelt betegeknek az antisepticumok iránti fogékonyság növekszik. Így olyan gyermekeknek, kik a serummal kezelés mellett még sublimat-glycerinnel ecseteltettek, mérgezési tünetek mutatkoztak; a serum-therapia előtti időben ugyanazon tömörségű sublimat-glycerint a betegek minden utókövetkezmény nélkül tűrték. Egy gyermeknél, a mely 5%-os carbol-oldatba mártott tubussal intubáltatott, a vizelet fekete lett (carbol-mérgezés).

Hansemann előadása, melynek foglalátját már mult számunkban közöltük, egész terjedelmében a „Berliner klinische Wochenschrift“ 50. számában épen most jelent meg. Kiegészítésképen megemlítjük, hogy a statistikák iránti bizalmatlanságát főleg azzal indokolja, hogy most a kórházakba nagy számmal jönnek enyhe diphtheritis-esetek is; másrészt pedig most a bacteriologiai vizsgálat alapján sok olyan esetet is diphtheritisnek mondanak, a melyet azelőtt a klinikai észlelés alapján nem tartottak volna diphtheritisnek.

A Hansemann előadásához fűződött eszmecsereben elsőnek *Bergmann* tanár szólalt fel. Szerinte valószínűleg még soká tart ugyan, míg a diphtheritis serum-therapiája a tökély magas fokára jut; tudományos alapja azonban megvan a módszernek, melylyel szemben régebben nagyon tartózkodó álláspontot foglalt el, egyrészt 1—2 klinikai kedvezőtlenül lefolyt esete miatt, másrészt pedig néhány állatkísérlet miatt, a melyeket Behringgel együtt végzett és a melyekben a serummal kezelt házinyulak megdöglöttek, a

nem kezeltek pedig életben maradtak. Ujabban elért eredményeit majd csak később fogja közzétenni.

Virchow a „Friedrich Kinderkrankenhaus“-ban elért eddigi eredmények alapján bizalommal van a diphtheritis serum-therapiája iránt. Az említett kórházban az utóbbi időben 533 diphtheritis-esetet kezeltek, közülük 303-at serummal 13.2% halálozással és 230-at serum nélkül 47.8% halálozással. A szer további használatát tehát ezen kedvező statistika alapján ajánlhatja, amnyival is inkább, mert alkalmazása nagyobb veszélyvel nem jár. Az ellen azonban tiltakozik, hogy az anatomiailag diphtheritisnek nevezett folyamatot azonosítsák a Löffler-féle diphtheritis-bacillus által előidézhető betegséggel. Azt hiszi, hogy a szövetek mortificatióját nem annyira a Löffler-bacillus, mint inkább más bacteriumok (streptococcusok stb.) okozzák. Kivánatosnak tartja azon dogma elejtését, mely szerint a Löffler-féle bacillus nélkül nincs diphtheritis.

Miles (Lancet, 1894. decz. 8.) magán-gyakorlatában az utóbbi időben észlelt 4 esetéről tesz említést. Mind a 4 eset jobbmódú családokban fordult elő, a hol a külső körülmények hasonlóak voltak, az ápolás pedig nagyon gondos. Két eset nem lett serummal kezelve, közülük az egyik meggyógyult, a másik pedig 9 hét múlva hűdés folytán halálosan végződött. A másik két eset Aronson-féle serummal gyógyítottatott, mindkettő halálosan végződött.

A budapesti gyakorló orvosok segélyező-egyesülete rövid fennállása mellett is hasznos működést fejt ki. A munkája után élő azon gyakorló orvos, kinek existenciáját magánvagyon nem biztosítja, kinek léte orvosi működése után szerzett keresetere van állapítva, szánalmas állapotba jut, ha munkálkodásában betegség megakasztja. Az élet terhe ilyenkor kétszeresen nehezedik az ilyen kartársra, főleg ha az családos is. A budapesti gyakorló orvosok segélyező-egyesülete épen azon czélból alakult, hogy betegséggel sújtott és így ideiglenesen munkaképtelenné tett tagjain segítsen és fennállása rövid néhány esztendeje alatt ezen czéljának minden tekintetben pontosan meg is felelt. Az újesztendő közeledtével felhívjuk budapesti kartársaink figyelmét ezen közhasznú intézményre, melynek alapszabályaiból tájékozásul a következő pontokat közöljük kivonatilag:

5. §. a) pont. Rendes tagja lehet az egyesületnek minden budapesti orvos, ki 50 éven alól van és ki a felvétel alkalmával tényleg gyakorlatot üz.

7. §. Minden rendes tag köteles 3 frt bekebelezési díjat és minden évre 15 frtot fizetni.

9. §. Minden rendes tag csak egy évvel belépte után részesülhet az egyesület segélyezésében.

10. §. A beteg jelentkezése. Megbetegedése esetén minden tag köteles azt az elnökkel tudatni és az őt illető segélyösszeget semmi szín alatt vissza nem utasíthatja.

13. §. Az egyesület minden megbetegedett tagnak a bejelentés napjától kezdve ez idő szerint minden napra 3 frtot fizet és pedig hetenként valamely meghatározott napon. Ezen 3 frtnyi napi segélyt az egylet egy év keretében 60 napon át fizeti; ezen időn túl azonban esakis az egylet vagyonához mérve lehet a választmány javaslatára további segélyt engedélyezni.

Belépni szándékozók szíveskedjenek vagy Samek Jakab dr. pénztárnoknál (VI., Andrassy-út 38. sz.), vagy Schulhof Jakab dr. titkárnál (VI., Váci-körút 17. sz.) jelentkezni.

Vegyesek.

Budapest, 1894. deczember 14-dikén. A fővárosi statistikai hivatalnak 1894. november 25-dikétől deczember 1-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 380 gyermek, elhalt 240 személy, a születek tehát 140 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 2, roncósoló toroklob 8, hökhurut —, kanyaró 2, vörheny 3, himlő 1, typhus abdominalis 3, gyermekágyi láz 2, egyéb ragályos betegségek 2, agykéreglob 8, agyvérömleny 8, rángások 5, szervi szívbaj 18, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurhut 50, tüdőgümő és sorvadás 37, bélhurut és béllob 14, carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák 3, Brighth-kór és veselob 9, angolkór 2, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 15, aszkór, aszály és sorvadás 9, aggkór 12, erőszakos haláleset 7. — A fővárosi köz-kórházak-

Dr. HERCZEL
 heidelbergi egyetemi m.-tanár
Sebészeti Sanatoriuma.
 Sebészeti és nőgyógyászati magánintézet.
BUDAPEST
 VI., Felső erdősor 5. sz.

Allanó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kötő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Rendelő órák: 9-10 és 1/2-4-ig; szegényeknek d. e. 50 8-9-ig. — Kivonat prospectus.

GUAJACOLCARBONAT
 kitűnő szer tuberculosis ellen.

Következésképpen megszabadítja a vért a bakteriummérgektől (Berl. Klin. Wochenschrift 1892. 3. sz.) 90:5 legtisztább guajacolt tartalmaz, de ment minden íztől, szagtól és étető hatástól és ezért a legérzékenyebb betegek által is szívesen vétetik és ki nem hányatik. A testsúly és az erő gyors gyarapodása kb. 23 font 4 hét alatt. (Berl. Klin. Wochenschrift 1893. 51. sz.) A guajacolcarbonat hatásáról typhusnál l. Allgem. med. Centr. Zeitung 1893. 45-46 sz. Irodalmi kivonatokkal és használati utasításokkal szolgál

Dr. F. von Heyden Nachfolger, Radebeul bei Dresden.
 Eladás a drognakereskedések és gyógyszerárak útján.

Kedélybetegek és morphinkórosok
 a legszorgosabb ápolásban részesülnek
Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben
 III. ker., Leonhard-utca 3-5. szám alatt.

SOK A ROSSZ UTÁNZAT!

A jelenkor legjobb vaskészítménye az
ORIGINALIS SYRUP. FERRIALBUMINATI WIEDERHOFFER-DIÓSY.

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

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

SOK A ROSSZ UTÁNZAT!

MATTONI FÉLE
GISSHÜBLER
 legtisztább égvényes
SAVANYUKÚT

Gyógy-és vízgyógyintézet
Giesshübl - Puchstein
 Karlsbad mellett.
MATTONI-féle giesshübli savanyúkút eredési helye.

Legjobb étrendi és üdítő ital

MATTONI HENRIK
 Budapest, Franzensbad, Karlsbad és Bécs.

VÉDŐJEGY.

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

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

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

Csomagolásért 20 krajczár

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS
 A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:
Gyors, biztos enyhe hatás.

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

Bevásárlásnál a palaczk címképén olvasható
„Saxlehner András“
 név figyelembe ajánlatik.

Vegyztizta OXYGEN 30 literes gummiballonokban. Bármely mennyiség, bármely időben, azonnal ki lesz szolgálva. Postán is küldetik.

Caps. Extr. hydrast. canad. Budai. A terápiában állandó és nélkülözhetetlenné vált. **Méhvérzéseknél felülmúlhatatlan.** Előnye a fluidum föltét a kényelmes, biztos adagolás s a teljes megbízhatóság. A fluidum a ható anyagnak csak egy részét képes oldatban tartani, míg az Extr. spissum az anyag teljes Berberin s Hydrastin tartalmával bír. — Készítményem, mely föltétle utánzóztatik, csakis üvegekben 25 drb Capsulata-tartalommal jön forgalomba!

BEHRING-féle diphtheritis elleni vérsavó
 mind a három erősségben, orig. üvegekben, utasítással.

Aqu. Piperasini sodat. 1:500. Kitűnő húgysav-oldó hatással 1 üveg 1 frt

Vinum cascar. Sagrad. Budai az egyedüli biztosan ható szer obstipationál, könnyű, inger s fájdalom nélküli székletélt okoz.

Vinum Chinae ferrati, régi kitűnő tokaji aszuborral 1 üveg 1 frt 50

Vinum Condurango 1 üveg 1 frt 50

Vinum Cocca 1 üveg 1 frt

Vinum Pepsini tokaji aszuval 1 üveg 1 frt 80

Túlzsirosított gyógyszerzappanok a bel- s külföldi dermatologusok előzetesével. A következő túlzsirosított gyógyszerzappanok mindig raktáron:

Aristol.	Salicyl kén,	Ichthyol,	Creolin,
Camphor,	Phenol,	Resorcin,	Kéntej,
Kátrány,	Alumnol,	Zinc. oxyd,	Ichthyol Salicyl,
Basis (gyerm. szap.)	Benzoe,	Salol,	Salicyl,
Ichthyol lysol,	Kén,	Alumnol Zink,	Resorcin.

Kapható a
„Városi gyógyszerárban“ Budapest, Városház-tér.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Adatok a sokszoros gégeszemölcsdagok kiirtásához.

Közi *Navratil Imre* dr., egyet. nyilv. rend. tanár.¹

Ha általában a daganatok operálásánál, úgy különösen a gégeszemölcsök eltávolításánál kiváló gondot kell fordítanunk a bántalom teljes gyökeres kiirtására, mert eltekintve attól, hogy a beteg hangja helyreállítását kívánja, a részletes eltávolításnak még azon hátránya van, hogy a szemölcsök ilyenkor igen gyorsan recidiválnak, sőt előmozdítja a gyors kiújulást még a behatás által okozott inger, mely annál nagyobb, minél tökéletlenebb volt a kiirtás.

Ezen tapasztalati tényből önként következik, hogy kiújulásra hajlandó többszörös szemölcsdagoknál oly eljárást alkalmazzunk, melynél a gyökeres eltávolítás céljából a hozzáférés a legalkalmasabb s ez természetesen nem lehet más, mint a gégefelhasítás.

A minő egyszerű dolog ez elméleti szempontból, oly nehezen oldható meg ez a gyakorlatban; mert az endolaryngealis módszernek előnyeit és hátrányait a gégefelhasítással szemközt mindig a konkrét eset adja meg. A legegyszerűbb lenne kétségkívül sértetlenül hagyni a gégét, miután ezen természetes és mondjuk ki, könnyebb út megválasztására, ha csak a teljes kiirtás követelményének eleget tehetünk, úgy a beteg, mint az orvos könnyebben határozzák el magukat.

Különben ez a gégetükör vívmánya is, nagyobb behatások és sérelmek nélkül a gégetükör vezetése mellett távolítani el a gégeből a daganatot s valamint egyszerű újdonságok kizárólag ezen az úton jó sikerrel operálhatók, úgy nagyon érthető és igazolható azon törekvés, hogy így operáltassanak a szövődmenyesebb újdonságok is.

A gégefelhasítás, mely jóval nagyobb behatás s a melyre nehezebben is szánja rá magát a beteg, jelentékenyebb előnyöket kell, hogy nyújtson tehát a daganat gyökeres eltávolítására és sokkal jobban óvjon kiújulások ellen, szóval a teljes gyógyulást inkább biztosítsa, mint a szájon át való kiirtás, hogy ennek eléje tétessék.

Az útmutatást arra nézve, hogy mikor és mily esetben nyújt az endolaryngealis módszer elegendő biztosítékot, s hogy mikor s mily esetben ezélszerűbb és biztosabb végezni a gégefelhasítást, azt egyedül a szabatos és tárgyilagos megfigyelés adhatja meg.

Az én tapasztalataim, melyeket a sokszoros szemölcsdagokra nézve 30 évi gyakorlatom alatt tettem, jelentékeny különbséget mutatnak erre nézve gyermekeknél és felnőtteknél. A mi a gyermekeket illeti, összesen véve 42 esetet operáltam és ezeknek eredményeit a következőkben foglalom össze.

Az esetek legnagyobb részében a szemölcsök a valódi és az álhangszálakat borították el, olykor a mellső, ritkábban

a hátsó gégefalból s még ritkábban a gégefedő szélén burjánzottak elő; a két előbbi helyen lévők nagyfokú vagy teljes aphoniát okoztak és olykor nehézlégzést is; azután voltak eseteim kiválóan stenotikus jelleggel és a gyors műtevést igénylő nagyfokú légszomjjal. A hol ez utóbbi tünet hiányzott, eleinte a guillotine-nal, később az éles kanállal, tehát curettement-al operáltam; de mindig narkosis nélkül és a cocain használata előtti időben minden helybeli érzéstelenítő szer nélkül.

A gyermekek minden reakció nélkül tűrték a műtetet s egynehány tülés alatt sikerült az egészet eltávolítani, úgy hogy a gégetükörrel mit sem lehetett többé látni a dagokból. A gyermekek visszakapták hangjukat, habár nem minden esetben oly tisztán, mint az normalis állapotban lenni szokott. Mindamellét a daganat hosszabb-rövidebb időre kiújult és pedig annál gyorsabban, minél puhábbak voltak a szemölcsök, sőt voltak esetek, hogy a burjánzás oly tömeges volt és oly nagyfokú légszomjat okozott, hogy a betegeknek a légesömetszést voltam kénytelen végrehajtani. Az előbbi években gyakran volt alkalmam ily gyors s tömeges kiújulásoknál felhasítani a gégét, (természetesen előre bocsátott légesömetszés után) és a szemölcsdagokat az alapul szolgáló nyálkahártyával együtt kimetszeni és cauterizálni, mint azt a Berl. klin. Wochenschrift 1880-diki évfolyamában: Beiträge zur Pathologie u. Therapie der Larynx-papillomen cím alatt közöltem volt. Az így operált gyermekek 2¹/₂—8 évesek voltak.

De még ezen eljárás után sem maradtak mentek a gyermekek a kiújulástól. Annyi haszna azonban volt a műtétnek, hogy a recidiva hosszabb ideig, rendszeren hónapokig késett, míg az endolaryngealis módszer mellett a kiújulás rendszeren már hetek múlva bekövetkezett.

Ujabbán a következő eljárást alkalmazom a gyermekeknél: légesömetszést hajtok végre, természetesen ott, hol az a nagyfokú nehézlégzés miatt szükségessé válik; rövid időre azután a szájon át operálok és irtom ki a szemölcsdagokat a gégeből, mindannyiszor és mindaddig, a hányszor s a míg kiújul a daganat. Ez rendszeren 1—4 esztendő alatt szokott beállani t. i. megszűnik a kiújulás. Csak ritka a kivétel. Sohasesem végeztem úgy mint Hopman kétszeri gégefelhasítást. A szemölcsdagok gyökeres kiirtására igen kedvező befolyást gyakorolt a légeső nyílása, a melyből a lefelé burjánzó szemölcsöket igen kényelmesen és jól távolíthattam el. Az utolsó években 3 ilyen esetem volt, a hol többszörös gégeszemölcsdag miatt támadt fuladás tette szükségessé a légesömetszést és a hol úgy a szájon át, mint a légeső sebén keresztül végeztem a kiirtást és értem el teljes gyógyulást. Ezen gyermekek 1¹/₂—2¹/₂ esztendő óta mentek minden recidivától. Hangjuk tiszta, heges összenövésék vagy egyéb más hátrányos állapot nem maradt vissza. Az esetek röviden a következők:

N. I. 4 éves. Többszörös gégeszemölcsdag. Nagyfokú dyspnoë. Légesömetszés 1891. február 5-dikén. Laryngofissio, az alatta lévő nyálkahártya kimetszésével távolították el a szemölcsdagok ugyanazon év márczius 4-dikén. Kiújulás 3 hónap múlva. Első curettement 1891. június 2-dikén. Kiújulás 1¹/₂ hó múlva. Második curettement augusztus 4-dikén. Kiújulás 2¹/₂ hónap múlva. Harmadik curettement november 1-én. Kiújulás

¹ Előadta a magyar fül- és gégeorvosok egyesületének ez idei november havi r. szakülésében.

4 hónap múlva. Negyedik cur. 1892. márczius 9-dikén. Szabad két és egy fél év óta.

Második eset. N. I. négy éves fiú, sokszoros szemölcsdag. Dyspnoë végett tracheotomia 1891. szeptember 23-dikán; október 19-dikén laryngofissio. A gégeszemölcsök és az alattok lévő nyálkahártya kimetszettek. Első recidiva 2½ hónap múlva. Első cur. 1892. január 2-dikán. Második recidiva egy hó múlva. Második cur. márczius elsején. Harmadik recidiva 2 hó múlva. Harmadik cur. 1892. május 30-dikán. Negyedik recidiva 3½ hónap múlva. Negyedik cur. 1892. október 4-dikén. Szabad két év óta.

Harmadik eset. H. P. négy éves leányka. Ugyanazon állapot. Légesömetzés 1892. november 1-én. Első curettement ugyanezen hónap 12-dikén. Recidiva egy hó múlva. Második curettement 1893. január 28-dikán. Második recidiva 2½ hónap múlva. Harmadik curettement 1893. márczius 12-dikén. Szabad 1½ év óta.

Másként állottak a dolgok felnőtteknél, hol összesen véve 15 esetben végeztem sokszoros szemölcsdag miatt műtétet. Ezeknél, bár mindig teljesen kiirtottam a szemölcsöket a szájon át, a dagok mindannyiszor kiújultak, úgy hogy a gége felhasítására határoztam el magamat. Ezen esetekben a pajzsporezokat mindig a középvonalban hasítottam fel, de csak a hangszálakok mellő egyestülése. Míg ezen a részen elegendő tért nyertem a szemölcsdagok teljes kiirtására és az alattok levő nyálkahártya kimetszésére, sértetlen maradt a hangszálakok mellő egyestülése, a mi a hang visszanyerésére igen előnyös befolyással volt. Ezen operatio után, melyet felnőtteknél 4-szer végeztem oly esetekben, a midőn a szemölcsdag előremint endolaryngealis műtét után ismétlődött, kiújulás többé nem következett be.

A különbség oka itt a gyermekek s felnőttek között véleményem szerint az, hogy míg felnőtteknél a kedvezőbb térviszonyok miatt úgy a szemölcsdagokat, mint azok alapját egészen jól kiirhattam, addig azt gyermekeknél a keskeny résen és a szük gégeben oly szabatosan végezni nem voltam képes. Kedvezőtlen lefolyást laryngofissiók után szemölcsdagoknál nem észleltem soha.

Az én tapasztalataim szerint tehát a javalatok a következőkben foglalhatók össze:

Gyermekeknél: Endolaryngealis műtét megfelelő műszerrel, nehéz légzésnél idejekorán tracheotomia, majd curettement szájon át és a légcső sebén keresztül mindaddig, míg teljes gyógyulás beáll.

Felnőtteknél: Szintén első feladat az endolaryngealis operálás. Azon esetre azonban, ha recidiva állana be szaporább szemölcsdagokkal, laryngofissio a feljebb említett módon a szenvedő nyálkahártya kimetszésével.

Hangsúlyoznom kell, hogy én ezen eljárásnak felnőtteknél feltétlenül előnyt adok a többször ismétlődő szájon át való operálás fölött, a melynek káros következményeit volt alkalmam észlelni, a mennyiben a többször alkalmazott curettement után hámrák kifejlődését tapasztaltam 3 betegemnél.

Behring-féle vérsavóval kezelt diphtheria-esetek.

Közlemény Nagyvárad város járványkórházából.

Előadta: *Berkovits Miklós* dr., Nagyvárad város tb. főorvosa.

(Vége.)

Eseteink a következők voltak:

1. Nagy Erzsébet, 1½ éves; felvétellett november hó 2-dikán. Negyedik napja beteg, egy 6 éves fitestvére larynx-diphtheriában, egy 4 éves leánytestvére septikus diphtheriában halt el. Mindkét mandolán, a szájpádivék szélein, az uvulán vastag, tömeges, fehér lepedék. Állzúgi mirigyek beszűrődve. Hő 37.6, érverés 146. Feeskendezés az 1. sz. oldat-

ból (600 egység). A kórházba való beszállítást követő reggel hő 37.1, érverés 124. A localis lelet terjedést mutat, az uvula egész terjedelmében belepett, foeter ex ore. Feeskendezés: 450 egység. November 3-dikán. A lepedék terjedést nem mutat, sőt az uvula s a szájpádivék felső szélén bizonyos fokú leválás mutatkozik. Vizeletben bő fehérje. Injectio: 300 egység. November 4-dikén. A lepedék nagy részben levált, az uvulán, a szájpádivéken s a mandolákon vékony, kicsiny szigetek láthatók. Közérzet javult; fehérje (0.05% Essbach). November 6-dikán. Kocsonyás lepedék az arcusokon s a mandolákon, melyek november 9-dikére teljesen eltűnnek. Fehérjetartalom emelkedőben, góreső alatt szemcsés hengerek; arcz kissé pöffedt, halvány, fehér, lábfejekon mérsékelt vizenyő. Galopp-rythmus. November 14-dikén, kórházon kívül, szívhűdés tünetei közt, exitus.

2. Schleger Jenő, 5½ éves, felvétellett november 8-dikán. Szülők állítása szerint f. hó 5-dikén lett beteg. Láztalan. Mindkét uvulán s a garat hátsó falán elterült szennyes-szürkés lepedék. Cyanosis. Erős jaectatio. Teljes hangtalanság, rekedt köhögés. Nagy mérvű inspiratorius dyspnoë. Injectio a 2. sz. oldatból (1000 egység). Útérlokés szabálytalan, szapora. D. u. az asphyxia jelei szaporodnak, arcszín szürkés lesz, stenosis igen nagyfokú, minélfogva *Schiff* dr. úr intubatiót eszközöl. Semmi megkönnyebbülés. Esti 1½9 órakor exitus.

3. Csillag Lajos, 9 éves, felvétellett november 9-dikén reggel 9 órakor. 2—3 nap óta beteg. Mindkét mandola nagy mérvben duzzadt, jobb mandola belfelületén szigetes lepedék, bal mandola egészen beborítva vaskos fehér lepedékekkel, mely a mellő szájpádivre, sőt fel a légyszájpadra is áttérjed. Az uvula a mandolák által egészen hátratulatik. Nehéz hörtyögő légzés az orron keresztül. Hő 39.5, érverés 132. Injectio: Nr. 1. (600 egység). Este: hő 38.5. November 10-dikén: a lepedék terjedőben, felhúzódik a légyszájpad jobb oldalára is, fénylő fehér, azonban lazább. Injectio: Nr. 1. (600 egység). November 11-dikén: hő 37.2, útérlokés 100, lepedékek határolódnak, lazábbak. Vizelet fehérjementes. November 12-dikén: plaque-ok határoltak, új plaque-képződés nincs. November 15-dikén csupán a bal mandolán alig észrevehető pókhálószerű, kis terjedelmű lepedék. November 18-dikán gyógyultan kibocsátatik.

4. Berger Emma, 3 éven felül, felvétellett november hó 10-dikén, állítólag egy napja (?) beteg. Csekély lepedék a bal mandolán. Rekedt hang, ugatásszerű köhögés; dyspnoë, mely a gyomorgödör s a torkolat-árok erős behúzóásával jár. Igen nagy nyugtalanság, felvételkor 600 egység. November 11-dikén: az éjjelt a gyermek igen nyugtalanul töltötte. Lepedék mindkét mandolán nagy sziget alakjában, tömöttebb, vastagabb. Hang rekedtsége fennáll; nehéz légzés, időszakonként rohamokban. Hő 37.4. Injectio: 600 egység. Estve: a stenotikus légzés valamivel csekélyebb. Vizelet fehérjementes. November 12-dikén. Éjjelt nyugodtabban töltötte, a stenosis enyhül. Lázmentes. Plaque-ok a mandolákon szigetes lepedék alakjában vékonyodnak. A baloldali mellő szájpádiv mentén 3 új, lenesényi, vékony lepedék. Köhögés könnyebb, lazultabb. Köhögés ritkább rohamokban, epés. Hang is javul. November 13-dikán. Torokban a lepedékek majdnem letisztultak. Légzés még kissé nehezített. November 14-dikén: vizeletben fehérje, nyomokban. November 15-dikén. Rekedtség még fennáll, lepedék teljesen levált, csekélyebb bronchitis. November 18-dikán: egészségesen kibocsátatik.

5. Konda Demeter, 10 hónapos, felvétellett november 10-dikén. Anyja állítása szerint több nap óta beteg. Mindkét mandolán vaskos lepedék; croupos tünetek. Esti 9 órakor injectio az 1. sz. serumból (600 egység). November 11-dikén: az igen csenevész, atrophikus gyermek az éjjelt nagyon nyugtalanul töltötte, igen erős dyspnoë, teljesen hangtalan, a mandolák lepedékei kisebbednek. Injectio 300 egység. Este a gyermek valamivel nyugodtabb. Hő 37.8. November 12-dikén: láztalan. A localis lelet határolódást mutat. Dyspnoë nagyon engedett. Kisfokú aluszékonyosság. November 13-dikán: Torokban a lepedéknek csupán nyomai vékony szigeteske

alakjában. Légzés lényegesen könnyebb. Szívműködés kissé szabálytalan. November 16-dikán d. u. teljesen szabad és könnyű légzés mellett szívűdés tünetei között exitus. (Vizelet nem volt vizsgálható.)

6. Balajti Antal, 1 éves 10 hónapos, felvétel november 11-dikén d. u. 4 órakor. Állítólag tegnap óta (?) óta beteg. Mindkét mandolán, a szájpádivéken, a garat hátsó falán, uvulán tömeges, szétterült szürkés-fehér lepedék. Rekedt, ugató köhögés, stenotikus légzés. Injectio az 1. számú serumból (600 egység). Hő 38.2. November 12-dikén reggel a gyermek láztalan, stenotikus tünetek fokozódtak, arcz cyanotikus. Nagy jactatio. Befecskendés az 1. sz. serumból (600 egység), d. e. 10 órakor exitus asphyxiában.

7. Tischler Etelka, 13 éves, felvétel november 12-dikén délelőtt. Mult hét óta (november 7) beteg. Szigetes, fehér, vékony lepedék mindkét mandolán. A baloldali hátsó garatíven lencsényi lepedék. Láztalan. Injectio 600 egység. November 13-dikán: a baloldali lepedék persistál, e mellett a jobb oldalon, az uvulába való átmenet zugában egy lencsényinél valamivel nagyobb sárgás-fehéres, friss lepedék. Láztalan. November 14-dikén: baloldali lepedék foszlóban; a jobboldali áttérjedt a hátsó garatívre is, vaskosabb, de leválóban. November 16-dikán mindkét oldali lepedékek eltűntek. Vizeletben fehérje (Spiegler-reagens). November 18-dikán beteg gyógyultan távozik.

8. Pallagi Antal, 16 hónapos, felvétel november 13-dikán d. e. 9 órakor. Egy 3 éves fivérére ez előtt 4 héttel croup miatt a kórházban ápoltatott, melyet gyógyultan hagyott el. Anyja állítása szerint 3—4 nap óta bágyadt, nyelésnél nehézségei vannak, mit az anya *nehéz fogzásra* vezetett vissza. Beteg halavány, nagyon nyugtalan, rekedtes köhögés, erőltetett légzéssel. Hő 38.5, érlökés 140, szabálytalan. Mindkét mandola belfelülete, a garatívek, az uvula egész terjedelemben szennyes-szürkés, helyenként feketés, bűzös lepedékkel bevont. Injectio: 600 egység. November 14-dikén beteg soporosus, hűvös végtagok, arcz szürkés. Erős bűz a szájból, ornyílások eldugaszoltak. Nehéz légzés a gyomorgödör behűződésével. Hő 38.2, érlökés olvashatlan, üres, a nap folyamán exitus.

9. Klein Regina, 11 éves, felvétel 1894. november 19-dikén. Egy hét óta beteg. Mindkét mandolán kisebb terjedelmű, szigetes, fehéres lepedék. Injectio (november 20-dikán reggel) 450 egység. Másnapra a lepedékek lekoptak. November 23-dikán gyógyult.

10. Bongó Flóra, 4 éves, Almamező községből hozatott be, felvétel november 21-dikén. Négy napja beteg. Mindkét mandolán, szájpádivéken, nyelvsapon tömött, erősen tapadó, vaskos, fehéres lepedék. Állkapocszügi mirigyek nagy fokban beszűrődve. Hő 38.5. Injectio 600 egység. November 22-dikén: lepedék kissé terjedt, de felválás mutatkozik. Új injectio: 600 egység. November 20-dikán: érverés 144, hő 39.8. Erőtlen, orrszárnyak kimaróva, véres váladék az orrból. A baloldali befecskendés helyén gyermektényérnyi erythema. Rekedt. November 24-dikén reggel exitus.

11. Lázin Mátyás, 11 éves, felvétel november 22-dikén. Egy napja beteg. Mindkét mandolán szétfolyó, vékony áttetsző lepedék. Hő 37.6. Injectio: 300 egység. Másnap lepedéknek csupán nyomai. November 26-dikán gyógyult.

12. Major Juliska, 1 éves 9 hónapos, felvétel november 24-dikén. Két napja beteg. Mindkét mandolán apró, lencsényi, szigetes lepedék. Injectio: 300 egység. November 25-dikén: új plaque a jobb arcus palato-glossus felső részén s a garat hátsó falán. Injectio: 600 egység. Hő normalis. November 26-dikán: lepedékeknek alig nyomai. Vizelet fehérjementes. Papulosus kütég kis tenyér terjedelemben a jobb injectio helyén. (November 28-dikán kórházi infectio folytán a gyermek scarlatinát kap, mely 4 nap alatt exitust okoz.) Alább egy táblázatban állítottam össze az eseteket, az egyes adatok könnyebb áttekinthetősége végett.

Serummal kezelt esetek.

Sorszám	A beteg neve és kora, Hány napja beteg? Mikor kapta az első befecskendést?	Befecskendések száma	Hány egy-séget kapott	Megjegyzések
1.	Nagy Erzsébet, 1 1/2 éves, 4 nap, november 1.	3	1410	Nephritis. Exitus lethalis.
2.	Schleger Jenő, 5 1/2 éves, 3 nap, november 5.	1	1000	Nagyfokú cyanosis, nehéz légzéssel szállítottott a kórházba. Intubatio minden lényeges eredmény nélkül. Exitus.
3.	Csillag Lajos, 9 éves, 3 nap, november 9.	2	1200	Gyógyult.
4.	Berger Emma, 3 éves 6 hónapos, 1 nap (?), november 10.	2	1200	Nagyfokú croupos tünetek, kiskokú albuminuria. Gyógyult.
5.	Korka Demeter, 10 hónapos, több napja, november 10.	2	900	Atrophikus gyermek, croupos tünetek. Exitus.
6.	Balajti Antal, 1 év 10 hónapos, 1 nap (?), november 11.	2	1200	Stenotikus tünetek, cyanosis. Exitus.
7.	Tischler Etelka, 13 éves, 5 nap óta, november 12.	1	600	Kisfokú albuminuria. Gyógyult.
8.	Pallagi Antal, 16 hónapos, 3—4 napja, november 13.	1	600	Septikus alak. Exitus.
9.	Klein Regina, 11 éves, 6—7 nap óta, november 19.	1	600	Gyógyult.
10.	Bongó Flóra, 4 éves, 4 napja, november 21.	2	1200	Septikus alak, orr-diphtheria. Exitus.
11.	Lázin Mátyás, 11 éves, 1 napja, november 22.	1	300	Gyógyult.
12.	Major Juliska, 1 éves 9 hónapos, 3 napja, november 24.	2	900	Gyógyult. Később scarlatinfectio.

E kórrajzokhoz külön hozzátenni valóm nincs; ott, hol idő volt arra, hogy a serum hatást fejthessen ki, szembeötlő a localis lelet s a concomittáló tünetek befolyásolása s így ezek tekintetéből egyenesen utalok a kórtörténetekre.

Most már az eredmény ime ez: 12 kezelt betegünkben 6 halt el. Életkor szerint: az 1 éven aluli beteg nem volt megmenthető; 1—2 életévig 4-ből elhalt 3; 3—4 életévig 2-ből elhalt 1; 5—10 életévig 2-ből elhalt 1, a 10—15 életévig megbetegült 3 eset meggyógyult. A súlyos esetek az összesnek 66.6%-át teszik 75% mortalitással (8 esetből elhalt 6), a könnyű esetek mind meggyógyultak. 0—5 évig megbetegült 7 eset, ebből elhalt 5 (71.4%), 5—15 életévig megbetegült 5, elhalt 1 (20%). A kórtörténetek szerint a 2., 6., 8. és 10. esetenél a serum-injectiók a localis tüneteket sem befolyásolták. Mind a négy a lehető legsúlyosabb kórképet nyújtotta. A 2-dik esetenél a bronchusokig lehaladó folyamat a légerserekkora akadályait halmozta fel, hogy az intubatiót, azt mondhatnám, már haldoklón eszközöltük. A 6-dik esetenél is előtérben állott az asphyxia. A 8. és 10. számú esetek a sepsisnek igen előrehaladott stadiumát képviselték. Annál praegnansabb volt a localis lelet feltisztulása a különben lethalis kimenetelű 1. és 5. esetekben, melyek a diphtheria, azt mondhatnám: szokv-

nyos kimenetelében, szivhűdésben pusztultak el. Annál gyorsabban hatott a serum a 11-dik esetben, melyet coupirozott, a 7. és 9., valamint a 12-dikben is, míg a 3. és 4-dik esetben hatása esodaszerűnek mondható. Ki kell emelnem, hogy a gyógyult esetek igen gyors lefolyást mutattak s úgy látszik, még ez ideig utóbajoktól mentek. Meg akarom jegyezni, hogy az eddig divó local-therapiát mellőztük s csupán a szembe-ötölőbb tünetek ellen avatkoztunk be.

T. szakülés! Ezekben kívántam száraz számokban, az objectiv igazságnak megfelelőleg, képet adni észleleteinkről.

Objectiv igazságról szoltam, pedig jól tudom, hogy minden életjelenség a subjectum világában tárgyilagosságának mezét levetkőzteti s már ez alakban projiciálódik megint kifelé, hogy ott mások subjectivitása mellett állja ki a tűzpróbát. Minden észlelő csak a maga benyomásait képviselheti: helyes-e álláspontja mások alanyiasága előtt is, az attól függ, mennyire tudta kritikájában saját benyomásait tárgyilagossítani!

En azt merem hinni, hogy mindezen nézőpontokból a következő tételek a t. szakülés becses hozzájárulásával fognak találkozni:

1. A Behring-féle diphtheria-ellenes vérsavóval megejtett kísérletekből arról győződöttünk meg, hogy az korai időben és kellő mennyiségben alkalmazva, a tiszta diphtheriás folyamatot kedvezőleg képes befolyásolni s mint ilyen, úgy látszik, specificum. A kórfolyamatot, az üdülési időszakot megrövidíti, a kezelést lehetőleg egyszerűvé teszi. Igen előrehaladott folyamatoknál, vegyes fertőzési alakoknál e szertől sem láttunk eredményt; úgy látszik, a diphtheria-toxin ellenűlyezésén kívül a már létrejött szervi elváltozásokat, más okokból származott infectiót visszafejleszteni nem képes. Mennyiben állhatja útját esetleges septikus infectiónak, erre nézve még nincs tapasztalatunk.

2. Az antitoxinnal való kísérletezést, tekintettel különösen arra, hogy annak alkalmazása, kellő cautelák mellett, semmi veszélyvel nem jár, jogosultnak, sőt kívánatosnak tartjuk, lehetőleg igyekezni kell azonban az egyöntetű, előítélettel ment észlelésekre. Hangsúlyozni kívánom, hogy a serum gyógyértéke felől — szerény véleményem szerint — még nincsenek lezárva az acták s az még csak a kísérlet stadiumában van.

3. Az eredmények kellő elbirálása s a szer reputációja érdekében a serum-esetek kizárólag az orvosi aëropag elé tartoznak, a napisajtó rovataiban való közlések csak az antitoxin-ébresztette túlzott optimismus vagy az alapnélküli kételkedés növelésére szolgálnak.

4. Az immunizálásra nézve, az észleleti idő rövidsége miatt, nem érezzük magunkat feljogosítva nyilatkozni.

Végül kedves kötelességemnek ismerem a városi t. orvosi kar nevében köszönetet mondani azon t. kartársaknak, névszerint *Berkovits Zsigmond, Edelmann Menyhért, Goldstein Sándor, Grósz Menyhért, Kornstein Lajos, Kutiák Ágost, Péchy Károly* (Bihar), *Schiff Ernő, Weisz Márton* és *Wimmer József* dr. uraknak, kik a betegek észlelésében nekünk segédkeztet, felvilágosítást, gyámolítást nyújtottak.

A lüdláb gyógykezelése.

Horváth Mihály dr.-tól.

(Vége.)

Mint az előadottakból kitűnik, a redresseur nem ezélozza direct a beékelt ugrócsontnak a szomszédos csontok közül való kiemelését, hanem helyreállítja az ízületek mobilitását, úgy hogy az ugrócsont kóros helyzetének javítására tökéletesen elegendő már a kézerő. S ezzel tulajdonképen eleget tettünk feladatunknak. Elértük a redresseur segélyével, hogy a láb supinált, adducált és a derékszögig dorsalflectált állásba jutott, sőt a talus állásán is javíthatunk.

A therapia további feladata az elért eredmény állandósítása. Erre a célra Lorenz egy hordozható gypskötést alkalmaz, mely az alszár felső harmadáig terjed s a lábat a kívánt supinált állásban tartja meg. Ha a kötés a kívánt szilárdságot

elnyerte s a fájdalmak, melyek az erőszakos redressiót követik, alábbhagynak, a betegtől egyenesen megkivánjuk, hogy a napnak legnagyobb részében fel és alá járkáljon, tehát a lábat a megterhelhetőség alakító hatásának tegye ki.

Lorenz egyetértőleg azokkal, kik erőszakos redressiót végeztek, ajánlja, hogy a lábat túlcorigáljuk. Mint Hoffa említi, a túlcorrectionnak célja nem csak az, hogy a csontoknak egymáshoz viszonyított normalis helyzetét lehetőleg helyreállítsuk, hanem, hogy a zsugorodott lágyrészeket is a lehető-ségig nyújtsuk s az esetleges összenövéseket elszakítsuk s ezáltal az ízületeknek mozgékonytágot biztosítsunk. Ezenkívül azonban a túlcorrection lehetővé teszi, hogy a beteg a contentiv-kötést hosszabb ideig is hordhassa, a nélkül, hogy a decubitus veszélyének lenne kitéve. A redressált láb ugyanis magára hagyva az előbbi kóros helyzetét igyekszik elfoglalni, úgy hogy a láb külső széle e közben bizonyos erővel támaszkodik a contentiv-kötés belfelületéhez, mely a nyomás nagyságához mérten vérkeringési zavarokat s esetleg decubitust is okozhat. Ha azonban a lábat a redressio alkalmával a normalison túl supináljuk és adducáljuk s a kötést bár corrigált, de azért nem azon extrem supinált és adducált állásban alkalmazzuk, akkor a hajlam, a kóros állásba visszatérni, korántsem lesz oly nagy, mintha a lábat csak egyszerűen azon fokig corrigáljuk, a mely állásban a fixatio is történik. A túlcorrection alatt ép úgy elvesztik a lágyrészek elasticitásuk egy részét, mint a túlfeszített gummiöv.

Nem lesz felesleges a gypskötés készítésének módját vázolni, mert ennek helytelen alkalmazása könnyen megghiúsíthatja az eredményt. Meglehetősen vastag vatta-réteget, különösen ügyelve a láb külső szélének kipárnázására, callicot-pólyával akképen erősítünk a lábra és az alszárra, hogy az mindenütt egyenletesen mutassa a láb körvonalait. A callicot pólyát bizonyos, bár nem túlnagy erővel húzzuk meg, hogy a kötés a lábon biztosan álljon. Erre jön a körülbelül 1 cm. vastagságú gypskötés. Hogy a vérkeringés ellenőrizhető legyen, ajánlatos, hogy az ujjakat szabadon hagyjuk. Egy helyesen készített kötésnél a kisujj egész külső oldalával támaszkodik annak belfelületéhez, míg a többiek, melyek nem érintkeznek a gypsfelülettel s így a decubitus veszélyének nincsenek kitéve, nagyobb részükben szabadon hagyhatók. Ha azonban a kötést annyira kivágtuk, hogy a kisujjnak egy részlete, mondjuk egy pereze szabadon áll, akkor a beteg már néhány nap múlva fájdalmakról fog panaszkodni, mert az ujj a kötés kemény, szabad széléhez hozzátámaszkodik. Lobos, mely befűződés képezi a folytonosan tartó traumatikus izgatás külső jelét. Ha az illető részt a nyomás alól fel akarjuk szabadítani, s a kötésből egy kis részletet eltávolítunk, a kis ujjnak annál nagyobb része marad szabadon, mely a kóros állást igyekszik visszafoglalni; a lobos izgalom azonban itt sem fog elmaradni, úgy hogy ismét a kötés egy részének kivágása válik majd szükségessé; rövid idő alatt azonban a lábnak nagy részlete marad így szabadon, mely a támasztó felületet elveszítve, ismét abducálódik, sőt a pronatio is könnyen kifejlődhetik, úgy hogy a redressiót ismét előlről kell kezdenünk. Ezt kikertüljük, ha a mondottakat szorgosan szem előtt tartjuk.

Lorenz a gypskötést 5—6 hónapig hagyja hordani. Ezen idő alatt a beteg munkáját is végezheti s csak minden 2—3 hétben mutatja be magát orvosánál. $\frac{1}{2}$ év múlva a kötés eltávolítatik. Azon ellenvetés, melyet Hoffa a Wolf-féle módszer ellen tesz, hogy t. i. a contentiv-kötésnek hónapokon át való hordása az izomzat atrophiját eredményezi, mely aetiologicus momentumot képezhet a lüdláb kiújulását illetőleg, a Lorenz eljárását is illetheti. Ezen tényt mindenesetre számba kell vennünk s a kötés eltávolítása után egy igen erélyes és rendszeresen keresztülvitt massage- és torna-kezelést kell megindítanunk s a supinált állás megtartását betétellátott cipő hordásával biztosítanunk.

A Lorenz által e módszer szerint kezelt esetekben az eredmények úgy a rendes külső alakot, mint a functionalis képességét illetőleg tökéletesen kielégítenek s a módszert magam részéről is bátran ajánlhatom a t. kartársak figyelmébe.

A Hoffa által ajánlott módosítás, mely t. i. azt kívánja, hogy az első kötés 3—4 hét leforgása után egy Waltuch-féle faczipóval helyettesítsék, mindenesetre figyelemre méltó már csak azért is, mert lehetővé teszi, hogy az izmoknak erélyes massageját korábban kezdhessük. További megfigyelések fognak azonban e kérdésben dönteni.

Wolf az erőszakos redressiónak a Lorenz által ajánlott módozatát nem fogadja el, sőt azt a betegre nézve hátrányosnak tartja, a mennyiben a nemesebb lágyrészek elszakadását s általában túlságos ronesolódást eredményezhet. Ezzel szemben azonban nem hagyhatom említés nélkül, hogy Lorenz a lágyrészeknek ezen nyújtásából, esetleg beszakadásából a betegre nézve semmi hátrányt sem látott háramolni, mert az idegek megsértése egyáltalában nem jön szóba. Bizonyos fokú nyújtást az idegek és edények is minden reactio nélkül elviselnek, különösen, ha egy oly erő felett rendelkezünk, mely egyenletesen hat, fokozatosan s tetszés szerint növelhető és bizonyos fokon tetszés szerinti időn át megtartható, a körülményekhez képest igen tetemes, e mellett azonban mindig szabályozható. Mindezen előnyöket biztosítja nekünk az osteoklaszredresseur.

A Wolf eljárása látszólag enyhébb beavatkozás, a melynek talán bizonyos körülmények előnyt biztosíthatnak. De ha tekintetbe vesszük, hogy az egy ülés alatt véghezvitt erőszakos redressióból a beteg épségére semmi hátrány sem háramlik s a fájdalmak megszűnésével — tehát 1—2 nap múlva — lábát már megterhelheti, járásra használhatja, a mit a teljes gyógyulás elérésére (rendes külső alak és normalis működési képesség) mint feltételt állapítottunk meg, akkor semmi esetre sem lehet oly határozott álláspontot elfoglalni a Lorenz-féle eljárással szemben, mint azt Wolf teszi. Wolf a működést tekintő alakító agensnek s ennek normalis vagy abnormalis voltából vezeti be a csont külső alakját s belső szerkezetét. (Functionelle Anpassung.) Ő azonban a beteget 2—3 hétig ágyban tartja, tehát mindaddig, míg a deformitás teljesen nem corrigáltatott. 2—3 hétig ezek szerint azonban functióról nem lehet szó, mert a gypskötéssel nyugodtan fekvő láb nem functionál. Ezenkívül Wolf a redressiót minden 2—3 napban ismétli, betegét vagy altatni kényszerül, avagy oly kinoknak teszi ki, melyek mellett egyáltalában nem mondható, hogy eljárása kiméletes volna. Részemről, ha csak más mellékkörülmények nem tiltják, a redressment forcè azon módozatának adok előnyt, melyet Lorenz ajánlott és számos esetben teljes sikerrel végeztet.

Végül a Beely által javaslatba hozott methodusra kívánom a figyelmet felhívni. Beely a lúdláb legnagyobb fokú, elhanyagolt eseteiben egy tokos sinkészüléket használ, mely a czomb felső határáig, a glutealis redőig terjed, az ülőgumóhoz támaszkodik, úgy hogy a deform végtagot e készülék által a járásnál a megterhelhetés alól teljesen kirekeszti, a test súlyával pedig a tokos készülékre nehezedik. Beely e készülékével a beteget minden körülmény között mankó nélküli járásra képesíti, de semmi esetre sem lehet célja e berendezéssel a lúdláb gyógyítása, mert hiszen a készülék által a deformitás épen nem redressáltatik, a végtag a működés alól teljesen ki van rekesztve. A Beely-féle tokos készüléket egyáltalában nem sorozom azok közé, melyek a pes valgus tulajdonképeni gyógyításánál, redressiójánál szóba jöhetnek. Hasznos szolgálatot tehet azonban mint prothes, ha más, a lúdlábbal össze nem függő mellékkörülmények minden más beavatkozást kizárnak s csak arról van szó, hogy a beteget fájdalom nélküli járásra képesítsük.

A budapesti egyet. fogászati klinika kimutatása az 1893/94. tanévről.

Közli *Hattyasy Lajos* dr., tanársegéd.

Az I. félévben jelentkezett: 14 éven alul 179 fiú és 249 leány, továbbá 521 férfiú és 977 nő. A jelentkező fog- és szájbetegségek száma összesen: 1926. Ezek közül helybeli származású volt 662, vidéki 1164. Sebészi kezelés tárgyát 153 fiú, 208 leány,

344 férfiú és 631 nő képezte, összesen 1318, kik közül budapesti 535, vidéki 783 volt. Conservativ kezelésre jelentkezett 26 fiú, 41 leány, 177 férfiú, 366 nő, tehát összesen 610 egyén; ezek közül helybeli volt 227, vidéki 383.

A megbetegedések csoportokba osztva a következők voltak:

tejfog és fogváltás	137
fogszú (caries)	754
dentin-hyperaesthesia	19
pulpa-betegségek	975
gyökhártya bántalmak	450
iny-betegségek	14
fogmeder (alveolar) bántalmak	116
fogrendellenességek	15
fogkő	28
egyéb bántalmak	51

Összesen 2546 eset.

A foganatosított kezelés a következő csoportok szerint oszlott fel:

extractio	1318
véres mütét és sebkezelés	212
tanácsadás (consultatio)	610
nekrotomia	11
fogkő tisztítás	24
fogtömés	777
obtundálás érzékeny dentinnél	19
devitalisatio	190
egyéb kezelés	1115

mialatt a gyógyszeres kötések, pulpa exstirpatiók, gyöktömések stb. értendők.

A 777 fogtömés között volt:

egyszerű és combinált tömés	472
fogbéllobnál	189
gangraenás fogagnál	90
gyökhártya lobos fogagnál	26

Kezelések összes száma: 4953.

A klinika vasár- és ünnepnapi kivételével naponta 5 órától volt nyitva és pedig a kezelések számának megfelelőleg legtöbbször 1/29-ig. A hetenként 3-szor tartott rendszeres előadások óraszámának összege 4³/₄ órát tett ki, melyből 3 óra a fogászati részletes kör- és gyógytan (poliklinikai) előadására és 1³/₄ óra a conservativ mütéttan tanítására lett fordítva. A poliklinikai előadásokra beiratkozott hallgatók száma 48, a fogászati mütéttanra 12 volt. Ezen félévben 7 orvostudor nyert szakszerű kiképzést.

A II. félévben jelentkezett 14 éven alul 237 fiú, 259 leány, továbbá 540 férfiú és 1065 nő; így a jelentkező fog- és szájbetegségek száma összesen 2101-et tesz ki. Ezek közül helybeli származású 807, vidéki 1294. Sebészi kezelés tárgyát képezte 213 fiú, 219 leány, 367 férfiú és 673 nő; összesen 1472, kik közül budapesti illetőségű 586, vidéki 886 volt. Conservativ kezelésre jelentkezett 24 fiú, 40 leány, 173 férfiú és 392 nő, összesen 629 egyén; ezek közül budapesti származású volt 221, vidéki 408.

A megbetegedések csoportosítva a következő számokat adják:

tejfog és fogváltás	187
fogszú (caries)	782
dentin-hyperaesthesia	8
pulpa-betegségek	1018
gyökhártya-bántalmak	434
iny-betegségek	37
fogmeder (alveolar) bántalmak	118
fogrendellenességek	9
fogkő	41
egyéb bántalmak	75

Köresetek száma összesen: 2709.

A kezelések számát a következő csoportozatok tüntetik fel:

extractio	1472
véres mütét és sebkezelés	170
tanácsadás (consultatio)	629
nekrotomia	4
fogkő-tisztítás	23
fogtömés	689
obtundálás érzékeny dentinnél	8
devitalisatio	148
egyéb eljárás	833

Pröbsting (Wiesbaden). *Orrhabarczok fejlődése a melléküregek genyedése folytán.* Véleménye szerint a habarcz-képződés másodlagos és a megújuló habarcz-képződés körjelző a melléküregek genyedő folyamatára. A megújulásoknál mindig kutatni kell a melléküregek empyemája után.

Bresgen (Frankfurt). *Az orr- és melléküregeinek genyedéséről.* A genyedések okait elősorolva szól a felület- és góczgenyedések felismeréséről és fontosságáról, valamint a melléküregek empyemáinak gyógykezeléséről. Hexaethylviolettet melegített sódára forrasztva alkalmaz.

Betz (Mainz). *Idegcn test az iköbölben.* Egy tisztán, kinél a bal iköböl genyedése állt fenn, a megnyitása után egy szalmaszál extraháltatott, mely lovaglás közben az iköböl nyílásába juthatott.

Bauer (Nürnberg). *A Highmorüreg traumatikus empyemája 3 éves gyermeknél.* Az orrüreg felől nyitotta meg, öblítés és tamponad gyógyulást eredményezett.

Jurasz (Heidelberg) xerostomia esetét mutatja be.

Schmidt (Frankfurt). *Eszközök az orrsövény elgörbüléseinek kezelésére.* Bemutatja eljárását egy betegen. Egy elektromotor segítségével két helyen átfurja az elgörbült orrsövény nyujtványát és azután fűrészszel vagy vésővel eltávolítja. Desinfectio után jodolt vagy dermatol befuvasokat alkalmaz.

Rosenfeld (Stuttgart). *Műtétek az orrban haemophil egyénknél.* Súlyos esetéről referál, melyből kifolyólag mindig a haemophilia után kutat, mielőtt műtethez fogna.

Siebenmann (Basel). *Boncztani készítmények.* Az orr-, torok- és gégeire vonatkozó száraz boncztani készítményeket mutat be, továbbá az orrüregnek érzőntvényeit.

Helbing (Nürnberg). *A croton-olaj alkalmazására figyelmeztet kötszöveti garatloboknál.*

Bauer (Nürnberg). *Gümösödés a bárzsingban.* Ritkán jut észlelésre. A tüdök meg voltak támadva és e mellett a bárzsing felső részén szűkület állott fenn, melynek okául a nyaki mirigyek beszűkülése folytán újképlet vétetett. A bonczolat a bárzsing gümösödését mutatta.

Pröbsting (Wiesbaden). *Gégesarcoma.* Egy 52 éves egyénnél a bal sinus Morgagni helyén ülő daganat szöveti vizsgálata primaer sarcomát constatólt. Partialis exstirpatio eszközöltetett.

A jövő évi gyűlés 1895. pünkösdkor Heidelbergben lesz megtartva.

Ónodi dr.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Fogászati kalauz orvosok és orvostanhallgatók számára írta **Árkövy József** egyet. rk. tanár. Budapest, 1894. Kiadta Eggenberger könyvkereskedő.

Árkövy József dr. egyet. rk. tanár, Hattyasy Lajos dr. egyet. tanársegéd s Tigermann Mór dr. a Pallas nagy lexikonjának írt fogászati cikkeiket „Fogászati kalauz” czímen egy kis, 164 lapra terjedő külön füzetben foglalták össze.

A tetszetős külsejű füzetke, daczára, hogy csak lexikoni cikkek gyűjteménye, 25 fejezetben tárgyalja mindazon ismereteket, melyekre nemcsak orvosoknak és orvostanhallgatóknak van szükség, hanem az ezen szakmával specialisan foglalkozó orvosok is igen sok hasznosat meríthetnek belőle, mert nemcsak fogászati irodalom használtatott fel szerkesztésére, de Árkövy tanár évek hosszú során tett saját tapasztalatait is magában foglalja. Hogy mennyire öleli fel az összes fogászati ismereteket, legjobban ki-tűnik a fejezetek címeiből, melyek a következők:

I. fejezet: A fog alkatrészei és szerkezete; II. fog összehasonlító boncztana; III. a fogak megerősítése; IV. fogfejlődés; V. fogállományok szöveti szerkezete; VI. fogállományok vegyi szerkezete; VII. fogállományok fejlődése; VIII. fog élettana; IX. fogzás — embernél; X. fogváltás; XI. fogak száma és alakja embernél; XII. fogköz; XIII. fogrendellenességek; XIV. fogbetegségek; XV. fogműtét; XVI. fogtömő anyagok; XVII. fogfájás; XVIII. a foghús — ín; XIX. fogászat vagy foggyógyászat; XX. fogorvos, fogász; XXI. fogászati oktatásügy; XXII. fogászati

irodalom; XXIII. fogak (műviék); XXIV. fogtechnika; XXV. fog-ápolás.

Különösen a történeti rész köti le az olvasó figyelmét, mely igen érdekesen van leírva.

Nagy részét, t. i. az elméleti és kórtani részt, Árkövi tanár, a gyakorlati és technikai részt Hattyasy dr., a histologiait pedig Tigermann dr. írta.

A füzethez egy vénygyűjtemény-függelék van mellékelve azon orvosszerekből, melyek mint adstringensek, desodoransok, causticumok, stipticumok vagy antiphlogisticumok nyerne alkalmaszást a fogászatban. Az igen érdekes és hasznos füzetet, mint hazai szakirodalmunkban hézagot pótló kis munkát, kartásaink figyelmébe melegen ajánljuk.

II. Lapszemle.

Belgyógyászat.

A gyomornyákhártya erosiói. *Einhorn* két év alatt 7 olyan beteget észlelt, kiknél gyomormosáskor rendszeren talált a mosófolyadékban apró nyákhártyadarabokat. Minthogy sérülések a sonda által teljesen kizárhatók voltak, ezen esetekben egy külön betegségalakot tételez fel. Eseteinek részletes közlése alapján a következő eredményekre jut: Sok gyomorhajosnál rendszeren található az üres gyomornál végzett gyomormosásnál apró (0.3—0.4 cm. hosszú), véres nyákhártyadarabkák; e mellett mérsékelt gyomor-fájdalom van jelen az étkezés után, azonkívül soványodás, gyengeség, a HCl elválasztás csökkenése, esetleg fokozódott nyákképződés (csak egy esetben volt jelen hyperaciditas). Oki mozzanat gyanánt idült hurutot vesz fel. Minthogy a mosóvízben vért sohasem talált, azt következteti, hogy a nyákhártya exfoliatioja egy bizonyos idővel a gyomormosás előtt ment végbe. A lefolyás hosszadalmas, remissiók gyakoriak. A gyógykezelést illetőleg szerző nagyon ajánlja az argentum nitricum spray-t (1—2 pro mille), felváltva intragastrikus galvanisatióval; gyógyszerek közül a condurango és strychninkészítmények ajánlhatók. Szigorú diéta nem szükséges. (New-York med. record, 1894. jun. 23.)

A digitalinum verum hatására vonatkozólag végzett megfigyeléseket *Stoitscheff*. A digitalinum verum fehér, apró golyócskából álló amorph anyag, mely hideg vízben rosszul, forró vízben jobban, alkoholban és alkohol-chloroformkeverékben pedig jól oldódik. Tömény sósavban hidegben csaknem szintelenül oldódik, melegítve pedig sárga vagy sárgás-zöld színnel. Tömény kénsavban aransárga színnel oldódik, mely kevés bromkalium hozzáadására pompás vörös színre változik át. Az esetek egy részében szerző csupán digitalinum verumot adott a betegeknek, a legtöbb esetben a pulsus javult, száma csökkent és az általános állapot is kedvezőbb lett. Egy másik részében az eseteknek a digitalinum verumot felváltva adta digitalis forrázattal; az esetek nagyobb számában a digitalinum hatásosabbnak bizonyult a forrázatnál. Többször ismételt kicsiny adagok jobban és gyorsabban hatottak, mint nagyobb és ritkább adagok. Többször naponként 4-szer adott 4 milligrammot; de nagyobb adagokat — egész 4 centigrammig pro die — is jól tűrték a betegek. Sok esetben heteken keresztül vették a betegek a szert a nélkül, hogy cumulativ hatás észleltetett volna. (Deutsches Archiv für klin. Medicin, 52. kötet, 475. lap.)

Sebészet.

Öt jejunostomiáról ír *Hahn*, a melyeket sebészi osztályán végzett. A műtétet javaltnak ott találja, a hol a gyomor és bárzsing sav- vagy lúgmérgezés folytán étetve van, a hol a cardian vagy a bárzsing alsó szakaszán levő rák miatt a kutatóval való kezelés már lehetetlen s a gyomorsípoly alkalmazása a gyomornak zsugorodása miatt ki nem vihető, végül a pylorusrákok azon eseteiben, a hol azok kiterjedése miatt sem a gastroenterostomia, sem a resectio nem végezhető. Vajjon a gyomorfelekéyek folytán ismétlődő vérzéseknél, a melyeknek előidéző oka gyanánt a bevett tápszerek tekintendők, végezhető-e jejunostomia, nem mer véleményt mondani. A kivitelre nézve azt jegyzi meg, hogy az alig különböző a tápesatorna más helyein készített sípolyok kivitelétől. A köldök és a kardnyujtvány között végzett hassebbnek nem szabad

igen kicsinynek lennie, nehogy a jejunum elejének a megtalálása nehézségekbe ütközzék. Ha azt megtalálta, megszükiti a hassebet s a sebszélhez kivarrja a hashártya fali lemezét, a jejunum serosáját pedig a kiszegett sebszélhez rögzíti. Ha a beteg állapota megengedi azt, hogy a bél megnyitásával nem kell sietnie, várakozik néhány napig, hogy a bélodanövés annál biztosabb legyen. Azonban elgyengült és éhező betegeknél rögtön vagy az első 24 óra alatt meg kell nyitni a belet, a mikor a belet két hegyes horoggal kiemeli, azután bemetszi s több varrattal oda rögzíti a hashártyával bélelt sebszélhez, a melyek egyrészt a bél nyákhártyáját és a serosáját, másrészt a kivarrt hashártyát érik. (Deutsche med. Wochenschrift, 1894. 27. sz.) Ch. dr.

Fejlékeléseknél észlelt tapasztalatairól tartott előadást *Championnière* a XI. orvosi congressuson. A 20 év alatt végzett 64 fejlékelést 10 esetben trauma miatt végezte, a melyek közül három halálos kimenetelű volt, de ezeknél már a műtétnél tünt ki, hogy az hiába való lesz. A többi hét, részben súlyos eset, gyógyulással végződött. A többi 54 esetben agybetegségekkel volt dolga. Ezek közül 7 meghalt, a melyek különben is gyorsan pusztultak volna el. Valódi epilepsia miatt 14-szer, részleges Jackson-féle epilepsia miatt 12-szer, 6-szor traumatikus epilepsia, 22-szer különböző agyműködési zavarok miatt, mint szédülés, fejfájás s különböző hűdések miatt lékelte meg a betegeket. A valódi epilepsia eseteiben végzett lékelései jobb eredménnyel végződtek, mint más sebészeké, mert vannak esetei, a hol két évig nem volt recidiva. A Jackson-féle epilepsiánál végzett műtétjei nem használtak semmit, ezeknél többször talált agydaganatot s agyhártyagyuladást. 50% meghalt ezen betegek között. A traumatikus epilepsia 6 esetében végzett lékelésének eredménye 3 gyógyulás és 3 javulás. A harmadik csoport eseteinek javalatai igen különbözők voltak. Néhány sajátságos fejfájásban szenvedő betege meggyógyult. Szédüléseknél nagyobb vagy ismételt trepanatiók igen jó hatással voltak. Egy esetében, a hol körülírt helyen vérzés volt jelen s egy másodikban, a hol egy luetikus gumma volt jelen, a műtét eredménye igen fényes volt. Igen tekintélyes számot képviselnek azon esetek, a hol traumatikus periencephalitis miatt kellett végeznie lékelést. Ezen esetek azért bírnak érdekléssel, mert úgy anatómiailag mint tüneteikkel igen egybevág a paralysis progressiva-val. Lehetséges, hogy a műtét feltartóztatja a folyamatot, sőt talán teljes gyógyulással is végződhetik. Összegezve eredményeit azt mondja, hogy a lékelés ne legyen csupán arra korlátozva, hogy csak bizonyos lokalizált folyamatoknál legyen szabad az agyat láthatóvá tenni, hanem hogy a lékelés által csökkentjük az agygyomást is, a mely néha diffúz folyamatoknál gyógyulást eredményezhet. (Chirurg. Sect. des XI. inter. med. Congr. in Rom.) Ch. dr.

Bőr- és bujakórtan.

Icterus syphiliticus praecox értekezésében *Lasch* 3 esetet közöl, melyeknél az eruptionalis stadiumban icterus fejlődött ki, mely a syphilissel egyenes összefüggésben van. Az 1. esetben, egy 19 éves nőnél körülbelül 6 héttel a fertőzés után maculopapulosus kütég és nagyfokú polyadenitis kíséretében nagyfokú icterus lépett fel; a máj valamivel nagyobb és nyomásra fájdalmas, csekély lép-daganat, általános érzet és étvágy jó. Harminez (naponkénti) sublimat-befecskendezés (à 0.01 grm.) és 15 gramm jódkali bevétele után az icterus tüneteivel és a kütég teljesen visszafejlődtek. A 2. esetben egy 26 éves férfi július hó közepén sclerosist acquirált, október hó vége felé nagyfokú maculopapulosus kütég és november hó elején nagyfokú icterus kifejlődése az előbbi esetben leírthoz hasonló tünetekkel. Antiluetikus kezelésre a bujakóros tünetek teljesen elmúltak, az icterus lényegesen javult, a máj sokkal kisebb. A beteg végig nem kezeltetett, miután a kórházat elhagyta. A 3. esetben egy 26 éves kereskedő syphilis-fertőzés után (a fertőzés pontos ideje nem volt meghatározható) április hó végén papulosus küteggel és szétesett papulákkal a nyelven jelentkezett. Május hó végén minden emésztési zavarok fellépése nélkül icterus májnagyobbodással és az előbbiekhöz hasonló tünetekkel fejlődött ki. Harminez higanybedörzsölés (10 à 3 grm. 20 à 4 grm.) után valamennyi tünet visszafejlődött teljesen. Ezen 3 saját észlelt esetén kívül az irodalomból még 46 hasonló esetet állított össze. Az elkülönítési kórismét az icterus

catharralis és icterus syphilitikusra nézve következő pontokban véli felállítani: 1. A syphilitikus icterus rendszeren hirtelen lép fel minden emésztési zavarok előmenetele nélkül, sok esetben tényleg az egész icterus-tartam alatt hiányoznak is, az étvágy és a tápszerek assimilatioja rendszeren jó, és oly esetekben, a hol csakugyan emésztési zavarok társulnak az icterushoz, ezeket a syphilis eruptionalis stadiumában előfordulókkal egészen jól összeegyeztethetőnek tartja. 2. Az icterus minden más okozójának hiánya, mely minden esetben különösen kiemelkedik. Az icterus lefolyását és tartamát illetőleg jellegzetes különbség ugyan nincsen; azonban a kórismét még azon tény is megerősíti, hogy a nem specifikus gyógykezelés sikertelen marad, míg antiluetikus kezelésre — legyen az tisztán higanynyal, vagy joddal egyesítve — a tüneteknek rohamos visszafejlődése tapasztaltatik, sőt egyes esetekben a korai higanykurának kihagyására a már eltűnt icterus ismét visszatért. 3. Az icterus rendszeren ugyanazon időben jelentkeznek, a midőn az első syphilitikus kütég is mutatkozik. *Aschner* dr.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Lysidin** nevű új hűgysavoldó szert ajánl *Ladenburg*. A lysidin, mely tulajdonképen nem más, mint a Hofmann által már régebben előállított aethylenaethenyldiamin, a hűgysavat ötször jobban oldja, mint a piperazin. *Grawitz* a berlini második belklinika két betegénél tett kísérletet a lysidinnel, melyet szénsavas vízben oldva (1—5:500 pro die) adott. Az egyik esetben, melyben heveny köszvényroham volt jelen, kifejezett jótékony hatást fejtett ki a szer, a mennyiben a fájdalom és az ízületek duzzadása csakhamar megszűnt. A második, idült köszvény-esetben a tophusok feltűnően megkisebbedtek és az ízületek mozgathatósága is javult. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894. 41. sz.)

2. **Noma** két esetében jó eredményt látott *Kostuerin* a methylenkék helybeli alkalmazásától. A kóros helyeket óránként beecsetelte 25—30%-os methylenkék-oldattal. (Vratsch, 1894. 32. sz.)

3. **Égetési sebek** gyógyítására *Haas* a következő kenőcsöt ajánlja: Rp. Aristoli 5.0—10.0; solve in Ol. olivarum 20.0; adde Vaselin, Lanolin aa 40.0. M. f. ungu. (Allgem. med. Central-Zeitung, 1894. 72. sz.)

4. **Antiseptikus hintőpor.** Jodoform helyett *Pick* következő összetételű port használ: Rp. Hydrargyri bichlorati 0.012—0.02; Acidi borici 30.0; Acidi tannici 0.6; Sacchari lactis ad 60.0. M. f. pulv. A sublimatot a tejezükorral előbb jól össze kell dörzsölni, mielőtt a többi alkotórészt hozzáadjuk. A tannin el is maradhat. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 1894. 7. sz.)

5. **Nátha** ellen *Grellety* a következő összetételű por fel-szippantását ajánlja: Rp. Betoli 2.5; Mentholi 0.25; Cocaini hydrochlorici 0.15; Coffeae tostae 1.5. Finoman megtörendő és szitálandó. *Jullien* elveti a szippantásra szánt porokat és a bór-savas vaselint tartja legjobbnak. *Hayem* jó eredményeket ér el a következő folyadékkal, melyből néhány csepp szivacsra vagy itatópapirosra öntve belégzendő: Rp. Acidi carbolici, Liq. ammonii fort. aa 7.5; Alcohol 15.0; Aqu. destill. ad 50.0. Végül *Gerard* szerint a nátha abortív kezelésére nagyon jó az ismételt chloroform-belégzés; az inhalatio minden esetben addig folytatandó, míg a narcosis első tünetei mutatkoznak. (Internat. Centralbl. f. Laryng. etc. 1894. nov.)

6. **Torokdiphtheria** helyi kezelésére *Löffler* tanár a következő folyadékot ajánlja: Rp. Mentholi 10.0; solve in Toluol. ad 36.0; Alcohol. absolut. 60.0; Liquor ferri sesquichlor. 4.0. M. D. ad lagenam flavam. Az ezen oldattal kezelt 71 beteg közül egy sem halt meg, míg a más módon kezelt betegeknél ugyanazon járvány alatt a halálozás 18.2%-ot tett. A szer mindaddig alkalmazandó, míg állártya van jelen és pedig eleinte 3 óránként, később, ha már javulás mutatkozik, háromszor naponként. Mint-hogy a szájbán jelenlevő erősebb rothadási folyamatoknál a vas-chlorid részben hatástalanná lesz, ilyen esetekben az creolinnal vagy metaeresollal helyettesíthető: Rp. Mentholi 10.0; solve in Toluol. ad 36.0; Alcohol. absolut. 62.0; Creolini 2.0. M. D. ad lagenam flavam. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894. 42. sz.)

TÁR C Z A.

Az orvosi kiképezés Franciaországban.

I.

Orvosi iskolák. Egyetemi személyzet. A praxis joga.

A jelen tanévvel megszűnt a Franciaországban eddig érvényben volt szigorlati rend s az egész orvosi tanítást nagy változás éri: egységessé teszik a diplomákat. Minthogy úgy a régi, mint az új beosztás nagyon elütő a Német- és még inkább az Ausztria-Magyarországban érvényben levőtől, röviden ismertetni szándékozom a franciaíknál megkívánt orvosi tanulmányok schémáját, mielőtt áttérnék az orvosi viszonyokra.

Franciaországban négyféle orvosi iskola van, eltekintve a katonai orvosi intézetektől.

A hét francia egyetem kebelében vannak:

1. tiszta orvosi facultások: Paris, Montpellier, Nancy;
 2. kevert orvos-gyógyszerészi facultások (faculté mixtes): Bordeaux, Lille, Lyon, Toulouse;
- továbbá alárendelve az egyetemeknek, de ezektől külön helyeken:

3. szabad orvosi iskolák (Écoles de pleine exercice): Marseille, Nantes, Alger;

4. előkészítő iskolák (Écoles préparatoires): Amiens, Angers, Bézangon, Caen, Clermont, Dijon, Grenoble, Limoges, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Tours.

A 4. alatti intézetekben a kötelező négy év közül csak a három elsőt lehet eltölteni. A 3. és 4. alatti intézetek hallgatói vizsgálatukat oly bizottság előtt teszik le, melyet a legközelebbi facultás küld ki kebeléből, tehát csak tanítási, de nem avatási joggal bírnak.

A tanárt professeur titulaire-nek nevezik. Nyugalombavonulta esetére esetleg prof. honoraire címet és további előadási jogot kap. Fizetése változó és emelkedő. A legkisebb tanári fizetés 2500 frank (1250 frt), melyet a szigorlati díjak egy része emel. A fizetésen kívül rendkívüli érdemek esetén *récompense nationale* címén járulékok nyerhetők; Chevreuil 40,000 frankot húzott, Pasteur 100,000 frankot kap évenként.

A prof. titulaire-ek mellett működnek az *agrégé*-k, a kik a nálunk tervezett adjuncturi állásnak megfelelő posztóval bírnak. Vizsgálat útján nyilvános concurrentiával nevezik ki őket kilencz évre. Ezen idő alatt 1000—3000 frank a fizetésük, mely az említett tartam leteltével teljesen megszűnik és az addig *actif agrégé libre*-re, helyesebben tartalékosá lesz, a kit szükség esetén újra activálhat a minister. Az *agrégé actif*-ok egy részét megbizzza a tanács *cours*-ok tartásával a rendes előadások kiegészítésére; ilyenkor évi 3000 frank pótlékot kap még az illető. Az *agrégé*-k az orvosi facultáson négy szakmába vannak beosztva:

1. anatomia, élettan, természetrajz;
2. physica, chemia, gyógyszer- és méregtan;
3. belgyógyászat és törvényszéki orvostan;
4. sebészet és szülészet.

Rendkívüli és magántanárok nincsenek.

Ha a tanár kórodai igazgató, *chef de service*, ha intézeti főnök, *directeur de laboratoire*. A klinikai assistens neve *chef de clinique*, a theoretikus intézetekben *chef de travaux*, csak általánosságban nevezik őket *assistant*-nak. Vannak azonban ezeken kívül külön címek is, a melyek és a hozzájuk kötött állások egyetemeken szerint változnak. Így pl. Montpellierben a rendszeresített segédi állások a következők:

Chef de travaux anatomiques kilencz évre kinevezve, évi 3000 frankkal.

Chefs de travaux. Physica, chemia, 2 kórboncztan, élettan. Hat évre kinevezve per 1500 frank.

Chefs de cliniques. Belklinikákon 2. Sebészetben 2. Szülészetben 1. Elmekórtannál 1. Három évre per 1200 frank.

Prosecteur d'anatomie. Három évre per 1200 frank.

Aides de cliniques (Gyakorlók). Szemészet, bujakórtan, gyermekbetegségek, *agykori betegségek* részére 1—1. Két évre per 600 frank.

Aides préparateurs (demonstrátorok) physica, chemia, természetrajz, boncztan, élettan, kórboncztan és mütéttani tan-székeknél 1—1. Két évre per 500 frank.

De még ezeken kívül vannak esetről esetre a szorgalmasabb tanulók számára creálható állások *préparateur* címmel; ezekkel a törvényszéki orvostani tanszéknél 1500, az orvosi, physikai, chemiai, természetrajzi, az élettani és kórboncztaninál 1200, a közegészségtaninál 600 frank díjazás van egybekötve.

Ha egy kicsiny egyetemen, mint a montpellier-i, a személyi viszonyok már ilyen complicáltak, elképzelhető, hogy a párisi egyetem személyes ügyeinek kimerítő ismertetése túl menne e levelek határain. Fokozza e nehézséget még az, hogy épen a tanárok kicsiny számánál fogva a kórházi főorvosok is tartanak előadásokat s a hallgatók maguk is tanulmányaik magasabb éveiben kórházi szolgálatokat tesznek (*stage hospitaliaire*), a hol, mint látni fogjuk, a beosztás egészen más.

Mielőtt a tantervre áttérnék, néhány szóval vázoló az orvosi oktatás történeti fejlődését a jelen században.

A forradalom tudvalevőleg minden egyetemet megszüntetett, minden címet eltörölt. Már a forradalmi időszámítás 11. évében azonban (an XI. 19. ventose) doctori diplomához kötik a praxis jogát, megengedve azonban, hogy a régi sebészek (*officier de santé*) is gyakorolhassanak abban a kerületben, melyben oklevelüket nyerték. Sőt két további rendeletben szabaddá tették a fogászat (1827. febr. 23.) és a szemészet (1833. jul. 20.) művelését, semmiféle qualificatiohoz nem kötvén azokat.

Az egyetemet 1808. márczius 17-dikén állította vissza Napoleon. 1855-ben szabályozták a tanári állásokat, később (1880. decz. 27.) az agrégé-két. A mostani szigorlati rend alapja 1878. június 20-dikán kelt, majd módosított (1882. jul. 20. és 1883. jul. 30.), végre megszűnt a diplomák különböző fokozata a legújabb (1893. jul. 31. és 1894. febr. 14.) elnöki rendeletek által.

A jelen tanévig tehát kétféle orvosi rang volt: a *docteur en médecine* és az *officier de santé*. E kettőn kívül practizálhatott (és egyszerűen *médecin* volt a neve) ama kórházi *interne*, a ki főnöke helyettesítésére fel volt jogosítva. Ez a chaos, az egységnek teljes hiánya, a közügyre nagyon ártalmas fokozatok behozatala elkerülhetlen volt egy régi francia törvénynek intézkedése folytán, mely noha látszólag felette humánus, voltaképen aláasta a közegészségügyet és megdrágította a jó orvosi segélyt. Ez a törvény ugyanis minden vállalatot, mely 6 embernél többet foglalkoztat, állandó orvos tartására kötelez. Nyilvánvaló, hogy egy halászdereglye, melyen 7 ember dolgozik, nem hajthat annyi hasznot, hogy abból egy orvostudort lehessen alkalmazni, másrészt senki-nek nem lesz kedve collegáink közül egy ilyeneken tölteni életét. Keresettek lőnek tehát a paraszt-doktorok oly alacsony qualificatióval, mint nálunk a hajdani gyógykovácsok, a kik kevés fizetés mellett még talán dolgozni is segítették. Az ilyen elzüllött kuruzslótömeg tönkretette a képzett orvosi középosztályt, s másfelől okozta azt a reactiót, hogy a felkapott orvosok azután hallatlan áratokat szabtak munkájuknak.

Nékám.

Heti szemle.

Budapest, 1894. december 20-dikán.

A lelenczügy rendezése. A belügyminister egy készen kidolgozott tervezet és terjedelmes emlékirat alapján tanácskozást hívott egybe, mely hivatva van a lelenczügy fontos kérdése gyakorlati megoldásának előkészítésére. A lelenczházak felállításának szükségessége már ki van mondva, csak az a kérdés, hogy a kivitel, hazai viszonyainknak megfelelőleg, milyen legyen. A ministeri tervezet nagyjából az osztrák rendszert fogadta el. A mi a költségeket illeti, rendelkezésre áll 360,000 forint, a miből az építkezés és berendezés költségei fedezhetők lesznek; 320,000 forint abból a 10,000 forintból lett, mely Sándor-féle alapítvány neve alatt e célra körülbelül 100 esztendő óta kamatozik; 40,000 forint más kisebb alapítványokból származik. Az évi költségek fedezését illetőleg a tervezet úgy vélekedik, hogy a lelenczért vagy az anyja, vagy hozzátartozói, vagy az illetékességi

törvényhatóság köteles a tartásdíjat fizetni. A tanácskozások e hó 21-dikén veszik kezdetüket.

A diphtheritis vérsavó-therapiája. *Sonnenburg* (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894. 50. sz.) eddig 107 diphtheria-esetet kezelt serummal, 79.4% gyógyulással; tracheotomia 34 esetben végeztetett 76.5% gyógyulással. A kísérletezés közben kétszer fogyott el a serum; az ezen időszakokban, tehát serum nélkül orvosolt 116 gyermeknél a gyógyulási százalék 72.4 volt, a tracheotomizáltaknál pedig (47 eset) 62%. Káros hatást a serum használata folytán nem észlelt, csak néha mutatkozott scarlatinához vagy urticariához hasonló kiütés, két esetben pedig ízületi duzzanat lázzal, mely salicylsavas natrium használata után gyorsan visszafejlődött. Fehérnye a vizeletben nem volt gyakrabban található mint a rendes kezelés mellett. 16 olyan gyermek közül, kiknél prophylactice alkalmazta a serumot, kettő diphtheritisben megbetegedett és pedig az egyik már másnap, a másik pedig 5 hét múlva. Mindkét esetben a betegség lefolyása enyhe volt.

Abel (Deutsche medic. Wochenschrift, 1894. 50. sz.) folytatólago vizsgálatát közli, melyeket abban az irányban végzett, vajjon diphtheritisben nem szenvedett egyének vére is mutat-e immunizáló hatást a diphtheritis-bacillussal fertőzéssel szemben. 22 és 34 év közt levő 6 egyént vizsgált ebben az irányban; 5 esetben ezek közül kifejezett immunizáló hatást mutatott a vér; a 6. esetben ez a képeség hiányzott.

Mya (Lo Sperimentale, 1894. 34. sz. Ref. Deutsche medic. Wochenschrift, 1894. 50. sz.) bacteriologic diognostizált 17 esetben alkalmazta a serumot. Ezek közül 10-nél tracheotomia végeztetett. A 17 eset közül csak kettő végződött halálosan, mindkettő a tracheotomizáltak csoportjából való volt. Kellemetlen mellékhatásokat nem észlelt.

White (Med. News, 1894. nov. 17. Ref. Deutsche medic. Wochenschrift, 1894. 50. sz.), 20 súlyos diphtheria-esetről ad számot, melyeket serummal orvosolt. A betegek átlagos életkora 3½ év volt, a serum közpennyisége pedig 11.3 km. 14 esetben gégediphtheria volt jelen, ezek közül 4-nél intubatio, 1-nél pedig tracheotomia végeztetett. A betegek közül 3 halt meg; egy a 24. napon lobaris pneumoniában, egy a 34. napon bronchopneumoniában és egy scarlatinában, mely a reconvalencia alatt lépett fel. Kellemetlen mellékhatásokat — kiskókú exanthema kivételével — nem észlelt. A hőmérsék a serum-befecskezés következtében nem változott feltűnően, az érelkés azonban már néhány óra múlva javult. A diphtheritis-bacillusok és az alhártyák nem valami gyorsan tűntek el.

Simon (Le bulletin médical, 1894. 98. sz.) egyik utóbbi klinikai előadásában a diphtheria gyógyításáról szólván, arra az eredményre jut, hogy a serumban nagyon értékes physiologikus hatányt nyertünk, melyet minden esetben használunk kell; e mellett azonban a helybeli kezelést, főleg a nem tiszta esetekben, vagyis a melyekben a diphtheria-bacilluson kívül még streptococcusok vagy staphylococcusok is vannak jelen, nem szabad elhanyagolni. Vannak ugyan a serumnak némi kellemetlen mellékhatásai; remélhető azonban, hogy ezek majd eltűnnek, ha ezen új szer természetére vonatkozólag bővebb ismeretek birtokában leszünk. Felemlíti, hogy Breton és Madeleine azt tapasztalták, hogy bizonyos lovak seruma könnyebben idéz elő eruptiókat a bőrön. Arról is említést tesz, hogy Enriquez és Hallion állapotknál serumbefecskezés után a vesékben sclerotikus folyamatot találtak, a szív pedig hypertrophikus volt, a nélkül hogy endocarditis vagy endarteritis lett volna kimutatható. Szerencsére embereknél ilyesmit még nem észleltek a serum használata után.

Klein (The Lancet, 1894. decz. 15.) a gyógyító serum előállításának egy új módját ajánlja. A mint ismeretes, mostanában a serum úgy készül, hogy lovakba a diphtheritis-bacillus termelte mérgek folyton fokozódó adagban fecskendeztetnek be. Minthogy azonban ezen befecskezendett toxin és a szervezetben képződött antitoxin egymásnak antagonistái, egymást közömbösítik: minden toxin-befecskezendésnél a már meglevő antitoxin egy része közömbösítetik. Szerinte talán ebből magyarázható, hogy oly hosszú időre van szükség, míg a lovak vére kellőleg antitoxikus. Klein módszerének lényege a következő: először néhány befecskezendést végez gyengített élő diphtheria-bacillusokkal az általuk termelt toxinokkal együtt;

azután nagymennyiségű élő diphtheria-bacillusokat fecskendez be toxinok nélkül, és pedig mind virulensebb agar-culturákat használ erre a célra. Minden egyes ilyen befecskezésre a hőmérsék 0.6—1.8° C.-sal emelkedik és a befecskezés helyén duzzanat támad. A mint a duzzanat eltűnt, új befecskezés végeztetik. A harmadik héten már két egész virulens agar-tenyészetet eltűr az állat. Ily módon eljárva, egy esetben 23, a másik esetben 26 nap alatt kapott használható serumot. Betegeknél ezen serumot igen jó eredménnyel használtak 5—10 km.-es adagokban.

Asch (Berliner klin. Wochenschrift, 1894. 51. sz.) a következő esetet írja le: 2¼ éves gyermek könnyű diphtheriában betegszik meg; a betegség alatt Behring-féle serumból összesen 1100 egység fecskendeztetett be. 15 nappal az utolsó befecskekezés után magas láz kíséretében exanthema multiforme lépett fel, ízületi duzzanatokkal. Ezen tünetek 5 nap alatt multak el.

Vegyesek.

Budapest, 1894 december 21-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. december 2-dikától december 8-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 451 gyermek, elhalt 221 személy, a születések tehát 230 esettel multak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, ronesoló toroklob 4, hökhurut 1, kanyaró 5, vörheny 3, himlő 2, typhus abdominalis 1, gyermekági láz 1, egyéb ragályos betegségek 5, agykéreglob 11, agyvérömlény 8, rángások 15, szervi szívbaj 9, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörguhurut 45, tüdőgümő és sorvadás 23, bélhurut és béllob 9, carcinomata et neoplasmata alia 12, méhrák —, Brigh-kór és veselob 3, angolkór 3, görvénykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 19, aszkór, aszály és sorvadás 4, aggkór 13, erőszakos haláleset 5. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2200 beteg, szaporodás 670, esőkkenés 674, maradt e hét végén ápolás alatt 2190.

— **Cholera-hírek.** Németországban december 3-dikától 10-dikéig 2 megbetegedést és 1 halálesetet jelentettek be. Oroszországban még csak Podoliában fordulnak elő nagyobb számú megbetegedések. Galicziában december 3-dikától 9-dikéig 243 megbetegedés és 136 haláleset fordult elő.

† **Elhunyt:** *Sztrilich Antal* dr. járásorvos december 12-dikén Zentán 37 éves korában.

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

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

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-közkórházban 1894. december 13-tól egész december 19-ig ápolat betegekről.

1894.	Felvett			Elbocsátott			Meglalt			Maradt			Az ápolat közül			
	beteg		összesen	gyógy.		összesen	beteg		összesen	beteg		összesen	a Rókusban			
	férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		beteg	szállónő	heveny fertőző	az álló-úti kórházban
Decz. 13	49	45	94	45	41	86	6	7	13	1195	888	2083	1039	30	57	957
„ 14	37	26	63	32	23	55	2	3	5	1198	888	2086	1039	30	60	957
„ 15	43	31	74	34	16	50	1	2	3	1206	901	2107	1075	39	58	944
„ 16	34	24	58	50	38	88	3	3	6	1187	884	2071	1041	30	52	948
„ 17	71	37	108	62	33	95	3	6	9	1193	882	2075	1036	30	55	954
„ 18	55	44	99	42	41	83	2	3	5	1204	882	2086	1030	30	50	976
„ 19	49	27	76	37	22	59	4	5	9	1212	882	2094	1041	30	56	963

HIRDETÉSEK.

Vegy-, górcsovészeti és bacteriologiai

50

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

VÉDŐJEGY.

TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE

51 Univ. med. Dr. PÉCSI DANI
nyilvános

TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE

TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

Ötmezes oltásokhoz, jó és biztos hatékonysági oltóanyagot, a következő áron szállít:

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

Csomagolásért 20 krajczár

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

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

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András“

név figyelembe ajánlatik.

OXYGENE

Vegyztizta OXYGEN 30 literes gummiballonokban. Bármely mennyiség, bármely időben, azonnal ki lesz szolgálva. Postán is küldetik.

Caps. Extr. hydrast. cannad. Budai. A terápiában állandóvá és nélkülözhetetlenné vált. Méhvérzéseknél felülmulhatalan. Előnye a fluidum fölött a kényelmes, biztos adagolás s a teljes megbízhatóság. A fluidum a ható anyagnak csak egy részét képes oldatban tartani, míg az Extr. spissum az anyag teljes Berberin s Hydrastin tartalmával bír. — Készítményem, mely fölötté utánoztatik, csakis üvegekben 25 drb Capsula-tartalommal jön forgalomba!

BEHRING-féle diphtheritis elleni vérsavó mind a három erősségben, orig. üvegekben, utasítással.

Aqu. Piperasini sodat. 1:500. kitűnő húgysav-ldó hatással 1 üveg ----- 1 frt

Vinum cascar. Sagrad. Budai az egyedüli biztosan ható szer obstipationál, könnyű, inger s fájdalom nélküli székletetel okoz.

Vinum Chinae ferrati, régi kitűnő tokaji aszaborral 1 üveg ----- 1 frt 50

Vinum Condurango 1 üveg ----- 1 frt 50

Vinum Cocca 1 üveg ----- 1 frt

Vinum Pepsini tokaji aszuval 1 üveg. ----- 1 frt 80

Túlzsirosított gyógyszappanok a bel- s külföldi dermatológusok előiratai nyomán nagy praecisítással készítve s az anyag %-bani pontos feltűntetésével. A következő túlzsirosított gyógyszappanok mindig raktáron:

Aristol,	Salicyl kén,	Ichthylol,	Creolin,
Camphor,	Phenol,	" Resorecin,	Kéntej,
Kátrány,	Alumnol,	Zinc. oxyd,	Ichthyl Salicyl,
Basis (gyerm. szap.),	Benzoe,	Salol,	Salicyl,
Ichthyl lysol,	Kén,	Alumnol Zink,	Resorecin.

Kapható a

„Városi gyógyszertárban“ Budapest, Városház-tér.

Dr. HERCZEL

heidelbergi egyetemi m.-tanár

Sebészeti Sanatoriuma.

Sebészeti és nőgyógyászati magánintézet.

BUDAPEST

VI., Felső erdősor 5. sz.

Altató orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Rendelő órák: 9-10 és 1/2-4-ig; szegényeknek á. e. 51

8-9-ig. — Krednatra prospectus.

Dr. Overlach-féle Migränin.

Oroszlán védjegy. 15

(Czitromsavas Antipyrin-Coffein.)

1. Kitűnőnek bizonyult a migrän legsúlyosabb eseteinél, továbbá az alkohol-, nikotin- és morphium-mérgezésnél, neurastheniánál, influenza stb. mellett mutatókozó fejfájásnál.

2. Legjobb antipyreticum fenyegető elesésnél, miután a Migränin Coffein tartalma egyuttal analepticum gyanánt kiváló hatással bír.

Csakis Dr. Overlach-féle migränint oroszlán védjeggyel kell kérni és a vényen „Migränin Höchst“ rendelendő.

Legjobb közép adag, felnőtteknél 1-1 gr., egyszer vagy többször naponként, porban vagy oldatban.

Egyedüli gyár: **Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Höchst a. M.**

Természetes szénsavdús savanyúvíz a moisnai

ÁGNES

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

Járvány idején præservatív gyógyszernek bizonyult.

Szétküldése **Édeskuty L.** udvari szállító által Budapest.

— Kapható mindenütt. —

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, görcsői- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

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

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

Tamar Indien Grillon

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranyérbántalmak, vértudulás, fejfájás, étvágyhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.

Nélkülözhetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyvel alkalmazható előrehaladt kortaknál és gyermekeknek. — Semminemű drasztikus alkotórészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendszeres szorulásban szenvednek.

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

MAGYARORSZÁGI FŐRAKTÁR:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-utca 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

Tartalom: Schulek Vilmos tnr.: Hályogmetszet-kísérletek. — Schwarcz Ernő dr.: A blepharospasmus idiopathikus műtési gyógyítása. — Grósz Emil dr.: Klinikai közlések. — Irodalmi szemle. — Vegyesek.

Hályogmetszet-kísérletek.

Schulek Vilmos ny. r. tanártól.¹

Annak kitudása czéljából, hogy a hályog kiesúztatására szolgáló seb alakulásában a seb helyének, a keskeny kés átvétele módjának, a kés élre fordításának, a lapra történő nyomásnak, a metszés irányának, és a fixálás igénybevételének vagy elhagyásának milyen befolyása van: a metszések egy rendszeres sorozatát végeztem.

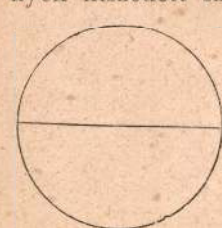
A kés szélessége mindenkor 2 mm.-ren alul volt. A fogó a „hályogműszerek“ között² leképezett volt, az anyag ember-szemek voltak. Egy holt fejnek két szemén tehát csak két metszés volt végezhető. Az illetett részeket utóbb levágtam, megszámosztam és borszeszben eltettem. Így utólag is összehasonlíthatók maradtak.

A szándék az volt, hogy tapasztalásokat gyűjtsék felőle, a sebalakulásnak milyen módosulásai lehetségesek, ha a szaruhártyában kést átszúrással vezetünk. Bőséges tapasztalati anyag az e féle sebalakulásokról bizonyosan azon sebalaknak megtalálását könnyíteni fogta, mely a hályog kiesúztatására valamint a seb begyógyulására legalkalmasabb, és mely e mellett a szembogár kerekességét is minél biztosabban megőrizni engedi.

A következő leírásokban használt kifejezések jelentése ez: lapos = a szivárványhártya síkjában; meredek = függőleges az előbbire, vagyis szorosabban = legrövidebben a felszínhez; rézsutosan felfelé és lefelé = a két előbbi közötti irány;³ kívül = a felszínen; belül = a szem belseje felé; felfelé = a homlok felé; lefelé = a lábak felé; fixálás nélkül = a fogó levevése az utolsó mozzanat előtt; harmad = a széli és a középi harmadnak találkozásának helyén; a sebsatorna iránya = itt a kés vezetése értelmében, hátulról előre. Azon esetben, hogy a metszés tényezői elkülönítve hatottak, az összetevők (componentens) iránya a leírásban, míg az eredő (resultans) az „eredmény“-ben van méltatva. Az átszúrásnál azonban nem, és mivel az utóbbinál alkalmazása vagy elhagyása a sebalakulásnak egyik tényezőjét teszi, ezért a fixálásra hivatkozásom a leírásban mindig a kimetszésre vonatkozik.

A helyenként közbeiktatott rajzok csak a késvezetés tervezetét és nem az eredményt érzékelik.

Az eredmények az „apotomia iridisben“ (lásd O. H. „Szemészet“ 1893. 1. sz.) elmondottakkal elvi összefüggésben állnak. Mivel a metszések eredményei egyszersmind attól is függenek, hogy a látóideg a szemgolyót még fogva tartotta, ezért az eredmények kiszédett szemgolyókra nem volnának vonatkozathatók.



1—5.

1. Metszet a szaruhártya vízszintes délkörében harántul és meredeken, kihúzás előfele. Fixálás nélkül.

Eredmény: Meredek sebsatorna egyenes harántvonalban, a külső nyílás tágabb, mint a belső.

2. Ép úgy meredeken átkeresztelve, kihúzás előfele csak hogy a lapnak felfelé szorításával. Fixálás nélkül.

3. Fixálással.

Eredmény: Ép olyan meredek és belül szűkebb sebsatorna, csak hogy a sebvonal felfele és pedig 2-nél valamiképp, 3-nál jobban kitérő ívet képez.

4. Ép úgy meredeken átkeresztelve, kihúzás előfele csak hogy a lapnak lefelé szorításával. Fixálás nélkül.

5. Fixálással.

Eredmény: Meredek sebsatorna mint 1—3-nál, csak hogy a sebvonal lefelé és pedig 4-nél csak jelzetten, 5-nél kifejezetten ívet képez.

Tehát a lapnak fel- vagy lefelé szorítása az élnek meredek állásban meghagyása mellett csak a sebvonalat teszi ívalakúvá, míg magán a sebsatornának alakján nem változtat.¹ Ilyen módon a Liebreich és a Warlomont lapos-íves metszéseit nem rézsutos, hanem meredek sebsatornával is alakítani lehetne, ha így jobbnak látszanék. Csak hogy nagyon keskeny kést használni kellene, melynek hegye a kés hátából egyenesen folytatódik, nehogy a seb belső nyílása a külsőnél sokkal kisebb legyen.

6—10. Metszetek, melyek az elbánás második felében az 1—5. alatt felhozottakat (a vízszintes délkörben) ismételik ugyan, de a melyekben a szaruhártya középső harmadát előzetesen már az elbánás első felében laposan felszabadítottam, hogy azután a meredek kivágás végezésére a közepre visszatérjek.

Eredmény: A haránt vonalban meredek sebsatorna, melyen a sebvonal ívalakú elgörbülése még kifejezettebb, mint a 3—5. alatti esetekben.

Ebből következik, hogy meredek sebsatornát készíteni és mégis az átszúrási helyeket összekötő egyenes vonal helyett elhajló sebvonalat alakítani lehet, ha a szaruhártyát a metszés véghegyein az inharántul előzetesen leszabadítjuk.

11. Metszet, a szaruhártyának a középvonaltól felfele 4—5 mm.-nyire lapos lekészítése, ott meredekre állítás és haránt vonalban előfele kivágás. Fixálás nélkül.

12. Fixálással.

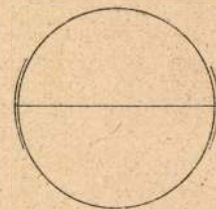
Eredmény: Oldalt természetesen rézsutos sebsatornák; ellenben a harántos részben meredek sebsatorna, még pedig aláfelé domború sebvonallal. A convexitás csak gyenge, ha a fixálás elmaradt, míg fixálással annyival erősebb, minél inkább szorítottam az előfelé haladó késnek lapját oldal felé.

13. A felső harmadban meredek tartás mellett áthidalás, továbbat késfordítás, és lapra nyomás nélkül meredek kimetszés. Fixálás nélkül.

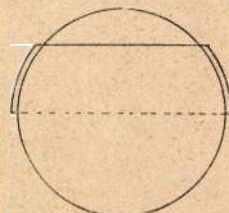
14. Fixálással.

Eredmény: Nehézkés kijutás, a sebsatorna meredek és belül szűkebb, a sebvonal aláfelé íves és pedig 13-ban csak jelezve, 14-ben kifejezettebben.

Óregkori hályog kiűzésére ez a seb kicsiny és a tátongás elégtelen volna, a szemesillag kimélése hiányos lenne, és még puha hályogok számára is ez a seb a lándzsával készültnél rosszabb volna.



6—10.



11—12.

¹ Előadta a m. t. Akadémia III. oszt. 1894. október 22-én tartott ülésében.

² Lásd: Orvosi Hetilap „Szemészet“ 1893. 1. sz. vagy a m. t. Akadémia math. és term. Értesítőben XI. köt. 1. füzet, 90—97. l. (1892).

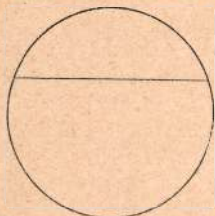
³ Más irányítások nem is fordultak elő, mert a kés mindig csak a szemrés hosszában és az arez színé felé haladt.

¹ Ezen részletet a Saemisch szerinti keratotomiában ulcus serpens és abscessus corneae-nál értékesíteni lehet.

15. A felső harmadban, hasonló az előbbihez; de lapos átkereszteléssel kezdve és csak azután meredek állásban kimetszve. Fixálás nélkül.

16. Fixálással.

Eredmény: Gyenge ivesség lefelé, a sebzugok zúzva, a belső sebnyílás a külsőhöz jobb arányban mint a 13. és 15-ben.



13—18.

17. Ismét a felső harmadban lapos átvezetés, meredekre állítás, és most meredek kimetszés mellett a lapot felfelé szorítva. Fixálás nélkül.

18. Fixálással.

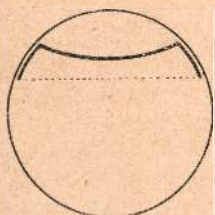
Eredmény: Meredek sebesatorna, felfelé domború ív és ez a 17-ben csak jelezve, a 18-ban kifejezetten.

Ilyen módon öregkori hályog kiesztatására lebenycs sebet készíteni lehetne, melyben a Beer metszésénél létrejövő ferde sebesatorna meredekkel, azaz tetőirányos sebszélével helyettesítve volna, ha ebben előnyt látnánk. A leirt metszet egyszersmind ki-magyarazza a különféle csorbásságokat, melyek a különben éles külső sebszéllel alakuló Beer-féle lebenyen előfordulnak: ezeknek oka ugyanis a félremenő lapszorítás, a helytelen elfordulás és az ingadozó keshúzás lehet.

A Graefe-féle széli metszés annyiban hasonlít a 18 alattihoz, hogy a keskeny késsel szintén előbb laposan, azután meredekebben, ha nem is hirtelen fordulással, hanem szende átmenetben kell haladni és végezetre szintén a lapot felfelé nyomva — bár gyengén — kell kijutni. Ha nem így tennék, az ívnek teteje a bár csekély, de mégis domború ívesség helyett érintőleges (tangentialis) esetleg épen vájulatot lecsontást kapna.

A 11. és 12-dik metszetben az eleintén lapos kivesztés nagy lebenyének képződését engedte várni, de a metszés folytatásában a késnek meredek felállításával által horpadt íves lecsontás támadt. Így a seb közepe domború kirugás helyett homorú bevajulást nyert. Ez által a seb közepe a pupilla szélhez közel jutott és a hályog kieresztésénél a szemesillagnak olyan kimelését engedte várni, mint a milyent más metszetekkel ilyen fokban megközelítőleg sem tudunk elérni. Az így kinálkozó előnyök ajánlatossá tették, a metszésnek ezen alakját sokféle változatban tanulmányozni:

19. A felső harmadban lapos átkeresztelés, azután lapos oldali leszabadítás felfelé 2 mm.-re, még pedig a tiszta belső határon, végre meredek harántmetszés egybekötve mérsékelt fokú lapnyomással lefelé. Fixálással.



19.

Eredmény: Horpadtan esonkított lebeny, alapja $10\frac{1}{2}$ —11 mm., emelkedése 2 mm., kétoldalt rézsut sebesatornával, a felső határolás homorú (10—15 mm. sugárral) 8—9 mm. haránt hosszúságban és itt meredek sebszélékkel (a lehető legrövidebb sebesatornát képezve). A megmaradt felső szarúrész $2\frac{1}{2}$ mm. magas. A méretek kicsi töredékükben az egyes esetek szerint egyenlőtlenek.

Mivel ezen metszés alakból a „hályogkiesztatás horpadtan esonkított lebenyvel” műtévesi eljárást állapítottam meg, bőséges alkalmam volt a kisebb változtatások eredményét az élön kipróbálni. Hogy azonban a sebet minden tényezőjében vizsgálhassam és minden oldalról megnézhessem, szükséges volt a metszés menetelét a holt anyagon is lehetőleg részletezve tanulmányozni. A megtett sok metszésből néhányat 20—31. szám alatt itt felhozok. Ezeket az ellentétek kiemelése kedvéért az előadásban némileg, de csak kevésbé, schematizáltam.

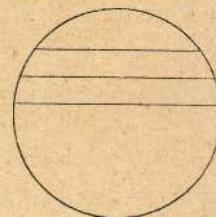
20. 21. Az oldalt laposan megmetszett rész magasabb, a meredek haránt rész tehát rövidebb. Fixálás nélkül és fixálással.

22. 23. Az oldalt lapos metszés kevésbé emelkedő, a haránt rész tehát alantabb marad és hosszabb. Fixálás nélkül és fixálással.

24.—27. Metszetek, melyekben az átszúrás mélyebb mint a 20—23, egybekötve ugyanolyanok.

28.—31. Metszetek, melyekben az átszúrás vonala magasabban volt helyezve, különben ugyanolyanok mint 20—23.

Eredmény: Horpadtan esonkított lebenyek, a haránt részben meredek sebesatornával, megfelelően választott basissal, lebeny-magassággal, valamint a csonka résznek homorulatával és hosszával, — ezeknek megfelelően különböző sebtátongással, és a homorú ívnek a szemesillag széléhez különböző viszonyulásával.



28—31.

20—23.

24—27.

Mindezekből a felismerés elméletére vonatkozó azon fontos következtetés vonható, hogy a lehajlás erősebben, vagyis a sebvonal vajultabban és így rövidebb sugárral, képződik azon mértékben, a melyben az oldaltas előzetes (tehát a laposan végezett) leválasztás bőségesebb volt, a késnek meredekre állítása a szaruhártyának közepétől távolabb választható volt, és a kés lapjának az (alul választott) rögzítési hely felé szorítása erélyesebben igénybe véve volt.

Gyakorlati szempontból azon következtetést kellett vonni, hogy a hályognak könnyű kiesztatására a mélyebben helyezett sebalap, a szemesillagnak kimelésére a megnövelt homorulat, és a sebnak utólagos egyesülésére a két előbb említett ellentétes sebalakulás a kedvezőbb.

Tehát a esonkított lebenynek alapját rendszerint a szaruhártyának bőven kiszabott $\frac{1}{3}$ -ad és nem mélyebben mint $\frac{2}{5}$ -öd magasságában kellene elhelyezni. A haránt résznek vajult behajlását pedig nem kellene közel az alapig leszorítani. Különben a sebvonalnak oldaltos két meghajlási helyén a szaruhártyaszövetből nagyon előrúgó esücskök támadnának. Ezek a seb záródását nehezítenék és a szemesillagnak oldaltos kitolulásait elősegítenék.

A horpadtan esonkított lebeny ezen épen letárgyalt metszet-alakjainak módosítására még megkísérlettem az átszúrás hátrább, az inhártya szövetébe vinni, szintúgy a szemgolyó burkát előzetesen petyhüdtté tenni, mint következik:

32. Átszúrás a felső harmadban a szaruhártya gyűrűjének külső szélén, lapos felvezetés 2 mm.-re, meredek kimetszés homorú ív alakjában.

Eredmény: Hosszabb sebvonal és könnyebb tátongás, valamint a szemesillagnak enyhébb ide tolokodása, mintha az átszúrás különben ugyanolyan módozatok között a szaruhártyagyűrűn belül történt volna.

Ez a metszet tehát a 19-ik ellenében a kedvezőbb volna, ha másrészt a szemesillag nem könnyebben a kés éle elé kerülne.

33. Lapos átszúrás a felső harmadban, ekkor idegen kézzel az inhártyának az egyenlítő mögött beszúrása, hogy az ívegtestnek nagy része kimenjen; reá következőleg a meredek haránt metszés a nagyon megpuhult szemgolyón történhetett.

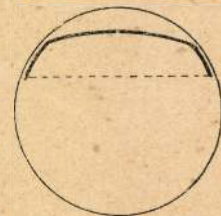
Eredmény: Vajultabb határolás a lecsontás helyén, mint egyébkor.

A szemgolyónak lágysága tehát a sebvonalnak vajult behajlását minden körülmények között elősegíti. Kivételt a haránt délkör tesz, de ez sem, ha a kés lapját felfelé vagy lefelé szorítjuk.

34. Metszés mint a 19: a felső harmadban lapos átkeresztelés, 2 mm.-re felvezetés, itt meredek kimetszés, egybekötve lapra nyomással felfelé és nem lefelé. Fixálással.

Eredmény: Csonkított lebeny, a haránt részen felfelé domború határolással és ezen helyen meredek sebesatornával.

Az mutatkozott, hogy felfelé történő lapnyomással a határolás felfelé is domborúvá tehető, ellentétben a homorú alakuláshoz, mely a lapnak lefelé nyomásával jön létre. Az ellentét azonban a maga méretei szerint nem ugyanolyan fokú. Mert itt, a felső harmadban, különben egyenlő körülmények között a szaruhártyának közepe felől történő lapnyomás (domború ív) csekélyebb, a közepe



34.

felé menő lapnyomás pedig (homorú ív) nagyobb eredményt ad. Ezen különbség onnan is befolyásolva lehet, hogy az oldalt lapos leszabdálás az összes esetekben egyformán a haránt metszéstől aláfelé, vagyis a haránt középvonal felé, esett.

35. Metszet a felszínről a mélységbe, a felső harmadban, a kés élét a szemgolyónak közepe felé meredeken (sugar irányban) felrakva. Felül fixálva.

Eredmény: Vonalas seb meredek szélekkel, a belső nyílás a külsőnél sokkal szűkebb, tátongás csak a sebvonallal meg rövidülésének arányában lehetséges.

Ezen metszést csak a rendszeres átdolgozás iránti tartózkodásból, mint a szemgolyó megnyitásának legegyszerűbb módját végeztem. Általa csupán az bizonyult, a mit cleve feltenni kellett, hogy t. i. teljesítése nagyon esetlen módon történik. Az is bizonyos, hogy a hályoghoz a hozzáférést ilyen módon rendszeresíteni nem lehet komoly szándékunk. —

Mint hogy ezen metszéseknek, különösen a 34-nek, eredménye által egyszersmind az a kérdés is felébredt, hogy a lebenynek lecsontított helyén az egyenes vagy az íves határolás milyen tényezőktől függ; és mint hogy az e felől nyerendő felvilágosítás a szaruhártyametszések módozataiba való bepillantást fokozni ígérkezett: ezen kérdésnek megoldására célszerű kísérleteket tenni kellett.

A főkérdés az volt, hogy az ívalak a kés lapjára történő nyomástól, vagy az oldaltos alámetszésektől, vagy a szaruhártya helyének központkivüliségétől (excentricitás) függ-e.

Hogy ezen kérdésre a felelet világosan kiderüljön, elsőben a szaruhártya közepére visszatérni és itt egyszerű meredek metszéseken a lapnyomásnak hatását vizsgálni kellett (az 1., 3., 5. metszéseknek ismétlése). Azután oldaltos leválasztások előrebocsátásával a szaruhártya közepéből, de ezen alkalmakkal lapnyomás nélkül meredeken kimetszeni kellett (36., 37., 38. metszetek). Továbbat a szaruhártyának felső harmadbeli és így központkivüles helyén lapnyomás használatával és nélküle kísérletezni kellett (a 14., 16. és 18. metszéseknek ismétlése). És végezetre ismét a szaruhártyának felső harmadbeli mint központkivüles helyén és itt oldaltos leválasztások előrebocsátásával lapnyomás nélkül és majd lapnyomással kivágni kellett (39., 40., 41. metszetek.)

Az 1. metszés egyenes vonalt, a 3. ívet felfelé, az 5. ívet lefelé eredményezett.

36. A harántdélkörben lapos átvezetés után lefelé menő oldaltos leszabdálások, azután a késnek a haránt középvonalba visszavezetésével itt meredek kimetszés. Fixálással.

Eredmény: A haránt sebvonalon gyengén kifejezett ív lefelé.

37. A haránt délkörben lapos átvezetés után felfelé menő oldaltos leszabdálások, azután a késnek a haránt középvonalba visszavezetésével itt meredek kimetszés. Fixálással.

Eredmény: A haránt sebvonalon gyengén kifejezett ív felfelé.

38. A haránt délkörben lapos átvezetés után felfelé és lefelé menő oldaltos leszabdálások, azután a késnek a haránt középvonalba visszavezetésével itt meredek kimetszés.

Eredmény: A haránt sebvonallal szorosan egyenes vonalat mutat.¹

A 14. metszés gyenge ívhajlást lefelé, a 16. szintén lefelé, a 18. azonban felfelé menő ívet adott.

39. Metszet a felső harmadban, oldaltos 4 mm.-nyi le-

¹ Ilyen alapidom szerint még sokféle metszéseket, melyekben a lapnyomást variáltam, végeztem. Előszörölésüket az előadás átnézhetősége érdekében mellőzöm.

választás előrebocsátásával, ott meredek kimetszés lapnyomás nélkül. Fixálással.

Eredmény: A haránt sebvonallal homorú ív lefelé.

40. Metszet ugyanúgy, csak hogy a lapnak szorítása felfelé. Fixálással.

Eredmény: A haránt sebvonallal gyengén domború ív felfelé.

41. Metszet ugyanúgy, csak hogy a lapnak szorítása lefelé. Fixálással.

Eredmény: A haránt sebvonallal nagyon homorú ív lefelé.

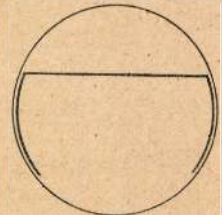
Ezen tizenkét metszés egymásközt összehasonlítva, arra tanít, hogy mind a három kérdésbe vett tényező az ívalak képződéséhez hozzájárul. A szaruhártyának felső- és alsó részében végezett meredek haránt kimetszés már egymagában a sebvonallal a szaruhártya közepe felé menő szende görbülését okozza. Az oldaltos széleknek a haránt délkör irányában történő előzetes fellazítása ezen képződést még inkább elősegíti. És a lapnyomás a szaruhártya közepe felé a behajlást különösen fokozza. Ha a fixálást elhagyjuk, a tényezőknél uralkodni kevésbé tudunk. Egyébként, ha nem ugyanazon irányban hatnak, hanem valamelyik a többi ellen, az ív homorúsága gyengülhet, kimaradhat, sőt az ellenkező alakba (convex) átesaphat. Mindezen lehető összerendezést itt kimerítőleg leírni messze vezetne, de a jelzett lehetőségekre gondolni kell, ha a metszés módozataiból vegyes sebalakot kombinálni és ilyenén épülő, a hályog eltávolítására szánt, új műtéti eljárást tervezni akarnánk. Valami a jelzett lehetőségekből különben a továbbat még közlésre kerülő metszés kísérletekbe is belevegyül.

Az eddig előadott metszésekben (1—41.) a meredek kimetszés uralkodott. A leírásban pedig a „meredek“ és a „függőleges“ kifejezések nem szorosán megkülönböztetve fordultak elő. A meredek kimetszésekhez esetenként az oldalakon lapos leszabdálások (mintegy előzetes fellazítások), szintúgy a felső vagy az alsó késlapra gyakorolt nyomás járultak. Míg a kés élének a kihúzás irányából bármilyen elfordítása még kerülve volt. Tehát a metszet haránt részének alakulásánál mindig csak a meghúzás iránya és a lapok (néhol önkéntes, máshol szándékos) félremozdulása voltak egymással különböző összeműködésbe hozva.

Mielőtt azon metszés-kísérletek leírására áttérnék, melyekben a kés élének függetlenített iránya érvényesül, még egy, az eddig tapasztaltakat legmegkapóbban szemléltető metszést kívánok leírni. Hogy ezt tehessenem, a „meredek“ és „függőleges“ kimetszések közti különbségre pótlólag visszatérnem kell.

A vízszintes délkörben végezett haránt metszésre vonatkozólag az itt használt értelemben vett „meredek“ és „függőleges“ kifejezések jelentése egymást fedi. Minél távolabb azonban a haránt középvonaltól történik a kimetszés, annyira inkább kellene a kés élének a szemcsillag síkjához való függőleges iránytól eltérni, hogy kifogástalanul meredeken, tehát a legrövidebb sebesatornával, a szemgolyó felszínére jutottnak legyen nevezhető. A szaruhártya felső harmadában végezett metszések az eddig előadottakban tehát csak a kifejezésbeli szabatoság elhanyagolásával voltak „függőlegeseknek“ nevezhetők és mégis mint „meredeken“ képezettek leírhatók. Csak hogy a szaruhártyának eme helyein a különbség még csekély, és a reá vonatkozó szabatoságnak a leírásban is teljes követeése az előadást nehézkessé tette volna és a következtetésekben mi lényegeset sem változtat vala. Metszeteken azonban, melyek közel a szem egyenlítőjéig kiterjeszkednek, ez a különbség nagyon jelentős, és magán az egyenlítőn a „meredek“ és a „függőleges“ irány már egészen 90°-ban különbözik.

42. Metszet a szem egyenlítőjétől egészen a szaruhártya közepéig: az egyenlítőnek felső negyedét keskeny késsel lapos átszúrással felszedve, a szemgolyót alul végezett délkörös irányú beszúrással lehetőleg üresítve, az ilyen módon egészen lötyögővé lett szemburkokban a kést fixálás nélkül meredeken előre húzva.



39—41.

Eredmény: A szaruhártya közepéig érő, hegyesre kifutó lebeny, mely a szemgolyó burkainak egy teljes nyoleczadát (octans) befogja, és a melynek sebesatornája hátul nagyon rézsutosan, elül tiszta meredeken alakult.

Ha ezen lebenyt megnézzük, egy reápillantással világos lesz, hogy a melülső csarnokból a szaruhártya felső harmadában történő függőleges kimetszés meredek¹ sebesatornát és mégis ívalakú sebvonalat, a széli sebajaknak nemleges (negatív) lebeny alakjával — mint hályogmetszésében — adni képes. A sebesatornának az elül meredek alakból a hátul rézsutosba egyenletes átmenetele is egészen mértékegyenben áll azon elülről hátrafelé növekedő különbséggel, mely a szoros értelemben a felület felé meredek és a szemesillag síkjához függőleges irány között fennáll.

43. Metszet a haránt délkörben, lapos átkeresztzés után a kés élét rézsut (45°) felfelé irányítva, de függőlegesen előfelé kihúzza. Fixálás nélkül.

44. Fixálással.

Eredmény: Egyenes vonalas harántmetszet, sebesatorna felfelé irányulva.

45. Metszet a haránt délkörben, lapos átkeresztzés után a kés élét rézsut lefelé irányítva, de előfelé kihúzza. Fixálás nélkül.

46. Fixálással.

Eredmény: Egyenes vonalas harántmetszet, a sebesatorna lefelé irányulva.

Tehát ezen négy metszésben a sebesatorna rézsutos lett, a mi a kés élének rézsutos tartásától származott, míg a sebvonala egyenes maradt, — a 2., 3., 4., 5. metszéseknél ellenben a sebesatorna meredek maradt, míg a sebvonala ívalakú lett és ez a kés lapjára gyakorolt nyomástól eredt.

Hogy kitudjam, ezen alakulások a szaruhártya központkivülies helyein szintúgy létrejönnek-e, a metszéseket feljebb eső helyeken ismételttem.

47. Metszet a felső harmadban, lapos átkeresztzés után késfordítás rézsutosan felfelé, meredek kimetszés. Fixálás nélkül.

48. Fixálással.

Eredmény: Egyenes harántmetszet, sebesatorna rézsut felfelé.

49. Metszet a felső harmadban, lapos átkeresztzés után késfordítás rézsutosan lefelé, meredek kimetszés. Fixálás nélkül.

50. Fixálással.

Eredmény: Egyenes harántmetszés (talán a lefelé hajlás egy nyomával), a sebesatorna határozottan rézsutos lefelé.

Itt is a sebesatornák a késélnek iránya szerint különböztek, de a sebvonala a meredek kihúzásnak megfelelően egyenesen végigfutók maradtak.

Mint hogy ezen tizenkét vagy tizenhárom metszésben (1—5., azután 43—46. és 47—50) az mutatkozott, hogy az ívalak és a sebesatorna rézsutosága egymástól függetlenül is képződhetik, kérdés támadt, hogy egymással merő ellentétességben is alakíthatók-e? Hogy a kísérletben felteendő kérdésre a feleletet világosan megtalálni lehessen, egyelőre a haránt délkörben maradni, csak hogy messze hátrulra kiterjeszkedni, és csak a további kísérletekben a szaruhártyának központkivüliesebb, pl. felső részére, a hol a kés lapnak a szem melülső sarka felé önkéntes elesésűzésára már úgyis hajlamosság van, áttérni tanácsos volt.

51. Metszet a haránt délkörben, az inhártyát az egyenlítőn átkeresztelve, most a kés élével rézsutosan felfelé irányítva, de lapjával rézsutosan lefelé² nyomva, egyenesen előfelé kihúzza. Fixálás nélkül.

52. Fixálással.

Eredmény: Tártan tétongó seb, ivhajlással lefelé, a sebesatorna rézsutos felfelé.

¹ A mennyiben a szaruhártya ezen helyén a „meredek” és a „függőleges” között levő különbség még elhanyagolható.

² Az összetevők rézsutosága nem lehet egyenként és ellentétben 45° illetve 90°: a kés nem tudna előrehaladni. Mintegy 30°-kal meg kell elégedni és így is erőlyesen húzni.

53. Metszet a haránt délkörben, az inhártyát az egyenlítőn átkeresztelve, most a kés élét rézsutosan lefelé irányítva, de lapjával rézsutosan felfelé nyomva, egyenesen előfelé kihúzza. Fixálás nélkül.

54. Fixálással.

Eredmény: Tétongó seb ivhajlással felfelé, a sebesatorna rézsutos lefelé.

A felvetett kérdés tehát oda dőlt el, hogy az ívalakú sebvonala és a rézsutos sebesatornát egymással ellentétes irányban is alakítani lehet. De ezen metszések a fél szemgolyót befogták. Haránt metszéseken, a melyek csak a melülső szemesarnokot illelnék és a melyek felsőbb tájakra esnének, ez az ellentét talán nem oly teljes kifejezésben nyilvánulna, vagy idegen tényezőknél hozzávegyülése a felismerhetőségét megzavarná. Ebben a döntést külön kísérletekkel keresni kellett. A metszést megrövidítettem és fokozatosan feljebb vittem.

55. Metszet 1.5 mm. a haránt délkör fölött (a szaruhártya magasságának felülről számított $\frac{3}{8}$ -ában), lapos átkeresztzés szorosán a szemesillag előtt, meredek kimetszés az élnek rézsutosan fölfelé és a lapnyomásnak rézsutosan lefelé irányításával. Fixálás nélkül.

56. Fixálással.

57. Metszet épen úgy, csak hogy az él lefelé, a lapnyomást felfelé irányítva. Fixálás nélkül.

58. Fixálással.

Eredmény: A rézsutos sebesatornák az ívképződéssel ellenes irányúak, az utóbbi kifejezettebb ha a szaruhártya közepe felé mint hogyha felfelé létesült.

59. Metszet a felső negyedben, a szaruhártyagyűrűn belül laposan átkeresztelve, meredek kimetszés előfelé, de az élét rézsutosan felfelé irányítva és a lapot rézsutosan lefelé nyomva. Fixálás nélkül.

60. Fixálással.

61. Metszet ugyanúgy a felső negyedben, a szaruhártya gyűrűn belül, meredek kimetszés előfelé, de az élét rézsutosan lefelé irányítva és a lapot rézsutosan felfelé nyomva. Fixálás nélkül.

62. Fixálással.

Eredmény: Az ívképződéssel ellenes irányú sebesatornák, de 56-ban¹ a lefelé hajló ív és 58-ban a lefelé néző sebesatorna kifejezettebb mint a felelkező esetekben. Egészben az 55—58. esetekhez hasonlóság mutatkozott.

Tehát a szaruhártya széléhez közel történt metszéseken is nyilvánult az az ellentétes hatás, mely onnan ered, hogy a meghúzás irányától az él az egyik oldal felé és a lapnyomás mérsékelt szögeltérésben a másik oldal felé eltérítve volt.

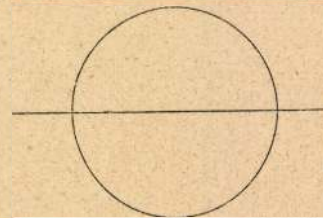
Az összes metszetekből mint főtanulság kiviláglik: hogy a seb helyét a lapnyomás dönti el, hogy a sebesatornát az él irányítása adja meg, és hogy a sebvonala a kés meghúzására szerint alakul.

A hályogoperálásoknál eddig általános használatba került metszések egyszerűek, azt mondanám, hogy egységesebbek voltak. Késfordítást a metszések alig² követeltek. A metszésnek három tényezőjét szétágazó módon alig valaki és esetleg az elméleti jelentőség méltatása nélkül vette igénybe. Csak hogy eddig a követeléseknek, melyeket támasztani kell, egy elbánás sem tett minden részben eleget.

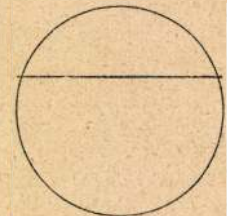
Mai nap minden eljárástól annak lehetőségét követeljük hogy a hályog könnyen kijöjjön, a seb jól gyógyuljon, és

¹ Oldaltas leszabdalásokkal összekötve az ívek kifejezettebben alakultak volna, mint a hogy a 20—31. metszésekből következtetni kell.

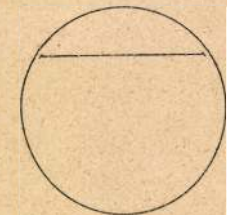
² Graefe a maga metszésében a kés lapnak könnyedén ívalakú vezetését megkivánta, mint a hogy erről már szó volt.



51—54.



55—58.



59—62.

hogy a végállapotban a lenese hiányzásán kívül minden más rendellenesség elmaradjon.

A Daviel Beer-időszakban az elégséges sebtátongás érdeke legfelül állt, a kívánható végállapot is kielégítve volt, de a sebgyógyulás az eljárás gyenge oldala maradt. A Graefe A. időszakban a sebtátongásnak feleslege kerülhetővé téve, és a sebgyógyulás már nem fokozható tökéletességre emelve, de a szemcsillag kimetszésével a végállapotban jelentős áldozat hozva volt.

Most a háromszatú feladatot minden részben teljesíteni akarjuk: a szembogár kereksege úgy mint Beernél megmaradjon, a gyors és biztos sebgyógyulás úgy, mint Graefenél volt se lényegesen esorbuljon. De az eszményt eddig még nem tudjuk ténynyel kiváltani. 1889 és 1890 óta rohamosan a Beer-féle eljárás³ felé iramodtak, de lassacskán megint a Graefe-féle elbánásra, az ő túl nem szárnyalható eredményeivel, visszatérnek, csak hogy ezeket az a közvetítő törekvés, hogy a szemesillagból minél kevesebbet kivágjanak, ismét kevesbiti. Kétségenkívül egy kiegyezéses eljárásnak szükségére fenforog, csak hogy megtalálva még ninesen.

Weber Adolf lándzsás hályog kivonása⁴ olyan eljárás, a mely alapeszméjében is mintaszerűnek nevezhető elméleti megokolásában a feladatnak mind a három részben eleget tesz. Csak hogy a teljesítésben tökéletlenségek mutatkoznak. A lándzsás műszert kifogástalan alakban beszerezni alig lehet. A tátongás valamieskét hiányos. A sebzáródás a Graefe-énál is tökéletesebb. A szemesillag kiméltése mindig, habár néha csak valamelyes fokban, lehetséges. Szemesillag-beszorulások azonban, még pedig a sebzúgokba csipődések veszedelmes fajtája, ennek inkább, mint a többi eljárásnak, tulajdona.

Ha a műtevesi feladatnak mind a három részében eleget tenni kell, mégis a Weber Adolf műtevesi mintája az, mely valamennyi közt az eszményt elméletileg leginkább megközelelti. A mit tátongásban yesztit, a szembogár kereksegeinek megóvásában visszanyeri. És mégis az áldozat *amott* az épen eltűrhetőnek nagyon is a határán áll, és a nyereség *emitt* nem ér fel az összesen megkivántig. Így tehát ezen eljárásban sincs a kifogástalan eljárásnak három tényezője teljes egyensúlyba hozva — ha ilyen általában elérhető. De a kérdés nagy hordereje miatt azon egyensúlyt okvetetlenül még tovább is keresni kell és pedig mindaddig, a míg megkísérletlen lehetőségek még maradtak.

Weber A. eljárása mindenekelőtt szolgálhatna olyan módosítások kiindulásául, a melyek a három irányban keresett kiegyezést megadnák, vagy esetleg az ilyen törekvések reménytelenségét bebizonyítanák.

Első sorban a metszetnek negatív ivalakját megtartani kellene. Benne (szemközt Beer-rel) az eléggé biztos sebzáródás megóvása mellett a szembogár kereksegeinek egyedüli biztosítéka van. *Mert, a ki a szembogár kereksegeit biztosítani akarja, annak a metszéssel a szemesillag széléhez közeledni is kell.* Azután a tátongást javítani kellene. És minthogy ez minden áldozat nélkül nem lehetséges, valami a különben oly kitünő sebzáródásból kárba eresztendő lenne. E mellett a sebsatornát egyszerűbb műszerrel készíteni kellene. Csak hogy Weber Adolf az ő lándzsáját a műtétel eszméjéből indulva, szerkesztette. Így tehát megváltoztatott műszer az eljárásnak is lényeges megváltoztatására kényszerítene.

Minthogy Weber A. hályoglándzsája ama, a multból szerezhető tapasztalást, hogy t. i. lándzsával általában öregkori hályogok számára eléggé tátongó sebet szűrni nem lehet, csak megerősíti: természetszerűen támadt az a gondolat, hogy a keskeny késsel, tehát nem beszúrva, hanem átszúrva vezetett műszerrel, a Weber-éhez hasonló, talán azt nagyon megközelítő metszést végezni nem lehetne-e.

63. Metszet a felső harmadban, a kést laposan átvezetve, élet rézsutosan felfelé igazítva, lapját aláfelé szorítva, a esarnokvizet kieresztve: meredeken előrehúzza. Fixálással.

³ A kifejezés rövidsége kedveért a „Beer-féle eljárás“ nevével a következőkben mindazon methodusokat fogom érteni, melyek azon typust követik.

⁴ Graefe's Archiv für Ophth. 1867, 13. k., I. r. 187—274. 1. — és Graefe-Saemisch Handb. d. Augh. III, Operationslehre Arlt tól.

Eredmény: Lefelé menő ív mintegy 15 mm. sugárral, a sebsatorna felfelé néz és mintegy 1¼ mm.-nyi mélységgel bír.

A seb alakja egészben a Weber Adolféhoz hasonló volt ugyan, de az ívhajlás sokkal kisebb, a sebsatorna jóval sekélyebb és a tátongás is kiméltetes módon csak alig 2 milliméternyire hozható volt. Az utóbbi is csak úgy, hogy vele a sebvonal már feltünően rövidült. Sokszoros ismételések daczára sem birtam olyan méretekre jutni, mint a minőket öregkori hályogok megkövetelnek. Némely fiatalkori hályogok számára az ilyen seb azonban kitünően alkalmas lenne és egyszerű vonalas kivonáshoz készült lándzsaszúrásoknál általában előnyösebb volna. Szemesillagkimetszésnél is hasznót hozna, ha a nagyon (1—1¼ mm.) keskeny késsel megfelelő helyen átszúránk, élet rézsutosan előfelé igazítanók és kimetszéskor a lapot rézsutosan hátrafelé szorítanók. Így sebet nyernénk, mely egészen a szélbe esik, és sebsatornát kapnánk, mely a legközelebbi úton a szemesillagnak tapadási helyére vezetne, — tehát viszonyokat, mint a minőket lándzsaszúrással sohasem teremt-hetünk.

Minden okoskodás és minden kísérlet, hogy a Weber Adolf eljárásának előnyeit a mennyire csak lehet megtartsam, mégis csak abban végződött hogy a metszés azon alapidománál, melyet a 19. feltüntet, megmaradni kényszeríttem.

Ezen vegyes metszettel mindenekelőtt a szembogár kereksege megóvva van, és a tátongás az egyes esetekben és az akármelyiknél épen szükségelt fokban megválasztható marad. De a sebzáródás a Weber Adolf-féle eljárásból származónál lényegesen rosszabb, a Graefe A.-félel szemben is hiányosabb, és csak a Beer műtevese után legtöbbször bekövetkezéskor határozottan előnyösebb. Magát az eljárást és a vele tett klinikai tapasztalásokat egy később következő értekezésben közlöm.

Azon esetben, hogy hályogmetszésem főalakja a szak-társak jóváhagyását nem is nyerné meg, mégis legalább a figyelmet általánosságban a vegyes metszetalakok még lehető kiaknázására fordítani kívánám.

A 19. metszeten különben a 20—31. metszetekből vett módosításokat még tenni lehet. Az oldaltos lekészítéseket is a szaruhártyagyűrűnek külső szélén kezdeni és a belső szélbe folytatni lehetne. Továbbá az oldali leszabdalások után a haránt kimetszéshez előkészítő késfordítást kevésbé hirtelen végezni, és a sebnak esücskeit szendébb átfordulásban lekerekíteni lehetne. Végre a sebsatornának a haránt részben esavarodott alakú határolásokat adni lehetne, ha a kés élet eleintén rézsutosan lefelé, azután az utolsó mozzanatokban rézsutosan felfelé irányoznók. Ez által a sebsatorna a esücsök mellett rézsutosan lefelé, míg a közepen rézsutosan felfelé nyilnék. Ekként a zúgokon a felső, a közepen az alsó sebszél nyulna előre. Ez a sebzáródást lényegesen elősegitené, mert a tátongásra hajlandóság a esücskökön az alsó sebszélben van, holott a középrészen a felső sebszél az, mely mint kirúgó negatív lebeny felemelkedni hajlandó. A leirt eljárás által a sebszéléken egy neme az ereszték képződésnek történék és ez a sebszéléknek egymástól elesülésását gátolná.

A tátongásnak kísérletek útján kifürkészése és a méreteknek számtani meghatározása, mint a minőket Weber A. az ő metszetén végezt, a választást az összes, és így a vegyes metszetalakokból is, szorosan tudományos alagra állítani engedné.

A blepharospasmus idiopathikus műtéti gyógyítása.

Schwarz Ernő dr., szemklinikai gyakornoktól.

Ottava I. dr. magántanár úr e czimen az 1884. évi Szemészet 6. számában már 3 eset képesán beszámolt a blepharospasmus idiopathikus ellen Schulek tanár úrtól legelőször ajánlatba hozott és kezdeményezett műtéti eljárásról, valamint eredményéről. Ennek folytatásául még az azóta operált 8 esetről kívánok az alábbiakban referálni. Ismétlésekbe hogy ne bocsátkozzam, a minden esetben egyenlő kivitelű műtéti eljárásmódot a következőkben előre bocsátom, mely az areus

zygomaticusra harántul futó, a fül előtt 1.5 cm-re végződő 2.5—3 cm. hosszú metszés után, a sebszélek széttárasa mellett, a lágyszöveteknek Cowper-ollóval a esontig való eltávolításában, néhányszor a esontra való vagdosásban és 3—4 varrattal való egyesítés után antiseptikus kötésben állott. Előre boesátom, hogy az esetek mindegyikéhez, még a régebben operált 3 esethez is, írásbeli felvilágosításért fordultam jelenlegi állapotukról.

1. B. I. 57 éves kereskedő 15 év előtt magától elmülő szemhéjgöresben szenvedett, mely 2 évvel később fokozott mértékben újból fellépett. Beteg hónapokon keresztül villanyoztatta magát eredmény nélkül és felvételkor a bal arczél homlok és szemhéjak bőre folytonosan rángatódzik, erősebb nézéskor pedig húnorítani kénytelen. Mindkét szemén astigmatismus mutatható ki minden más kóros elváltozás nélkül. 1885. márczius 14-dikén resectio nervi facialis végeztek a bal oldalon és másnapra a szemhéj rángatódása megszűnt, de a bal szájjugé még tart, és márczius 19-dikén, mikor a beteget elboesátották a fenti lelet nagyon kis mértékben még látható volt. Kérdésemre válasz nem érkezett.

2. D. L. 35 éves napszámos felvettük 1885. január 14-dikén. Két hét előtt arczezal 2 méter mélységű gödörbe esett, mikor fejét és mellét megütötte. Egy héttel utána észrevette, hogy szemhéjai akarata ellenére 10—15"-re összehúzódnak, mely állapota az által, hogy hosszabb időre és sűrűbben jelentkeznek, fokozatosan rosszabbodott. Felvételkor kistokú hurut van és mindkét oldalon a szemhéjak 15—20"-ig göresösen összehúzódnak, mialatt a szájjugé és orrszárny emelő izmok is göresösen remegnek. 1885. január 17-dikén mindkét oldalon végzett műtét után a göresök azonnal megszűntek és a beteg szabadon nyitotta és zárta szemét. Január 28-dikén a jobb-oldali felső szemhéj, bár kisebb mértékben mint azelőtt, ismét kezd göresösen összehúzódni, miért február 1-én jobboldalt a műtétet megismételték és több kimetszést végeztek a bórallati kötőszövetből. Február 17-dikén elboesátásakor a felvételi leletnél a szemhéjak sokkal kisebb mértékben rángatódznak és ha szemét lehúnyja, felszólításunkra csak nehezen tudja nyitni, mely kísérlete közben az orrszárny és szájjugéizmok is rángatódzásba jönnek. Kérdésemre válasz nem érkezett.

3. M. A.-né 59 éves mosónő mindkét oldali szemhéjai állítólag meghülés után 1 év óta göresösen összehúzódnak. 1886. január 12-diki felvételekor, kistokú kötőhártyahuruttól eltekintve, más elváltozás nincs, minthogy a szemhéjak göresös összehúzódnása miatt a szemrés időnként elzáródik és a betegnek oly erőlködésébe kerül annak újból kinyitása, hogy eme kísérlete közben az összes arcizmok is rángásba jutnak. A klinikán alkalmazott állandó árammal való villanyozás hosszú idő alatt is csak kevés javulást eredményezett és ezért 1886. február 6-dikán a bal oldalon műtétet végeztek és a műtét után 18 nappal a felvételi állapottal, jodkali és jodkenőses rendeléssel, távozott. Kérdésemre választ nem kaptam.

4. Sch. M.-né, 54 éves, kereskedő neje, szülés után 20 év előtt fülszűgést kapott, mely azóta fokozódott, 8 év előtt pedig fejfájásokat kapott és ezzel egyidejűleg észrevette, hogy szemhéjai göresösen összehúzódnak és húnorítani kénytelen. Bája azóta fokozódott és 1887. november 25-diki felvételekor hol az egyik, hol a másik, majd pedig egyszerre mindkét oldali szemhéja göresösen összehúzódnak és 1—2 pereznyi tartam után ismét elmúlik. Mérsékelt kötőhártyahuruton kívül, a különben egészséges szervezetű asszonynál, más elváltozás nem található. 1887. november 26-dikán a bal oldalon és másnap a jobb oldalon is műtétet végeztek, mely után a szemhéjgöres csökkent és december 8-dikán mint javult boesátattott el; azonban 1894. október 28-dikán kelt levelében panasolja, hogy szemhéjgörese a régi állapotát nyerte vissza.

5. Z. G., 16 éves, napszámos leánya, kinek fél év előtt szemgyuladása volt, mely miatt orvosa esetelte. Ugyanekkor bal oldalra szorítózkodó fejfájásával ideggyógyászhoz fordult és villanyozták. Nálunk 1888. december 13-dikán jelentkezett először és borogatást meg homlokkenősesít rendeltek és 1888. december 14-dikétől 1889. márczius 15-dikéig mint bejáró beteget villanyozták. 1889. márczius 22-dikén felvételekor a bal szemhéjak vörösek, duzzadtak, a szem bőven könnyezik.

A bal nerv. infraorb. nyomásra fájdalmas. Világosságban a szemrés csak passive nyitható, sötétben magától is jól nyílik. A jobb szemén kistokú kötőhártyahurut van. Mindkét szemfenék nagy fokban myopias.

1889. márczius 24-dikén cantoplastica ad cant. extern. l. sin., április 4-dikén a bal szemhéjakon blepharospasmus lépett fel és egy heti villanyozás után

április 13-dikán műtétet végeztek a bal oldalon és másnap, valamint április 17-dikén elboesátásakor a szemrés állandóan nyitott, a göresök elmúltak.

Ezen állapot 3 hónapig tartott és 1½ hónap óta a bal szemhéjak újból göresösen záródnak és ezért 1889. november 8-dikán újból felvették a klinikára és

1889. november 10-dikén műtétet végeztek a bal oldalon, mire a szemhéjgöres ezen az oldalon megszűnt, de 5 nappal később a jobb oldalon állott elő, úgy hogy

1889. november 23-dikán a jobb oldalon is műtétet végeztek; november 27-dikén a göresnek már nyoma sine és concav 70 D üveggel boesátották el, melylyel, mint 1894. október 28-dikán kelt soraiból értesültem, még maig is jól lát és göresei azóta állandóan szünetelnek

6. L. K.-né, 46 éves, bádigos neje 2 év óta szenved szemhéjgöresben, mely őt a látásában nagyon zavarja. 1889. november 7-dikén felvételekor is mindkét oldali szemhéjai folyton lecsukódnak és önként alig vagy csak néhány pillanatra bírja nyitni.

1889. november 9-dikén mindkét oldali műtét után november 16-dikán történt elboesátásakor szemhéjgörese lényegesen kevesebb lett. Kérdésemre válasz nem érkezett.

7. B. M.-né, 47 éves, földmives neje bal szemébe 1 év előtt méz esett és azóta szempillái hol az egyik, hol a másik, majd meg egyszerre mindkét oldalon göresösen összehúzódnak és néhány másodpereznyi fennállás után legtovább 1 órai szünet következik. Különösen mesterséges világításnál gyakoribb, éjjel pedig szünetel a göres. A szemeken kóros elváltozás nincs. 1892. május 7-dikén mindkét oldali facialis átvágása után jobboldalt a göres szünetelt; de baloldalon még gyakori, miért is május 10-dikén a baloldali sebet újból felfrissítették és idegágakat metszettek ki. Május 13-dikán elboesátásakor szemhéjgörese kisebb fokban és ritkábban ismétlődik, de mint 1894. október 3-dikán kelt soraiból megtudtam, bája még jelenleg is tart.

8. K. Gy., 58 éves csizmadia bal szemén 4, jobb szemén 1½ év óta szemhéjai göresösen becsukódnak, mely már annyira fokozódott, hogy munkájában és a járásban zavarja. 1894. január 5-dikén felvételekor szemhéjai igen rövid időközökben göresösen záródnak és így maradnak néhány másodperezig, sőt 1 perezig is. E göresök rögtön megszűnnek a nervus supra- vagy infra-orbitalisra gyakorolt nyomásra. A szemeken más elváltozás nincs. Bromkali-adagolására a göresök ritkábban jelentkeztek.

Január 31-dikén resectio nerv. supraorb. l. d. után kevesebbszer pislog és ezért február 11-dikén a bal oldalon is hasonló műtétet végeztek, mire a pislogás kevesebb ugyan, de fényre még gyakran csukódnak a szemek.

Február 27-dikén a baloldalon és márczius 3-dikén a jobboldalon resect. nerv. facialis végeztek. A sebek per primam gyógyultak és elboesátásakor, valamint 1894. október 2-dikától kelt soraiból megtudjuk, hogy szemhéjgörese maig is a régi állapotban megvan.

Végül megjegyzem, hogy Ottava I. m.-tnr. úrtól közölt három esetben, kettőtől (S. M. és Sz. I.) kérdésemre kedvező válasz érkezett, mert ők maig is egészségesek és szemhéjgörestik megszűnt.

Mindezekből, ha következtetést akarunk levonni, tekintetbe kell vennünk, hogy objectiv vizsgálatot nem ejthettem meg és a betegek saját kijelentésére vagyunk utalva, melynek értékét, minthogy azok bajukat mindig rosszabb színben hajlandók feltüntetni, túlbecsülni sohasem szabad. Ha ezen körülményt számba vesszük és az elboesátási leleteket figyelemre méltatjuk, akkor sem mondhatunk olyan biztos véle-

ményt, mint az első közleményben olvasható, hanem azt mondhatjuk, hogy a sokféle gyógyszeres kezelésnek ellentálló és a benne szenvedő betegeknek oly sok kellemetlenséget okozó bántalom ellen a magában véve veszélytelen műtét annál is inkább megkísérlendő, mert, bár nem is kapunk minden esetben teljes gyógyulást, de javulást a legtöbb esetben elérhetünk és már ez által is sokat segítettünk a kellemetlen betegségben szenvedőn.

Klinikai közlések.

Grósz Emil dr., tanársegédttől.

I.

Coloboma palpebrae superioris congenitum.

K. E. 4 hónapos leánygyermeket 1894. február 22-dikén vettük fel az egyetemi szemklinikára. Anyja elmondja, hogy a hiányt a felső pillán születése után azonnal észrevették. Magán a szemem nem láttak változást s csak később kezdett a szaruhártya homályosodni.

Felvételkor a jobb szemet s annak segédszerveit épeknek találtuk, ellenben a bal felső szemhéj közepén 10 mm.-nyi széles s 7 mm. magas szabálytalan négyszög alakú hiány volt, melynek felső határán kis lenyuló csücsök van. A hiány szélei ívesek, a bőr éles határ nélkül megy át a kötőhártyába. A szemrés csukásakor épen a cornea marad fedetlen s ilyenkor a külső lebeny az alsó szemhéjra reáborul. A kötőhártya hurutos, a szaruhártya borus, felszíne egyenetlen.

Mint hogy egyszerű nyúlajk-műtét segítségével nem sikerült a colobomát zárni, a külső zúg behatása segítségével a külső lebenyt eltoltuk s a széleket felfrissítve egyesítettük. A feszülés csökkentésére a külső zúgtól felfelé induló bőrmetszést ejtettünk. A fonalakat csak egy hét múlva távolítottuk el s az egyesülés csekély esorba hátrahagyásával állandósult.

Hogy ez esetben valóban veleszületett szemhéjréssel volt dolgunk, az kétséget sem szenved. Sokkal nehezebb annak eldöntése, hogyan keletkezik az ilyen hiány. Az egész irodalomban alig található 20 leírt eset s ezekben is más fejlődési hibákkal társult. Arra nézve a legtöbben megegyeznek, hogy nem származhatik a fejlődés megakadásából, mert, mint *Manz* is hangsúlyozza, a fejlődés egyetlen stadiumában sem áll a szemhéj 2 oldal-lebenyből. A colobomának tehát másodlagosnak kell lennie. Hogy mi az elsőleges ok arra *Van Duyse* igyekezik megfelelni, ki az amniosnak a szemet fedő köztakaróval való összenövéséből magyarázza a rést. Innen érthető, hogy a coloboma néha az amnios-köteg durványából származó s a limbuson székelő dermoid-daganattal társul.

A résnek mielőbb való zárása már a cornea érdekében is okvetlenül szükséges volt.

II.

Ophthalmoplegia totalis, papillitis oculi dextri.

S. M. 22 éves leányt 1893. november 3-dikán vettük fel az egyetemi szemklinikára. Jelentkezése előtt 2 hóval nagyfokú fejfájásokban szenvedett, mely 5 hétig tartott. A fájdalmak szüntével észrevette, hogy a tárgyakat kettősen látja, jobb szeme kifelé kancsalit s nemsokára e szeme be is csukódott. Orvosi kezelésre állapota javult, a mennyiben szemét újra nyitni tudta, de egy hét óta nem tud jobb szemével jobbra nézni s látása is rohamosan romlik. Fejfájásai, melyek a jobb szemüregre korlátozódnak, megújultak.

Felvételkor azt találtuk, hogy a jobb szemrés valamivel zártabb, a szem kifelé épen nem mozog, de a kitérések minden más irányban is korlátozóztak. Pupilla közepesenl tágabb, fényre renyhébben mozog. A közegek tiszták, a látóidegfő nagy fokban duzzadt, szürkés-vörös, határai eltűntek, a tágabb kanyargós vivőerek s a szűkebb verőerek meredeken buknak le az ideghártyára, helyenként pedig el is tűnnek, szomszédságukban számos esikos vérzés. A papillától fel- és kifelé 2 papillányi festékrögöktől részben borított fehér folt, mely fölött a retinalis erek szabadon húzódnak el. E szemem csak kézmozgást lát. Fényérzés és projectio jó.

Három grammos higanybedörzsöléseket kapott. Eleinte a látás még romlott s a fényérzés is kialudt, de 20 bedörzsölés után már 1 meterről való ujjak-olvasására emelkedett. A szem mozgásai is, állandó árammal való villamozás mellett, tetemesen javultak. Deczember 14-dikén 35 bedörzsölés után a látás $\frac{3}{70}$, a szem mozgásaiban csak kifelé vehető észre némi elmaradás. A látóidegfő fehér lelapult, határai egyenetlenek, vivőerek tágabbak, verőerek szűkebbek, az erek falzata megvastagodott. Az érhártya-sorvadásos folt változatlan. Elbocsátása után jodkaliumot szedett hosszú ideig. 1894. január 3-dikán és április 13-dikán is a szem mozgásai kifogástalanok, a szemfenék peripherikus eredetű látóidegsorvadás képét mutatja.

A jobb szem valamennyi mozgató idegének bénulásával s s pangásos papillával volt tehát dolgunk. Az a körülmény, hogy a bántalom más agyidegek kimelésével egyoldali szemidegekre szorított, az orbitába localizálta annak székhelyét. A fájdalmak, de még inkább a baj visszafejlődése gyuladással eredetre vallanak. Bár sem luesre, sem tuberculosisra nem volt gyanú, azt kell felvennünk, hogy az orbita mélyében a foramen opticum és fissura orbitalis superior táján lefolyt periostitissal volt dolgunk. Leszámítva a valószínűen régebbi keleti érhártya sorvadásos foltot, a többi tünetek közvetlen okozati összefüggésbe hozhatók e gyuladással, mely különben ilyen alakban igen ritka.

III.

Embolia arteriae centralis retinae.

Az utolsó években ezen különben a ritkábban előforduló betegségekhez tartozó elváltozást három ízben volt alkalmunk megfigyelni.

1. H. D.-né 47 éves nő keféles közben minden előzmény nélkül hirtelen megvakult bal szemén. Jelentkezésekor, 3 nappal később, csak excentricusan volt fényérzés e szemén. Külsőleg az orvosa által adott atropin-oldat következtében beállott mydriasison kívül más elváltozás nincs. A tükrü vizsgálata kiderítette, hogy a retina verőerei teljesen vértelenek, s mint elágazó fehér zsinegek ismerhetők fel, csak a szemfenék belső felső részében van igen keskeny véroszlop is. A vivőerek kanyargósak. Az ideghártya, főleg a sárga folt körül elszürkült, utóbbi, mint vérpiros folt ismerhető fel. A másik szem ép, látása teljes. Szervezetének vizsgálata kiderítette, hogy a bal szív kissé hypertrophiás, billentyűbántalom tünetei hiányzanak. Vizeletben kóros alkotórész nincs. A következő napok alatt a retinában számos vérzés keletkezett, s utóbb látóidegsorvadás képe mutatkozott.

2. E. I. 43 éves férfi minden előzmény nélkül teljesen megvakult bal szemén. Jelentkezésekor, 4 nappal utóbb, e szemén csak 1 meterről volt fényérzése. Külsőleg elváltozás nincs. A látóidegfő határai elmosódottak, az ideghártya elszürkült, a sárga folt vidékén piros folt. A verőerek rendkívül szűkültek, míg a vivőerek kanyargósak. Szervezetének vizsgálata kiállott syphillist és paralysis progressiva tüneteit derítette ki.

3. L. L. 26 éves férfi jobb szemén borotválás közben hirtelen megvakult. Egy nappal később $\frac{1}{2}$ meterről volt fényérzése. A látóidegfő határai teljesen elmosódottak, az ideghártya intenzíven elszürkült, az arteriák nagyon szűkek, az egyenetlenül tág vénákban megszakadt véroszloppal undulatio látható.

Szervezetének vizsgálata insufficiencia bicuspidalis tüneteit derítette ki.

A következő napokban a vérkeringés a vénákban helyreállt s számos vérzés keletkezett. Utóbb ezek felszívódtak s a szemfenék látóidegsorvadás képét mutatta számos retinában székelő csillogó zsirosan elfajult foltal.

IRODALMI SZEMLE.

Acut infectiosus szembántalmak kezelése subconjunctivális sublimátinjekciókkal. *Deutschmann R. Zossenheim* dr.-nak ezt megelőző cikkéből, mely számos sublimátinjekciók hatásáról ad számot, D. azt következteti, hogy a Darier-féle sublimátinjekciók nagy vívmánya a szemészeti therapiának. Állítását 6 eset bővebb tárgyalásával illusztrálja, melyekben acut infectio szerepel. Mind a

6 esetben a sublimatinjectio kitünő hatást tett. Operációk utáni infectióknál már az első injectio után megállapodás mutatkozik, s e mellett a heves gyuladással tünetek azonnal visszaféjldnek. Azon esetekben, melyekben az infectio nem a sebből, hanem a szem belsejéből indul ki, a sublimatinjectio a leghatalmasabb gyógyszer, melylyel ez idő szerint rendelkezünk. A sebből kiinduló infectiónál, ha még nem terjedt tovább D., elégnék tartja a cautherisatiót, de ha ezzel ezélt nem ériünk, a sublimatinjectióhoz folyamodjunk. A két eljárás egyszerre is tehető. Az injectiók hatása traumatikus és más eredetű infectióknál is kitünő. Szerző ezeken kívül a sublimatinjectiókat a szemben lokalizált luetikus folyamatok ellen is melegen ajánlja, de a mellett az általános anti-luetikus kezelés sem hanyagolandó el. D. kísérletképen iritis egy esetében atropint mellözve tisztán sublimatinjectiókat alkalmazott. A gyógyulás ideális volt. Keratitis punctatánál és keratitis parenchymatosánál a hatás szintén jó, ha az eredet luetikus. Chorioiditis myopicánál is ajánlatos a szer alkalmazása. Altalában a szemben lokalizált luetikus eredetű bántalmak gyorsan és biztosan gyógyulnak sublimatinjectiók által, operációk után fellépő infectióknál pedig alig nélkülözhető ezen szer. Szerző káros hatást sohasem látott. A sublimatinjectiók jó hatásúak akár sikerül a sublimatot az injectio után a szem belsejében kimutatni, akár nem. (Deutschmann: Beitr. z. Augenheilk. XV. füz. 1894.) B. F.

Az élettartamról a retinitis albuminurica keletkezése után.
 Possauner Gabriela bárónő Szerző a zürichi szemklinika 30 évi és Prof. Dr. Haab privat praxisának 15 évi beteganyagát vizsgálta át. Ezek közül csakis a tipikus eseteket tette tanulmánya tárgyává. Az irodalomban közölt esetek azt bizonyítják, hogy majdnem minden szerző a retinitis albuminurica fellépését a legrosszabb jelnek tartja, mely után a halál 2 éven belül szokott bekövetkezni. Az átvizsgált kórtörténetek azt mutatják, hogy a klinikai betegknél, tehát a munkásosztálynál a mortalitás a diagnoszt követő 2 éven belül a férfiaknál 100%, a nőknél már csak 68.4%. A privat betegek, tehát a jobbmódúak közül a férfiak 2 éven belüli mortalitása 59%, a nőké csak 53.8%. Ebből és az élettartam idejének összehasonlításaiból szerző azt következteti, hogy a prognosis azon betegknél absolut rossz, kik kényyszerülnek magukat különböző ártalmaknak kitenni; míg azoknál, kiknek módjukban áll a kellő életmódot és diatát betartani, mely a nephritis gyógyulására szükséges, a prognosis a retinitis albuminurica fellépése után is aránytalanul jobb. Bár utóbbiaknál szintén nagy a 2 éven belüli mortalitás, mégsem áll azzal az általánosan elterjedt nézettel arányban, mintha e betegség lefolyásának előnyös befolyásolása lehetetlen volna; sőt ellenkezőleg sok esetben az orvos módjában áll nemcsak ezen betegek szenvedéseit csökkenteni, hanem életüket is meghosszabbítani. (Deutschmann: Beiträge z. Augenheilk. XV. füz. 1894.) B. F.

Muttermilch. Nehány kritikai megjegyzés a subconjunctivalis sublimatinjectiókra. Sem a theoretikus okoskodás, sem a klinikai eredmények nem igazolják azon lelkesedést, melylyel némelyek a subconjunctivalis sublimatinjectiókat panacaeának tünetik fel. Az eljárás pártolói abból indulnak ki, hogy a sublimat ilyen módon könnyebben jut a betegség székhelyéhez. Pedig a rendes útnál gyorsabban alig lehet képzelni, sőt Tichomiroff vizsgálatai azt mutatják, hogy be sem jut a sublimat. De feltéve, hogy bejut, a bacteriumölő képessége, melyen a fősúly fekszik: semmi. A befecskendés alkalmával $\frac{1}{2}$ milligramm jut a conjunctiva alá. Ebből legkedvezőbb esetben egy harmadrész jut be a szembe: $\frac{1}{6}$ milligramm (0.00017). Ennek a mennyiségnek kell a szem belsejének szöveteit átítatni s ez által 1:1400000-re erősség keletkezik. Pedig alapul olyan mennyiséget vettünk fel, a mennyi bizonyára nem juthat be a befecskendett folyadékából. Gallenga kísérletei, melyekkel az így alkalmazott sublimat bacteriumölő képességét akarta bizonyítani korántsem kifogástalanok s a post hoc propter hoc összeeszereléséből erednek.

A milyen eredménytelennek látszik már a priori az eljárás, olyannak bizonyul a praxisban is.

A betegségek nagy száma között, melyek ellen az injectiókat úgynevezett „nagy” sikerrel alkalmazták, külön is kiemelik a hypopion-keratitist, a chorioiditis myopicát, az operálás után keletkező infectious gyuladásokat és a sympathikus gyuladást.

Azon esetek, a midőn az injectiók mellett más hatékony eljárásokat is alkalmaztak (keratotomiát a hypopion keratitis ellen) nem bizonyítanak semmit. De azt sem kell feledni, hogy midőn a beteg a legkedvezőtlenebb hygienikus viszonyok közül kórházba kerül, állapota nem egyszer minden gyógyszerelés nélkül is rohamosan javulni kezd. A mi pedig a sympathikus gyuladást illeti, ennél abba a hibába esnek az eljárás pártolói, hogy bacteriumokat akarnak ölni, bár minden klinikai tapasztalás a mellett szól, hogy Deutschmann theoriája korántsem fejt meg a betegséget. Végül azok, kik operálás után keletkező gyuladások alkalmával megmenteni hiszik a szemet a sublimatinjectiók segítségével, feledik, hogy nem minden iritisből lesz panophthalmitis s nem egyszer a beavatkozás többet árt, mint használ. Mindezek dacára több ízben megkísérelte az injectiókat és pedig ulcus corneae cum hypopio 3 esetében, iritis suppuratívát előidéző sérülés alkalmával s egy sympathikus gyuladás ellen s bár szigorúan Davier utasításaihoz tartotta magát, hasznolt nem, hanem csak kárt látott belőlük. (Annales d'oculistique 1894. Septembre.) G. E.

VEGYESEK.

— A szeptember 1—9-dikéig Budapesten tartott nemzetközi hygienikus és demographikus congressus tárgyalásaiban a trachoma és a vasúti alkalmazottak látás vizsgálatának kérdése is helyet foglalt. Előbbi a demographiai csoport VII. sectiójában képezte a vita tárgyát. Utóbbi kérdést pedig a hygieniai csoport XI. sectiójában idézett beható eszmecserét.

Mint hogy Eversbusch tanár nem jelent meg, az első előadó Grósz Emil dr. volt, ki a következő conclusiókat terjesztette elő.

I. Az összes vasúti alkalmazottak látásának megvizsgálása szükséges. Az általános vizsgálat tárgya:

- a) a látásélesség és refractio;
- b) a látótér (kézzel);
- c) a színlátás (Holmgren és Snellen szerint).

A kétes eseteket felülvizsgálatra kell küldeni. Ennek tárgya:

- a) A látás élesség és refractio;
- b) a látótér (perimeterrel);
- c) a színlátás (Holmgren, Snellen, Rose);
- d) a szemfenék (tükörrel).

Az általános vizsgálat időszakonként (legalább 2 évenként) ismétlődjék.

II. A szolgálatképesség más feltételektől függ a régi alkalmazottakra, mint a felvételre jelentkezőkre.

Az eredményeket 4 kategóriába kell osztani, úgy mint:

- a) minden szolgálatra alkalmas;
- b) forgalmi szolgálatra alkalmas, kivéve a mozdonyvezetői és fűtői állást;
- c) forgalmi szolgálatra nem alkalmas, de irodaira igen;
- d) minden szolgálatra alkalmatlan.

III. 1. Az általános vizsgálatot külön e célra megbízott orvosok a szemorvos-tanácsadó részletes utasításai alapján a rendelkezésükre bocsátott felszereléssel teljesítik. Az eredményeket e célra kiadott nyomtatványba jegyezik be. A kétes eseteket felülvizsgálatra küldik.

2. A felülvizsgálatot a tanácsadó szemorvos végzi, ugyanő tesz előterjesztést a vizsgáló orvosok kinevezésére, azoknak utasítást ad, a vizsgálatot ellenőrzi.

IV. A költségek aránylag jelentéktelenek. A tanácsadó szemorvos állandó fizetést kap. A vizsgáló orvosok egy vizsgálatért 1 koronát kapjanak s egy-egy 300—500 vizsgálatot végezhet. Egy orvos felszerelése 20 koronába kerül. Így 12,000 alkalmazott megvizsgálása 7000 frt-ból kitélik.

A második előadó Reuss tanár saját tapasztalatai alapján mondhatja, hogy a kérdés tisztázása égető. Azt indítványozza, hogy egyes bizottságok küldessenek ki s nemzetközi megállapodások jöjjenek létre. Bauerlein a kék jelzések behozatala ellen szól s meglepő példákat hoz fel arra, hogy a látásvizsgálatot teljesítő pályorvosok között szín-tévesztők is voltak. Ugyanezt Reuss is igazolja. A vitában még Szili és Weiszberg is részt vettek. Valamennyien meggyeztek, hogy a kötelező látásvizsgálatok rendszeresítése szükséges s ezeket külön e célra megbízott orvosok által kell végeztetni.

— Belliarminoff érdekes adatokat közöl azon expeditiókról, melyeket Oroszországban a vakok javát előmozdító „Mária-társaság” organizált. Ezek célja, hogy azon vidékekre, hol szemorvos nagy területeken nincs, legalább rövid időre szakértői kezelésben részesüljenek a szem-betegek. Minden expeditióval egy szemorvos, egy segéd s egy az anyagi dolgok rendezésével megbízott egyén utazik. A múlt évben ilyen módon 1—2 hó alatt 7691 beteg nyert kezelést és 1466 operálást végeztek, ezek közül 228 szürkehályogot. Az egész 4000 rubelnél kevesebbe került. Az expeditiók jó hatása a közvetlen eredményeken kívül abban is nyilvánult, hogy a vidéki orvosok is ismereteiket szaporíthatják. (Annales d'oculistique. 1894. Aout.)

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A méhnyak okozta szülési akadályok ismeretéhez.

Liebmann Mór dr., egyet. magántanártól.

A lány szülutak rendellenességeiből kiinduló, a szülést megnehezítő okok gyanánt a méhnyak, méhszáj, hüvely, a külszemérem s végre daganatok szerepelhetnek, mely utóbbiak újképletek vagy pedig lobos termények alakjában fejlődnek a medence üregében s annak szerveiben.

A méhnyak által okozott szülési akadályokról Chrobak¹ szerint esekély számú észlelés felett rendelkezünk, kivéve a méh rákos elfajulását. A szülészeti tankönyvekben a cervix rendellenességeinek befolyása a szülésre mostohán van tárgyálva — mint nevezett szerző mondja — és pedig azon oknál fogva, mivel az egyes szülések erre vonatkozó saját tapasztalatai meglehetősen gyérek.

Ez indít engem arra, hogy ezen ritkán előforduló szülészeti complicatio casuistikájának gyarapításához hozzájáruljak, mely complicatiót több mint 20 évi szülészeti gyakorlatomban csupán csak kétszer észleltem és pedig egy és ugyanazon szülőnőnél két, egymásután 8 évi időközben végbement szülés alkalmával. Ugyanis 1886. márczius 6-dikán K. M. kartárs egy a harminczas években levő, mérsékeltén táplált, inkább gyengébb testalkatú szülőnőhöz kéretett, kinek előrement szülései mindig könnyen folytak le, de a jelenlegi (V-dik) szülés az 5 órán át tartó igen heves toló fájdalmak daczára nem haladt előre. A megejtett vizsgálatnál a fejet magasan, a medencebemenetben rögzítve találtam. A méhszáj széle baloldalt majdnem eltűnt. Jobboldalt a méhszáj széléből kiinduló, körülbelül 2 ujjnyi széles, a hüvelybemenetig leterjedő, felső részletében lapos, lefelé mindinkább megvastagodó és a szeméremrésben — különösen szülési fájdalom alatt — megjelenő, férfikörmekkoraságú, körtealakú, kékes-piros színű, húsos tapintatú daganat észlelhető. Minthogy ezen a jobboldali méhszáj-szélel összefüggő kocsányos polypus benyomását tevő daganatnak visszatalálására a fej fölé kilátás nem igen volt, a szülés pedig nem mozdult előre, a folytonos és felette fájdalmas méhösszehúzódások következtében igen nyugtalan szülőnőn pedig a kimerülés jelei kezdtek mutatkozni, fogóműtetre határoztam el magamat. A műtét, eltekintve a fogó-kanalainak nehéz alkalmazásától, könnyen sikerült s egynehány tractióval egy asphyetikus fiúgyermeket fejtettem ki, mely rövid néhány percz alatt életre hozatott, dajka emlőjén jól fejlődött s jelenleg, 9-dik éves korában, a legjobb egészségnek örvend. A szülep kinyomása után mérsékelt atonikus vérzés. Gyermekágy lefolyása teljesen normalis. Mintegy 9 héttel a szülés után a nő lakásomon jelentkezett, midőn a vizsgálatnál valamivel nagyobb, hypertrophikus collummal bíró méhet constatáltam. A méhszáj jobb és mellső ajka meglehetősen indurált; méhsütyedés nem volt jelen.

Folyó évi május 8-dikán (reggeli 8 órakor), tehát 8 év és 2 hónappal az imént leírt szülés után, ismét kérettem és pedig sürgősen ugyanazon nőhöz. Személyesen értem jött férjének előadása után, hasonló lefolyású szülésre mint 8 évvel ezelőtt el lévén készülve, műszereimet magammal vittem. A bába állítása szerint az erősebb fájdalmak éjfél táján állottak be, midőn a méhszáj 2 ujjnyira nyitva volt; a magzatviz elfolyása reggeli 3¹/₂ órakor. Reggeli 5 óra óta igen heves, de eredményhez nem vezető, a toló fájdalmak jellegével bíró szülési fájdalmak.

A szülőnő mellett virasztott B. M. kartárs úr szíves közlése szerint a nő csak a terhesség utolsó havától kezdve panaszkodott méhsütyedés érzetéről, mely túlságos sok mozgás után lépett fel, nyugalomra pedig eltűnt. A szülést megelőző utolsó 2 hétben a vérző portio egyszer-kétszer a szeméremrésben is mutatkozott s B. kartárs által vissza lett helyezve s tamponálva.

A szülőnő megtekintése alkalmával ugyanazon képet találtam, mint a 8 évvel ezelőtt történt szülésnél, a vizsgálati lelet az V-dik szülés alkalmával constatált s általam akkor feljegyzett lelettel majdnem azonos volt. Műfeletti rohamos szülési fájdalmak igen rövid szünetekkel, a méh szünet alatt is kemény. Belső vizsgálatnál a méhszáj bal széle még tapintható, kissé vastag; jobboldalt a méhhez összefüggő, jó ökölnyi, a szeméremrésig leterjedő livid színű tumor, mely szülési fájdalom alatt megduzzad s meglehetősen vérzik. Fej a bemenetben nagy fejdaggal; fájdalom alatt vizsgálva absolute semmi előrehaladás nem észlelhető. Forceps alkalmazása; bal kanál könnyen applicálható; a jobb kanál alkalmazása a hüvelybemenetet szűkítő s a kanál ablakai közé toló daganat által megnehezítve s csak annak félretolása után sikerült; könnyű kihúzás (3 tractio), élő fiú. Szülep eltávolítása Credé szerint 10 perczcel a magzat kifejtése után. Méh jól húzódik össze; a rendesnél valamivel nagyobb vérzés irrigatio után megállott. A daganat post partum szemlátomást lohad s a hüvelybe visszahúzódik. A gyermekágy lefolyása, mint azt B. kartárs úr július hó elején velem közölte, teljesen zavartalan volt s a gyermek dajka emlőjén rendesen fejlődik.

Kétséget nem szenved, hogy a leírt esetben a szülés megnehezítését csakis a hüvelyi rész kóros állapota, nevezetesen a mellső ajk és részben a méhszáj jobboldali szélének hypertrophikus induratioja képezte, melynek következtében a méh összehúzódásai csupán a méhszáj bal és hátsó szélének tágulása s visszahúzódására hathattak közre, ellenben a mellső és jobb szél tetemes ellentállása annak visszahúzódását akadályozta s a fent vázolt polypoid-daganat létrejöttét eredményezte.

A rendelkezésemre álló irodalomban ehhez hasonló esetre az „Archiv f. Gynaekologie“ 1875-diki évben megjelent VII-dik kötetében akadtam, melyben Hirt „Fall von acuter Verlängerung der vorderen Muttermundlippe als Geburtshinderniss“ című közleményben egy esetet ír le egy harmadizben szülő nőnél, kinek 24 órai eredménytelen vajudás után a szülés alatt fejlődött, a mellső méhszájból kiinduló, fájdalom alatt a szeméremrésbe letoló ökölnagyságú, széles kocsányú fibroid

¹ Zur Kenntniss der Dystocie durch Cervixanomalien. Wiener klin. Wochenschrift, 1890. Nr. 4.

benyomását tevő dag miatt kénytelen volt a szülést fogóval befejezni.

Szerző ezen eset ritkaságát hangsúlyozva, a régibb irodalomból Scanzoni, Kilian, Hohl, Cazeaux, Chiari, Braun és Späth munkáit hozza fel, melyekben a szóban levő szülési akadályról csak röviden történik említés. *Michaelis*, a ki „das enge Becken“ című munkájának II-dik kiadásában behatóbban foglalkozik ezen tárggyal, leginkább az általános szűk medenczét okozza s figyelmeztet azon veszélyekre, melyeket ezen állapot maga után vonhat, int a fogó alkalmazásától, mely mindig a méhszáj szélének mély beszakadásaival jár és ez okból inkább koponyafurást ajánl. *Cazeaux* (Traité théorique et pratique des accouchemens, 7^{ème} édition par Tarnier) a szóban levő állapotot „tumefaction et allongement de la lèvre antérieure“ czim alatt tárgyalja s ritkaságnak mondja, a mennyiben esupán 8 esetet tált közölve. *Spiegelberg* az 1878-iki évben megjelent tankönyvében a szülés pathológiájáról szóló fejezetben megjegyzi, miszerint a méhszájnak hevenyen dagadt (acut geschwollen) és túltengett mellső ajka ép oly akadályt okozhat, mint egy a magzat előtt fekvő polypus. Az *acut*, pangási vizenyő és ritkán extravasatumok által a szülés alatt fellépő megnagyobbodások szűk medenczénél észlelhetők, de ez esetekben a megduzzadás és beékeltség legtöbbszörre a mellső ajkat éri és pedig annak középső részletét, ritkán félgűrűszerű és csakis általános egyaránt szűk medenczénél észlelte a hátsó ajkra szorító megduzzadását a méhszáj szélének. Az ajk visszatartása fájdalom alatt, feltolása a fej és medenczefal közé, esetleg az ajk scarificatiója, fogóalkalmazás, hogy ha a medence megengedi, ilyen esetekben javaltak, de soha az ajk eltávolítása.

Másképen áll a dolog a valódi *hypertrophiával*. „Hier kann, — így mond — wenn auch selten es so ist, das Geburtshinderniss bedeutend werden, indem die Lippe einen umfangreichen polypoiden Tumor bildet, welcher selbst zur Perforation nötigen kann, wie ein in hiesiger Poliklinik (S. Elstner: Die Hypertrophie der vorderen Muttermundlippe als Complication der Geburt. Dissert. Breslau, 1875) beobachteter Fall zeigt.“ *Zweifelf* (Lehrb. d. Geburtshilfe, 1887) ezen anomaliáról csak rövid jegyzetben emlékszik meg következő szavakkal: „Auch die vordere Muttermundlippe hat durch Hypertrophie schon zu Geburtshindernissen geführt. In den meisten Fällen bildete sich die Hypertrophie im Wochenbette zurück. Gelegentlich musste dieselbe abgetragen werden.“ *Müller* (Handbuch d. Geburtshilfe, 1889 II. Bd. S. 841) a *hüvelyi rész és cervix túltengéséről* egy külön fejezetben értekezik. Szerinte a szülés akadály nélkül mehet végbe, ha az egész hüvelyi rész túltengett, ha a hüvelyi rész ninesen egyúttal indurálva. De utóbbi esetben is rendszeren folyhatik le a szülés, ha az induratio a terhesség vagy a szülés alatt bekövetkező savós átítatás („seröse Durchfeuchtung“) folytán megpuhul. Ellenkező esetben a külső méhszáj tágulása tetemes ellentállást szenvedhet. Ennek következtében a szülés — az erélyes fájdalmak dacára — megakad s a magzat elhal. *Spiegelberg* (l. cit.) szerint méhrepedés ilyen esetben ritkán fordul elő, mivel rendszeren művi beavatkozás által az akadály legyőzhető vagy pedig segély hiányában a szülőfájdalmak megszűnnek. Ha a túltengés csak az egyik ajkra (rendszen a mellsőre) szorítkozik, úgy a tágulási időszak zavar nélkül mehet végbe. Azonban daganatszerű képlet fejlődése folytán a méhszáj tágulása késleltetik, néha a medence ezen daganat által annyira szűkítettik, hogy a méh összehúzódásai majdnem legyőzhetetlen akadályra találnak.

Némely esetben a túltengett ajk a külső genitáliák elé tolatván az előre hatoló fej által nagyfokú nyomást szenved minden következményeivel, ritka esetekben az ajk le is szakadhat.

A legújabb irodalomban megjelent, a cervix-anomáliákat tárgyaló közlemények is nagyobbára a méhszáj *rigiditására*, annak *megvastagodására*, a fej és symphysis közötti *beékelődésre* stb. vonatkoznak, míg az általam leírt esetben egy a szülés tágulási időszaka alatt keletkezett, a hüvelybemenet elé tolató *daganatszerű képlet* képezte a szülési akadályt, mely mind a kétszer fogóalkalmazás által szerencsésen el lett hárítva.

Közlemény a k. m. tud. egyetem fogászati klinikájából. (Árkövy tanár.)

Kísérletek a vatta-kötések értékéről a fogászati gyakorlatban.

Közli *Hollósy Ede* szig. orvos, klinikai gyakornok.

A sebészetben Lister kötözési módja óta minden kötözési módot és minden kötözési gyógyszert gondosan megvizsgáltak, hogy azoknak több-kevesebb értékét felderítsék; csak a fogászati gyakorlatban divó kötések mind ez ideig nem estek ily irányú vizsgálódás alá. Daczára annak, hogy minden gyakorló fogorvos naponta számos esetben alkalmaz kötéseket a fogak cavitasába, még sem történt ezen kötözések megvizsgálása értékükre nézve.

A jelen dolgozat czélja némi világot hozni ezen kérdésbe. Irányulnak pedig a vizsgálatok kizárólag a szúvas üregek (cavitasok) kötözésére bizonyos agensekkel impregnált vatta és feléje alkalmazott oclusiv kötés által, a mint ez a fogászati gyakorlatban alkalmaztatni szokott, *hogy a cavitas desinfectáltan a múltét folytatása illetve befejezéséig (tömés) a szájfolyadék káros behatása ellen megvédessék*. Oly kötésekre, a melyeknek kötőanyaga nem vattából áll, másrészt, a melyek más esetek és körülmények között alkalmaztatnak mint tisztán excavatio és utána következő procrastinatio mellett, nem terjedett ki a vizsgálat. Lényegileg tehát a kérdés az volt, *mennyiben bir értékkel az excavált cavitas elzárása vatta-kötés által és ha, körülbelül mennyire becsülhetjük, mennyiben bir értékkel?*

A vizsgálatok két irányban eszközöltettek: klinikailag és bacteriologic.

Eljárás. Dentin cariesben szenvedő, lehetőleg jól hozzáférhető — tehát ellenőrizhető — cavitasok választattak a célra. Csupán caries media és caries profunda, azonban utóbbi sine pulpitide használtattak fel. Az excavatio a szokott módon végeztetett a teljes excavatio határáig. Félreértés elkerülése végett ez utóbbihoz hozzátehető: addig, a míg a cavitas feneke ép dentin percutationalis hangját adta.

Alkalmazásba jutottak a vatta-impregnatiohoz 50% carbol, 1:100 sublimat, 1:100 thymolalcohol, ol. eucalypti és ol. earyophyllorum; összesen 5 ható anyag és tehát 5 gyógyszeres kötés. Mert ezen kötéseket inkább gyógyszeres kötéseknél lehet tekinteni, a mennyiben nagyobb mennyiségben tartalmaznak ható anyagot, nem úgy mint a sebészetben alkalmazott, tizleti úton nyert gyengén impregnált sublimat-, thymol-vatták és gaze-ok. A gyógyszeres kötés felé alkalmazott oclusiv kötések, melyeknek feladata egyrészt a gyógyszer elillanását, másrészt annak a szájfolyadék általi kimosatását és általa a cavitas reinfectióját megakadályozni, használtattak a köznap mastix aetherikus oldata vagy zinkoxy-sulphat. A kötések bennhagyási időtartama 24, 48 óra és 3 napra terjedett. Az alkalmazás részben cofferdam alatt történt, a midőn a kötés eltávolításánál is alkalmaztatott, részben pedig a nélkül.

A kötés eltávolítása után 50% lysolos homokon keresztül vongált, majd destillált vízzel leöblített, végül alcoholal kihívített¹ műszerrel kevés dentin lett véve és függőesepp alakjában megvizsgálva. A göresövi vizsgálatnál a vizsgálat azt iparkodott kimutatni, mozgó vagy nem mozgó bacteriumok vannak-e jelen, esetleg absolut sterilitás esete forog-e fenn.

Ha mozgás nem észleltetett, de mikroorganizmusokhoz hasonló alakok mutatkoztak, úgy a Gram-féle festés lett eszközölve néha a Baumgarten-féle módosítással.

Összesen 61 esetben ejtetett meg a vizsgálat; ezek közül, ha az eredmény kétes színben tünt fel, nem vétetett figyelembe, eltekintve, ha a lemezöntés nem bizonyított a göresövi lelet mellett s így maradt 48 eset. Az eredmény könnyebb áttekinthetése czéljából szolgáljanak a következő táblázatos kimutatások:

¹ Vereinfachung des Verfahrens zur Desinfection von zahnärztlichen Instrumenten. Von Dr. Jos. Árkövy. (Oest.-ung. Viertelj. IX. Jahrg., IV.)

I. Átnézeti táblázat a kötéseket illetőleg.

Folyó szám	Név	Kor	A fog megjelölése	Kórisme	Agens	A kötés megjelölése	A kötés tartama	Górcsővi vizsgálat			Megjegyzés
								mozgó	nem mozgó	steril	
1.	R. Jánosné	34	Mol. III. inf. s.	Caries m.	50% carb.	Mastix	24	1	—	—	Gram-festés.
2.	R. János	23	Mol. I. s. d.	"	"	"	24	—	—	1	
3.	Th. Lajos	22	Can. s. d.	"	"	"	48	—	1	—	
4.	Th. Lajos	22	Mol. I. sup. s.	"	1:100 thymol	"	48	—	—	1	
5.	D. Teréz	24	Mol. II. inf. d.	"	"	"	48	—	—	—	Dentin hyperaesthesia. Beteg fájdalomról panaszkodik. Nem vétettett figyelembe.
6.	D. Teréz	24	Mol. II. inf. s.	"	1:100 sublimat	"	48	—	—	1	Festés.
7.	D. Etelka	19	Mol. II. sup. s.	"	"	"	24	—	—	1	
8.	R. Karola	19	Prm. II. inf. s.	"	"	"	3 nap	1	—	—	Festés.
9.	R. Karola	19	Mol. I. inf. d.	Caries prof.	50% carb.	"	24	1	—	—	
10.	R. Karola	19	Prm. II. inf. d.	Caries m.	"	"	48	1	—	—	Festés.
11.	H. Mária	22	Mol. I. sup. d.	"	"	"	3 nap	1	—	—	
12.	I. Kamilla	24	Inc. lat. sup. d.	"	1:100 thymol	"	3 nap	—	1	—	Festés.
13.	S. József	21	Inc. c. sup. s.	Caries prof.	50% carb.	"	24	1	—	—	
14.	P. Miklós	24	Inc. c. sup. d.	"	"	"	24	—	1	—	Festés.
15.	P. Miklós	24	Inc. c. sup. s.	Caries m.	1:100 thymol	"	48	—	1	—	
16.	S. József	21	Inc. c. sup. d.	"	50% carb.	"	3 nap	—	1	—	Lemez harmad nap mulva telve coloniákkal.
17.	S. József	21	Inc. c. sup. s.	"	1:100 thymol	"	3 nap	—	1	—	Festés.
18.	S. József	21	Mol. II. sup. s.	Caries prof.	1:100 sublimat	"	3 nap	—	—	1	
19.	Sz. Katicza	18	Inc. c. sup. s.	"	1:100 thymol	Zincoxysulphat.	3 nap	—	—	1	Festés.
20.	Sz. Katicza	18	Inc. c. sup. d.	Caries m.	1:100 sublimat	Mastix	3 nap	—	1	—	
21.	H. Janka	16	Inc. c. sup. s.	"	ol. caryoph.	"	3 nap	1	—	—	Festés.
22.	K. Paula	19	Prm. I. sup. s.	Caries prof.	1:100 thymol	"	3 nap	—	1	—	
23.	Gy. Etelka	22	Mol. I. inf. d.	Caries m.	1:100 sublimat	"	48	1	—	—	Festés.
24.	M. Mária	18	Mol. II. sup. d.	"	ol. caryoph.	"	48	1	—	—	
25.	M. Mária	18	Mol. I. sup. s.	"	ol. eucal.	"	3 nap	1	—	—	Festés.
26.	Sch. Józsa	19	Mol. I. sup. s.	Caries prof.	1:100 sublimat	Zincoxysulphat	3 nap	1	—	—	
27.	R. Mária	18	Inc. c. sup. s.	Caries m.	50% carbol	"	3 nap	—	—	1	Festés eredmény nélkül. Lemez 48 óra mulva folyós e.
28.	D. Vilma	20	Mol. II. inf. s.	"	ol. eucalypti	Mastix	48	1	—	—	Festés.
29.	L. István	18	Mol. II. inf. d.	Caries prof.	1:100 sublimat	"	48	1	—	—	
30.	H. Mária	25	Inc. lat. sup. d.	Caries m.	ol. caryoph.	Zincoxysulphat.	3 nap	—	1	—	Festés.
31.	P. Emma	18	Mol. I. inf. d.	"	ol. eucal.	Mastix	3 nap	—	—	1	
32.	P. Emma	18	Mol. I. inf. d.	"	ol. caryoph.	Zincoxysulphat.	3 nap	—	1	—	48 óra mulva a lemez telve coloniákkal.
33.	Fr. Jenő	21	Mol. II. sup. d.	Caries prof.	1:100 thymol	"	48	1	—	—	Festés.
34.	T. Emilia	15	Mol. I. inf. d.	"	ol. eucal.	Mastix	48	1	—	—	
35.	Dr. N. Béla	24	Can. inf. s.	Caries m.	ol. caryoph.	"	48	—	1	—	24 óra mulva a lemez telve coloniákkal.
36.	Dr. N. Béla	24	Can. sup. s.	"	"	"	48	1	—	—	Festés.
37.	Dr. N. Béla	24	Can. sup. d.	Caries prof.	"	Zincoxysulphat.	48	—	—	1	
38.	Dr. Pr. Kornél	25	Mol. I. sup. d.	Caries media	1:100 thymol	"	24	1	—	—	Festés.
39.	Dr. Pr. Kornél	25	Mol. I. sup. d.	Caries media	ol. eucal.	"	24	—	1	—	
40.	Dr. Pr. Kornél	25	Mol. II. sup. d.	Caries prof.	ol. caryoph.	Mastix	21	1	—	—	Festés.
41.	E. Józsefné	32	Mol. I. sup. s.	Caries m.	ol. eucalypti	"	24	1	—	—	
42.	R. Ferencz	32	Mol. I. sup. s.	"	1:100 thymol	Zincoxysulphat.	24	—	—	1	Festés.
43.	B. Mathild	16	Inc. c. sup. d.	"	ol. caryoph.	Mastix	24	1	—	—	
44.	B. Mathild	16	Inc. c. sup. s.	"	ol. eucal.	"	48	1	—	—	Festés.
45.	W. Katicza	18	Mol. I. sup. s.	"	ol. caryoph.	"	24	1	—	—	
46.	W. Katicza	18	Mol. I. sup. d.	"	"	"	24	1	—	—	Festés.
47.	Dr. G. Sándor	25	Mol. I. inf. s.	"	50% carbol	Zincoxysulphat.	48	1	—	—	
48.	Dr. G. Sándor	25	Mol. II. inf. d.	"	"	Mastix	48	1	—	—	Festés.
49.	Dr. G. Sándor	25	Mol. I. sup. d.	"	"	"	3 nap	1	—	—	

II. Különleges táblázat az agenseket illetőleg.

1. 50% carbol.								
24 óra			48 óra			3 nap		
mozgó	nem mozgó	steril	mozgó	nem mozgó	steril	mozgó	nem mozgó	steril
1	1	5	3	—	—	1	2	—
2. 1:100 sublimat.								
24 óra			48 óra			3 nap		
mozgó	nem mozgó	steril	mozgó	nem mozgó	steril	mozgó	nem mozgó	steril
—	1	2	2	—	1	1	1	2
3. 1:100 thymolalcohol.								
24 óra			48 óra			3 nap		
mozgó	nem mozgó	steril	mozgó	nem mozgó	steril	mozgó	nem mozgó	steril
1	—	2	—	1	2	—	2	1
4. ol. caryoph.								
24 óra			48 óra			3 nap		
mozgó	nem mozgó	steril	mozgó	nem mozgó	steril	mozgó	nem mozgó	steril
3	—	—	3	1	—	3	—	—

5. ol. eucalypti.

24 óra			48 óra			3 nap		
mozgó	nem mozgó	steril	mozgó	nem mozgó	steril	mozgó	nem mozgó	steril
1	1	1	3	—	—	3	—	—

Jegyzet. Az occlusiv kötéseket illetőleg a kétféle mód, valamint a rubberdam alkalmazásánál nem tüntek fel különbségek az esetekben.

Összehasonlítva a mellékelt táblázatos kimutatásokat eredményképpen kiderül, hogy általánosságban a cavitasoknál használatos vattakötések nemcsak nem értéktelenek, hanem kellő szigorú (lege artis) módon alkalmazva határozott desinfectionalis értékkel bírnak. A mi pedig ez utóbbi határait illeti, miként a priori feltehető vala a hatás napról-napra csökken, részint bizonyos napon véget ér. Részletesen szólva:

a) 50% carbol alkalmazása mellett 24 mulva 5 cavitas közül 3-at találtunk bakteriummentesnek, 48 óra, 3 nap mulva egyet sem;

- β) 1:100 sublimat alkalmazása mellett:
- | | | |
|--------------|--------------|---|
| 24 óra mulva | 3 eset közül | 2 |
| 48 " " " | 3 " " " | 1 |
| 3 nap " " | 4 " " " | 2 |
- γ) 1:100 thymolalcohol alkalmazása mellett:
- | | | |
|--------------|--------------|---|
| 24 óra mulva | 3 eset közül | 1 |
| 48 " " " | 3 " " " | 2 |
| 3 nap " " | 3 " " " | 1 |

δ) ol. caryoph. alkalmazása mellett 3—3 esetben már 24 óra mulva 1 sem;

ε) ol. eucalypti alkalmazása mellett 3—3 eset közül csak 24 órai bennhagyási időtartam után egyet.

Igy tehát az 50% carbol rövid ideig tartó kötéseknél, a sublimat és thymol-alcohol pedig hosszabb ideig tartó kötések-nél is megtartja a mikrobicid képességet. Az ol. eucalypti és ol. caryophyll. pedig egyáltalában nem mutatkoztak hatásosak-nak hosszabb alkalmazásnál.

Közlemény az egyetemi II. sebészeti klinikáról. (Réczey tnr.)

A sebészi gümös megbetegedések kezelése a Bier-féle visszeres vérpangással.

Közli: Rottenbiller Ödön dr., klinikai műtönövendék.

A conservatív sebkezelés egy újabb vívmányáról akarunk e néhány sorban beszámolni. Ismerjük és részben méltányoljuk is a tudományos világ skepticismusát az epidemice felmerülő újabb és legújabb szerekkel és eljárásokkal szemben, melyek műtési beavatkozás nélkül tudják vagy akarják a gümös megbetegedéseket gyógyítani. És mégis, bár osztjuk a nagynevű König¹ nézetét, ki szerint a gümös megbetegedések gyógyulásáról csak évek múltán beszélhetünk, a Bier-féle eljárás nekünk anatomic és klinice oly logikusnak, oly annyira következetesnek látszik, már eddigi eredményei² is oly sokat ígérnek, mondhatni fényesek, hogy hasznos dolgot vélünk cselekedni, midőn az eljárást a maga boncztanilag és kórodailag igazolt basisával, mondjuk rövid fejlődéstörténetével, mint újabb sebészi gyógymódjaink egyik kiválóbbikát ismertetjük.

Hogy a szívbántalmak hatalmasan befolyásolhatják az egyidejűleg fennálló tüdőgümőkört, régóta ismeretes. Mindazon szív-bántalmak, melyek a tüdőbeli vérbőséget lefokozzák (pulmonalstenosis), határozott praedispositiót teremtenek a tüdő gümös megbetegedéseire, míg azok a bántalmak, melyek ellenkezőleg tüdővérbőséget hoznak létre (a mitrális billentyű bajai), bizonyos immunitással járnak e megbetegedésekkel szemben. Ezen anatómiai tényeket kiváló klinikusok³ is megerősítik. Nem szabad azonban sohasem felednünk, hogy a szívbillentyű-bántalomban szenvedők u. n. immunitása vagy praedispositiója nem abban leli magyarázatát, hogy vajjon tényleg van-e boncztanilag is kideríthető szív-bántalom, hanem, hogy ez a bántalom ténylegesen idéz-e elő circulatoricus zavarokat a kis vércsőben? Pontos, megbízható adatokat tehát csakis olyan statistika szolgáltatna, mely első sorban is azt venné figyelembe: vajjon volt-e hosszabb ideig tartó pangás a kis vércsőben; de sajnos! éppen ilyen becses adatokat — legalább tudomásunk szerint — egyik statistika sem szolgáltat.

Rokitansky is ilyen értelemben tarthatta a szívbillentyű-bántalomban szenvedők tüdejét (Herzfehlerlunge) immunisnak a sokat emlegetett gümőkórral szemben, mert nem csupán a kétcsücsű billentyű (valvula mitralis) okozta vérkeringési zavarokról szól, de az immunis állapotot minden oly tüdőre is kiterjeszti, melyben egyéb pathologicus körülmény folytán, nagyfokú pangások jelentkeznek; ilyen pl. a hátgerinczögörbületben (hátgörnye) szenvedők tüdeje, mely bántalom a kis vércsőben tudvalevőleg tetemes pangásokkal jár.

¹ Verhandlungen d. deutsch. Gesellschaft. f. Chirurg. XIX. Cong. 1890. 670.

² L. és v. ö. Behndl. d. chirurg. Tuberc. d. Gliedmassen m. Stauungshyperaemie. Dr. A. Bier. (Kiel u. Leipzig.) 1893.

³ Bamberger, Traube, Dusch, Rühle, Quincke és mások.

De ezen immunizáló befolyást nem kell olyan értelemben felfognunk, hogy a kis vércsőbeli pangások a Koch-féle gümö-bacillusnak a tüdőbe jutását megakadályozzák, vagy az esetleg odajutott specificus, kórmező csírokat fejlődésükben megakasztják; kiváló klinikusok tapasztalatai a mellett szólnak, azt látszanak igazolni, hogy a már fennálló tüdőbántalomhoz később társult pangás a már kifejlődésben levő vagy éppen kifejlett betegséget romboló munkájában megállítani, esetleg gyógyítani is képes!

Tapasztalati tényeink abban összegezhetők, hogy a kis vércsőben fennálló pangás okozta tüdővérbőség még akkor is, ha az egyén különben határozottan praedisponálna a tuberculosira, hatalmas immunitással rendelkezik e bajjal szemben, melynek garantiája éppen fennálló szívbillentyű-bajában keresendő. Ellenkezőleg a pulmonal stenosisban szenvedő pl. a legnagyobb fokban ki van téve a gümös inficiálás veszélyének, ha egyébként sem habitusával, sem egyéb más egyéni tulajdonságával nem is szolgál rá a fertőzésre.

A tapasztalatok által nyújtott eme tények felhasználása, helyesebben megteremtése a sebészeti gümös megbetegedéseknél: Bier érdeme.

Hosszadalmas és czélhoz nem vezető volna e helyt leírunk ide vágó kísérletsorozatát, mely lassankint annyira tisztázta nézeteit, hogy az activ hyperaemia létesítéséről lemondva, a francia Clado⁴ közleményei nyomán a passiv hyperaemia létrehozásán fáradozott, és ezzel gyógyeljárását tökéletesítve, azt a praxis-, tehát a gyakorló orvos kezének hozzáférhetővé tette. Ha még hozzáteszszük, hogy eljárásával még tovább ment és ma már arra sem tekint többé, vajjon a passiv hyperaemia arteriosus-e, vagy pedig venosus, eljárásának történeti fejlődését a maga logikus, anatomic-klinikus alapján előadtuk.

Maga az eljárás a következő:

A beteg testrésze (rendesen végtagrészeletről van szó), a rendes sebészeti kötés alkalmazása után, a tulajdonképeni megbetegedési helytől központi irányban esekély távolságnyra gummpólyát (u. n. constrictort) csavarunk. A constrictort (mely kezdetben valóságos Esmarch-féle vértelenítő gummicsőből állott) mindenkor olyan szoroson kell alkalmaznunk, hogy a leszorítási helytől peripherice venosus pangás létesüljön. Miután a pólya, de különösen az esetlegesen használható gummicső könnyen decubitus okoz, jó megelőzőleg egy réteg gyapottal (vatta) körülvenni a leszorításra kerülő helyet, azonban naponta (és ez fontos!) legalább kétszer változtatnunk kell a constrictor helyét, hogy a decubitus-képződést elkerüljük. A vattával való alapárnázás nem minden esetben szükséges, de gyermekeknél és nőknél alkalmazzuk mindenkor, mert itt a bőr érzékeny. A hatást, hogy t. i. mennyire menjünk a pólya megszorításával, legjobban a gyakorlat fogja megszabni. Intelligensebb betegek egyébként kis gyakorlat után maguk is alkalmazni fogják saját (alsó) végtagjukon és így el fogják mindenkor találni a leszorítás határát. Még a felső végtagra való alkalmazás sem fog kiválóbb akadályokba ütközni, mert a beteg környezetéből bárki, orvos jelen nem létében is, utasításai, kívánalmi szerint fogja alkalmazni.

Sohasem szabad a constrictornak nagyfokú fájdalmakat vagy éppen decubitusokat okoznia. Bier hetekig, hónapokig, éjjel-nappal szakadatlanul használta, a nélkül, hogy számbajöhető nagyobb kellemetlenségeket látott volna. Sőt annyira ment, hogy nem ritkán a constrictortól peripherice erős oedemákat látott fellépni; de ez azért nem aggasztotta, alkalmazta továbbra, még újjak gümös megbetegedéseinek is.

Eljárásának kiváló eredményeiként kiemeli (és ezt a kórtörténetek kivonatos ismertetéseivel igazolja is)⁵ az alkalmazást követő gyors javulást, a szembeszökő működési és mozgási képességet, a megelőző hosszantartó és fennállott működési zavarok, ízületi merevség helyett. A végtagok, az ízületek ankylosisát módszerének alkalmazásától egyetlen esetben sem látta beállani, melyre pedig éppen a pangási hyperaemia esontképző hatásából talán jogosan lehetne következtetnünk. Minden arra látszik

⁴ Traitement des lésions tuberculeuses accessibles par la temperature élevée.

⁵ L. Bier, Behndl. chir. Tuberc. etc. (1890.) 17. o. és tovább.

utalni, hogy a működési és mozgási képesség gyors javulása, hogy ne mondjuk helyreállása: a módszer legszembetűnőbb előnye!

Módszere alkalmazásától káros hatást, kellemetlenségeket nem igen tapasztalt. Egy esetben a constrictor decubitus okozott, de ennek oka, mint ő maga bevallja, saját mulasztásában keresendő, mert a pólya helyének megcsúszását elmulasztotta. Egy más alkalommal meg (egy kis fiúnál) oly érzékeny bőrre talált, mely a módszer eljárásában rejlő, s főként kezdetben mutatkozó kellemetlenségekkel megküzdési képtelen volt.

Eljárását *Bier* még korántsem tartja tökéletesnek, legalább erre vall azon körülmény, hogy már eddigi tapasztalatai nyomán is kijelenti, miszerint lényeges és számbajöhető eredmények létrehozására a constrictor *folytanos* hordása éppen nem szükséges.

A *Bier*-féle eljárás további előnye abban áll, hogy a betegnek végtagjai használatát megengedi. Csak igen súlyos és fájdalmas esetekben fosztja meg tehát a gümös megbetegedésben szenvedőt éltető elemétől, a szabad, friss levegő korlátlan és annyira áldásos élvezetétől; mondjuk, csak igen súlyos betegeknek követeli az ágyban való maradást; minden egyéb esetben, még a térd- és bokaizület megbetegedéseinél, de sőt egyszer-másszor a coxitisnél is, ha másként nem, mankók segítségével járattja betegeit. A beteg felső végtagokat mindenkor ágyon kívül kezeli, sőt a mennyire a fennálló contractura, avagy fájdalmak engedik, a végtag használatát sem ellenzi. Az ágyon kívül való kezelésnek ilyen esetekben az az előnye, hogy a lecsüngő végtagban a hyperaemia nyilván még emelkedik.

A *gyógyulás tartama* huzamosabb; 10 naptól 3, usque 5 hónapot is igénybe vehet, legalább a *Bier*-féle statistika 43 esetében ezen számok szerepelnek mint minimumok és maximumok.

Ha a most vázolt gyógyeljárás lényegileg nem is egyéb, mint klinice és boneztanilag észlelt tények logikus felhasználása: sebészi értelemben, talán néhány szóval mégis megkísérthetjük a pangási vérbőség gyogyeredményét theoretice magyarázni. Kétségtelen, hogy nagy befolyással lesz a létrejött gyogyeredményre a vérpangás okozta nagyobb szövettáplálás, bár ezt a főtenyezőnek aligha lehet tartani. Mint ilyenek szerepelnek itt nyilván a létrejött physikai és chemiai elváltozások, a milyenek a következményes kötőszövetzaporodásban és lobos folyamatok megjelenésében kulminálnak. Tudjuk, hogy a kötőszövetzaporodás a létező tuberculumok visszafejlődését jelenti; azt pedig, hogy a lobos folyamatok a gümös megbetegedések mai kezelésében milyen óriási szerepet játszanak, alig kell bizonyítgatnunk, csak *Liebreich*⁶ és *Landerer*⁷ idevágó kísérleteire utalunk. Avagy nem akut lobbépződésre alapította-e *Koch* tnr. injectióinak létjogát, melyeknek gyogyértéke felett — véleményünk szerint — még nem hangzott el a döntő szó!

A felhozott chemiai elváltozás igazolásul *Bier* a *Heller* tnr. nézetét említi, ki szerint a passiv hyperaemia okozta vérpangás a gümö-bacillusok anyagcserejét megnehezíti, és így saját toxinjuk lesz rájuk nézve delectaer hatású. De talán a serum bacteriumölő képességére is gondolhatnánk (*Buchner*), hiszen a pangások kíséretében oedemák is jelentkeznek, s vajjon nincsen-e ott savóproduktálás, hol oedema képződik?!

Bier-rel együtt hiszszük, hogy a klinikusok és boneznokok tapasztalatainak therapeuticus értékesítése határozottan szerencsés, de mindenek felett logikus volt, és hogy miként az előbbiekből kitetszik: a pangási hyperaemiának visszafejlésztő hatása a tuberculosisra kétségtelen, sőt tetemesebb, mint ez a pangásos, tüdőbeli folyamatoknál nyilvánul.

Talán nem is jogosulatlan, ha a tuberculosis ilyen visszafejlődését a betegség tüneteinek megszüntével „gyógyulás“-nak tartja oly értelemben, mint ez a tuberculosisnál szemben egyéb conservatív eljárás alkalmazásánál is észlelhető. Talán túlságosan is szerény *Bier*, midőn azt állítja, hogy a pangási hyperaemia értéke legalább is olyan és akkora, mint a jodoformé. Mi, kik az eljárást a budapesti egyetemi II. sebészeti klinikán alkalmazni látjuk, jobbnak tartjuk.

⁶ Ueber die Wirkung d. cantharidinsäuren Salze. Berl. klin. W. 1891. Nr. 9. S. 238.

⁷ Die Behandl. d. Tuberc. m. Zimmtsäure. Leipzig, 1892.

Speciális indiciókat az eljárás számára megállapítani még korai lenne, úgy látszik, nem minden gümös megbetegedésnél egyaránt hatásos; legbiztosabbnak bizonyult hatás tekintetében eddig a nem idült, tehát friss, még fel nem tört esetekben, míg a várt hatást illetőleg leginkább eserben hagyott az inveterált, hideg tályogokkal szövődött megbetegedési alakoknál.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Adatok a vérköpés gyógykezeléséhez.

A tüdőkből származó vérköpés, különösen ha az a serdülő korban oly egyéneknek lép fel, kiknél a habitus phthisikus megvan, vagy kiknek családjukban már tüdővész előfordult, igen komoly megbetegedést képez. Ezen vérköpés rendszeren előjele a később fellépő pusztító tüdőgümőkórnak. Vérköpésben szenvedő egyének, már akkor is, ha még a tüdőkből a physicalis vizsgálat kóros állapotot nem képes kimutatni, gyanusak a tüdőgümőkórra. Ily egyénekre *Eichhorst* következőleg nyilatkozik: „Es sind das also Individuen, deren Constitution bereits den Laien als der Schwindsucht oder Zehrung verdächtig zu sein pflegt“. Főtörekvésünknek ily megbetegedésnél oda kell irányulnia, hogy a vérköpést megszüntessük.

A tüdőkből származó vérköpést következő therapeutikus irányelvek szerint gyógykezeljük:

1. Nyugalom, bódító, illetve megnyugtató szerek és a hidegnek úgy külsőleg, mint belsőleg (jégbe hűtött tej, jéglabdaesok stb.) való alkalmazása által.

2. Összehúzó szereknek (tannin, alumen, plumbum aceticum stb.) adagolása által.

3. Vérzéscsillapító (stypikus) szereknek (ergotin, ferrum sesquichlor.) adagolása által.

Ezeket kívül, ha a szív működés felmagasztalt, a pulsus igen szapora, digitalist is adagolunk.

Lássuk ezeknek hatását egyenként.

A nyugalom, megnyugtató szerek és hideg alkalmazása fő feltétele a gyógykezelés eredményének; ezeknek alkalmazása nélkül eredményre nem számíthatunk.

Az összehúzó szereknek, ha hosszabb ideig adagolhatunk, azon hátrányuk van, hogy a beteg étvágyát tetemesen rontják; mely körülmény tüdővészre hajlamos, vagy már tüdővész egyéneknek, hol épen a szervezet erősödésére a gyógyulás elérése, vagy a betegség javulása végett felette nagy szükség van, igen hátrányos. Az alumen némely egyéneknek hányingert, sőt hányást okoz, a mi a vérköpést csak előmozdítja. A plumbum aceticum émelygést okoz; a tannin pedig az étvágyat tetemesen rontja.

A stypikus szerek közül a souverain szer a secale cornutum és annak készítményei. A secale cornutum és készítményei azonban csak friss állapotban fejthetik ki stypikus hatásukat; hosszabb ideig pedig nagyobb adagban használva, a szervezetre nem közömbösek. A ferrum sesquichlor. stypikus és adstringens szer lévén, hosszabb használatkor az étvágyat szintén rontja.

En a vérköpés ellen ezen adstringens és stypikus szereket nem igen használom; hanem alkalmazom már 5 év óta az extractum fluid. hydrastis canadensisist.

A hydrastis canadensisist és különösen annak folyékony kivonatát a legújabb időben csakis méhvérezéseknél alkalmazzák. *Cloetta-Filehne* „Lehrbuch der Arzneimittellehre“ című művében a hydrastis canadensisről így nyilatkozik: „Es scheint als Wehenmittel unbrauchbar, aber als „Tonicum“ für den Uterus bei mässigen Hämorrhagien, Endometritis chronica u. s. w. recht nützlich zu sein.“ A rendelkezésemre álló szakirodalomban csak az Orvosi Hetilap 1893. 8-dik számában (96. lap) találtam adatot a hydrastis canadensisnek tüdővézésnél való alkalmazására vonatkozólag. Ugyanis az apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra című rovatban említve van, hogy *Hausmann* hydrastinint használ tüdővézés ellen; 25 milligramm hydrastininum hydrochloricumot poralakban vétet be naponként 3—4-szer.

Az extract. fluid. hydrastis canadensis nyugalom, hideg és megnyugtató szerek alkalmazása mellett kitünő vérzéscsillapító szer vérköpésnél és hosszabb ideig adagolva, semmi kellemetlen

melléktüneteket nem okoz. De a hydrast. canadensisnek nemcsak vérzéscsillapító hatása van, hanem mint amarum az étvágyat tetemesen fokozza; mely körülmény tüdővészre hajlamos, vagy már tüdővész egyénekénél nagy horderejű és ezen körülménynél fogva helyezem én a hydrastis canadensist a vérköpés gyógykezelésénél az adstringens és styptikus szerek fölé.

Az adagolás módját illetőleg 20—25—30 cseppet adatom 4—5-ször naponta; ha pedig a beteg a szert keserűségénél fogva nem képes bevenni: capsula operculatákba csepegtetve alkalmazatom.
Kelemen Adolf dr., mezőtúr-újvárosi orvos.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(V. rendes ülés 1894. április hó 19-dikén.)

Elnök: Navratil Imre; titkár: Polyák Lajos.

Otitis media suppurativa chronica kapcsán fellépett agygyulladás kórképének egy esete. Operatio. Gyógyulás.

Krepuska Géza. Egy 37 éves gépész, a ki gyermekkorától szenved baloldali fülfolyásban, mult év március 17-dikén jelentkezett a bemutatónál azon panaszszal, hogy a bal füle 7 nap óta jobban fáj, az utóbbi napokban erősen szédül és hány. Status praesens. Incoordinált járás; erős szédülés; baloldali homlokredők elsimultak; bal pupilla tágabb; külső hangvezető szűkült; a dobhártya teljes destructiója; promontorium apró granulatiókkal borított; a dobüreg felső részéből Hartmann-féle canulával halpikkelyszerű lemezek ürelnék. Weber-féle vizsgálatnál a bal fül erősen „positiv”; a bal fül Rinne-féle vizsgálatnál erősen „negativ”. Normális temperatura mellett 5 nap alatt (nystagmus oscillatorius) a többi tünetek állandósága mellett a pulsus leszáll 40-re.

Diagnosis cholesteatoma és agyactályog között ingadozik, ámbár egy protrahált meningitis sem látszik kizártnak.

Műtét március 28-dikén. A szerfelett selerotikus és eburnált csecsnyujtvány felvétele; a sinus transversus szabaddá tetetik; mellőle kevés cserenyelyszerű véres-savós váladék ürül ki; az aditus el nem érhető. Műtét után szédülés, hányás megszűnik, pulsus felmegy 80-ra; láztalan sebgyógyulás mellett a teljes gyógyulás április végén bekövetkezik; május elején a beteg munkaképes. A dobüreg kóros folyamata is teljesen véget ért. A beteg 1 év óta észlelés alatt áll, ezóta minden visszaeséstől ment.

Bemutató az eléggé homályos kórkép és a be nem fejezhető műtét dacára is a gyógyulást a sebészi beavatkozásnak kénytelen be tudni; és a mennyiben ezen műtét közben sem cholesteatoma, sem a csonton és a vele szomszédságban levő agyhártyákon kóros elváltozás és annak termékei nem találtak, az ép sinus transversus mellől kifolyt véres-savós váladék eltávolítása folyhatott be nyomást csökkentőleg és így gyógyítólag.

Böke: Az eset igen érdekes. Genyedő dobürlomboknál agyi tünetek gyakran lépnek fel; bizonytalan járás, pupilla-tágulat, facialis hideg előfordulhatnak a nélkül, hogy a csecsnyujtvány maga lobosan megváltozott volna. Ilyen esetekben, mint a bemutatót, már a régi orvosok is alkalmazták az ú. n. Wilde-féle bemetszést a csecsnyujtvány felett. Ujabbban mélyebb beavatkozást eszközölnek, azon feltevésből indulva ki, hogy a tünemények oka mélyebben rejlik. Szóló néhány újabb esetben csak akkor véste fel a csecsnyujtványt, ha a csontállomány kórosan volt afficiálva, különben pedig csak a csonthártáig hatoló bemetszést végezték, melyre a súlyos tünetek megszűnnek, sőt az évek óta tartó genyedés is szűnni kezd rövid idő alatt. Az agytüneteket az ott létrejövő hyperaemiákból származtatja, melyek a 6—7 cm. hosszú bemetszés által megszűnnek. A Rókusban van két ilyen esete: a bemutatót esethez hasonló is volt 3 év előtt, a kínél a bemetszést megcsinálva, a csont epnek látszott; felvéste a csontot, melynek állománya elefántcsont kemény volt; de a csecsnyujtvány üregében nem talált semmit; a beteg rosszábbul lett és harmadnapra meghalt. Bonczolatkor az agyféltekében tojásnyi tályogot találtak, mely nem lehetett fiatalabb 2—3 hónaposnál.

A mi bemutató esetét illeti, ő megnyitotta a csecsnyujtványt azon feltevésben, hogy cholesteatoma van jelen; de e mellett mélyebbre hatolt be és miután az üregben nem talált semmit, iparkodott előrehatolni az aditushoz, mely a fossa sigmoideához közel van és belső falát képezi a sinus transversusnak és mivel abba jutott bele, a periphlebitikus vena falát ott körüljárta és a váladékot kibocsátotta.

Lichtenberg kérdi, hogy azon körülmény tekintetbe vételével, hogy a küllhallójárat teljesen meg volt szűkülve, a dobüreg pedig sarjadzásokkal volt kitöltve; milyen módon tudta meg előadó, hogy az üllő hiányzik és hogy a stapesre gyakorolt nyomást.

Krepuska: a dobüreg azon részeit, melyek szemmel át nem tekinthetők, mert ezek a fontosak: részint a sinus superior, részint az aditus antri felé eső részt és a tuba felé eső részt tüvönyságú, hajlítható ezüst szondával szokta megvizsgálni és ekkor jól kivethette a promontoriumot, ennek hátulsó részében a fenestra rotunda alakját és ugyanily magasságban felfelé kell lenni a stapesnek, melynek szárait érezni kell; ezt sem érintette, hanem helyette egy mélyedés volt, melyre a sondá-

val, melynek végére vattát csavart, nyomást gyakorolt és ez a nyomás loesogás érzését keltette fel a betegben. Ily módon constatálta az üllő hiányát s a stapesre vonatkozó negatív lelet folytán következtetett arra, hogy a kengyel talpát érintette.

Lichtenberg szerint bizonytalan annak megállapítása, vajjon tényleg azon helyen volt-e a stapes, hová bemutató nyomást gyakorolt. Ilyen esetekben sokat tesz a tárgyilagos benyomás. Kérdés nem voltak-e a stapes fején sarjak, melyek hasonló tüneteket idéznek elő?

A mi az eset meritorius részét illeti, szédülés a fülbántalmak minden neménél elő szokott fordulni. Szólónak is volt még a műtét félbehagyásának szempontjából is — hasonló esete: Farkas László operált szóló diagnosa alapján, a hol szóló subduralis tályogot supponált, a műtétet félbehagyták, az eset meggyógyult. Másik esete csecsnyujtvány tályog volt, hasonló tünetek mellett. A beteget Báron operálta a zsidó-kórházban, szintén meggyógyult a beteg. Harmadik esetében egy közönséges dobürlombomnál sarjadzásokkal megvolt a tünetek összesége, melyeket itt Krepuska felsorolt, dacára annak, hogy a két-három kétes eset eskis a dobüri bántalom által okozottnak bizonyult be. Bökével ellentétben nem képes belátni a Wilde-féle bemetszés hasznát a régi genyedések eseteiben. Azon esetek, melyeknél ez a bemetszés használt, talán mégsem hasonlóak a bemutatót és szóló eseteihez.

Böke: A felhozott esetekben mélyebb beavatkozás történt és nem találtak semmit, a beteg meggyógyult. Szóló is sokszor megnyitotta a csecsnyujtványt és meggyógyult az eset. A Wilde-féle bemetszést azért emeli ki, mert a hol a csont bántalmazva nincs, ott a 6 cm. hosszú bemetszés és a csonthártá leválasztása ép oly hatású, mint a megnyitott csecsnyujtvány és a tünetek megszűntek, mint a félbehagyott operatióval.

Lichtenberg pótlólag felemlíti, hogy a koponyaireg megnyitásánál azon esetben, hol félbehagyta az operatiót, 2—3 nap mulva nagy-mennyiségű geny ürült ki az extraduralis tályogból.

Baumgarten véleménye szerint a súlyos tüneteket a bemutatót esetben a dobhártyán levő nagy perforatio okozhatta, vagy pedig a hártás félkör alakú iv genyedése volt jelen.

Szenes: A szemfenéki leltre megjegyzi, hogy némelyek nagy fontosságot tulajdonítanak neki, mások pedig nem. Szólónak van esete, mikor tágtul papillabeli edények mellett complicatio nem volt jelen, máskor az otitis mediához otitis externa szegődött, pangási tünetek voltak a szemfenékben és egyszerű piócázásra javult az eset. Ellenben más két esetében negatív szemtükrilelet mellett lethalis volt a kiemenetel. A Wilde-metszésre megjegyzi, hogy számos esetben megszűnni látta reá a dobüri genyedést, de vannak esetek, a melyeknél a Wilde-féle metszés nem elégséges. Egy esetében, subperiostalis tályog volt jelen, a csont ép volt, trepanatióra nem volt indicatio, Wilde-bemetszést csinált, a seb gyógyulni kezdett, de ekkor a keresztcsonton metastasis keletkezett és a beteg elpusztult. Más esetében, ezen okulva, chronikus fülgenyedés folytán fellépett agyi tünetek mellett megnyitotta a csecsnyujtványt és nem talált semmit. A beteg 3 héttel tovább élt, ez volt a mit elérhetett.

Krepuska: Helyes volna most szólni a csecsnyujtvány megnyitásának indicióiról. Legfontosabb a klinikus lefolyás, mert csak ebből lehet következtetni, hogy mi van jelen. Friss otitis media suppurativánál alig van eset arra, hogy a csecsnyujtványürléi nyálkahártya ne betegedne meg, csak hogy ez ilyenkor meggyógyul, nem jön létre osteomyelitis vagy periostitis, mert ezeknek létrejötte esetében egyszerű bemetszéssel a beteget meggyógyítani nem lehet, legfőkébb elodázni és complicitabbá tenni az esetet. Wilde-féle bemetszés végzése esetén jó, ha a csecsnyujtvány megnyitására is előkészülünk, még ha a csont ép is. Ha kellőleg lett felállítva az indicatio, ott az ép csonton is be lehet hatolni, mert ilyen esetben látott már szóló sarjadzásokot. A hol dobüregbeli nyomás folytán létrejött agygyomási tünetek és statikai zavarok vannak, ezek jól elkülönítendők az olyan esetektől, mint a ma bemutatót, a melynél normalis hőmérsék mellett a pulsus száma 40—45-re szállt le. Két esetben tuberculosus folyamatot látott.

Baumgarten helyesen gondolt arra, hogy ivjárat-perforatio van jelen; ilyen esetet is bonczolt és bacteriologic és szövettanilag is vizsgált. Ilyen esetben hallási sensatiók sohasem hiányoznak, nemesak a statikai egyensúly van megzavarva, hanem lát is mutatkozik. A labyrinthus suppuratiójánál feckendezni sem szabad és végül az esetről utólag másképp lehet beszélni, mint 4 napi észlelés után.

Orrgarat-fibroma esete.

Baumgarten Egmont. A 12 éves fiúnál körülbelül 4 hó óta nagyon zajos a lézés, különösen éjjel, úgy hogy az anya gyakran fél, hogy gyermeke fuladozik. Öt hó óta oly büzös orrfolyás lépett fel nála, hogy a kezelő orvos a Stefánia-gyermekórházba utasította a beteget, mivel azonkívül lázas volt és nagy fejfájalmakról panaszkodott.

A fiút a kórházban felvettük; a felvételnél lázas volt, nagyon rosszul nézett ki; szája nyitva van, az orrán nem tud lélegzetet venni. Az orrvizsgálatnál a jobb oldal rendes, csak a sővény elhajlása következtében kissé szűkebb, az egész baloldali úr majdnem a külső nyílásig egy szürkés-fehér, érintésnél könnyen vérző, bőrkemény és pestilens szagú szövettel egészen kitöltve és hasonlóan majdnem az egész orrgarratú is. Az első napokban az eset nem volt egészen tiszta, de miután részint csipeszekkel, részint a hideg kacscsal lassanként eltávolítottam az orrból egyes részleteket és sublimat-oldattal többször kifeekendeztem, az eltávolított részleteket Preisz dr. vizsgálta meg göresővileg és fibromának kórismézte. Az orrgarratúrból az első napokban naponta többször büzös, szürke, nagyobb czafatok váltak le. A műtét a szövet nagyfokú keménysége miatt nehezen ment, de meg a rettenetes büz is

gától a műtétben; eleinte kis darabokat távolítottam el, mi oly profus vérzést idézett elő, hogy kénytelen voltam tamponálni. Nyolcz nap mulva a bűz megszűnt és az orrgaratban, továbbá a jobb orrűrben egy vörös, igen kemény daganat volt látható; a meglehetősen kitágított jobb orrűrből a daganatot eltávolítottam az orrgaratűrbelinek egy részével együtt. Az alapidaganatot, miután oly kemény, hogy a kacs sem bírja átvágni, de meg a vérzéstől is félek, galvanocaustikával vagy electrolyssal fogom véglegesen elpusztítani. A beteg most jó színben van s fejfájásai sincsenek.

Ezen orrgarat-fibromák nálunk ritkán fordulnak elő; rendszeren 15—28 éves egyéneknél találhatók, 15 éven alól nagyon kevés esetben észleltetett. A bemutatott esetben a daganat a fibrocartilago basilarisból ered és azért nagyon érdekes, mert 12 éves gyermeknél fejlődött, s csak azért került észlelés alá, mivel nála, mint ezt *Barsch* is említi, azon ritka jelenség mutatkozott, hogy a felülete gangraenosus és septikus lett. Egyes észlelők spontán visszafejlődésről is tesznek említést és néha 20—25 éves betegeknél, ha a daganat nagyon elterjedt, nem is operálnak; de ha ilyen alkalmas eset kerül észlelésre, a műtéttől semmi esetre sem szabad elállni. Sajnos a 25. évig a recidivák rendesek és a betegek folyton felügyelet alatt tartandók.

Egyes esetekben a daganat nyulványai a koponyába is terjednek és ezen esetek, úgy mint azok is, melyeknél a mikroszkopikus vizsgálat nem tiszta fibromát, hanem fibrosarcómát mutat, sajnos, a prognosira nézve nagyon szomorúak. Csakis ezen esetekben nem lehet arról szó, hogy a műtét resectio nélkül végeztessék és csakis ilyen esetekben mellőzendő az orsebészeti beavatkozás.

Ónodi felemlíti egy 60 éves nő esetét, kinek orrlégzése a polypusok eltávolítása után sem akart javulni, ennek oka az orrgaratűr tetején ülő, mogyorónyi, tömött, sima daganat volt. Műtéttől irtozván, a beteg eltávozott. Hónapok mulva a daganat közepé puha lett, majd jódfürdőbe ment a beteg s mikor onnét visszatért, az ellágyult hely nagyobb volt. A daganat talán fibrosarcoma volt. Felemlít még egy — az orrgaratűrt kitöltő — jóindulatú daganatot, melyet a száján át vett ki félig s ez a része üres volt, tehát cystosusan elfajult, míg az ott maradt részt fogóval távolította el.

Polyák: 1892. nyarán egy 20 éves leánynál, kinél mindkét orrűr ki volt töltve nyákpolyppokkal, az orrgaratűrből egy óriási tiszta fibromát távolított el, mely az uvula mögött még 2 cm. mélyen lógott le a garatűrbe és oly kemény volt, hogy a kacs nem volt képes átmetszeni, hanem felét késsel, a gyököt pedig galvanocaustikus kaecsalal kellett eltávolítani. A daganat a vomertól indult ki és górcső alatt tyikus fibromának bizonyult.

Zwilling szerint, ha az általunk operált fibromákról akarnánk beszámolni, sok idő telne el. A bemutatott esetben csak az az érdekes, hogy fiatal korban fordult elő. Az operatio módját az eset eredete magyarázza meg.

Baumgarten: nemcsak a kor, hanem az is érdekes, hogy a daganat elevesedett, bűzös lett. Azt lehetett volna felhozni, hogy kell-e operálni vagy nem, mert ezen fibromák visszafejlődhetnek. Szólv véleménye szerint gyermekeknél mindig operálni kell.

Narratil az operatio módjára nézve megjegyzi, hogy ezelőtt több ülésben végezte, most azonban egy ülésben végzi a teljes eltávolítást a galvanocaustikus kaecsalal. Így látta operálni *Balassát* és *Breslauban Middeldorpfot*.

Choanalis polypus.

Baumgarten Egmont: Az előbbi esettel formában hasonló daganat egy 40 éves férfitől származik, ki évek óta nem volt képes az orron át lélegzeni. A daganat kitöltötte a bal orrűr hátsó két harmadát és az egész orrgaratűrt, sőt az uvula mögött már szabad szemmel is látható volt, mivel az egész puha szápadlást kissé előretolta. Miután kutaszszal meggyőződtem, hogy a daganat nem a tetőtől, hanem a choanából nőtt ki: egy orrgarat-kaecsalal a daganat nagy részét megkerültem, kissé a kaecsalal meghúztam és nagy csattanással az egészet kiszakítottam. Az eredeti habarez, melynek retortaszerű alakja van, 7 1/2 cm. hosszú és az orrgarati része 3 1/2 cm. magas volt, most az alkoholban lényegesen összezugorodott, de még most is 5 cm. hosszú. Az eltávolítás után látható volt, hogy a nagy habarez az infundibulumból eredt és egy vékony nyulványal függött össze az alappal. A daganat mellső része csak egyszerű nyálkahabarez volt, de az orrgarati alsó része a górcsővi vizsgálatnál fibromának bizonyult.

Eszmecsere a musculus cricothyreoideus működése felett.

Ónodi, mint a vita megindítója, előrebocsátja, hogy a nevezett izom működésére vonatkozó észleleteit és következtetéseit változatlanul fentartván, *Jelenffy* feltevéseit, melyekhez *Neumann* is csatlakozott, tette a vita tárgyává. Előadó az egyik kísérleti sorozatban a gyűrűpaizsizmok működését és a hangszalag helyzetét nyitott légeső mellett, a második sorozatban a szakcsont alatt megnyitott gége mellett, a harmadikban sértetlen légutak mellett figyelte meg. Mindig egy és ugyanazon eredmény volt észlelhető: a gyűrűporeznak felemeltése a paizsporezhoz és a hangszalag közeledése. A megejtett mérések mutatják, hogy a hangszalag 2 mm. nyit közeledik a középvonalhoz, a megszűkülő hangrés átmérője 1-2 mm. Ha a paizsporez felső szarva a szakcsonttól szabadrá tétetik, akkor az izom összehúzódásakor a felső szarva kifelé billen. Az izom működéséből, a megfeszülés tényéből következik, hogy a hulláállásban lévő, ellazult hangszalag, midőn megfeszül, kell, hogy a középvonal felé közeledjék. De ugyanekkor megfeszülnek azon izomkötegek is, melyek a hangszalaggal részben összefüggve vele párhuzamosan futnak, mint a m. thyreoarytaenoides inter-

nus és externus. Midőn ezen izmok is passive megfeszítetnek, akkor a hangszalagnak a median-vonalban vagy ahhoz közel kell állnia. A hangszalagnak közeledése a megfeszüléssel járó passiv mozgás eredménye. A szabadrá tett paizsporez felső szarvának kibillenését a paizsporez szögletének és a lemezek között lévő átmérőnek nagyobbodásából magyarázza, mely beáll a megnyuló képleteknek a paizsporez közepére gyakorolt húzás folytán. *Jelenffy* ezen izmot 3 erőrészletre osztotta, az első componens ered a paizsporezon, tapad a gyűrűporezon, működése abban áll, hogy a gyűrűporezot a paizsporezhoz emeli, a második componensnek csak két végpontja van, működése az, hogy a paizsporezot előre húzza, a gyűrűporezot hátrahelyezi; a harmadik componens ered a gyűrűporezon és tapad a paizsporezon, működése abban áll, hogy a paizsporez lemezeit egész szélességükben egymáshoz közelíti és ezáltal a hangszalagok közeledését is előidézi. Ezen feltevésnek semmi boncz-tani és élettani alapja nincsen, ezeknek felvételére nincs is semmi szükség, mert — mint említette — a feszülés tényében meg van a közeledés magyarázata is. Ezen természetes magyarázatról úgy boncz-tanilag mint élettanilag meg is lehet győződni, míg a *Jelenffy* elmélete, mint merő feltevés, kívül áll a bebizonyítás lehetőségén. *Neumann*, ki *Jelenffy* feltevéséhez csatlakozik, a szabadrá tett paizsporez felső szarvának kibillenését a paizsporez lemezeinek összeszorításából magyarázza. Előadó álláspontjának fentartásával ezen jelzett feltevéseket, mint boncz-tanilag és élettanilag be nem bizonyíthatókat elveti.

Neumann a dologhoz röviden fűz néhány megjegyzést, mert ennek a vitának meglehetősen története van és vannak tárgyak, melyeket nem lehet bővebben kifejteni, mert a tárggyal összefüggő személyi oldalt mellőzni nem lehet. De miután az nem érdekli az egyesületet, hogy fejlődött az ellenvélemény, mennyire volt elhamarkodott és mennyire vonta vissza előadó, szólv is mellőzi.

Nem azért nem szólt közbe az imént, mintha elfogadta volna mindazt, a mit *Jelenffy* mondott. Szólv nem posthumus commentatora *Jelenffynek* és csak azért felelős, a mit maga állít. Szólv is három componensre osztja a m. cricothyreoideus működését, mely megfeszíti a hangszalagokat. Hivatkozik a mechanika törvényeire, az erőegyenközvényekre, melyek szerint a ferde izom működése componensekre oszlik. Például a sterno-cleido-mastoideus is több erőcomponensre oszlik, az egyik lefelé húzza a fejet, a másik pedig befelé rotálja. Magát a m. cricothyreoideust pedig a legtöbb *anatomus* két portióra — egy merőlegesre és egy ferde — osztja, az egyik emel, a másik pedig hátra húz. Természetesen egy izom csak annyit tesz, a mennyit tenni képes, de a mit tenni képes, azt okvetlenül meg is teszi: az izom összehúzódik és közelíti a két végpontot, a mennyiben a végpontok mozgathatók és ellenerő nem működik.

Ha a gyűrűporezotól a paizsporezhoz izomrostok mennek, ezek összehúzódás esetén mást nem tehetnek, mint hogy a gyűrűporezot a paizsporezhoz közelítik. Hogy pedig a gyűrűporezizom nemcsak merőleges componenssel bír, hanem vízszintessel is, azt majdnem mindenki elfogadja, a ki e tárggyal foglalkozik, mert az izület engedékenysége nemcsak a scharnir-mozgást teszi lehetővé, hanem a vízszintesben eltolódást is. Ezen vízszintesben való eltolódást — tehát a 2-dik componens — senki sem vonja kétségbe. A harmadik componens a frontalis síkban hat, mert azon izomrostok, melyek ezen irány szerint mennek a gyűrűporezotól a nagyobb kört képező paizsporez belső felületére, ezt a merev gyűrűporezhoz odahúzzák, azaz oldalt összenyomják. Ha nem is fedezem magamat *Jelenffyvel*, de felemlítem, hogy az ő véleményét elfogadta *Grützner* is.

Még csak azt akarom bizonyítani, hogy a paizsporezok nagy szarvának kibillenését az izom és nem a hangszalagok végzik. E végett szétmetéltem a hangszalagokat s tapasztaltam, hogy a nagy szerv az izom működésére kibillent.

Halász Henrik mint *anatomus* szólv az esethez. A legtöbb *anatomus* azt hiszi, hogy a musc. cricothyreoideus eredési helye a gyűrűporez, tapadási helye a paizsporez és úgy veszik fel, hogy az izom lefelé és előrehúzza a paizsporezot és így feszülnek a hangszalagok. Az élettani kísérletek bebizonyították, hogy a gyűrűporez húzatik fel a paizsporezhoz és ez igazolja is azt, hogy tényleg a paizsporezon ered és a gyűrűporezon tapad az izom. Az izomnak két részre való osztására nézve megjegyzi, hogy az egy izom. Physiologicé itt csak egy izom működik. A sterno-cleido-mastoideus rossz példa, mert annak két eredő pontja van és azért van két működése is, míg a m. cricothyreoideus csak egy eredő ponttal bír. A mi a szarv kifelé billenését illeti, szólv szerint az *Ónodi* véleménye a helyes, mert nem látta még a *Neumann* ma először említett kísérletét.

Ónodi az anatómiában nem ismer olyan izmot, mint a cricothyreoideust, melynek működése három különböző működésű componensre volna bontható, tehát állítását fentartja. A mi az arra való hivatkozást illeti, hogy az *anatomusok* két részre osztották az izmot, annak anatómiai vagy physiologiai basisa nincs, mindezt *Halászszal* tart. *Grützner* csakis felsorolta a *Jelenffy* nézetét, de mit sem szólv hozzá; egyetlen észleletet vagy bizonyítékot se tett hozzá, tehát ennek különös súlya nincs. Az utolsó felemlített kísérlete *Neumann*nak minden esetre érdekes, bár alárendelt kérdésre és nem rendes viszonyokra vonatkozik, csak azt nem tudom, hogy csupán hangszalagok távolítottak-e el, vagy maradt-e ott lágysz rész is, mert ez utóbbiak is közvetítettek a nagy szarv kifelé fordulását. Újból ismétli, hogy sem anatómiai, sem kísérleti úton nem tudott *Jelenffy* és *Neumann* azon állításáról meggyőződni, hogy ezen izom képes lenne a paizslemezeket összeszorítani, egymáshoz közelíteni; különben ezen tétel be sem bizonyítható, mert e feltevéseknek teljesen hiányzik a boncz-tani és élettani alapja.

Neumann csodálkozik Ónodi és Halász azon állításán, hogy ezen izmot erőcomponensekre bontani nem lehet. Úgy beszélnek, hogy folyton a hullát látják maguk előtt, az élő tünetnyek iránt nincs érzékük. Ekkor minden physiologia, minden magyarázat elesik. Két erőcomponensre való bontásnál nem szükséges, hogy különböző irányú rostokkal birjon az izom, hanem mechanikai alapon így magyaráztatik a hatás, mert majdnem minden ferde lefutású izom erőművi hatása componensekre oszlik.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Fürdőirodalmi könyvtár. Szerkeszti: Preysz Kornél dr. Az Eggenberger-féle könyvkereskedés kiadása.

Hazánk ásványvizei, gyógyhelyei eddig nemesak a külföld, de, a mi sajnálatosabb, még a belföld mérvadó köreiből sem részesültek mindenkoron a kellő méltatásban. Nem tagadható, hogy a fürdőtulajdonosok újabb tanúsított áldozatkészsége hivatva van ugyan a hazai fürdőügy iránt szélesebb körökben tanúsított közönyt megtörni, de az orvosi körök érdeklődését felkelteni első sorban rejtett kincseink szakszerű ismertetése által fogjuk elérhetni. Teljes mértékben bírja azért elismerésünket Preysz Kornél dr. vállalata, mely az elhanyagolt fürdőirodalmunkat „A fürdőirodalmi könyvtár” megállapítása által felkarolta és eddig is a sorozatot számos kitűnő dolgozatával gyarapította, melyek egyaránt kiváló szakértelemmel, mint ügybuzgalommal vannak megírva. Érdemül akarjuk felemlíteni, hogy azon közel fekvő főczél mellett, mely szerint a hazai fürdőügyet szolgálja, a külföld viszonyait sem látjuk elhanyagolva, hanem a kellő helyen alkalmazott szembesítés figyelembevételével elhatározásaink mindig megkönnyítettnek. Nem akarjuk annak felemlítését sem elmulasztani, hogy az nem mindenkoron hazai viszonyaink rovására történik.

Újabb három dolgozattal szaporodott ezen életképes könyvtár.

A *klima hatásáról* szóló füzetben mindenekelőtt azon tényezőkről szól, melyek minden gyógyhelyen egyaránt szerepelnek. Ezek után azon főbb klimákat tárgyalja, melyek hazai viszonyaink között a beteg szempontjából különösen fontosak. Ilyenek a tengerparti klima és annak megfelelőleg a most annyira divatos Balatonvidék klimája és a magaslati klima, végül pedig a szabad levegőben való tartózkodás jelentőségéről értekezik, a gyógyhelyek megválasztására, felkeresésének idejére nézve figyelembe veendő tanácsokat adva.

Hazai klimatikus gyógyhelyek című füzetben azon helyeket tárgyalja, a melyekben a kitűnő levegő az egyedüli vagy legalább azon fő gyógyhatány, a melyet csak kiegészítenek az ott rendelkezésre álló egyéb gyógyeszközök. Mint ilyenek tárgyalva vannak Barlangliget, Csorbai tó, Feketehegy, Iglófürdő, Koronahegy, Lucsivna, Matlárháza, Stoósz, Szepes-Remete, három Tátrafürdő, Tátraháza, Tátra-Lomnicz, Thurzó-fürdő, Biharfürdő, Marillavölgy, Tusuád. Tekintve, hogy klimatikus gyógyhelyeink túlnyomó része a központi Kárpátokban van, szerző a Magas Tátráról, a levegőről, hőmérségről, csapadékos napok számáról stb. általánosságban emlékszik meg. Az egyes fürdőknél annak fekvését, közlekedését, szállást, gyógyeszközöket, meteorologiai viszonyokat, az orvos nevét, szórakozási eszközöket, a fürdő történetét látjuk felemlítve, szóval mindazt, a mire orvosnak tájékozás szempontjából csak szüksége lehet.

Téli klimatikus gyógyhelyek című füzetben kivált azon délvideki gyógyhelyeket találjuk felsorolva és ismertetve, melyeket magyarok is fel szoktak keresni. Ilyenek a Quarnero-öbölben: Abbazia, Cirkvenica, Lussinpiccolo. Istriában: Görz, Rovigno. Dél-tiroiban: Arco, Bozen, Meran, Riva. Olaszországban: Velence. A Rivierán: Nervi, San-Remo, Mentone, Nizza, Cannes. Corsica szigetén Ajaccio. Afrikában Algier és Cairo. Mindezen gyógyhelyek beható ismertetése mellett különös gondot fordít szerző a Quarnero-öböl klimatikus viszonyaira, az előnyök mellett a hátrányok felsorolásáról sem feledkezvén meg. Igen részletesen tárgyalja az újabb felkarolt Cirkvenicát.

A fürdőirodalmi könyvtár igen tetszetős kiállításban az Eggenberger-féle könyvkereskedés kiadásában jelenik meg. Remélhető, hogy a szerző, illetve szerkesztő dicséretre méltó törekvésében jutalmazva lesz az által, hogy a vállalattal a magyar fürdőügy emeléséhez jelentékenyen hozzájárul.

Tauszk.

II. Lapszemle.

Belgyógyászat.

A diazoreactio prognostikus jelentőségéről tüdővésznel ír Beck, Koch intézetének egyik segéde. Vizsgálatainál egy új, Friedenwald által kidolgozott eljárást használt, melynek előnye, hogy a reactio biztosabb és a kezdőnek is feltűnőbb, a mennyiben a vizelet sötét cseresznyepirosá válik. A reactio kivitele a következő: kétféle (A és B) oldatot készítenek; az A oldat $\frac{1}{2}$ pro mille paraamidoacetophenon-oldatból áll, mely 5% sósavval megsavanyított; a B oldatot $\frac{1}{2}$ 0/0-os natrium nitrosum-oldat képezi. Használat előtt 200 rész A oldatot 5 rész B oldattal összeöntünk, ehhez hasonló mennyiségű vizeletet adunk és az egészet $\frac{1}{3}$ térfogatnyi ammoniakkal erősen alkalikusá teszszük. Legjobb az ammoniakot cseppenként hozzáfolyatni. Normalis vizelet ezen kémszerrel intensiv tojás-sárga színt vesz fel. Szerző 100 tüdővész vizeletét vizsgálta a diazoreactióval és pedig 26 esetben positiv eredménnyel. Nem előrehaladt esetekben a reactio hiányzott, gyakori azonban a hectikusoknál. A diazoreactio jelentkezése azonban független a láztól; az sem valószínű, hogy a streptococcusok vagy azok terményei — a melyek a hectikus láz létrehozásában a főszerepet játszzák — okoznak a reactiót. Általában mondható, hogy a diazoreactio jelentkezése tüdővész eseteiben a prognostist kedvezőtlené teszi — a mint azt Ehrlich már régebben is találta — és hogy hosszabb fennállása a közeli halált jelzi; hasonlóképen fontos a reactio intensitása is a prognostis szempontjából.

Szerző más betegségeknél is tanulmányozta a diazoreactiót. Tüdővész (3 eset), pneumonia crouposa (5 eset), angina follicularis (2 eset), lupus (13 eset), carcinoma (2 eset), influenza (6 eset), nephritis acuta (4 eset), morbus Addisonii (1 eset), lepra tuberculosa (1 eset), lues (8 eset), polyarthritus rheumatica (9 eset), mirigygümőkór (2 eset), perimetritis (1 eset), gastroenteritis csecsemőknél (4 eset) és bélhurut (14 eset) nem mutatták a diazoreactiót. Positiv volt a reactio perityphlitis, sepsis puerperalis és scarlatina egy-egy vizsgált esetében. Diphtheritis 7 esete közül csak egynél mutatkozott az első napokban gyenge reactio, hasonlóképen erysipelas 3 esete közül szintén egynél. (Charité-Annalen, XIX. Jahrgang, 583. lap.)

A trional mint altatószer. Goldmann számos betegen tett észleletei alapján a következő eredményekre jutott: 1. Az adag sohasem legyen nagyobb 2 grammnál; ha nem fájdalmak okozzák az álmatlanságot, 1.5 gramm csaknem mindig 6—8 óráig tartó álmatlanságot idéz elő; neurasthenikus álmatlanságnál többnyire már 1 gramm elégséges. 2. A trionalt nem szabad szárazon vagy kevés vízzel bevenni; mindig nagyobb mennyiségű (200 kem.) lehetőleg meleg folyadékkal együtt adandó (leves, tea); ily módon a trional gyorsan felszívódik és prompt hatást gyakorol. 3. Időközönként meg kell szakítani a trional adagolását. 4. Fel nem szívódott trional esetleges felszaporodásának megelőzésére előnyös kiválasztását gyorsítani; ezen célra nappal szénsavas ásványvizet itatunk a beteggel és citrom- vagy borkósavas italokat is adunk. A növényi savak ugyanis a szervezetben szénsavas sókká égnék el és ily módon növelik a vér alcalinitását, a melyet a trional lefokoz. 5. Ha daczára ennek obstipatio jelentkezne, ez azonnal megszüntetendő. (Therap. Monatshefte, 1894. november.)

A bradydiastoliáról mint prognostikus tünetről szívbjoknál ír Huchard. Bradydiastolia alatt a diastolikus szünet meghosszabbodása értendő. Nincs értéke e tünetnek a mitralis- vagy aortabillentyűk elégtelenségénél, úgyszintén a többi közt akkor sincs jelentősége, ha nagy digitalis-adagok után lép fel. Nagyfokú szívtágulat eseteiben azonban előfordul, hogy a két szívhang gyorsan követi egymást, a diastole azonban rendkívül hosszú. Ily módon a bigeminia képe keletkezik és minthogy a szívesűshang erős, azt lehetné az ember, hogy a szív működés még erős, pedig a beteg tulajdonképen már a végét járja. A bradydiastolia tehát komoly praemonitorikus tünete a gyorsan növekvő, súlyos szívtágulatnak. Ilyen esetekben a digitalis természetesen ellenjavalt és érmetszés végzendő, esetleg strychnin is adható. (Internat. klin. Rundschau, 1894. 25. sz.)

A kerek gyomorfelekély kezeléséről bismuthummal ír Savilieff, a ki észleléseit Senator tanár klinikáján tette. A betegek éhorma

10 gramm bismuthum subnitricumot vesznek 200 gramm langyos vízben suspendálva és utasítatnak még néhány korty vizet inni a tápasatorna felső részeiben megtapadt maradék leöblítése céljából. Azután az ágyban vízszintesen fekvé maradnak, felpolozott medenczével, egy órán keresztül. Eredmény elérésére átlag 200 gramm bismuthumra volt szükség. A táplálék tejből, régi fehér kenyérből, kétszersültből, sok vajból, sűrű levesekből, rizsből, darából és sagóból állott; naponként egyszer húst is kaptak, nyers hús- vagy nyers sonkavakarék alakjában, esetleg egy lágy tojást is. A testmozgás lehetőleg korlátozott, főleg az étkezések után kellett pihenni. Súlyt fektettek arra, hogy a betegek sokszor — 2 óránként, — de mindig csak keveset egyenek. A bismuthum bevételének abbahagyása után a betegek lassanként a rendes diétára tértek át; burgonya darabokban, fekete kenyér, friss főzelék, hűvelyes vetemények s effélék azonban hosszabb időre eltiltattak. Ezen idő alatt többnyire arsenit és vasat — Levico-víz alakjában — vettek be a betegek. Az eredmények igen jók voltak. Megjegyzendő, hogy dacára a bismuthum nagy adagainak székszorulás sohasem mutatkozott, sőt a kezelés előtt fennállott obstipatio is megszűnt. (Therap. Monatshefte, 1894. október.)

Icterusnál az érlökések száma — a mint ismeretes — csökken. Ezen körülményt különböző módon magyarázzák; némelyek az epealkatrészek közvetlen befolyását veszik fel a szívizomzatra, mások a szívganglionok hűdéséről szólnak és ismét mások szerint a centralis vagusvégek izgatása okozná a pulsus számának csökkenését. *Weintraud* a vitás kérdés eldöntésére az atropint vette igénybe, mint a mely a peripherikus vagusvégződéseket bénítja. Az eredmény mindig az volt, hogy icterikusoknál atropin használata után a pulsus szaporább lett, egy esetben a szám 42-ről 120-ra emelkedett. (Archiv für exper. Path. u. Pharmak. XXXIV. kötet, 1. és 2. füzet.)

A lactopheninről értekezik *Strauss* dr., ki *Riegel* tanár klinikáján tett kísérleteket ezen új lázellenes és antineuralgikus szerrel. A lactophenin a para-phenetidinnel tejsav-derivátuma. Adagja 0.5—1.0 pro dosi, 3—6 gm. pro die. *Strauss* kísérleteinek eredményeit a következőkben foglalja össze: A lactophenin megbízható antipyreticum, melynek az az előnye van egyéb antipyretikus szerek felett, hogy semmiféle káros mellékhatást nem idéz elő. Mint antineuralgicum és sedativum legalább is annyit ér, mint a használatban levő ilyenféle szerek. Igen ajánlja *Strauss* a lactophenint typhusnál, nemcsak azért, mert káros mellékhatásai nincsenek, hanem azért is, mivel az idegrendszerre megnyugtatólag hat. (Therap. Monatsh., 1894. okt.) A—y dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A castratio értéke osteomalakiánál. *Löhlein* nyolcz castratióról referál. A csontfájdalmak egy esetben 1, a többiben 2—4 nap alatt multak. L. szerint a castratio folytán a periostnak és az izmoknak depletiója áll be, minek következménye az, hogy a periostitisen alapuló csontfájdalmak csökkennek. Hasonlóképp hat terhes osteomalakiánál a szülés. Iszapfürdők akképp enyhítik a fájdalmakat osteomalakiánál, hogy erős ingert gyakorolva a bőr felületére, a vér a test belsejéből a test felületre áramlik. Depletikus, bár kisebb fokú, hatása van a pseudomenstrualis vérzésnek, a mely oly gyakran észlelhető castratio után s az itt említett 8 eset legtöbbjénél szintén jelentkezett. Ezek közül 1 halt meg 7 nappal az operatio után, bélhűdés és szívelzsirosodás folytán. A legtöbbben már 2—3 hónap után házi munkájukat végezheték. A castratio tartós hatása osteomalakiánál abban áll, hogy az operatióval megszűnnek a menses s így a medence és thorax véredényeinek praemenstrualis és menstrualis congestiója. Osteomalakiánál akkor van indicálva a castratio a nélkül, hogy szükséges lenne valamely tulajdonképeni indicatio vitalisnak a jelen léte, hogy ha hosszabb időre a puerperium után s iszapfürdők eredménytelen használata stb. után is megtartja a kórfolyamat progressiv jellegét. (Centr. f. Gyn. 1894. 42. sz.) N—y dr.

A csecsemőknek mastitis okozta megbetegedéséről ír *Damourette*. Gyakran lép fel gnyuladás oly asszonyok emlőin, kiknek kevés tejük van, mert a csecsemő hosszú ideig kénytelen szopni s ez által könnyen jönnek létre sérülések a bimbón. A staphylococcus és streptococcus, melyek rendszeren nagy számmal

vannak a csecsemő szájában s majd mindig az anya tejében, az excoriatiókba jutva, mastitist okoznak. Ez majd mindig lappangva lép fel; 1—2 napig észrevétlenül állhat fenn, mert a hőemelkedés, a mely hiányozhatik is, gyakran csak 24—36 óra mulva lép fel. Így a csecsemő annak a veszélynek van kitéve, hogy genyt szopják, a mi azután primaer megbetegedéseket okozhat, mint: stomatitis diphtheritica, retropharyngealis abscessusok, katarrhus intestinalis; számos, mély, bőralatti abscessus, otitis media, septikémia; submaxillaris, felületes, subcutan abscessusok, otitis externa, conjunctivitis katarrhalis és purulenta. Secundaer megbetegedés gyakran a bronchopneumonia. Legjobb szer: a legszorgosabb tisztaság szem előtt tartása. Ajánlatos minden egyes szopatás előtt a csecsebimbót 4% bórsav-oldattal megmosni. Mihelyt kifejlődött a mastitis, mindjárt fel kell hagyni a szopatással; a csecsemő dajkát vagy sterilizált tejet kapjon. A kezelés a megbetegedés szerint változik. (Centr. f. Gyn. 1894. 43. sz.) N—y dr.

A kezeknek márványporral való sterilisatiójáról ír *Wittkovski*. *Schleich* már 1892-ben ajánlott oly szappant, mely folyékony házi szappanból s 3-szor annyi mennyiségű megszártalt márványporból áll; ehhez jön azután még 4% lysol s egy kevés a *Schleich*-féle pastából. Előbb körömtisztítóval el kell távolítani a körmök alól a látható piszkot, azután forró vízben erőlyesen dörzsölve e szappannal a kezeket, az epidermis-pikkelyek fellazulnak, végül a szappan leöblítése folyó, vezetett-vízzel történik. Hasonlóképp történik a beteg bőrének desinfiálása. Így tehát nincs szükség a drága alkoholra s elkerülhető a kefék használása, a melyek, mivel rendszeren nem gondozzák eléggé lelkiismeretesen, idővel mikrobáknak valóságos tenyésztő telepeivé lesznek. Szerző számos kísérletet s bacteriologikus vizsgálatot végzett ezen eljárással s azt találta, hogy a kezek e massa használása után mindig sterilek voltak; 1700 esetben nyomát sem látták az infectiónak. Így oly anyagot adhatni a bábák kezébe, melylyel könnyen és biztosan járhatnak el s semmiféle bajt sem okozhatnak. (Therap. Monatshefte, 1894. julius.) N—y dr.

Physiologikus konyhasó-oldat rectalis applicatiója elvérzőknél. 27 esetben végezte *Warmann* ez eljárást abortusnál vagy szülés után jó eredménnyel. Főelőnye az, hogy különös instrumentarium nélkül, a privat praxisban, a legnyomorúságosabb körülmények között is végrehajtható, mert elmarad az eszközök s a folyadék sterilisatiója s a folyadék felmelegítése sem szükséges, mert, mint szerző tapasztalta, a hideg víz tonizáló hatása a szív működését erősen fokozza s a többnyire felületes és szabálytalan légzés is csakhamar mélyebb lesz. Nagyobb folyadék-quantum is rendszeren 5 perc alatt felszívódik; ezután rázóhideg közben a hőmérsék emelkedik, a pulsus erősödik s a közérzet javul. A beöntés oldalfekvésben történik; a folyadék esetleges kifolyását a lágyrészek összenyomásával lehet megakadályozni. (Centr. f. Gyn. 1894. 43. sz.) N—y dr.

Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Malaria cachexia** két esetben gyógyulást, illetve tetemes javulást látott bekövetkezni *Consin* lépkivonat bőr alá fecskendése után. Juhok friss lépéből készült extractumot használt, melyet filtrálva és sterilizálva 1—10 grammnyi mennyiségben fecskendezett be naponként. A gyógyulás 35 befecskendés után következett be. (La semaine médicale, 1894. 63. sz.)

2. **A bőrre ecsetelt guajacol lázellenes hatásáról** ír *Brill*. Eredményeit következőkben foglalja össze: a guajacol 1.5—3.0 kem. mennyiségben használva biztosan és erőlyesen csökkenti a hőmérsékletet; ezen eljárás azonban a rendkívül kellemetlen mellék-tünetek miatt lázcsillapításra nem ajánlható. Kisebb adagokban ellenben (0.75—1.5 kem.) a guajacol a legkülönbözőbb betegségeknel fájdalomcsillapítólag hat a nélkül, hogy ártalmas mellékhatások észlelhetnének. (Centralblatt für innere Medicin, 1894. 47. sz.)

3. **Icterikusok pruritusa ellen** *Boulland* bedörzsöléseket ajánl a következő szerrel: Rp. Ichthyoli 10.0; Alcohol, Aether. sulfur. aa 40.0. (La semaine médicale, 1894. 70. sz.)

4. **Éjjeli izzadás ellen** *Sacaze* a chloralacet ajánlja 5—10 centigrammos adagokban; előnyösen kapcsolható össze e szer sulfonal 15—20 centigrammos adagaival. (La semaine médicale, 1894. 410. lap.)

TÁR C Z A.

A német természettudósok és orvosok 66. gyűlése.

(Bécs, 1894. szeptember 24—30.)

III.

A fülorvosi szakosztály üléseiről.

(Vége.)

Gruber tanár (Bécs) néhány ritkább és érdekesebb eset kapcsán egy olyat demonstrál, melyben a baloldali *csiga* kivált, s ennek dacára is a *hallóképesség* ez oldalt úgy a hangvilla számára, mint pedig a szócső útján bevezetett beszéd számára *megvolt*. Majd G. több rendbeli *fejlődési* hiányokat, a fülkagylót, külső hangvezetőt és dobhártyát illetőleg, demonstrál.

Reinhard dr. (Duisburg) bemutatja egy hullafejen a *Körner* által ajánlott *lebenykészítési* módot a külső hangvezető hátsó falán, mely művi beavatkozást különben R. maga élön is sikerrel megkísérelt.

Politzer tanár (Bécs), mint minden congressus alkalmával, úgy itt is, *ép- s kórbonczani*, valamint *górcsövi készítmények* egész sorozatát mutatja be, továbbá *chromolithographikus dobhártyaképeket* és újabb szerkezetű *eszközöket* a csesnyűjtvány művi megnyitása számára.

Urbantschitsch tanár (Bécs) heveny *siketség* esetét egy kazánkovácsnál mutatja be, kinél a külső hangvezetőben fogatosított *légritkítások* a siketséget meggyógyították. — *Politzer* ez eset kapcsán *Delstanche* analog észleletét ismerteti.

Határozottan *sensationalis* színezetűnek mondható *Urbantschitsch* következő előadása a *módszeres hallási gyakorlatok értékéről a hallóérzékre*, mely gyakorlatokat U. egyrészt siketnémáknál, másrészt pedig ideges megsiketüléseknél eszközölte, elérhető pedig e gyakorlatok révén úgyiszlólván a *hallóérzék képzése* illetőleg bővítése, valamint *psychikus nevelése*. A mondottak illusztrálására a bécsi siketnéma-intézet néhány növendékét mutatták be tanítóik. — Mintán *Hartmann*, *Delstanche* és *Scheibe* meglegedésüknek adták kifejezésüket az elvitázhatlan eredményhez, mely természetesen elsősorban a tanítók kitartó türelmének tudandó be, *Szenes* két pontra kíván reflectálni. Egyrészt ugyanis megerősítve látja Sz. saját észleleteit azáltal, hogy a *methodikus gyakorlatoknál a szócsövet nélkülözték*, miután ő maga is úgy találta, hogy oly siketnéma, kinél a hallóképességnek még egy kis maradéka *megvolt, szócsövel* vagy éppen annyit vagy még kevesebbet hallott, mint a nélkül. Másrészt azonban kérdi U.-tól, miként magyarázhatná meg a *methodikus hallási gyakorlatok értékét kórbonczani szempontból*, miután a számos közölt bonczlelet e siketség okául régen lefolyt elváltozásokat — *elcsontosodás, ankylosis, atrophia* stb. — derített ki, melyeknek javíthatására éppen nem gondolhatni; vagy gondol talán U. *psychikus* eredményre? U. erre vonatkozólag válaszolja, hogy a hallási gyakorlatok eredménye legjobban igazolja, hogy a hallószerv kóros állapotának megbírálása mennyire bizonytalan valami, miután a gyógyíthatlannak látszó esetekben is néha még eredmény elérhető a szóban levő gyakorlatok útján, talán a még meglévő részlet gyakorlása által. — *Politzer* említi, hogy az esetek kiválogatása alkalmával bizonyára a *veleszületett siketnémaság* esetei túlsúlyban lesznek, melyeknél különben spontán javulás is szokott bekövetkezni. — *Kayser* a bemutatott esetek kapcsán azon nézetben van, hogy itt nemcsak a hallóképesség javításáról és bővítéséről, hanem az *értelmesség előidőzéséről* van szó. — *Brieger* hasonló gyakorlatok segítségével szintén kedvező eredményeket ért el, azok azonban csak oly esetekben eszközölhetők sikerrel, melyekben a hallószerv működésre képes részletei megvannak.

Tomka dr. (Bécs) bonczani készítményt mutat be, melyen a dobüregben a kalapács-üllő izülete mellett egy *számfelüti csontképlet* látható. — *Scheibe* dr. (München) két siketnémánál talált *fejlődési anomaliát* mutat be, melyek a tömkeleg hártás részében a Corti-féle szervet és a stria vascularist illetik. — *Kirchner* tanár (Würzburg) heveny dobüri genyedés esetét ismerteti, melyben a *sinus cavernosus thrombosisa* fejlődött. Ny *complicatiótól* leginkább tarthatni az *influenza* kapcsán fellépett otitiséknél, miért is ilyenkor a dobhártya paracentesise ideje korán végeztessék. *Habermann* ezzel kapcsolatban említi, hogy az utolsó influenza-járvány alkalmával a *belső fül* megbetegedésével gyakran találkozott, azonban

a gyógyulás egyetlen eset kivételével jó hallóképesség kíséretében állott be. *Rohrer* influenza-otitis egyik esetében a bő váladékból *streptococcus pyogenes-culturákat* nyolcz napon át tenyészthetett.

Bing docens (Bécs) a *dobüreg kiöblítéséről* értekezvén azon kísérletekről számol be, melyeket hullán festett folyadékkal végzett, előzetesen kisebb, majd nagyobb metszést ejtve a dobhártyán. A végzett kísérletek alapján arra a következtetésre jut, hogy az átöblítés nagyobb dobhártyahiánynál alig vezet teljesen célra, másrészt azonban kívánatos, hogy a folyadék kifolyása a dobhártyán át könnyedén történjék.

Igen élénk vitatkozás követte ez előadást, melyben legelőször is *Gomperz* arra int, hogy úgy heveny mint idült dobüri genyedéséknél a dobüreg kiöblítése fényes eredménnyel járhat ugyan, azonban megszámlálhatlan veszélyeket is okozhat, miután nemcsak esontlobot a csesnyűjtványban okozhat, hanem a folyadék a koponyatréggel határos diploe-üregekbe is hatolhat. — *Reinhard* acut esetek számára nem ajánlhatja az eljárást, annál inkább azonban fogatosítható *idült* esetekben, ha a dobhártya folytonossághiánya elég tág. — *Politzer* túlzottaknak tartja *Gomperz* aggályait és kár volna makacs esetekben ezen hasznos beavatkozást mellőzni. — *Scheibe* acut dobüri genyedések számára veszélyesnek mondja a kiöblítést, oly idült genyedésnél pedig, midőn a nyílás a dobhártya alsó felében székel, szükségtelen, ha pedig a genyedő folyamat a dobüreg felső részeiben székel, alig várható eredmény. — *Brieger* B. kísérleti tapasztalatait, saját kísérletei alapján, csak megerősítheti; első feltét azonban mindig marad, hogy az acut lobos tünetek elmúltak legyenek. — *Gruber* a dobüri kiöblítéseket szintén csak *idült* esetekben eszközli. — *Szenes* is úgy véli, hogy a dobüreg átöblítése heveny dobüri genyedésnél általánosságban ne fogatosíttassék, noha 2 praegnans esetre emlékszik, melyekben a néhány izben eszközölt átöblítés jó eredménnyel járt. — *Pins* hiszi, hogy az átöblítés csak úgy ér valamit, ha a dobhártya nyílása eléggé tág. Ugyanezt állítja *Kirchner* is, ki még arra is figyelmeztet, hogy az átöblítés túlságos nyomás alatt ne történjék.

Következő előadásában *Bing* a dobüreg genyedő lobjának azon alakjával foglalkozik tüzetesen, midőn a dobhártya bimbó-szerűen előretüremkedvén igen kis helyen likadt át. Ez esetek lefolyása rendszeren protrahált szokott lenni, B. azonban néhányszor egy csepp liqu. ferri sesquichlor.-mal érintvén a perforatio szélét, az egész körkép gyorsabban folyt le. — *Brieger* nem ért teljesen egyet B.-gel és előnyösebbnek tartja a perforatiót tágitani.

Gomperz beszámol azon kedvező eredményekről, melyeket a dobüreg felső részeiben székelő idült genyedéséknél a *conservatív* gyógykezelés által elért. Egészen 69 ily esetet észlelt, melyek alapján azt hiszi, hogy a kalapács és üllő kimetszése ezen esetekben csak akkor indokolt, ha a conservatív kezelés eredménytelen volna. — *Reinhard*, *Scheibe* és *Behrendt* ezen gyógy mód üdvös voltát megerősítik, míg *Brieger* elég kedvező eredménnyel az említett halló-csontcskákat metszette ki. — Egy másik előadásában G. a *mesterséges dobhártyák hatásáról* szólva, legjobban a már *Kosegarten* által ajánlott *por-dobhártyákat* ajánlja; általában annál jobban javítja a hallóképességet a mesterséges dobhártya, minél nagyobb a dobhártya folytonossághiánya. — *Gruber* említi, hogy az általa ajánlt *vászondobhártyák* tetemesen javítják a hallóképességet, kivált azon esetekben, hol az üllő szára és a kengyel fejecse között összeköttetés nincs. Igen ritkán az esetleg fennálló *szédülést* is megszüntetheti a mesterséges dobhártya; utóbbi körülményt *Delstanche* is megerősítette. — *Szenes* említi, hogy 30-nál több esetben *physikális* vizsgálatok alapján azon ismert tényről győződhetett meg, hogy a *nedves* mesterséges dobhártya a *hallóképességet* óra és beszéd számára sokkal tetemesebben javítja mint a *száraz* mesterséges dobhártya. És dacára annak, hogy a megnedvesítés mindig antiseptikus oldattal történt, a genyedés az esetek túlnyomó számában újból beállott, míg utóbbi *száraz* mesterséges dobhártya alkalmazásakor *ritkábban* következett be.

Reinhard a *felső állkapocs* üregében székel *rák* készítményét mutatta be, mely *empyema antri Highmori* tünetivel járt és csakis a kórszövet-tani vizsgálat derítette ki előbbit. — *Pins* dr. (Bécs) egy általa szerkesztett *orr-douche*-t mutat be, melynek alkalmazása-

kor az Eustach-kürtök elzáródnak, miáltal a fül infectiója teljesen ki van zárva. Végül *Delstanche* heveny és idült dobüreg-hurut számára a fehér vaselin-olajat ajánlja, mely az Eustach-kürtön át a dobüregbe fecskendezendő. *Gomperz* ezzel kapcsolatban említi, hogy a dobüreg sklerotikus folyamatánál kedvező eredményeket látott ezen szereléstől.

*

Az említettek kivül alig sorolhatnák fel még valami lényegest, a mi az egyik vagy másik ülésen előfordult volna. Természetes dolog, hogy azokat, kik a történekről bővebb tudósítást kívánnak, a fülörvosi szaklapokban majd megjelenő terjedelmesebb tudósításokra kell utalnom. Látható azonban az itt felsoroltakból is eléggé, hogy a szakosztály minden tekintetben a vándorgyűlés egyéb szakosztályai mellé méltán sorozható.

Budapest, 1894. október hó 1-én. *Szenes Zsigmond* dr.

Heti szemle.

Budapest, 1894. december 27-dikén.

A diphtheritis gyógyítása vérsavóval. *Le Gendre* a párisi „Société médicale des hôpitaux” egyik utóbbi ülésen előadást tartott a diphtheritis serumtherapiájáról. (La semaine médicale, 1894. 70. sz.) 18 esete közül 2 végződött halálosan, vagyis 11.1%. Croupban szenvedett 6 beteg közül 3-nál végzett tracheotomiát; mind e 6 beteg meggyógyult és pedig a tracheotomizáltak feltűnő gyorsasággal. Az esetek többségében a hőmérsék a serum befeccskendése után emelkedett; ezen emelkedés 12—48 óráig állott fenn. 15—20 nappal a serum befeccskendése után néha kóros jelenségek mutatkoznak, melyek 8—10 napig tarthatnak. Így a különböző fajta erythemákon kívül észlelhetők ismételt hányások, hasmenések, excitált vagy deprimált állapotok, phosphaturia, urobilinuria. Bizonyos lovak savójának használata után ezen tünetek gyakoriabbak. Közvetlen veszély vagy croup kivételével csak akkor végzi előadó a befeccskendést, ha bacteriologiai vizsgálat megerősítette a kórismét. Prophylactice nem használja a vérsavót.

Az előadáshoz fűződött eszmecsereben *Lebréton* a „Hôpital des enfans malades” statistikáját ismerteti. 242 beteg közül 28 halt meg, vagyis 11.57%. Tracheotomia 23 esetben végeztetett, 8 halálzással; a halálzás százaléka tehát 34.78. 48 intubált eset közül 14 végződött halálosan, vagyis 29.16%; november óta az eredmények még jobbak, a mennyiben 33 intubált eset közül csak 8 végződött halálosan, vagyis 24.24%. *Roger* állatkísérleteiről számol be, melyeket a serum physiologiai hatására vonatkozólag végzett. Az egyik sorozatban egészséges házinyulak bőre alá nagymennyiségű (3—5 cm.) serumot fecskendezett be. Láz nem jelentkezett, de a vizelet változásokat mutatott és pedig azokhoz hasonlókat, a melyeket lázas egyéneknél rendszeren észlelhetni: a vizelet sűrűbb lett, a huyagy és phosphatok mennyisége növekedett; a chloridok mennyisége azonban csökkent. A kísérletek második sorozatában olyan házinyulakba fecskendezte a serumot, a melyeknél valami gyenge változás mutatkozott, pl. egy kiesiny tályog. Ezen állatoknál a fent leírt változások a vizeletben fokozott mértékben voltak jelen, továbbá súlyuk is tetemesen csökkent. Albuminuria vagy peptonuria sohasem észleltetett. Arra vonatkozólag, hogy kellemetlen melléktünetek bizonyos lovak serumának használata után gyakrabban mutatkoznak, megjegyzi, hogy a Pasteur-intézetben jelenleg azzal a tervvel foglalkoznak, hogy a különböző állapotoktól származott serumokat elegyítsék és így egyforma hatású folyadékot nyerjenek.

Washbourn, *Goodall* és *Card* a londoni „Clinical Society” december 14-diki ülésén (British medical journal, 1894. decz. 22.) 80 diphtheritis-esetről számoltak be, melyeket a „British Institut of Preventiv Medicine”-től kapott serummal gyógykezelték. Mindenekelőtt a diphtheritis bacteriologiáját illetőleg tettek néhány megjegyzést. A 80 eset közül 61-ben találták meg a Löffler-féle bacillust. Azt találták továbbá, hogy a betegség súlyossága általában arányban volt a diphtheritis-bacillusok számával; továbbá, hogy a rövid Löffler-féle bacillusok kevésbé virulensek, mint a középhosszúak, a legvirulensebbek pedig a hosszú Löffler-bacillusok. Az egyszerre befeccskendezett serummennyiség 5 és 30 cm. között ingadozott, a betegség alatt összesen befeccskendezett mennyiség pedig 5 és 90 cm. között. A serum kedvező hatása

abban nyert kifejezést, hogy az álhártyák megkisebbedtek, a hőmérsék és a pulsus száma csökkent, végül az általános állapot tetemesen javult. 20 esetben küteg jelentkezett, 6 esetben pedig fájdalom a kis ízületekben, mely 1—3 napig tartott. A legkisebb mennyiség, mely ezen zavarokat előidézte, 10 cm. volt. A halálzás 19.44% volt. Tracheotomia 9 esetben végeztetett 3 halálzással. Postdiphtherikus-hűdés eddig 6 esetben észleltetett, de egyszer sem súlyos alakban.

Az előadáshoz fűződött eszmecsereben a többi közt *Herringham* 18 esetről tesz említést, melyeket a „St. Bartholomew's Hospital”-ban serummal kezelt. Az esetek közül 7 könnyű és 11 súlyos természetű volt. A könnyű eset mind gyógyulással végződött. A súlyos esetek közül 10-nél tracheotomiát, 1-nél pedig intubatiót végeztek. A 10 tracheotomizált gyermek közül csak 3 halt meg. *Lennox Browne* még csak 5 esetben tett kísérletet a serummal; ezek közül 2 halálosan végződött; mindkettőben anuria mutatkozott. A többi 3 esetben is észlelte időszakos csökkenését a diuresisnek.

Widerhofer a „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien” december 21-dikén tartott ülésén 100 vérsavóval orvosolt diphtheritis-esetről számolt be. A 100 eset közül — állítólag csak súlyos és nagyon súlyos esetekben használta a vérsavót — 24 halálosan végződött; érdekes, hogy az egyik esetben a larynxstenosisra járt diphtheria után reconvalescentia vége felé újból jelentkezett diphtheria, mely halálhoz vezetett. Az előző 9 hónapban, a mikor nem savóval gyógyították a diphtheriás betegeket, 52.6 volt a halálzás százaléka. A 100 eset közül 96-ban a Löffler-féle bacillus volt kimutatható, 2 esetben nem, más 2 esetben pedig a vizsgálat nem volt megejthető, mert a betegek néhány órával a felvétel után már meghaltak. A legtöbb esetben már 12 órával a serum befeccskendése után az eredetileg sárgás izzadmányok fehéreké, tejszerűekké lettek és felfüggölődésük, valamint leválásuk megindult. Főleg a tiszta diphtheria-alakokra áll ez, míg a kevert alakoknál az exsudatum inkább piszkossá, pépessé lesz. A befeccskendést követő napon a megdagadt mirigyek többnyire lelohadnak, hasonló mondható a nyaki vizenyőről és az általános állapot is feltűnően javul. Befolyás a hőmérsékre csak kivételesen volt észlelhető, a pulsus azonban rendszeren teltebb és erősebb lett, száma pedig csökkent. Káros befolyás a vesékre nem volt kimutatható; a hűdésük úgy látszik ritkábban jelentkeznek a serummal kezelt betegeknél. Olyan esetekben, melyekben a diphtheriás folyamat már a gégeire is áterjedt, a stenotikus tünetek azonban még csak kezdetüket vették, elég gyakran kedvező az eredmény; ha azonban a folyamat már a légcsőre is áterjedt, kedvező eredmény csak elvétve észlelhető. A serum prophylactikus értékéről eddigi tapasztalatai alapján még nem nyilatkozhatik.

Vegyések.

Budapest, 1894. december 28-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1894. december 9-dikétől december 15-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 346 gyermek, elhalt 252 személy, a születések tehát 94 esettel múltak felül a halálzásokat. — A fővárosi közkörházakban ápolatott e hét elején 2196 beteg, szaporodás 600, csökkenés 664, maradt e hét végén ápolás alatt 2232. — A fővárosi tisztai főorvosi hivatalnak 1894. december 17-től december 23-ig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 3 (meghalt 2), himlőben 4 (meghalt —), bárányhimlőben 36, állhimlőben 2, vörhenyben 18 (meghalt 3), kanyaróban 106 (meghalt 8), ronsoló toroklobban 32 (meghalt 4), torokgyíkban 5 (meghalt 1), trachomában 20, hőkhurutban 2 (meghalt —), orbánczban 7, gyermekági lázban 1 (meghalt 1).

— **Schwartzter Ottó** egyetemi magántanárt az igazságügyminister az igazságügyi orvosi tanács alelnökévé nevezte ki.

— **Egyetemes orvosdoktorokká felavattattak** 1894. december 10-dikén: *Hudák János*, Harsány (Borsodm.), f. a. Kélti tr. — 1894. december 15-dikén: *Ferenzi Ignác*, Temerin (Bácsm.), f. a. Bókai tr. — 1894. december 22-dikén: *Arday Károly*, Csaba (Békém.), f. a. Thanoffer tr.; *Herzfeld Lipót János*, Moson (Mosonm.), f. a. Laufener tanár; *Scholz Kornél*, Gölniczbánya (Szepesm.), f. a. Klug tr.; *Endersch Ló*, Moór (Fehém.), f. a. Récey tr.; *Világfi Sándor*, Sátoralja-Ujhely (Zemplénm.), f. a. Korányi tr.; *Göbl Lajos*, Alsó-Metzentz (Abauj-Tornam.), f. a. Kovács tr.; *Gottlieb Mór*, Pomáz (Pestm.), f. a. Fodor tr.; *Krompecher Odón*, Poprád (Szepesm.), f. a. Schulek tr.; *Fürst B. Béla*, Zala-Egerszeg (Zalam.), f. a. Mihalkovics tr.; *Németh Ignác*, Budapest (Pestm.), f. a. Kézmárszky tr.; *Spitzer Gusztáv*, Tétény (Pestm.), f. a. Tauffer tr.

— **Egyetemi alkalmazás.** *Szili Sándor* a kórboneztani intézet díjtalan gyakornokául alkalmaztatott.

— **Galicziában** december 3-dikától 9-dikéig összesen 243 choleraeset fordult elő, melyek közül 136 végződött halálosan.



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

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

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-kórházban 1894. december 20-tól egész december 26-ig ápolt betegekről.

1894.	Felvett			Elbocsátott			Moghalt			Maradt			Az ápoltak közül			
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szűlő	heveny	az álló-úti
Decz. 20	46	28	74	25	36	61	3	2	5	1230	872	2102	1048	29	59	966
21	40	43	83	40	35	75	2	—	2	1228	880	2108	1052	29	64	963
22	51	45	96	56	36	92	3	4	7	1220	885	2105	1053	29	68	955
23	43	25	68	36	35	71	4	3	7	1223	872	2095	1049	29	65	952
24	50	24	74	54	24	78	1	5	6	1218	867	2085	1043	29	68	945
25	33	26	59	29	13	42	4	4	8	1218	876	2094	1050	29	69	946
26	36	22	58	55	39	94	6	3	9	1193	856	2049	1012	31	69	927

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI
ÉS
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST
VII., KEREPESI-ÚT 52.

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

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

SOK A ROSSZ UTÁNZAT!

A jelenkor legjobb vaskészítménye az
**ORIGINALIS SYRUP. FERRIALBUMINATI
WIEDERHOFFER-DIÓSY.**

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

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

SOK A ROSSZ UTÁNZAT!

DR. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

(A király-utcai villamos vasút mentén.)

Ujonnan épült, minden komforttal és gyógyszerközzel ellátott magángyógyintézet. Felvétetnek bármely gyógyszerakmába vágó beteg nők. — Gyógykezelés kívánság szerint bármely specialista által. Van külön szülészeti pavillon is. Állandó orvosi felügyelet. Kitűnő ellátás. Telefon. Kívánatra prospectus.

GUAJACOLCARBONAT

kitűnő szer tuberculosis ellen.

Következétesen megszabadítja a vért a bakteriummérgektől (Berl. Klin. Wochenschrift 1892. 3. sz.) 90:5 legtisztább guajacolt tartalmaz, de ment minden iztól, szagtól és étető hatás-tól és ezért a legérzékenyebb betegek által is szívesen vétetik és ki nem hanyatlik. A testsúly és az erő gyors gyarapodása kb. 23 font 4 hét alatt. (Berl. Klin. Wochenschrift 1893. 51. sz.) A guajacolcarbonat hatásáról typhusnál l. Allgem. med. Centr. Zeitung 1893. 45-46 sz. Irodalmi kivonatokkal és használati utasítások-kal szolgál

Dr. F. von Heyden Nachfolger, Radebeul bei Dresden.

Eladás a drognakereskedések és gyógyszerertárak útján.

Dr. HALPERTH ÁKOS
testegyenészeti, massage- és svédornászati intézete
BUDAPEST,
V. ker., Fürdő-utca 8. szám.

**MATTONI FÉLE
GIESSHÜBLER**
legtisztább égvényes
SAVANYUKÚT

Gyógy- és vizgyógy-
intézet
Giesshübl-Puchstein
Karlsbad mellett.
MATTONI-féle
giesshübli savanyúkút
eredési helye.

Legjobb étrendi és üdítő ital

MATTONI HENRIK
Budapest, Franzensbad, Karlsbad és Bécs.



ICHTHYOL

sikerrel alkalmaztatik:

NŐI BAJOK ÉS SÁPKÓRNÁL,
húgyeső-takárnál, bőrbetegségeknél,
az emésztő és vérkeringési szer-
vek bajainál,
TOROK- ÉS ORRBÁNTALMAKNÁL

valamint mindennemű lobos és csúzos bántalmak ellen,
egyrészt kísérletek és klinikai tapasztalatok által bebizonyult
összehúzó, fájdalom-csillapító és antiparazitaer tulajdonságai,

másképpen
a felszívódást elősegítő és az anyagcserét fokozó hatásánál fogva.

A szert klinikusok és orvosok nagy száma melegen ajánlja és az egyetemi valamint városi kórházakban állandóan használattatik.

Az ICHTHYOL-t illető tudományos cikkeket vönymintákkal ingyen és bérmentve szötküld az

ICHTHYOL-TÁRSASÁG

CORDES HERMANNI és TÁRSA, Hamburgban.