

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 golyva operatív kezeléséhez.

Közli *Ostermayer Miklós* dr. Budapesten.

Azon óriási lendület, melyet az operatív sebészet összes legsúlyosabb ágaiban az asepsis és ennek uralma alatt lehetővé vált operatív technikának bámulatos tökélye által nyert, a golyva sebészi kezelésében is kiváló módon nyilvánul. Ha figyelemmel követjük a golyva-sebészet fejlődési menetét annak jelenlegi fényes polczáig, meg kell vallanunk, hogy „ez kétségkívül a legnagyobb haladás, mely egy sebészi bántalom operatív kezelésében történt”. Nem tagadhatjuk ugyan azt sem, hogy nem kis számú szomorú tapasztalat árán kellett a golyva operatív kezelésének mai tökélyét megvásárolnunk. De így történt ez más sebészi bántalmak kezelésénél is. Elég, ha például felhozzuk a has-sebészetet, hogy megmutassuk, mennyi áldozatot kellett hozni és mennyi elháríthatlannak látszó akadályt kellett leküzdeni, hogy ezen sebészi ág mai fényében tündököljék.

Az összehasonlító halálzási statisztika a legjobb bizonyítékot nyújtja arra nézve, hogy mily rendkívüli haladást tett a golyva sebészi kezelése. Először két sorozatot hozok fel, *Liebrecht*¹-ét és *Kocher*-ét,² melyek azon időszakot ölelik fel, mely az első golyvaműtétektől 1882-ig illetőleg 1883-ig folyt le, mely utóbbi évben az ezen adatokat tartalmazó munkák megjelentek. *Liebrecht* szerint a halálzás 1850-ig 31·48%, 1851-től kezdve 1876-ig 70·30%, 1877—1882-ig 14·81% volt. *Kocher* szerint a halálzási százalék azon 70 golyva-műtétnél, mely 1851-ig végeztetett, 41% volt, az 1877. évig végzett 146 műtétnél 21% és az 1883-ig végrehajtott 240 strumektomiánál 11%. Ha szemügyre vesszük a legújabb adatokat, az eltűnően csekély halálzási százalékban a golyva-sebészet legszebb diadalait kifejezve találjuk.

Kocher egyik jelentésében 250 önvégezte teljes golyva-kiirtásról számol be 6 halálessettel (2·4% halálzási százalék). Ezen hat eset közt három rosszindulatú golyva és egy Basedow-kór volt jelen. Ezen eseteket levonva 0·8% halálzási százalék marad vissza. Még ezen arány is kedvezőbb világításban tűnik fel, ha meg tudjuk, hogy ezen itt tekintetbe jövő két halálesset közt az egyik ethylenmérgezést képvisel, a másik beteg pedig fuldoklás közt, haldokolva hozatott a klinikára.

*Krönlein*³ 202 golyva-műtetet végzett 11 rosszindulatú és 191 jóindulatú golyvánál 7 halálzási esettel; a halálzások csupán rosszindulatú alakokra vonatkoznak (3·5%).

*Zesas*⁴ munkáiban 100 golyva-műtétről számol be 3% halálzási százalékkal; egy eset nyelési tüdőlob következtében halt el, mely utóbbi a narcosis alatt kihányt gyomortartalomnak aspiratiója folytán keletkezett; a második bronchopneumonia, a harmadik pedig sepsis következtében pusztult el. Ezen három eset közül csupán az utolsó jöhet tekintetbe, mert csak ez halt el közvetlenül a műtet következményeinek befolyása alatt. Így tehát a halálzás 1%-ra sülyed.

*Keser*¹ 59 golyva-műtétről referál, (5 teljes kiirtás, 17 részleges strumektomia és 37 enucleatio) egy halálessettel (1·6%).

*Lehotzky*² 62 golyvaenucleatióról tesz jelentést *Albert* klinikájáról egy halálessettel. Utóbbinál a halál légembolia által jött létre akként, hogy műtet közben egy viszér tépetett fel, melybe szörtyögő zörejrel áramlott be a levegő.

*Sulzer*³ 200 golyva-műtétről számol be munkájában a *Kappeler* vezetése alatt álló münsterlingeni kantonkórházból. 144 strumektomiából álló seria (27 exstirpatio, 98 enucleatio és 19 vegyes műtet) egyetlen egy halálesset nélkül végeztetett 1882—1892 évig.

Ily eredmények mellett — még számtalan kisebb-nagyobb, a legjobb eredménnyel végzett különféle szerzőktől származó műtéti sorozatot említhetnék meg — igen érthető, hogy *Kocher* idézett munkájában kijelenti, „hogy mai napság golyva-excisio folytán bekövetkezett halálzásról nem kell beszélnünk”. A golyva-műtétek által elért fényes eredmények a golyva operatív kezelésének általánosítására vezettek úgy, hogy mai nap Európa és Amerika minden országaiból — kevés kivétellel — nagy műtéti sorozatok állnak rendelkezésünkre. Azonban a golyvának nemcsak azon alakjai esnek műtéti kezelés alá, melyek rosszindulatú jellegük vagy a lényeges szervekre való nyomás által válnak veszélyessé, hanem azok is, melyek azáltal válnak alkalmatlanokká, hogy a beteg nyakát eltorzítják. Helyes *Wölfler*-nek azon nyilatkozata, hogy a golyvát mai napság olyannak kell tekintetünk mint bármely más újképletet, daganatot és a szerint is kell kezelünk. És ezen nyilatkozat mellett is bizonyítanak a már jelzett nagyszámú műtéti sorozatok.

A golyva-sebészet fellendülésének első szakában majdnem kizárólag üzött totalexstirpatio után beállott szomorú következményes állapotok — cachexia strumipriva, tetania, epileptiform göresös rohamok stb. — a mai napság általánossá vált partialis strumektomia különféle módszerei által mindenkorra ki vannak küszöbölve. Nem tagadható ugyan, hogy ezen cachektikus állapotok itt-ott részleges golyvakiirtás után is észleltettek, de mindig kiscokúak és mulékonyak voltak, úgy hogy a beteg általuk egészségében tetemes kárt nem szenvedett. *Eiselsberg*⁴ kitünő munkájában, melynek alapjául *Billroth* klinikájának nagy golyva anyagja szolgált, kimutatta, hogy míg a totalexstirpatio után az operáltak közül 70% a pajzsmirigy hiány következményes állapotaiban szenved, a részleges golyva-műtétek után vagy épen semmi, vagy csak mulékony tetaniás tünetek léptek fel.

Ép ezen biztonság, melylyel a részleges kiirtási módszerek alkalmazása mellett maradandó eredményre számíthatunk, nemkülönben a műtéti technika és az aseptikus sebkezelés tökéletessége, mely mindazon veszélyeket, melyek a beteget műtet közben és azután fenyegették, majdnem teljesen kiküszöbölte, annyira vitték a dolgot, hogy a golyva sebészi kezelése manapság az összes sebészileg képzett orvosok közbirtokává vált s nagy mérvben a legjobb eredménnyel tüzetik. Csak minálunk mutatkozik tartózkodás a golyva sebészi kezelése

¹ Bull. de l'Acad. de med. de Belgique. 1883. XVII. Nr. 3—4.

² Bericht üb. d. Verh. d. deutsch. Ges. f. Chirurgie. XII. Congr. 1883.

³ Bruns's Beiträge zur klinischen Chirurgie. IX. kötet.

⁴ Archiv f. klin. Chirurgie. 36. és 39. kötet.

¹ Enucleation ou exstirpation du goitre parenchymateux. Paris, 1887.

² Wiener klin. Wochenschrift 1891. 41. szám.

³ Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 36. kötet 1893.

⁴ Beiträge zur Festschrift gewidmet Billroth 1893.

irányában, úgy látszik, régebbi tradíciók befolyása alatt; nekem legalább nem sikerült az összes hazai sebészi irodalom átkutatásánál e tárgyról nevezetesebb feljegyzéseket feltalálni. Egészen négy operált eset közöltetett. A golyva teljes kiirtásának egy esete, melyet *Janny*¹ operált és 1889-ben a kir. orvosegyesület XX. ülésén bemutatott és *Nuszer*² munkácsi közpórházi igazgató-főorvos három esete, melyek között kettőnél teljes, a harmadiknál féloldali exstirpatio végeztetett. Ugyanezen dolgozatban, mely *Kovács József* tanár 25 évi tanárkodásának ünneplése alkalmával az „Ünnepi dolgozatok“ kötetében 1894-ben megjelent, fel van többek közt említve, hogy *Kovács* már régebben alakította a pajzsmirigy ereket golyvánál.

Kétséget nem szenved, hogy ezen néhány operált eseten kívül egynemely hazai sebésztől több golyvaeset vettett mütét alá, azonban az operatív golyvakezelés rendszeres üzését, mely jelenleg már mindenütt meghonosult, hiába keressük nálunk. Úgy tetszik, mintha mi még mindig ragaszkodnánk azon régebben kétségkívül jogosult, mai napság azonban már oly általánosságban még sem érvényes nézethez, hogy a golyva mütétek rendkívül veszélyesek s így megelőzünk a struma intern kezelésével és a sebészi palliatív gyógy módok alkalmazásával. Még pedig mily termékeny talajt talál a szaksebész hazánkban a golyva-sebészet gyakorlására! Ismert dolog, hogy a golyva az országnak északra és keletre fekvő hegyes megyéiben, nemkülönben a Csallóközben és a Stájerországgal határos megyékben endemikusan fordul elő s nem egy emberélet esik neki áldozatul. Nem volna, mint hiszem, hálátlan feladat Magyarország golyvatereit kikutatni és a golyva-betegség gyakoriságát az egyes territoriumok szerint számokban kifejezni, ha nem is emelhetünk mindjárt igényt mind geologiai, mind orvosi tekintetben oly pontos és tökéletes munkára, mint minő *Kocher*-nek „Über Vorkommen und Vertheilung des Kropfes in Canton Bern“ (Ein Beitrag zur Kenntniss der Ursachen der Kropfbildung von Prof. Dr. Theodor Kocher Bern 1889. K. J. Wyss) című műve.

A nálunk végzett golyva-mütétekről szóló jelentések csekély számát tekintve nem fog feleslegesnek feltűnni ezen kis közleményem közzététele, mely magában foglal három golyvamütétet, melyet másodorvosi működésem alatt egy év lefolyása alatt a fővárosi szt. János-kórházban és egy negyediket, melyet magángyakorlatomban végeztem. Feladatokat azonban csak akkor tekinteném befejezetteknek, ha adataim által hazai szakkartársaim figyelmét a golyva-sebészet rendszeres gyakorlataira eredménnyel felhívám.

Körtörténetek.

P. . . . János, 14 éves, vasúti őrnek fia Pettendről Fehérmegyében, 1892. december 17-dikén felvétetett a szt. János-kórház sebészi osztályára. Állítása szerint sem a családban sem a faluban golyva nem fordul elő. 1892. tavaszán beteg észrevette, hogy nyaka vastagodik. Ugyanezen év augusztus havában a nyaki dag tetemesen nagyobbodott és gyors növekvés folytán légzési nehélység állottak be, melyek a beteget kényszerítették, hogy kórházunkban keressen segílyt.

A korának megfelelően fejlett fiú mérsékelt táplálkozást mutat. Nyaki daganatán és az ezzel összefüggésben levő légzési nehélységek kívül betegségről nem panaszkodik.

A mellő nyakháromszög (Halsdreieck) jobb felében a nyelvcsont magasságától kezdve a jugulumig két férfikül-nagyságú, feszesen rugalmas, eltolható, göbös daganat, mely nyelvcsontnál a gégevel együtt mozog. A daganat felső csúcsán és közepén egy-egy nagyobb, jobban kidomborodó, tyúktójs-nagyságú göb. Az isthmusban egy diónagyságú csomó. A puláló carotis emeli a daganatot, melynek felső csúcsába az irónvastagságyaira tágult, erősen lüktető art. thyreoidea sup. ereszkedik. Kórisme: foetalis adenoma a jobb pajzsmirigy lebenyben és az isthmusban.

A mütét december 22-dikén chloroformmárkosisban végeztetett. Körülbelül 30 cm. hosszú, ívalakú metszés, mely a bőrön és platysmán áthatol és a jobb fossa retromaxillarisból a bal sterno-clavicularis izületig terjed. A musc. sterno-, omo- és thyreoideus, melyek a daganatot keresztezik, átmetesznek. Az art. és vena thyreoideus sup.-nak és a daganat felszínén végigfutó edényeknek kettős alakítása és átmetésze után az

¹ Orvosi Hetilap 1889. Lásd június 8-dikán tartott ülésről szóló jegyzőkönyvet.

² Ünnepi dolgozatok Kovács József dr. (1869—1894) negyedszázados tanárkodásának emlékére. Bakó Sándor dr. és Budai Kálmán dr. közreműködésével szerkesztette Réczey Imre tnr. Adatok a golyva-kiirtás operációjához Nuszer Lajos dr.-tól, 109. lap.

egymás felett fekvő göbök felett a mirigy-gyurma bemetszetik a göbök tokjáig, mire azok a mirigy-gyurmából tompán, jelentékeny vérzés nélkül kifejtetnek. Ugyanez történik az isthmusban elhelyezett diónagyságú csomóval, mire az üregek néhány vérző edény alakítása után jodoformgaze csikkal kitömetnek. A jodoformgaze csikkok a melléjük fektetett drainsövekkel kivezethetnek, mire a sebvarrat következik. A mütét alatt végzett véredény alakítások száma 60 volt.

December 26-dikán első kötészváltoztatás, mivel a hőmérsék 25-dikén este 38^o4-re emelkedett. A seb semminemű reactio tünetét nem mutatja. A tamponáló jodoformgaze, mely genyes, a sebüregekből eltávolítatik. A drainsövek meghagyatnak. Esti hőmérsék 40^o.

December 27-dikén. Reggeli hőmérsék 38^o5^o, esti 40^o; kötészváltoztatás. Daczára a magas hőmérséknek a közérzet jó. Betegnek étvágya van és nem tartható ágyban, fel és alá sétál a szobában és foglalkozik.

December 28-dikán. A seben reactio nem észlelhető. Reggeli hőmérsék 38^o0^o, esti 38^o5^o.

December 30-dikán. Reggeli hőmérsék 37^o6^o, esti 38^o7^o. A varratok eltávolítatnak. A seb per primam gyógyult, a drain csatornákat kivéve.

December 31-dikén. 26-dika óta naponkénti kötészváltoztatás. A heg közepe táján fekvő szűrcsatornák egyikéből nyomásnál néhány csepp geny ürül ki. A bevezetett sonda néhány cm.-nyi távolságra halad a bőr alatt, melynek felhasítása után egy a sebüregeben elfelejtett jodoformgaze-tampon távolítatik el. Drainage. Hé reggel 38^o, este 39^o0^o.

1893. Január 1-jén. A hőmérsék eszikken, a mennyiben reggel 37^o8^o, este 38^o0^o.

Január 2-dikán. Reggeli hő 37^o5^o, esti 39^o7^o.

Január 3-dikán. A metszési hegben mogoró nagyságú bőralatti tályog, mely felhasítatik és belőle geny és egy fel nem szívódott catgutligaturával ellátott szövetszöveg ürül ki. Ezentúl rendes hőmérsék.

Január 10-dikén ismét jelentkezik egy kis tályog a nyak közep-vonalában, melyből a felhasítás után szintén egy ép catgutfonál ürül ki.

Január 20-dikán az összes drainsövek eltávolítatnak.

Január 28-dikán az összes sipolyok be vannak gyógyulva.

Február 11-dikén beteg gyógyultan lett a budapesti kir. orvos-

egyesület ülésén bemutatva és 12-dikén elbocsátva.

(Folytatása következik.)

A gyökeresnek nevezett vizsérvmütét egy új módosítása.

Baumgarten Samu dr.-tól.

A hydrocele vaginalis gyógyítására mai nap használatban levő módszerek közül egyik sem olyan, hogy minden tekintetben megfelelőnek volna mondható. Ha végig vonulnak szemem előtt azon különféle eljárások, melyeket a különféle nemzetiségű és hazai sebészek által láttam alkalmazni, egyik sem olyan, hogy mondani lehetne reá: veszélylyel nem járó, a mellett néhány nap alatt vezet gyógyulásra és recidiva biztossággal zárható ki, ez utolsó okból a radikális hydrocele mütét elnevezés nem is jogos. Ha nem practikus, hanem theoretikus szempontból szemléljük a dolgot, igazán radikálisnak csak akkor volna nevezhető a mütét, ha a hydrocele folyadékát termelő tunica vaginalis teljesen eltávolítatnék; mai nap többnyire nem is anatómiai, hanem physiologiai viszonyok azok, melyek a sebész működésének határt szabnak, esetünkben azonban éppen bonczani viszonyok azok, melyek általunk méltánylandók. A tunica vaginalis herét és részben mellékhérét fedő része a tunica albuginea-ával oly szoros összeköttetésben áll, hogy leválasztása a mirigyállomány megsértése nélkül és így fenntartásának veszélyeztetése nélkül lehetetlen. Eddigelé a hydrocele recidiválását csakis azon esetekben birtuk biztossággal kizárni, a midőn a beteg here eltávolítása is szükségből végre lett hajtva.

Módszerem ismertetése előtt szükségesnek találok azon eljárásokat végig tekinteni, melyek eddigelé alkalmazásba kerültek a hydrocele vaginalis gyógyítására, már csak azért is, hogy azok tökéletlen voltára utalhassak.

A hydrocele kezelési módszerei beoszthatók sebészeti beavatkozással nem járókra és sebészetiokra. Gyermek vizsérve sokszor önként mulik el; Fayrer szerint Indiában gyakoribb nem benszüllött felnötteknél a hydrocele, onnan ha visszatérnek Angliába, magától mulik vagy egyszerű punctióra. Heveny vizsérvnél, mint az heveny mellékhérleob után előfordul, kétség-telenül sok esetben siker érhető el módszeres compressióval, a mire elegendő wattával kibélelt suspensorium által gyakorolt nyomás, fokozatosan növelve a wattarétegek számát; a serotumnak collodiummal való bevonásától is láttak sikert, a jod kenőcsök és festvény alkalmazása mindennapi, még belső

kezelésnek is eredményt tulajdonítanak, így a digitalisnak, jodkalinak. Bőrizgatás által lobelvonólag akartak hatni cantharidin, mustár alkalmazása, salmiak borogatások által. Nadályok is alkalmaztattak s ezek a serotum bőrén nagy haematomák képződésére vezettek. Villamozást galvanikus és faradikus árammal szintén megpróbálták, az electropunctura alkalmazása már operatív beavatkozással járó.

A sebészeti eljárásoknál a folyadék kibocsátása történik, mi magában csak palliatív eljárás, csak kis gyermekeknél történik meg néha, hogy ily egyszerű kibocsátás után sem gyűlik meg újra. Hogy a folyadékgyülem újabb keletkezése akadályoztassék, a műteti beavatkozásnál három eljárás van alkalmazásban. Az első eljárásnál vegyi szerek által a tunica vaginalis oly izgatása hozatik létre, mely adhaesiv lob okozása által a falzat összenövését idézi elő vagy pedig a falzatot tulajdonságaiban úgy átalakítja, hogy a secretio és resorptio egymással arányban áll, úgy hogy újabb folyadékgyülem nem keletkezik.

A második eljárásnál lob hozatik létre subcutan többszörös átmetszés által (Jobert, Rizzoli), bemetszés, cauterisatio és idegen testek a tunica vaginalis üregébe helyezése által, kötszerrel való kitamponálás, troicarthüvely bennhagyása (Neumann), drainsó, fonalak behelyezése (Ricord) által; már Quatrociochi előtt Fiorani catgutfonalak behelyezését végezte 2 napra.

A harmadik eljárásnál a tunica vaginalis egy részének kivágása történik, így Wood a punctio nyílásán át kis kimetszést végzett. Balesetek mindegyik eljárásnál előfordultak. Ezen eljárások kombinálva is alkalmaztatnak.

Az electropunctura végleges eredményeit tekintve nem igen kecsesgető. Különböző módosításait szemügyre véve, Murray a folyadék egy részének kibocsátása után alkalmazta a galvanopuncturát. Onimus finom troicart-ral kibocsátotta a folyadékot s néhány csepp jodkali-oldatot és jodtincturát fecskendezett be, azután a canuleön át hegyéig isolált platinsodronyt vezetett be és összekötötte az anoddal, a kathodot kívül a bőrre alkalmazta, 8—10 perczig galvanisált; gondolatmenete az, hogy az áram által jod szabadabbá lesz és in statu nascendi mint marószert hat a tunica vaginalisra és ezáltal a gyógyulást előmozdítja. Rodolfi a folyadékot kibocsátva a troicart-on át, a canuleön át a gombig isolált réz sondát vezet be, ezt egybeköti 4 elemből álló Bunsen-telep kathodjával, az anod nedves szivacs alakjában a serotum és ondózsínór tájékára lesz alkalmazva. Kőralakú mozgásokkal a sonda gombjával lassanként a zsák egész belső felületét érinti 6 egész 12 perczig, a fájdalom csekély. A következő napon reactiv lob áll be és 15—20 nap után a gyógyulás befejezett. Zülzer lehetőleg távol egymástól két tűt szúrt be és 2—2 $\frac{1}{2}$ perczig 3—4 Milliampère erejű áramot alkalmazott. Nyolcz nap mulva az egész folyadék eltűnt. Kezdetben complicatio, hogy oedema seroti lép fel, ellenben a vizelet az első napokban szaporodott a fokozott resorptio folytán. Gautier a folyadék kibocsátása után 5%-os jodkali oldatot fecskendezett be és a positiv sarknak megfelelő electrodot a tunicába vezette, míg a negativ electrodot a czombra alkalmazta; 18 Milliampère erősségű áram 12 percznyi alkalmazása után a jodkali felbontása által gyenge reactio és gyógyulás hozatott létre.

Ranald Martin calcuttai angol sebész volt az első, ki a punctio után jodbefecskendéseket alkalmazott; mielőtt ezen eljárásról közelebbről beszélnek, punctióval egybekötött más módszerekről akarok szólni.

Porta 16 hydrocele esetet közölt, hol 0.3—8 gm. cloralhydratot 1—2 rész vízben oldva 1—4-szer fecskendezett be; öt igen nagy hydrocele felére kisebbedett, kilencz adhaesiv lob által gyógyult, kettőnél gennyedés és gangraena állott be. Monod punctiót végezve Pravaz-tűvel, 1 gm. 40%-os alcoholt fecskendezett be. Körülbelül 6 injectio volt szükséges, úgy hogy négy egészen hat havi időre volt szükség. A reactio a befecskendések után csekély volt, a betegek működésükben nem lettek zavarva. Perrin ezen módszert siker nélkül alkalmazta. Dolbeau közönséges hőmérsékű tiszta vörös bort fecskendezett be s azt pár perczig benn hagyta, 54 gyógyulása volt, egy esetében elgenyedés jött létre.

Défert metzi sebész a folyadék kibocsátása után a canuleön át lapis pálczát vezetve be, a tunica vaginalist csak egyes pontokon érintette, hogy általános adhaesiv lob támadhasson, 2—4 hét alatt gyógyulás állott be; előnye, hogy injectiós folyadék nem infiltrálódhatik a herezacskó falába.

Green a folyadék kibocsátása után vízben feloldott ergotint fecskendezett be, ezt ott hagyta, a reactio nem volt nagy, a fájdalom mérsékelt; 5—8 nap mulva ismét dolgozhatott a beteg.

Houzé de l'Aulnoit a hydrocele folyadék kibocsátása után abból 30 gm.-ot ismét visszafecskendezett és tizenhat százalékos ferrum sesquichloratum oldatból 3 gm.-ot bocsátott hozzá, ez által a hydrocele folyadékában megalvadás jött létre, a reactio fájdalomtalan, a duzzanat csekély volt; 13 esetben 22 napig tartott a gyógyulás beállása, recidiva kétszer volt.

Ferreri a hydrocele folyadékhoz jodoformot bocsátott, Hayes pedig előbb a folyadékot kibocsátva 2—3-szor ismételve jodoform port fuvott be. Levis kevés víz vagy glicerinen oldva 30 gm. carbolsavat bocsátott be, állítólag mérgező hatás s kellemetlen reactio nélkül. 24 óra mulva járhatott a beteg. Helferich 27 esetet így kezelve s észelve 6 recidivája volt. Milliken ezen kezelést két, sőt háromszor is kénytelen volt ismételni a végleges gyógyulásig. Később ezen kezelés mellett halálesetek is fordultak elő. Weber egyenlő mennyiségű carbolsav, alcohol és víz keverékéből fecskendezett be 85 gm.-ot és azt 3 percz mulva kibocsátotta. Mellilo chromsav oldatot fecskendezett a hydrocelebe és azt 5 percz mulva a hydrocele folyadékkal együtt bocsátotta ki. Miller sublimat oldatot, Polailon 10% zincum chloratum oldatból $\frac{2}{3}$ Pravaz-fecskendővel fecskendezett be, az első 24 órában erős reactio lépett fel, azután gyors javulás, 12 nap mulva gyógyulás.

Buschke 7—8 mm. vastag troicart-t beszúrva és 3—5% carbolsav-oldattal kimosva a tunica vaginalist, a canulebe ismét behelyezve a stiletet, a serotum felső végén ellennyílást csinált és többször átlukasztott drainsövet húzott át és fixált 4—6 napra, eltávolítása után újabb compressiv kötést csinált, minden complicált esetben azonban csak incisiót tart helyén valónak. Defibrinált vér és Schmidt-féle fibrinferment befecskendés is alkalmazva lett.

Legelterjedtebb eljárás az első kezelési módszernél mindenestre a jodtinctura alkalmazása, ez vagy tisztán vagy egyenlő mennyiségű vagy két-háromszor annyi vízzel keverve használatik, némelyek jodkali-oldattal keverve veszik igénybe. A használt mennyiség a hydrocele nagysága szerint változó, de ne legyen annyi, hogy a tunica vaginalis túlfeszítettessék. A canuleön át a legtöbbször fecskendővel fecskendezik be a hydrocele folyadék kibocsátása után s néhány perczig bennhagyják. Csakis Párisban Guyont láttam úgy végezni a kezelést, hogy a canulere fültükörhöz hasonló tölesért helyez és esücsphárból ezen át önti be a jodfestvényt, szerinte ezáltal a folyadék lassan jön be, a fájdalom teljesen hiányzik, ha nem is használnának előzetesen cocain és a reactio mérsékelt. Mai nap már minden humanus sebész a jod befecskendése előtt cocain-oldatot alkalmaz, ebből 15—20 gm. 1% oldatot beeresztve és egyenletesen eldörzsölve 1—2 percz mulva azt ismét kiüríti, 5 perczel később a jodinjectio fájdalomtalanul végezhető. Erősebb cocain-oldat használata nem tanácsos, így Berger párisi tanárnak 2% cocain-oldat használata után halálesete volt.

Hogy a jodfestvény alkalmazása után nem teljesen elégitők az eredmények s elegendő nagy számban jönnek létre recidivák, azt a különböző eljárások eredményei összehasonlító statistikájában fogom kimutatni. A jodtinctura sikeres alkalmazása után az esetek legnagyobb számában a tunica vaginalis teljes obliteratioja jön létre, a többi esetben vagy részleges összenövések vagy semmiféle összenövés nem jön létre. Hutin a párisi katonai menház kezelt esetei között később többeket bonczolt és azt találta, hogy az előtte kezeltéknél, melyeknél nagyobbbrészt a második sebészeti eljárás (incisio, idegen testberakás), kisebb számban pedig vörös bor vagy jodinjectiók végeztettek, valamennyiben teljes összenövés jött létre. Ő csak jodinjectiókat alkalmazott s ilyenek közül később alkalma

volt 15 esetet boncolni, ezek közül 7-nél teljes összenövést, 4-nél részleges és 4-nél semmiféle összenövést nem talált.

Epe az utolsó két csoport esetei azok, melyeknél recidiva létre jöhet és elég gyakran létre is jön. A punctióval egybekötött eljárások teljesen ki nem elégtívén a sebészeket a végeredményeket illetően, a sebkezelés tökéletesítésével arányban bátrabbakká válván, a metszési módszerekhez fordultak. A punctiónak magában is hátránya, a mint Zancarol az 1894-dik évi francia sebészeti congressuson újabban említi, hogy néha, miután az átszúrásnál nem minden réteget látunk magunk előtt, úgy hogy csak a bőrben látható véredényeket kerülhetjük, akaratlanul haematocoelet hozunk létre, a vérzést nem szüntethetvén, csak későn esvén az tudomásunkra; az utolsó évben is négy ily módon keletkezett haematocoelet látott, a mi bizonyítja, hogy nem is oly ritka ezen complicatio. Antiseptikus utókezelésnél metszéssel egybekötött módszerek közül Volkmanné volt az első, eredményeit 1876-ban közölte. Nagy metszéssel a lágyékgyűrűtől a scrotum alapjáig terjedőleg felhasította a tunica vaginalist, csak ritkán vágta ki egy darabját és üregjét 3%-os carbol-oldattal többször kiöblítette, a tunica vaginalis zsákját a bőrmetszéssel pontosan egyesítette, a scrotumot kötés által comprimálta, úgy hogy a fali lemez a zsigerivel mindenütt érintkezzék, miglen a metszés tátongó maradt; draint csak akkor alkalmazott, ha a tunica vaginalis egy sokszor redőzött tölesért képezett. 2—4 nap múlva megújította a kötést, két-három ily kötés után wattával kitöltött suspensoriumot engedett hordani.

Közleményében 17 esetet említ, de csak egy lett köztük 4 héttel az elbocsátás után újra vizsgálva és recidiva mentesnek találtatott, a többiek eredményét nem közölte. Csak későbbi eseteiben alkalmazott összevarrást a drain helyéig.

Reyher annyiban módosította ezen eljárást, hogy teljes hosszúságban hasítás helyét csak 1—2 cm. hosszú bemetszést csinált a mellső convexitáson, úgy hogy az ujj vagy éles kanál bevezethető legyen haematocelenél, és hydrocelenél ujj vagy drainső; a fal össze lesz varrva a metszés szélével, az üreg ki lesz öblítve 2½—5%-os carbol-oldattal és drainső lesz bevezetve; a mint a hypersecretio enged, a drainsövet eltávolítja. Jacobson utóbbi eljárástól abban tért el, hogy a tunica vaginalist a bőrseb szélével nem varrta össze s az üreget nem mosta ki, hanem carbol-olajba mártott gaze csíkot vezetett be; a kötést kezdetben naponként változtatta és a csíkot az első két napon megújította és ekkor a sebet 2½%-os carbol-oldattal kifeeskendezte, később 2—4 napig hagyott egy kötést. Lister annyiban módosította az eljárást, hogy incisio előtt egyenes tüket szúrt át a scrotum bőrén és tunicán, ezáltal jobban lesz fixálva már a sutura alkalmazása előtt. Farkas a metszést előzőleg annak leendő felső s alsó végének megfelelőleg fonalat vezet át, mely által a rögzítést végzi s a bemetszés után mindegyik fonalat közepén átvágva, a metszés minden oldalán két csomós varratot nyer. Julliard 1¼%-os carbol-oldatot használ csak és a tunica vaginalis fali lemezéből csak annyit hagy meg, a mennyivel a zsigeri lemezt fedheti, azután finom catguttal egyesíti a tunica vaginalist. A scrotum bőrét külön varrta és drainezte néhány napra.

2—3 hétig a műtét után még erősebb duzzanat maradt vissza, mely a serotalis kötőszövet infiltrációjára vonatkozik. Vogt eljárása előbbihez csatlakozik, de nem irrigál incisio után, hanem 25%-os zincum chloratum wattával végez kitörlést. A scrotalbőrt nem varrja össze, sem nem drainezi, hanem sublimat irrigatio után jodoformgaze-zal kitömi. Reclus alcoholba mártott watta tamponnal végzett kidörzölést a tunica vaginalison, ha pedig vastagodott volt, a sebet nyitva hagyva jodoformgaze-zal tamponálta az egész üreget. Roux Julliard szerint jár el, de sublimat-oldatba mártott wattával végez kidörzölést és a scrotum legmélyebb helyén ellennyilást végez drainső felvételére és valamennyi incidált réteget egyszerre varrja.

Berlinben általában Bergmann eljárását láttam alkalmazni, melyet ő 1884. óta alkalmaz és Volkmann eljárásának azon módosítása, mely az üregképződést akadályozza és gyógytartamra nézve is leggyorsabb eredményű. Az eljárás az egész hydrocelere kiterjedő metszésből áll, a tunica vaginalis fel-

lesz vágva és a tunica communistól a here és mellékherég tömpán le lesz választva és teljesen ki lesz irtva, csakis az utóbbiakat fedő részlet lesz meghagyva, a vérzés ligaturák által lesz tökéletesen csillapítva és desinfectio után a bőr csomós varratokkal egyesítetik, csak az alsó sebzúgban lesz drainső bevezetve a heréig, azután erős nyomó kötés lesz alkalmazva, a műtét alig tart egy félórát és így rövidebb, mint Volkmanné, mert a tunica vaginalis összevarrása a bőrrel elmaradt és a bőr 8—10 varrattal lesz egyesítve. A gyógyulás a Bramann által közölt első húsz esetben teljesen aseptikus volt és majdnem láztalan. Egy esetben sem volt genyedés vagy phlegmone seroti, még bőrszél-necrosis sem. 24—48 óra múlva történik az első kötés-változtatás és majdnem mindig a drain eltávolítása. A serotalis kötőszövet duzzanata az 5—6-dik napon már csökkent és fájdalomtalan, here- vagy mellékherelob soha nem lépett fel, a seb secretio csekély, a második kötés-változtatás és varratok eltávolítása után suspensorium viselhető és a beteg elhagyhatja az ágyat, 10—12 napra a gyógyulás annyira haladt, hogy munkába mehet az operált. A gyógytartam átlag 11 nap. Finom heg marad vissza, mely csak lazán nőtt össze a here mellső felületével és ondószínórral; a here normalis nagyságú és mozgékony, a cremaster működése nem korlátozott.

(Folytatása következik.)

A húgyhólyag felszívó képességéről.¹

Közi: *Alapy H. dr.*, műtőorvos Budapesten.

(Folytatás.)

Midőn tehát dolgozatomban eddig a pontig eljutottam, annyi tisztán állott előttem, hogy a strychnin, eserin, jodkalium és curare a házinyulak ép húgyhólyagjából fel nem szívódik, s ha felszívódás mégis mutatkozik, az arra a kísérleti hibára vezetendő vissza, hogy a resorptio a vesicula prostaticából és nem a húgyhólyagból indul ki.

E kísérleti hiba felderítése kétségkívül jelentékeny lépés volt a megoldás felé; hogy azonban a kérdés ezzel teljesen megoldva még nincs, arra hamarosan rájöttem.

Nem volt szabad elfelednem azt a kísérleteim folyamán tapasztalt és fentebb leírt tény, hogy mind a három nyúl, melynél cyankaliumot kísértem meg, elpusztult a fellépett kéksav-mérgezésben. Igaz ugyan, hogy az illető kísérletek jegyzőkönyveiből utólag nagy valószínűséggel lehet megállapítani, hogy a 9. sz. kísérletben az oldat nem a húgyhólyagba jutott, hanem a vesicula prostaticába; nem lehetetlen, hogy a 10. sz. kísérletben is ugyanez történt; de bizonyosan nem történt a harmadik kísérletben. Feltűnő is lett volna, hogy ez a tévedés épen a cyankaliummal kezelt három nyúl *mind-egyikénél* esett volna meg, holott a hat eserin-eset közül csak kettőnél, a strychninnel végzett nyolcz kísérlet közül csak egynél fordult elő. És ezért nem zárkozhattam el azon feltevés elől, hogy itt egy másik, eddig még ki nem derített tényezővel van dolgom; melynek mibenlétére csak a mérgező cyanvegyületekkel végzendő további kísérletek vehetnek világot.

Nehogy a kísérletek tisztasága a cyankalium oldatának esetleges maró tulajdonsága alatt szenvedjen, ezentúl nem ezt alkalmaztam, hanem magát a kéksavat abban az alakjában, melyben a régebbi német gyógyszerkönyvekben acidum hydrocyanicum dilutum név alatt szerepelt, mint hivatalos készítmény, és mely a vízmentes cyanökonysavnak vizes oldatából áll. Ugyanezt a cyanvegyületet használta *Bazy* is kísérletei alkalmával, azzal a különbséggel, hogy ő a francia gyógyszerkönyvben hivatalos acide cyanhydrique medicinal-lal kísérletezett, melynek cyanökonysav tartalma 10%-ot tesz ki, míg a német készítményben csak 2% kéksav van. Ezt a mérget *Bazy* 1:100 arányban hígította, s e szerint az ő oldatának minden köbcentimeterje egy milligramm hatószert tartalmazott. Miután egészen hasonló viszonyok között óhajtottam kísér-

¹ L. Orvosi Hetilap 41. sz.

letezni, én a német gyógyszerkönyv előírása szerint előállított készítményt csak 1:20 arányban hígítottam destillált vízzel.

Ezzel az oldattal négy kísérletet végeztem. Az egyik nyúlak, melynek két köbcentiméter oldatot (= 2 milligramm cyanhydrogen) fecskendeztem a húgyhólyagjába, semmi baja sem történt, a másik három ellenben, melyek közül az egyik ugyancsak két cm^3 -t, a másik kettő négy-négy cm^3 -t kapott, pár percz alatt kimult a kéksav-mérgezés jellegzetes tünetei közt.

Magától értetik, hogy ezen kísérletek alkalmával, midőn az azelőtt annyi félreértést okozott hibaforrás pontos ismerete mellett dolgoztam, gondosan ügyeltem arra, hogy az oldatot csak akkor fecskendeztem be, ha biztos garanciáim voltak az irányban, hogy az tényleg a húgyhólyagba fog jutni. Be is jutott minden esetben, a mint azt a rögtön a halál után végzett boncolat megdönthetetlenül bizonyította: a húgyhólyag mindig víztiszta folyadékkal telve találtatott (egy izben plane légbuborék is volt benne), a vesicula prostatica ellenben annyira össze volt esve, hogy alig lehetett megtalálni. Egy izben (26. sz. kísérlet) a húgyhólyag mellő falának középvonalában egy fél-lenese nagyságú véraláfutás mutatkozott a nyákhártyában (nyákhártya alatt?), a másik két megmérgezett nyúl húgyhólyagjaiban semmi rendellenesség nem volt található; úgy hogy a mérég kétségtelenül a húgyhólyag látszólag teljesen ép és sértetlen nyákhártyáján át szívódott fel.

E kísérletek azt bizonyítják, hogy egyrészt a cyankalium és a kéksav, másrészt az általam vizsgált többi mérég közt a húgyhólyagból való felszívódásukra vonatkozólag eklatáns különbség létezik. Míg a kísérleti állatok semmi mérgezési tünetet nem mutattak, ha ez utóbbi anyagokat (eserin, strychnin stb.) még oly nagy mennyiségben fecskendeztem is húgyhólyagjaikba, addig a cyanosoport mérgeiből oly mennyiség, mely a bőralatti alkalmazásban halálos adagnál csak kevéssel volt magasabb, a hólyagba vive már elegendő volt arra, hogy az állatot megölje. Az általam megpróbált többi mérgek éppen nem, a cyanosoport mérgei határozottan felszívódtak a húgyhólyagból.

Miért? Mi különbség van e kétféle fajta mérég közt? Mindent egybevetve, arra a következtetésre jutottam, hogy nyákhártyáról való felszívódásukra vonatkozólag a mérgek e két csoportja közt csak egy különbség lehet lényeges, t. i. hogy a cyanosoport mérgei illók, az előbb vizsgált többi mérgek oldatai pedig nem illók.

A cyankalium vizes oldata ugyan magában véve nem illó mérég; tudvalevőleg azonban e vegyület oly laza, hogy a leggyengébb sav, már a levegő szén-sav-tartalma is elegendő, hogy a cyankalium-savat a kaliummal való vegyületéből kihajtsa. Az általam használt, frissen készített cyankalium-oldatnak tényleg észrevehető keserűmandola szaga volt, annak jelétül, hogy a kéksav az oldatból elillanófélben van. A vizeletnek (melynek egy pár esepje a katheterezés után is visszamarad a húgyhólyagban s később is folyton ürül a húgyvezérekéből) nem egy oly alkatrésze van, mely a cyankaliumot elbontani képes, a savanyú sók e tekintetben ép úgy szerepelnek, mint a savak. És ezért a cyankaliumnak a húgyhólyagba fecskendett vizes oldatát illó mérégnek kell, hogy tekintsük. Hogy a kéksav az általam alkalmazott másik szerben: az acidum hydrocyanicum vizes oldatában szintén illó, az nem szorul bizonyításra.

Azt a tényt, hogy a gázok nedves állati hártályakon át ömlenek, már régóta ismerjük *Graham*, *Mitchell*, *Wroblewski*, *Exner* és mások kísérleteiből. Ámbár ez átömlés mikéntje még ma sem teljesen eldöntött vitás kérdést képez, ennek, főkép az átömlés gyorsaságára és az átömlött gázok térfogatára vonatkozó törvényei mégis — valószínűleg végérvényesen — meg vannak állapítva.

Igaz, hogy mind e törvények nem élő, hanem holt hártályakra vonatkoznak. Midőn a cyanosoport mérgeivel végzett kísérleteim befejezése után általános érvényű törvényt igyekeztem találni arra nézve, hogy mely illó anyagok mily arányban vétetnek fel a húgyhólyagból a szervezetbe, jutott a kezembe az *Ober-*

*mayer és Schnitzler*¹ akkor megjelent dolgozatuk, melynek tanúsága szerint a kénhydrogén és szén-sav-gáz az élő állat belein és húgyhólyagján is áthatol, a mim én részéről, különösen a kéksavval tett tapasztalataim után, azelőtt sem kételkedtem, de mindenesetre meg volt ezzel adva az egyenes kísérleti bizonyíték arra nézve, hogy a hólyagnyákhártya hámszejteinek élő protoplasmája, mely, mint meggyőződtem volt, a nem illó oldatok felszívódása ellen absolut biztos gátat képez, a gáznemű anyagok áthatolását megakadályozni nem tudja.

A kérdés csak az volt, hogy ha nem gázok, hanem az itt egyedül tekintetbe jövő illó folyadékok vitetnek az élő húgyhólyagba, azok ott hogyan fognak viselkedni. A priori valószínű volt, hogy ezek is át fognak hatolni valamennyien ugyanúgy, mint a cyankaliumnak és a kéksavnak oldatából elillant cyanhydrogen. Ugyanis egy magyar buvár, *Karlovsky*² vizsgálatai kiderítették azt a tényt, hogy a kantsukválaszfalon az illó folyadékok gőzei nemesak hogy áthatolnak, de még sokkal gyorsabban ömlenek át, mint bármely gáz. Így pl. az aethyloether gőzének áthatolási sebessége legalább néhány százszor meghaladja a hydrogénét. Miután pedig az átömlés tekintetében az állati hártályak ugyanúgy viselkednek, mint a kantsuklemez, valószínű volt, hogy az illó folyadékok gőzei az élő és ép húgyhólyag falzatán is átömlenek.

Ezzel a valószínűséggel azonban nem érhettem be. Bizonyosságot kellett szereznem abban az irányban, hogy vajjon a cyan-mérgeknek a húgyhólyagból tapasztalt felszívódása tényleg azon alapszik-e, hogy e mérgek illók. Ezt pedig csak úgy lehetett eldönteni, ha illó folyadékok egy egész sorozatát élő állaton direkt kísérlet tárgyává teszem; ha azután az mutatkoznék, hogy ez illó anyagok mindegyike felszívódott, holott már előbb megállapítottam, hogy (az általam megkísérített) nem illó folyadékok egyike sem szívódott fel: akkor e különbségnek tényleg nem lehet más magyarázatát adni, mint azt, hogy az ép húgyhólyag csak az illó folyadékok gőzeit boesátja át.

A kísérlet tárgyául szolgáló folyadékok: 1. az illékony-ságon kívül még egy pozitív és egy negatív tulajdonságot kellett, hogy egyesítsenek magukban; 2. mérgezőknek kellett lenniök és 3. helybelileg izgató, vagy plane maró hatást nem szabad volt kifejteniök.

A mi az illékony-ságot illeti. Kísérlet nélkül is már eleve biztos volt, hogy mindazon anyagok, melyek forrpointjai a testhőmérsék alatt fekszenek (aether, chloraethyl, bromoethyl, chloreyan stb.) az élő állat húgyhólyagjában teljesen gőzzé változnak és a hólyagfalaton épen úgy ömlenek keresztül, mint a gázok. Ily alacsony forrpointtal bíró illó folyadékokkal tehát nem is kísérleteztem, csak oly anyagokkal, melyek forrpointjai a testhőmérsék fölött fekszenek. A nehézség ezekre nézve abban állott, hogy meg kellett állapítani, vajjon ezek közül melyek lesznek a testhőmérséknel elég nagy fokban illók, hogy átömlés esetén mérgező hatásuk kifejezésre jusson és így az átömlés kimutatható legyen. Ezt elméletileg kiszámítani mai ismereteink alapján nem lehet, hanem minden folyadékra külön-külön kísérletileg kell megállapítani. Mert a forrpoint magas vagy alacsony volta az illékony-ság fokára nézve tájékozást nem nyújt. Nem szabad azt gondolni, hogy ugyanazon hőfoknál az alacsonyabb forrpointú folyadéknak magasabb gőzfeszülése van, tehát nagyobb mértékben volna illó, mint a magasabb forrpointtal bíró folyadék. Ezt hitték ugyan régebben, sőt *Dalton* „törvényét” is állított fel, mely szerint különböző forrpointokkal bíró folyadékok gőzfeszülései egyenlők volnának oly hőfokoknál, melyek az illető forrpointoktól egyenlő távolságra esnek. Ez a törvény azonban nem bizonyult igaznak. *Ostwald* szerint „minden folyadéknak megvan ugyan az a tulajdonsága, hogy gőzfeszülése az emelkedő hőmérsékkel növekszik; ez a növekvés azonban esetről esetre különböző, s általános törvényét megtalálni eddig még nem sikerült”. Szóval a gőzfeszülést minden egyes folyadékra

¹ Centralblatt f. d. medic. Wissenschaft. 1894. Juli 21. Nr. 29. 497—501.

² Természettud. Közöny 1886. szept. és okt.

nézve tapasztalatilag kellett volna megállapítani magamnak. Mert mások oly gőzfeszülési-méréseket, melyeket kísérleteimnél felhasználhattam volna, eddig nem végeztek. Csak egyetlen oly táblázatot ismerek, melyben különböző folyadékoknak különböző hőfokoknál kísérletileg lemerített gőzfeszülései fel vannak jegyezve; ez a *Regnault*-féle táblázat, de ez is csak tizenöt folyadékra terjed ki, melyek egyikét sem használhattam húgyhólyagba fecskendezésre. És így arra határoztam el magam, hogy *Schuller A.* tanár tanácsát követem, hogy t. i., ha nem akarok igen számos gőzfeszülési-meghatározást végezni, akkor kövessem a durva empiria útját és válaszsak oly alkaloidokat, melyek szobahőmérséknel kifejezett szaggal bírnak. Nem szenved ugyanis kétséget, hogy a már szobahőnél erős szaggal bíró folyadékok a magasabb testhőmérséknel még nagyobb mértékben kell hogy illók legyenek. A mint e kísérleteim alább közölt eredményei mutatják, ez az egyszerű út teljesen elegendőnek bizonyult a kitűzött kérdés megoldására.

Egy egész sorozatát ismerjük a kifejezett szaggal bíró alkaloidoknak, melyek egyúttal mérgezők is. Sokkal nehezebb feladat ezek közt olyanokat kiválogatni, melyeknek helybelileg izgató, a hólyag nyákhártyáját megtámadó hatása nem volna. Számos alkaloid nincs is ez irányban elegendő módon kipróbálva. Így pl. még a nicotinról is, melylyel pedig nagyon sokat kísérleteztek, *Stass és Albers* azt állítják, hogy helybelileg maró mérge, míg ellenben *Van Praag* úgy találta, hogy a nicotinnak helybeli izgató hatása egyáltalán nincs.¹

Más, kevésbé ismert alkaloidra vonatkozólag pedig gyakran semmi adatot sem találunk a helybeli hatást illetőleg. Ennek a bizonytalanságnak kifolyása volt, hogy illó alkaloidokkal végzett egyik-másik kísérleteimtől utólag minden bizonyító erőt meg kellett tagadnom, minthogy a kísérleti állat bonezolása alkalmával kiderült, hogy némely alkaloid, melyet eleinte helybelileg ártalmatlannak tartottam, a húgyhólyag nyákhártyáját mégis megtámadta volt (így pl. a picolin a 33. sz. kísérletben). Akadtak azonban oly alkaloidok, melyek a nyákhártyát ép oly kevésbé bántalmazták, mint a hogy nem bántotta a már leírt kísérletek alkalmával a cyanhydrogen.

A sorrend szerint következő illó alkaloidokat fecskendeztem a házi nyulak húgyhólyagjaiba: anilint, pyridint, collidint, picolint coniinum bromhydricumot és nicotint. A coniinum bromhydricum kivételével, melynek vizes oldata alig észrevehető coniin-szaggal bírt és mely e szerint nagy fokban illónak nem is tartható, a többi valamennyi illó alkaloid általános mérgezési tüneteket idézett elő. Némely szernél, melynek különösen átható szaga volt (pl. a pyridin és picolin alkalmasánál) a hólyagba fecskendezés után már pár perc múlva érezni lehetett az állat lehelletében a jellemző szagot. Megjegyzem, hogy tévedés elkerülése czéljából a nyulat a befecskendezés után kivittem abból a helyiségből, hol a műtét történt és melyben a penetráns szagot mindenütt érezni lehetett, átvittem egy más terembe és ott igyekeztem magam is szagolni, mások által is megszagoltatni a kísérleti állat által kilehellett levegőt. Hogy mily rapid módon megy végbe némely illó alkaloid gőzének a húgyhólyag falzatán való átömlése, az többek közt a különösen heves méregként ható nicotin alkalmasánál mutatkozott, mint az az itt leírt kísérletből kitűnik.

39. sz. kísérlet. Miután egy másik nyulnál a húgyhólyagba fecskendezett nicotin egy cseppje hatástalannak mutatkozott, ma oly oldatot készítettem, mely két köbcentimeter vízben négy csepp *Grübler*-féle nicotinból állott. A 2300 gramm súlyú házi nyulat könnyű szerrel lehetett megkatheterezni; miután a húgyhólyagban levő nagyobb mennyiségű vizelet teljesen kifolyott, az említett oldatot 10 óra 26 perczkor befecskendeztem és a húgyesapot azonnal kihúztam.

10 óra 28 perczkor az állat már nyugtalankodni kezd.

10 óra 29 perczkor, tehát csak három perczrel a hólyagba fecskendezés után a nyúl hirtelenül hátra húzza a fejét, éles visítást hallat, elesik, fektében heves görcsöket kap, azután oldalvást egész hosszában elnyúlik, csak pár, kevésbé heves görcs rángatja még, de lélekzeni megszűnik. Miután czélomat annyiból

elértem, hogy a nicotinmérgezés eltagadhatlanul demonstrálva lett, kísérleti nyulakat pedig nagyon nehezen lehetett kapni, ezen az állaton életmentési kísérletet hajtottam végre, ugyanis a látszólag élettelen nyúl húgyhólyagjába 10 óra 30 perczkor újlag kathetert vezettem be, a hólyagot langyos vízzel ki-mostam s azután művi légzést indítottam meg, minek meg volt az a sikere, hogy

10 óra 35 perczkor a nyúl maga kezdett lélekzeni és már 10 óra 40 perczkor talpra állott, bár még felettébb gyenge és bágyadt volt. Másnapra a nicotinmérgezését teljesen kiheverte. Az állat gyors magához térése csak azt az ismeretes tényt bizonyította, hogy a nicotin a mily gyorsan felvétetik, ép oly gyorsan távozik is el a szervezetből, mi érthetővé teszi azt a korábbi tapasztalatomat, hogy egy csepp nicotinra az illető nyúl nem mutatott mérgezési tünetet. Semmi kétség, hogy a nicotin ama kísérlet alkalmával is felszívódott a húgyhólyagból, de a lehellettel gyorsan elillanván, a keringésben nem tudott a mérgező adagig felhalmozódni.

Illó alkaloidokkal végzett többi kísérleteimre vonatkozólag csupán a fentebb közölt táblázatos kimutatásra utalok, ellenben egyes részleteikbe belemenni nem akarok, minthogy ezek nem lényegesek. Annál lényegesebb azonban az eredmény. *A húgyhólyagba fecskendezett valamennyi illó alkaloid kivétel nélkül felvétetett a szervezetbe és általános mérgezési tüneteket idézett elő, ezáltal helyesnek bizonyulván azon feltevés, melyből kiindultam volt, hogy t. i. a hólyagnyákhártya ép hámszejteinek élő protoplasmája, mely a nem illó folyadékok felszívódása elé áthághatlan akadályt gördít, az illó folyadékok gőzeinek a húgyhólyag falzatán való átömlését nem képes megakadályozni.*

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XVIII. rendes ülés 1895. október 19-dikén.)

(Vége.)

Vita Grósz Gyula előadásához.

Braun Lajos. Régente azt gondolták, hogy a szájpénész okozója a szájiüregben visszamaradt tej savanyú erjedése. De mivel azon tapasztalat tétetett, hogy a szájpénész oly újszülöttöknél is fellépett, a kik még tejjel táplálva nem lettek és mivel Ritter kimutatta, hogy a csecsemők szájiüregé többnyire savanyú reakciója, a szájpénésznek ezen vélt kizárólagos okozója eslehet. Azonban, ha közelebbről vizsgáljuk ezen tényt, akkor a következtetést oly könnyedén eljéjünk nem kell. Mert a szájpénész különösen ott fordul elő, a hol stomatitis van. A visszamaradt tej savanyú erjedése azonban a szájbán stomatitist idézhet elő. És így meg van adva azon talaj, a melyen a szájpénész leginkább gyökeret verhet. Igaz, hogy egészséges gyermekek, ha a szájmósásokat el is hagyjuk, nem oly gyakran kapnak soort, de nem úgy van a beteg gyermekeknel, a kik sokáig tartó betegségekben (különösen emésztési zavarokban) szenvednek, a melyek leginkább anaemiát vagy atropiát vonnak maguk után. A különbség abban rejlik, hogy egészséges gyermekek, ha szopnak, jól szinak és a beömlő tej a nyelésre elegendő ingert képez, míg a beteg gyermekek, ha szopnak, a szopást csakhamar abba hagyják. A tej, különösen, ha az emlő meg van telve, még mindig sugárban ömlik utána és nem képez oly nagy ingert, hogy a bágyadt gyermeket nyelésre serkentse. A tej physikai törvény következtében a szájiüreg mélyebb helyeire folyik és ott erjedésbe megy át. Ambulatoriumokban is azt tapasztaljuk, hogy a szegények gyermekei, a tisztán tartják őket, ritkán szenvednek soorban, míg oly szegények gyermekeinel, a kik a tisztántartásra nem ügyelnek, vagy arra idejük nincs, a soor gyakori. Ha a szájmósásokat nem durván és tiszta vízzel, tiszta kézzel, tiszta ronggyal végezzük, akkor nem fogjuk a soorképződést elősegíteni, hanem inkább megakadályozni. A therapia is a szájmósások mellett szól, mert ha a soort kezeljük és bármivel lemostuk, akkor, ha a mósásokat abba hagyjuk, a soor megint előlép; azonban, ha a mósásokat még huzamosabb ideig végezzük, a szájpénész eltűnik. A szájmósásokat én már régóta úgy eszközöltem, de különösen ott, a hol a dajka ujjai vastagok, hogy egy hajecsettel tiszta vízzel a szájat ki-mosatom, ép úgy mint az előadó úr a prophylacticus lapis-oldat mósásokat.

A tisztelt előadó úr prophylacticus szájmósásait azonban nem értem. Mert 1% lapis-oldattal minden szájpénészt, ha nem igen nagy kiterjedésű, egy 24 óra alatt meg lehet gyógyítani. Miért gyógyítja előadó úr tehát a soort, még mielőtt megjelenne? Várja meg, míg a szájpénész fellép és azután gyógyítsa meg 1% lapis oldattal. A legjobb

¹ B. Dupuy. Les alcaloides. Paris. 1889.

prophylaxis — a mit Soltmann is mond — arra törekedni, hogy a csecsemő egészséges legyen és egészséges maradjon.

Epstein Manó: Egy észlelt esete kapcsán kérdi, hogy tonsillitis follicularis képezheti-e a soornak praedisponáló okát?

Erőss Gyula: Hogy végeztessenek-e prophylactikus szájomások vagy se, e kérdés megoldásába bizonyos mértékig belejár a soor fejlődésének oka. Nem akar szólni e kérdéssel bővebben foglalkozni, csak egy főmomentumot emel ki, s ez az, hogy a desquamatív folyamat minden újszülöttnél s annak minden szervében, hol hám van, jelen van: a bőrön, a szájjában, az orrban stb., s ha ez így van, akkor érthető, hogy a száj üregében, s más, mechanikus insultusoknak kitett helyeken, pl. a nyelven könnyen állhatnak elő sérülések, melyek bemeneteli nyílásul szolgálnak a soorgombák spórainak, melyek azután a felhámréteg alatt megtelepedvén, ott szaporodnak. *Wagner* mutatta ki, hogy a soorgombák a felhámréteg alatt fészkelődnek meg, innen hajtanak telepeket s képeznek bevonatokat; ezzel el van döntve, hogy a tejnek kevés vagy semmi befolyása sincs a soor fejlődésére. Ha már most azon kérdés merül fel, hogy mi szolgálhat alkalmul arra, hogy a soor spórái ezen hasadékokon bejussanak a felhám rétegeibe, akkor jogos a félelem, melylyel a szájomások iránt viseltetünk. Már a priori arra jutunk, hogy a szájomások által sebzéseket ejtünk a nyálkahártyán s így a soor útját egyengetjük. 7—8 év előtt szóló az I. szülészeti klinikán több mint 1000 újszülöttet észlelt, s a különböző megbetegedéseket napról napra figyelemmel kísérte, e megbetegedések között soor is volt; 1000 újszülött közül januártól márcziusig 212 csecsemő száját mosatta: ápolónő végezte natr. boracium oldatba mártott Bruns-wattával, naponta négyszer. A 212 eset közül 39 = 18,4% kapott soort, 788-nak nem mosották a száját és csak 27 kapott szájpénészt, vagyis 3,6%; ezen eredmények óriási különbsége szóló arra a meggyőződésre vezet, hogy azok nézete, kik a szájomásokat ellenzik, helyes.

Ha pedig valaki azt mondaná, hogy a szájomások elhagyásából sok más betegség támadhat, pl. dyspepsia stb., ezt megengedi szóló, de mi helyesebb: ha elhagyjuk a szájomásokat és így esetleges megbetegedésre szolgáltatunk alkalmat, vagy végeztetünk szájomásokat, s ezzel kitésszük a gyermeket a soornak, szájfekélyesedéseknek: a két rossz közül a kisebbet választjuk és szájomásokat nem végeztetünk; szóló tapasztalatai arra tanították, hogy ez a felfogás a helyes; szájpénészt csak akkor látott, ha a túlbuzgó baba szóló tilalma daczára s a háta mögött szájomásokat végeztet. Vannak, a kik azt mondják, hogy a szájomásokat egyhőn végezve, el lehet kerülni a szájnnyákhártya felhámjának megsértését: erre vonatkozólag megjegyzi szóló, hogy az a „gyengéd“ szó nagyon relativ értelmű: a klinikán 1000 újszülött közül 16 esetben volt szájnnyákhártya fekély és ezen 16 eset közül tíznél prophylaxis czéljából végeztettek a szájomások: tehát ezen esetben nemcsak Bednar-aphthák fejlődtek, hanem fekélyek.

A másik pont a szájomásoknak arg. nitricum ecsetelésekkel való helyettesítése; ezt prophylaxis czéljából a szájjában még eddig nem alkalmazták, s szóló megvallja, hogy az az impressiója a hallottak után, hogy az előadó adataiból nem jogos azt a következtetést levonni, hogy ennek valami nagy haszna volna, mert igaz, hogy nagyszámú csecsemő kapott soort az ecsetelések előtt, de igaz az is, hogy az argentum nitricum alkalmazása után is fellépett szájpénész. Mindenesetre oly eljárás, melynek intézetekben kedvezőtlen viszonyok között meg van a jogosultsága, bár speciális és bizarr, de ha némi javulást eredményez, hasonló viszonyok között szóló sem tartja elvetendőnek.

Szegő Kálmán: Az 1%-os argentum nitricum ecseteléseket, melyek coagulatiós nekrosist okoznak, nem tartja szelid eljárásnak, mert ha el is pusztítják a soor-spórákat, de elpusztítják a hámot is; azt hiszi, hogy inkább várjuk be a soor-lepedéket, sem hogy 6—7 napon át ecseteljünk. Szóló a disponáló momentumok között súlyt helyez a száj savi reakciójára; kérdés, hogy alkalikus hatású szájnnyákhártyán fellép-e a soor?

Taufer Vilmos: Köszönetet mond előadónak, s a legnagyobb tiszteletét fejezi ki iránta, hogy oly lankadatlan buzgalommal működött a baj megszüntetésén, megelőzésén. Szóló azon érzéséből kifolyólag emel szót, melyek elfogták, mikor a klinikán benn volt az endémia: 33% megbetegedés a soor folytán, elkövetnek mindent: újra mázolnak, festenek, az intézetet bezárják, s mikor újra kezdődik a felvétel, 1—2 hét múlva újra ott vannak, a hol voltak — s ekkor jön valaki egy eljárással, melylyel a morbiditási százalékot lényegesen alászállítja, akkor ez az eljárás nem bizarr, hanem a legpragmatikusabb. Érezte szóló azt a felelősséget, hogy ezen erőlyesnek látszó eljárás nem okoz-e a csecsemőknek más hátrányokat; megnyugtathat szóló mindenkit, hogy az előadó oly lelkiismeretesen tette megfigyeléseit, hogy az újszülöttekre semmi hátrány a prophylactikus ecsetelésekből nem származott.

Grósz Gyula Braunnak azt válaszolja, hogy a prophylactikus szájomások ártalmasak, sőt veszélyesek is lehetnek.

Epsteinnek azt válaszolja, hogy a tonsillitis follicularis a szájnnyákhártya hurutos állapotával járván együtt, igenis képezheti praedisponáló okát a soornak.

Erőss véleményével teljesen egyezik előadóé, a mint ez előadásából kitűnik. A prophylactikus szájcseteléseket előadó elsőként végezte, még eddig erre vonatkozólag seholsem talált hasonló adatokat. Hogy a prophylactikus szájcsetelések használtak, azt mutatja azon körülmény, hogy a szájpénész-esetek száma körülbelül 33%-ról 9,25%-ra szállt. Ezen prophylactikus ecsetelésekkel sincsen előadó teljesen megelégedve, hiszen csak ultimum refugiumként alkalmazta őket és csakis klinikákon való alkalmazhatóságukat ajánlja.

Szegőnek azt válaszolja, hogy a prophylactikus szájcsetelések teljesen ártalmatlanok, oly szelid beavatkozást képeznek, hogy bátran lehet azokat alkalmazni: az első napokban a szájnnyákhártya teljesen tiszta, csak néhány nap (5—6) múlva képződik egy vékony szürkés-féher lepedék, nyilván a felhám megalvadása következtében, mely ezután sávény leválik és alatta tiszta sérteletlen nyálkahártya látszik. A mi a sávényú reakciót illeti, arra nézve említette előadásában, hogy már *Ritter* vizsgálatai kiderítették, hogy az újszülöttek és csecsemők szájjában normalis viszonyok között is sávényú vegyhatás van jelen.

Közkórházi orvostársulat.

(XIII. bemutató szakülés 1895. október 16-dikán.)

(Folytatás és vége.)

Havas Adolf: Szóló azokhoz tartozik, kik a syphilit általánosságban akkor kezdik gyógyítani, mikor az már kétségbevonhatlan jelekkel áll előttünk. A korai gyógykezeléssel ugyanis nem képesek megakadályozni a recidiva felléptét. Kétségtelen, hogy azon munkások, kik higanynyal telített levegőben dolgoznak, kiknek szervezete mintegy saturálva van higanynyal, syphilit acquirálnak, s náluk a syphilit épen olyan lefolyású mint más egyéneknél, a higany náluk ép úgy hat, mint más egyének syphilitére. Harmadik érve felszólalónak, hogy jól lehet a specialiták a sankerből magából megismerik az esetek legnagyobb számában 4 hét múlva, mikor már az induratio meg van, a syphilit, de a sclerosis hiányozhatik, vagy ha meg is van, az eset még sem syphilit; maga a dualista *Fournier* mondja, hogy „nem azért syphilitikus a sanker, mert kemény, hanem kemény, mert syphilitikus“. Szóló egy esetében praegnans kemény sanker volt jelen, s bár kezelés nem történt, éveken át sem lépett fel a syphilitnek semmi tünete sem; az esetek legnagyobb részében nem vagyunk képesek exacte megmondani a sanker megjelenésekor, hogy az syphilitikus-e vagy sem. Negyedik érve szóló, hogy tapasztalata szerint a higany csak akkor hat, ha a syphilitnek manifest tünete van jelen s mikor intermittáló kúrát alkalmazunk, a higany vétele közben is felléphet recidiva. Ötödik érve, hogy a higany a szervezetet megtámadó még s komoly idegrázkódásokat, gyomortágulást, neurastheniát stb. idéz elő, más alkati bajban (tuberculosis, diabetes) szenvedőkre is károsan hat; tehát ezeknél csak akkor kezdendő a higanykúra, a mikor ez már okvetlenül szükséges: a praeventiv kúrát azonban könnyen árthatunk. Szóló elméletileg elfogadja előadónak azon álláspontját, hogy nem lehet a beteget gyógykezelés nélkül hagyni, de meggyőződése, hogy az általános gyógykezelés csak akkor kezdessék, a mikor a syphilit generalisált tünete jelen vannak. A mi a gyógyszereket illeti, a korai szakban csakis a higany-sók befolyásolják a syphilit, a jodsók ilyenkor nem bírnak hatással a syphilitre; úgy látszik, hogy ha korán adunk jodot, akkor mintegy provokáljuk a syphilit, ezért szóló az intermittáló kúránál inkább jodvasat ad.

A gyógymódokat illetőleg kétségtelen, hogy a subcutan injectio a legpraecisebb eljárás, mert tudjuk, hogy mennyi higanyt adtunk a beteg szervezetébe, szóló azonban inkább rendel a bedörzsölési kúrát, mivel ettől sokkal szebb eredményeket látott.

Az oleum cinereumtől egy ízben oly fulminans hatást látott, hogy többé nem alkalmazza; az oldhatlan sók alkalmazása nem czélszerű, mert ezek a szervezetben higany-depót képeznek és mérgező hatásuk van. A *Zittmann*-féle fűzöttől sokszor jó hatást látott syphilit okozta esontbántalmaknál.

Hogy meddig kell a syphilit gyógyítani, osztja szóló e tekintetben előadó nézetét és elfogadja *Fournier* azon ajánlatát, hogy a beteg figyelemzetendő arra, hogy bármi történjék vele egészség dolgában az idő haladtával, sohse feledkezzék meg arról, hogy syphilitben szenvedett s erről kezelő orvosát alkalom adtán mindig értesítse.

Róna Sámuel: A mi a syphilitnek praeventiv, általános orvoslását illeti, szóló nézete közel áll az előadóéhoz, t. i. ő is azt hiszi, hogy a syphilit általánosságban semmiképp sem lehet megakadályozni. Tehát ezen a ponton nincs mit változtatni. Ellenben az utolsó pontot illetőleg már nem foglal el oly merev álláspontot, bár még ma sem egészen bizonyos abban, hogy az első stadiumban kezelt esetekben a tünetek enyhültek-e?

Azonban akár úgy fogják fel a sclerosist, a mint az előadó, hogy az már az általánosságban syphilit első kinyomata, akár pedig úgy mint szóló és mások, hogy az még csak részleges vérfertőztetést jelent, jogosnak, mert logikusnak tartja ma a syphilit első stadiumának biztos kórisméje mellett az: zonnali általános kezelés megkezdését higanynyal.

Azt azonban be kell vallania, hogy az ily korai orvoslás eredménye még nem elégitett ki, mert az általános tünetek megannyi esetben jelentkeztek, akár belső, akár bedörzsölés, akár injectiók alakjában nyújtotta a kénest az eddig szokásos adagokban.

Ennek illusztrálására a következő pontosan észlelt adatait sorolhatja fel.

1. Praeventiv kezelés kénestnek belsőleg nyújtott adagjaival.

Az általa a primaer stadiumban észlelt betegek legtöbbje belső kénest szerekkel kezeltetett és pedig hydr. bichlor., hydr. salicyl., hydrarg. protojoduret-mal. Annyi esete van jegyzőkönyvében, hogy nem győzte kiírni őket. És ezen nagy tömegre támaszkodva mondhatja, hogy ezek mindegyikében, a hol tényleg syphilit kezdete volt az észlelt laesio, a secundaer tünetek csaknem változatlan erővel léptek fel. Legfeljebb az exanthema késétt meg.

2. Praeventiv kezelés bedörzslésekkel.

Tíz pontosan és az utolsó években észlelt betege kórrajzát írta ki. A bedörzsléseket mindezeknél azonnal megkezdte, mihelyt a laesionak syphilitis voltára támpontja volt, tehát oly korán a mint csak lehetett és az eredmény a következő volt:

1. 30 éves. 1894. augusztus. Utolsó coitus 3 nap előtt, utolsó-előtti 16 nap előtt. Tegnap óta a monyon borsónyi göcs, kölesnyi véres beszáradt pörkkel. Egy nagy babnyi mirigy a jobb ingu. tájon. Therap. local empl. hydrarg. és hydrarg. salicylpilulák. 14 nappal később sclerosis és mirigyek növekednek, de secundaer tünetek még nem jelentkeznek; ekkor 45 bedörzslés a 3 gm. Ezek után papulák az areusokon és tonsillákon, sőt később foltos syphilitis a törzsön. Ezek ellen újra 30 bedörzslés a 3 gm. és mégis ma 1 évi kezelés után kifoszlott papulák a tonsillákon.

2. 40 éves. Utolsó coitus 1894. augusztus elején. Szeptember 8-dikán 4 tipikus sclerosis a mony nyakán, nagyfokú táji mirigy duzzanat. Bőr és nyálkahártyákon semmi elváltozás, polyadenitis nincs. Rögton bedörzslések a 3 gm., 30 bedörzslés tartama alatt semmi új tünet. Utána néhány héttel kifoszlott papulák az areusokon és tonsillákon. Ezek ellen ismét 20 bedörzslés a 3 gm. 1895. júliusban újra kifoszlott papulák az areusokon, tonsillákon. Ezek ellen újra bedörzslés a 3 gm. Bőrkiütést nem észlelt.

3. 26 éves. 1894. december 11-dikén utolsó közösülés; azelőtt hetenként; 18-dikén lencsényi horzsolt sebet vesz é-zre a makkon, melyet szülő már 19-dikén lencsényi, fehéres, lepedékek borított, tömött alapú kerekded erosio alakjában látott a makk hátán, közepén. A bal ingu. tájon 2 nagy babnyi mirigy. Kérdőjellel sclerosis diagnózis. Bőr 0, nyálkahártya 0, polyadenitis 0. Rögton bedörzslés a 3 gm. Daczára a 40 bedörzslésnek, hónapokig tartó garat-, nyelv- és ajk-papulák. Ismét 20 bedörzslésnek daczára psoriasiform syphilitis a tenyereken és az ezek ellen újból alkalmazott 20, összesen 80 bedörzslés daczára 1895. október elején kifoszlott papulák a tonsillákon és papula nyomok.

4. 19 éves. 1894. december 25-dikén utolsó coitus, 1895. január 10-dikén kis pattanás a monyon, melyet szülő 15-dikén mint babnyi, vörös tömött alapú erosiot constatal: a jobb húgycsőjakkon. A jobb lágyéktájon mogorónyi mirigy. Rögton belső higanykezelés rendeltetett, majd 10 nap mulva bedörzslés a 3 gm., április 8-dikáig 35 bedörzslést végzett. Addig teljesen exanthema mentes volt. Azóta nem látta, csak augusztus 4-dikén, a mikor általános foltos syphilitis, condyloomák a monyon, a háton és torokban, melyek ismét csak nehezen engedtek 35 bedörzslésre.

5. 26 éves. 1895. február 7-dikén következő állapottal jött szülőhöz: Fehéresen belepett fekély az urethra elején, a nyálkahártyán; a húgycsőjakkal duzzadtak, kemények. Egy-egy porezkemény mirigy az ingu. tájakon. Diagnózis: Sclerosis urethrae. Rögton kezelés 3 grammos bedörzslésekkel. 40 bedörzslés után nagyfokú garatsyphilitis léptek fel. Börtünetek nem észleltettek. Ezek ellen újból 35 bedörzslés a 3 gm. és daczára ezen 75 bedörzslésnek, újból papulák az areusokon és tonsillákon.

6. 31 éves. 1894. június 12-dikén lencsényi erodált papula a monyon, 1 nagy babnyi kemény mirigy. 16-dikán status idem. 20-dikán status idem., bedörzslés a 3 gm. 40 bedörzslés után papulosus toroktünetek; majd ismét 30 bedörzslés után foltos syphilitis és palmaris papulák. Ezek ellen újból 30 bedörzslés, tehát összesen 100 és mégis 1895. tavaszán ismét foltos syphilitis.

7. 20 éves. 1895. április 30-dikán egy nagy borsónyi és lencsényi erodált papula a mony nyakán; a bal ingu. tájon egy nagy mogorónyi és egy kis mogorónyi mirigy. Bőr 0; nyálkahártya 0; polyadenitis 0. Bedörzslések. 40 bedörzslés után torok- és gégepapulák heteken át, melyek csak újabb 30 bedörzslésre mulnak el. Bőrön nem észlelt tüneteket. Polyadenitis kifejlődött.

8. 31 éves. 1895. április 16-dikén coitus; másnap horzsolt seb. Szülő május 2-dikán látta. Borsónyi lapos felületű erosio a mony nyakán baloldalt. A bal ingu. tájon 2 nagy babnyi mirigy. Ther. empl. hydrarg. és belsőleg hydrarg. salicyl. Május 21-dikén nagy babnyi tipikus sclerosis. Bőr 0, polyadenitis 0. Ther. bedörzslés a 3 gm. 30 bedörzslés után előbb 0, azután folyton torok- és szájpapulák. Ekkor újból 20 bedörzslés a 4 gm. Ezek daczára október 7-dikén számos papula a tonsillákon, ajkakon, tenyereken és talpakon.

9. 35 éves. 1895. május 27-dikén tipikus begyógyult sclerosissal és polyadenitissal. Bőr 0, 6 hét előtt utolsó coitus. Azonnal 3 gm.-os bedörzslés, 30 darab szeptember 16-dikáig, ezután semmit sem használt, ekkor általános foltos, itt-ott papulák syphilitis, nagyszámú torok- és ajk-papula.

10. 35 éves. 1894. júniusban borsónyi sclerosis; 1 nagy babnyi kemény mirigy. Azonnal bedörzslés a 3 gm. 40 bedörzslés után néhány héttel toroktünetek. Újra 20 bedörzslés a 3 gm. és mégis újból toroktünetek, psoriasiform syphilitis a tenyereken, melyek csak 25 bedörzslésre fejlődtek vissza.

3. Praeventiv kezelés 50/0-os sublimat-injectiókkal.

Csak 13 esetet említhet mint olyat, a hol az intramuscularis injectiók elég korán adtak.

Megvallja, hogy Jullien közleménye után (1894.), a ki úgy nyilatkozott, hogy az első nyilvánulásnak calomel-vaselinnel való orvoslása által hónapokig kitolhatja az általános tünetek fellépését, és hogy ezeket is szelidebbé teszi, sőt hogy betegeit 1 év alatt így meggyógyítani reméli, bizonyos reményt fűztem ez irányban az 50/0-os sublimat oldatnak az első laesion idejében való alkalmazásához, hisz a sublimat gyorsabban hat és sürűbben adható, mint a calomel! Az így kezelt esetek

azonban, sajnos oly rövid ideig észleltettek, hogy azokról még ma nem merek beszámolni.

Tapasztalatai alapján a még nem szabad határozottan odanyilatkozni, hogy az ú. n. praeventiv általános kezeléssel képesek volnánk akár a secundaer tüneteket enyhíteni, akár a syphilitis tartamát megőrizni. De bár átlag a közönséges syphilitis esetekben, a hol a primaer stadium nem lett kezelve, sem észlelünk súlyosabb secundaer tüneteket, mint a minőket a praeventiv bedörzslések után észlelt, nem merné tagadni, hogy a korai erélyes kezelésnek ne volna szelidítő és kór rövidítő hatása, s miután az absolute kárral nem jár, mint logikus és jogos beavatkozást követendőnek tartja.

Áttér ezek után a secundaer stadiumnak rendszeres általános orvoslására és a recidivákra. Szülő tapasztalata évek óta az, hogy a II-dik stadiumnak bárminő eddigi szerrel és módszerrel való orvoslása után fellépnek az e stadiumban törvényszerű rohamok (recidivák), százzal írhatván ki könyveiből azon eseteket, a hol egyszerű rendszeres bedörzslések (a 3—4 gm.) után és pedig 40—50 bedörzslés után és nagy számban olyanokat, a hol még 70—100—150 bedörzslés után is jelentkeztek (főleg) nyálkahártyatünetek és a polyadenitis még meg volt. Ugyanilyen tapasztalatokat szerzett az oldható kéneseinek nagy adagjai (50/0-os sublimat-oldat, 80/0-os hydrarg. sozodol. injectio) után. Eddig osztályán 2000 injectionál többet alkalmaztunk. 6—12 injectio után napirenden vannak a szabályszerű recidivák. Ugyanezt tapasztalta az oldhatatlan hydrarg. salicyl. nagy adagjai után is 2 esetben.

Mindezekből kiderül, hogy egyszeri, sőt többszöri eddig használatos kéneseikúra sem képes a II-dik stadium szabályszerű rohamait teljesen elnyomni és ép azért szülő az évekig (3—4 évig) elhúzódó, szüntekkel intermitáló kéneseivel erélyes, de óvatos, kezelésnek híve és szószólója. Érveit különben, valamint a jodkaliumról stb.-ről nézeteit tankönyvében részletesen leírta.

Aschner Arthur: A praeventiv kúrákról nem akar jelenleg szólni; a mi az egyes módszerek alkalmazását illeti, tudjuk, hogy mindegyik módszer a kellő óvatossággal alkalmazva egyenlő eredményekkel jár. Azonban különösen, kiknek alkalmuk van a kórházban, vagy nyilvános ambulatóikon számos éven át a betegeket végig észlelni, azok tapasztalhatták, hogy ilyen megforduló betegek, főleg pedig a kórházban levő puella publicák mily felületesen, vagy egyáltalában nem végzik a bedörzsléseket. Erre nézve példát is hoz fel. Véleménye tehát az, hogy a kevésbé intelligens betegeknek, főleg pedig a puella publicáknak ne bedörzslési kúrát rendeljünk, hanem magunk alkalmazzunk náluk injectio gyógymodot.

Tuszkai Ödön: Bizalmatlansággal viseltetik az organotherapia iránt és ajánlja, hogy kételyvel és kritikával fogadjuk a Poehl-féle spermint is.

Schweimmer Ernő: Csak néhány szóval teszi meg észrevételeit. A mi a korai kezelést illeti, arról nem is szól, ennek helyességére több, mint 25 éves tapasztalása tanította; a mi a gyógyítás megkezdését illeti, ha a betegnél van fekély, van bubo és tudjuk, hogy syphilitis forog fenn, mire várjunk? Minél előbb kezeljük a beteg, annál hamarabb meggyógyul; a mi az ideges tüneteket illeti, épen az ellenkezőt tapasztalta szülő, hogy t. i. ezek a legkésőbbben fejlődnek ki, hogy pedig recidivák mindig felléphetnek, az köztudomású.

Hogy Tuszkai elítéli az organotherapiát, az egyéni dolog, szülőnek más tapasztalása van; a 30-as években Rademacher írt egy két kötetes könyvet, melyben 80 szert írt le 80 betegség ellen: ilyen kinnővések mindig voltak az orvosi tudomány terén, azért kell minden ilyen dolgot higgadt megfontolással bírálata alá venni, de nem szabad túlzásba esniük, mert hisz Koch- és Pasteurnek eljárása sem egyéb mint organotherapia: épen ezért folytatni fogja szülő kísérleteit, hogy meggyőződhessen e szer állandó, nem pedig csak 1—2 esetre szóló jó hatásáról.

IRODALOM-SZEMLÉ.

I. Könyvismertetés.

Thyroiditis acuta simplex. By Holger Mygind, M. D. Reprinted from the Journal of Laryngology, Rhinology and Otology. 1895.

Több szempontból köti le figyelmünket előtünk fekvő füzet. Nemesak az eddig fel nem ismert és elhanyagolt tárgy fontossága az, mely a megbeszélést kívánatosá teszi, hanem az is, mert benne egy magyar szerzőre történik sokszoros hivatkozás, Korányi Frigyes tanárra, a ki 1892-ben négy eset kapcsán hívta fel a figyelmet a pajzsmirigy heveny lobjára.

Mygind Holger körleírása egészen megegyezik a Korányi-éval.

A bevezetőben kifejti, hogy a pajzsmirigynek kétféle heveny lobját ismerjük, ú. m. a nyelésbe átmenőt — thyroiditis acuta suppurativa — és a felszívódással végződőt — thyroiditis acuta simplex —. Fejtegetése tárgyul az utóbbi szolgál. Az irodalomban eddig közölt ilyenmő esetek száma 17, melyek közül négy eset, a mint azt szerző különösen kiemeli, Korányi tanár által lett észlelve és közölve. Az összes ismert eseteknek tehát csaknem egy negyede magyar buvártól származik.

Szerző maga egy esetet észlelt és ezt bőven ismerteti. Összefoglalóan tárgyalja ezután az összes eddig közölt esetek alapján a körképet.

Kóroktanilag kiemeli, épen úgy a mint azt *Korányi* is teszi dolgozatában, hogy gyakrabban fordul elő nőknél e betegség és pedig leggyakrabban 20—40-es években levőknél. Praedisponáló momentum az esetek túlnyomó részében nem mutatható ki. Kórokozóját eddig nem ismerjük. Sokan meghűlést, rheumatismust említenek. Fontosak azon esetek, a hol a betegség más fertőző bajok folytatásaként lépett fel: diphtheria (Brieger), influenza (*Korányi*), typhus (*Korányi*), malaria (Zesas), erysipelas (szerző). A bántalom kórboneztana mindezeideig ismeretlen, mivel valamennyi eset gyógyulással végződött. Az eddig ismert adatok *Korányi* tanár dolgozatában vannak behatóan ismertetve és méltatva.

Részletesen ismerteti szerző ezután a bántalom tünetét, melyből kiemelendő az általános rosszulléttel kezdődő időszak, mely a pajzsmirigynek hőemelkedéssel járó gyors megnagyobbodása által van jellemezve. A betegség rendszerint néhány napig tart, máskor hosszabb idejű (*Korányi*, Messie, Given). A legtöbb esetben teljes felszívódás áll be, beszűremkedés nem marad vissza, kivételesen azonban ez is észlelhető (*Korányi*). A mirigy fekvése feltételez továbbá járulékos tüneteket, ez utóbbira ugyancsak *Korányi* hívta fel a figyelmet, mint a milyenek a dysphagia, kevésbé gyakori a dyspnoë, a köhögés, a rekedtség. Ritka esetekben a nyaki vizerek nyomtatása következtében cyanosis mutatkozik az arezon. A kórismével foglalkozó fejezetben kiemeli a heveny strumától megkülönböztető jeleket. A prognosztikában véve jónak mondja. A kezelés kezdetben — úgy mint azt *Korányi* is kívánja — antiphlogistikus legyen. — — —

II. Lapszemle.

Kórtan. Gyógyszertan.

A pancreas befolyásáról a normalis zsírfelszívódásra értekezik Vaughan Harley. A normalis viszonyok megvizsgálására több napon át éheztetett kutyákat, melyeknek előzőleg még beleit többszörös mély beöntésekkel kitisztította, tejjel táplált. Bizonyos órák múlva megölte az állatokat és a gyomor-, vékonybél és vastagbél tartalmát a zsírokra nézve megvizsgálta. Kiderült, hogy 3—4 óra múlva az elfogyasztott zsír mennyiségének 15%-a, 7 óra alatt 30%-a, 18 óra alatt 85%-a szívódott fel. A gyomorból a belekbe jutott zsír mennyisége ingadozik az időtartam, s ezenfelül az individualitás szerint: 3—4 óra múlva 30%, 7 óra múlva 50%, 18 óra múlva 100% zsír hagyta el a gyomrot. A pancreas kiirtása után a viszonyok nagyon megváltoznak, s a zsírfelszívódás nemcsak, hogy 0-ra száll alá, de sőt a bekebelezett zsírnál is több található az állat leölése után az emésztő-csatornában. Szerző szerint ez a többlet a bélmedvekből származik, mivel Herrmann és Voit is kimutatták, hogy lekötött bélrészletekben is idővel sok zsírtömeg gyűlik össze, a mi részint a lehámlott epithelből, részint a besűrűsödött bélmedvekből képződött. A pancreas kiirtása azonban a gyomorból mozgásokat is csökkenti, mert a műtett kutyáknál 4—6 óra múlva csak 6%, 7 óra múlva csak mintegy 15% zsír lépett át a gyomorból a belekbe. (Journal of Physiology. XVIII. k., 1—2. szám.) Vámosy dr.

Néhány gombamérgezésről ír érdekes közleményt Tappeiner. A mérgezések 1894-ben, augusztus és szeptember hónapban történtek Münchenben, mind a 8 közölt esetben a champignon vagy kucsma-gomba helyett árult gumós galóczával (*Agaricus bulbosus* v. *Amanita phalloides*). Szerző szerint ez a gomba faj abban különbözik a többi mérges gombáktól, hogy a mérgezési tünetek csak későn 10—24 óra múlva mutatkoznak a bevétel után, a mi az esetet mindig súlyosabbá, a kezelést nehezebbé teszi. *Kobert* a gumós galócza mérget „phallin“-nak nevezi, szerinte ez egy fehérje-anyag, a melynek kiváló gyors oldó hatása van (még több ezerszeres hígításban is) a vörös vértestekre. A közölt mérgezések közül 5-en egy házhoz tartozók voltak, közülük 2 került boncolásra; szeptemberben mérgeztetett egy 69 éves asszony és annak 16 éves unokája, mindkettő meghalt; a 8. eset egy 38 éves férfi, ki szintén boncoltatott. Az első 2 esetben a gombákat leforrázatlanul levesben készítették el, az utolsónál ismeretlen a készítési mód.

A tünetek nagyon különbözők voltak. Egy esetben, a mely gyógyulással végződött, a hányás egészen kimaradt, a többieknél többé vagy kevésbé meg volt; többnyire heves hasmenés lépett fel, 80 ürülést is észleltek 24 óra alatt, de egy fiúnál, ki pedig a mérgezést kiállta, még hashajtókkal sem lehetett székélést előidézni. Mindegyik betegnél gyors (150), kicsiny, de rythmikus volt az érverés, csak a 69 éves nőnél lett lassúbb (30) és arhythmikus. Hőmérsék normalis maradt, néhányánál dyspnoë lépett fel. 5 esetben mydriasiszt észleltek, ezenfelül ideges tünetek gyanánt izomrángások, ikragöres, paraesthesiák léptek fel, egy esetben a halál convulsiókkal állott be; somnolentia, apathia, delirium minden esetben mutatkoztak. A vizelet elválasztás volt csekély, normalis és bő is. Boncolat alkalmával a gyomor és bél alig mutatott lobosodást, s kicsiny ecchymosisokat. A lép cseresznye-piros, lágy, a vesében vérzések. A máj minden esetben egészen sárga, göreső alatt nagyfokú zsíros elfajulást mutató, a milyen csak phosphor-mérgezésnél szokott lenni; ugyancsak zsíros elfajulást mutatnak még a vesék és a szívizmok is. Chemiai analysis alkalmával (2 esetben) a máj 68·87%, illetve 53·35% zsírt adott, egy vese pedig 11·78%-ot. Érdekes, hogy vérésejt oldási tünetek épen nem észleltek: sem icterus, sem anuria, sem haemoglobinuria nem lépett fel, sőt 4 esetben a vizelet bő és egészen tiszta volt. A therapia főleg symptomatikus volt. (Münchener med. Wochenschrift. 1895. 7. sz.) Vámosy dr.

Sebészet.

A himvesszőn a frenulum rövidege egy különben is ideges származású egyénnél igen súlyos tüneteket okozott. Az eset például szolgálhat arra nézve, hogy sokszor mily csekélynek látszó elváltozások is mily terhes állapotokat okozhatnak. A beteg észrevette, hogy merevedéskor a glans erősen meghajlik s feltűnően érzékeny, s hogy coitust alig képes végezni, mert a mag már ante portam ejaculál. A nemi gerjedelem e ki nem elégitése előbb deprimálta a beteget, később pedig súlyos neurosisokat okozott. A pervers nemi élet abban állott, hogy a beteg megutálta az asszonyokat s gyakran ébredt pollutióra, mely alkalommal férfiakal álmodott. Az intelligens beteg bajából azáltal gyógyult ki, hogy a frenulumot átmetszették. Az operatio után megszűnt az ejaculatio praecox, a hyperaesthesia és a nemi életben fellépő perversitás. Sz. felemlíti, hogy a kurta frenulum gyakran okoz reflexneurosisokat, hypochondriát és melancholiát. (Revue de chir. 1895.) Novotny dr.

Az ureter szűkülete miatt fennálló vesemedence gyuladás egy érdekes esetét közli Kelly. Az érdekes diagnosztikát természetesen a kystoskoppal lehetett felállítani. A strictura a hólyagba való nyílás helyén fejlődött s az ureter megsondálása az erre a célra szerkesztett kystoskoppal történt. A strictura 5 mm.-ig tágított, a vesemedence pedig az ureterbe vezetett katheteren át lett orvosságos langyos vízzel kiöblítve. A rendkívül érdekes eset annyiból nevezetes, mert bizonyossága annak, hogy a modern kystoskop mennyire hozzájárult az ureter és a vesebajok diagnostikájához. A vesemedence öblögetésére a vizelet szépen feltisztult. (Med. News. 1895.) Novotny dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Nedves carbolkötéseket a budapesti egyetem II. seb-klinikáján következő módon alkalmaznak: a lobos terület vagy sebfelület 2%-os carbololdatba mártott és kicsavart gaze-zal fedetik be, mely fölé hasonlóan 2%-os carbololdatba mártott s kicsavart Bruns-watta réteg helyeztetik. A nedves kötszer vízátlan Bill-roth-féle vászonnal és ennek szélei közönséges gyapottal fedetnek s az egész kötés moull-pólyával rögzítetik. A kötés minden 24 órában változtatandó, a mely alkalommal az esetleges sebfelület alaposan fertőtlenítenendő.

2. Urticariánál a viszketés enyhítésére *Berliner* a következő egyszerű eljárást ajánlja: a beteg részecnek hideg vízzel megnedvesítése után konyhasóba mártott nedves ujjal dörzsölendő a bőr; után zinkkenőcs vagy rizspor alkalmazható. (Allgem. medic. Central-Zeitung, 1895. 73. sz.)

TÁR C Z A.

Magyarország közegészségügye 1894-ben.

(Perczel Dezső belügyminister jelentése a képviselőházhoz.)

(Vége.)

Foghúzással az országban 1858 egyén foglalkozott, tehát majdnem 1000-rel több lett kimutatva, mint a megelőző évben.

A vérbocsátással foglalkozó egyének kimutatását is e jelentés tartalmazza először; az országban 788 vérbocsátással foglalkozó egyén még mindig talál munkát.

Az okleveles bábák száma a lefolyt évben 7981-et tett, kik közül 6335 a vármegyékben és 1646 a városokban működött. Míg 1893-ban az okleveles bábák száma az előbbi évhez képest apadást mutatott, addig ez évben az előbbi, sőt a harmadév előtti számhoz képest is jelentékenyen szaporodott.

A vármegyékben 2174 lakosra, a városokban 825-re, az országban általában 1900 lakosra jutott egy bába.

Az okleveles gyógyszerészmesterek számára ez évben 2092-t tett az előbbi év 1846 okl. gyógyszerészmesterével szemben.

A gyógyszerertárak összes száma az 1894. év végén 1691-et tett, míg az előbbi évben 1656-ot; ez évben tehát a gyógyszerertárak száma 35-tel szaporodott.

Ha pedig a nyilvános gyógyszerertárakhoz hozzászámítjuk a kézi s házi gyógyszerertárakat is, akkor a gyógyszerertárak és a lakosság meg terület közti viszony következőképpen mutatkozik:

1893-ban 1 gyógyszerertár jutott 9156 lakosra és 168 □-kilométerre; 1894-ben 1 " " 8967 " " 165 " "

A kórházakra vonatkozó, jelentésem II. részében közölt adatok a kórházakról s működésükről minden tudnivalót részletesen feltüntettek.

E kimutatás adatait az előbbi évi adatokkal összevetve, a kórházak számának jelentékeny szaporodása tűnik ki; volt ugyanis:

	1893-ban	1894-ben
1. Országos tébolyda	3	3
2. Országos kórház	6	6
3. Közkórház	58	61
4. Magánkórház s gyógyintézet	140	167
5. Bujasenyvi kórház	4	4
6. Irgalmasrendi kórház	12	12
7. Kir. javító s fegyintézeti kórház	11	11
8. Kir. börtönkórház	77	70
Összesen	311	334

A kórházak száma tehát a lefolyt évben 23-mal szaporodott. Ezek közül a három új közkórház Kis-Várdán (Szabolcs vm.), Zilahon (Szilágy vm.) és Muraszombatban (Vas vm.) létesült.

E 334 kórházban az év folyamán mindössze 163,524 beteget ápoltak; e szerint ez évben 5841 beteggel több nyert ez intézetekben ápolást, mint a megelőző évben, a mikor a kórházakban ápolott betegek összes száma 157,683-at tett.

E 163,524 beteg közül elhalt 11,073, vagyis 6.7%, míg az előbbi évben az ápolott betegek 7.08 százaléka halt el.

A különböző intézetekben ápolott betegek számát és az elhaltak arányát a következő összeállítás mutatja:

	1894-ben szám szerint	1893-ban %-ban	1894-ben %-ban
1. Az országos tébolydában volt a betegek száma	1,971; a balázolás 258;	13.09	14.28
2. Az országos kórházakban " " " "	10,604 " " " "	612	5.77
3. A közkórházakban " " " "	99,960 " " " "	7,063	7.07
4. A magánkórházakban " " " "	33,813 " " " "	2,612	7.72
5. A bujasenyvi kórházakban " " " "	761 " " " "	1	0.13
6. Az irg. rendi " " " "	5,317 " " " "	210	3.95
7. A kir. jav. s fegyint. kórh. " " " "	3,403 " " " "	223	6.58
8. A börtönkórházakban " " " "	7,695 " " " "	94	1.22
Az összes kórházakban:	163,524	11,073	6.77

A három országos tébolydában az év folyamán összesen 1971, a magántébolydákban, az egyetemi szakkórodákban, köz- és magánkórházak elmebeteg-osztályain pedig összesen 2270 elmebeteg ápoltatott. Ezen magas ápolási létszámok dacára a tébolydák s kórházi elmebeteg-osztályok az új felvételek igényeit nem elégítik ki, az év folyamán is időnkint korlátozandó volt az országos tébolydákban a felvétel.

A tébolydai felvételre jelentkező nagy betegtömegeből itélve, újabb elmebeteg-intézeteknek felállítása égető szükségévé vált. E végből egyelőre a nagykállói régi vármegyeház-épület és szomszédos telkeinek tébolydai czélokra való felhasználását határozottam el s ennek költségeit a folyó évi költségvetésbe be is állítottam.

Miután az elmebeteg-ápolás részben a kórházak képesében felállítandó elmebeteg-osztályok által is megoldható, annál fogva minden újabban épülő kórházi tervezésnél rámutattam az elmebeteg-osztályok sürgős szükségére s az illető hatóságok belátván az ily osztályok elkerülhetlen voltát, tervezeteikbe az elmebetegek számára külön pavilonokat vettek fel. A pozsonyi országos kórház elmebeteg-osztályának új, kibővített pavilonnal való helyettesítése iránt ez előmunkálatok megindították.

Előmunkálatokat indítottam meg, hogy a folyó évben az elmebetegek számlálása országszerte a hatósági orvosok által eszközölhető legyen, mely célbavett eljárás mind szakszerűség, mind pedig takarékoság tekintetében a legmegfelelőbbnek ajánlkozott.

A himlőoltás ez évi adatai az előbbi évi adatokkal összehasonlítva a következők:

Első oltás történt:

	1894-ben	1893-ban
a vármegyékben	511,986	529,938
a városokban	33,040	35,418
Összesen	545,026	565,356

Újraoltás:

	1894-ben	1893-ban
a vármegyékben	384,325	285,405
a városokban	26,819	18,977
Összesen	411,144	304,380

Himlőoltás összesen:

	1894-ben	1893-ban
a vármegyékben	896,311	815,341
a városokban	59,859	54,395
Együtt	956,170	869,736

Ezek közül eredménytelen 7,601 (0.8%) 43,141 (4.96%)

Az oltásokat az elmúlt évben már majdnem kizárólag állati himlőnyirkkal végezték. 956,170 egyén közül u. i. 882,385-öt (92.3%) oltottak állati nyirkkal és 73,785-öt emberivel (7.7%).

A jó ivóvíz egyik főtenyezője lévén az egészség ápolásának és fentartásának, örömmel konstatalhatom, hogy a községek országszerte igyekeznek magukat jó ivóvízzel ellátni. Az impulsust erre, az országban uralkodott cholerajárvány adta meg, melynek főtérjesztője a fertőzött ivóvíz volt.

E baj megszüntetése végett intézkedett, hogy a jó ivóvíz nélkül szűkölködő községek e hiány elhárításáról vízvezetékek létesítése, vagy artézi, esetleg mély kutak fúrása által gondoskodjanak, sőt számos községnek, melyek anyagi viszonyaik közt — legalább egyelőre — kutakat nem fúrathattak volna, ilyenek czéljaira 10 évi részletekben visszafizetendő, 500 frttól 2000 frtig terjedő kamattalan államkölcönt engedélyezett.

A közegészségi viszonyok alapos javítását célzó eme törekvésében hivatalbeli elődömet hathatósan támogatta a volt földművelésügyi miniszter úr, ki a jó ivóvíz megszerzését nemcsak azzal segítette elő, hogy a kutakat fúrtni óhajtó községekbe geológiai szakértőket küldött a talaj- és vízviszonyok megvizsgálására és a szükséges felvilágosítások megadása végett és intézkedett, hogy a kiviteli módozatok megállapítása, valamint az egész műszaki művellet keresztülvitele a közegészségügyi szolgálattal megbízott illető kulturmérnök útmutatása mellett és felügyelete alatt eszközöltessék, hanem késznek nyilatkozott arra is, hogy kútfúrasi munkálatokra a hozzáfutó községeknek méltányos feltételek alatt hosszú lejáratú kölcsönöket közvetít.

E vállvetett működésnek meg is lett az eredménye.

A múlt év folyamán elkészült, vagy munkába, illetőleg tárgyalás alá vett:

vízvezetékek száma	13
artézi kutak "	231
mély kutak "	281

Összesen . 525 vízmű.

A halálozási viszonyokat a törvényhatósági jelentések nem és szám szerint következőleg tüntetik ki:

	finemű	nőnemű	együtt
meghalt a vármegyékben . . .	210,359	202,745	= 413,104
a városokban . . .	21,140	18,850	= 39,990
összesen . . .	231,499	221,595	= 453,094

Az elhaltak közül nem orvosoltatott:

	7 éven aluli	7 éven felüli	együtt
a vármegyékben . . .	52,440	61,804	= 114,244
a városokban . . .	1,353	1,773	= 3,126
összesen . . .	53,793	63,577	= 117,370

vagyis nem orvosoltatott a meghaltak 25.9%-a, míg a megelőző évben az orvosi kezelés nélkül elhunytak az összes halottak 25%-át tették.

A halálokok kimutatása szerint az elmúlt évben az elhaltak száma 458,167-et tett, vagyis körülbelül másfél ezerrel többet, mint a megelőző évben, a midőn ama halálesetek száma, melyekben a halál oka megállapított, 456,224 volt.

A névszerint kitüntetett halálokok közül az összes halálozások tizedrészénél többnek az oka (10.87%) a világra hozott gyengeség volt; e tekintetben lassú, de fokozatos rosszabbulás mutatkozik. Fokozatos emelkedést mutat a tüdőgyulladás okozta halálozás is. Kétszeresen nagyobb szaporodást mutatnak a vizibetegség bizonytalan neve alatt összefoglalt halálokok.

Ellenben nagy mértékű csökkenés mutatkozik csaknem minden olyan halálozás körében, a melynek apasztására az egészségügyi rendszabályok befolyással vannak.

A vármegyékben aránylag több halálozást okoznak, mint a városokban a következő halálokok: veleszületett gyengeség, gyermekaszály, vizibetegség és aggkori végkimerülés; viszont aránylag több halálozást okoznak a városokban, mint a vármegyékben: a tüdőgümőkór, tüdőgyulladás, bélhurut, elmebajok, öngyilkosság és külső erőszak.

A hét éven aluli gyermekek gyógyíttatása elmulasztatott:

a vármegyékben	3731
a városokban	1090
összesen	4821 esetben.

A mi végül a prostitutio ügyét illeti, 1894-ben a kéjnök száma 8402-t tett, 1182-vel többet, mint a megelőző évben. A hetenként nagy részt két izben foganatosított orvosi vizsgálatok alkalmával 3851 találatot köztük bujakórosnak; ezeknél mindannyiszor kényszergyógyítás rendeltetett el.

A fürdőkről s ásványvizekről szóló részletes kimutatás szerint 147 hazai fürdőhelyet ez évben 65,268 állandó és 69,262 ideiglenes, összesen 134,530 vendég kereste fel; az állandó vendégek között 9942 (15.2%), az ideiglenesek közül 12,179 (17.6%) külföldi volt.

A közegészségügyi szolgálat javítását ezéző tiszti orvosi vizsgát aránylag több orvos teszi le, a mint azt remélni lehetett.

A lefolyt 1894. évben Budapesten 164 s Kolozsvárt 40, összesen 204 orvos tette le a vizsgát sikerrel. Ezek közül hatan kitüntetéssel lettek képesítve. A vizsgák ismétlésére utasított 41 orvos.

Rendszeresített és be is töltetett az 1894. év folyamán a 4 új közegészségi felügyelői állás; a felügyelők működési köre pedig akként szabott meg, hogy hétnek közülük az ország törvényhatóságaiából átlagosan két-két millió lakost számláló terület osztatott ki rendszeres felügyelet alá, míg a nyolczadik továbbra is a trachoma elleni hatósági teendők felügyeletével és ellenőrzésével maradt megbizva.

A belügyministerium egészségügyi osztályának tevékenységéről számszerű felvilágosítást adnak a következő adatok:

a beérkezett ügydarabok száma volt	30,327
ezekből feldolgoztatott	30,304
maradt az év végével elintézetlen hátralék	23 ügydarab.

Végül mint az egészségügy terén jelentékeny mozzanatot, meg kell még említenem, hogy ez évben a nemzetközi higieniai

s demographiai congressus Budapesten tartotta meg üléseit és az elnöki tisztét hivatalbeli elődöm, Hieronymi Károly viselte.

Az 1876. évi XIV. t.-cz. alapján következő nagyobb ki-hatású rendelkezések tétettek:

Új szabályrendeletek alkottattak a gyógyszerek, gyógyszer-félék, mérgek és méregtartalmú anyagokkal való kereskedésről; a szódavíz gyártásáról, elárúsításáról és felügyeletéről és a kézi gyógyszerárakról.

A járványok elleni intézkedéseket illetőleg: összesítették és kiegészítették a cholera elleni hatósági teendőket szabályzó rendeletek; részletes, kimerítő rendelkezés történt a diphtheria elleni hatósági intézkedésekről, a fertőző betegségek bejelentési kötelezettségéről és módjáról és a fertőtlenítő gépek beszerzése és használata tekintetében.

A karról karra történt védhímlőoltás helyett az állati nyirkal való oltás általánosított.

A veszettség elleni Pasteur-féle védőoltások fontossága széles körben újból ismertette lett.

A hypnotizálással tapasztalt visszaélések folytán ennek gyakorlata szabályoztatott, illetőleg korlátoztatott.

Az egészségügyi évi jelentéshez szükséges adatok minemisége és beküldésük módja újból szabályoztatott.

Az 1883. évi I. t.-cz. alapján létesített tiszti orvosi vizsga tekintetében a reciprocitás elvén kimondatott, hogy a jelzett vizsgálatok életbeléptetési időpontja (1893. november 1.) után kelt osztrák egyetemi diplomák a tiszti orvosi vizsga letételére nem jogosítanak.

A német otologiai társaság IV. ülése.

(Jena, 1895. június hó 1—2-ig.)

(Folytatás.)

A vitatkozásnál Szenes (Budapest) az ólomra vonatkozólag említi az ólomvízzel és aqu. Goulardival eszközölt borogatások igen jó hatását a heveny eczema első stadiumában s azért Sz. csakis az elsődleges lobos tünetek ekkénti megszüntetése után szokott a kenőcsös gyógykezelésre áttérni. Az 1%-os sublimat-alkohol kitűnő hatását a maga részéről is megerősítheti, de nem hajlandó annak csupán antiseptikus, hanem inkább még szárító hatást is tulajdonítani, mely az absolut alkohol részéről kifejtetik; ez tudvalevőleg a vizet alkotó elemeket a szövetekből elvonja. E hatást az alkohol, bár csak fél percig tartó, de mégis igen heves, fájdalom kíséretében szokta kifejteni, mely fájdalom az oldathoz adott cocain által sem paralyzálható s azért ajánlatos érzékeny egyénnél, 10%-os cocain-oldat előzetes becséppentése által, az alkohol számára érzéktelenséget előidézni. — Stimmel (Lipese) sublimat helyett hydrarg. oxyd. cyanatum-ot tesz az alkoholhoz, melyet 2%-os resorcin-oldattal felváltva használ. A más alkalommal többek által hangoztatott káros befolyását a légbefúvásoknak St. nem igen tapasztalhatta 20 évi filorvosi gyakorlatában, ha ugyanis az óvatosan eszközöltetik. Végül Wolf nézetével ellenkezőleg luésnél az inunctiós gyógymódtól sok szép eredményt látott. — Reinhard (Duisburg) a belső fül luétikus megbetegedése alkalmával a higanybedörzsöléseket pilocarpin-injectiókkal kombinálja. A fémek közül R. az aluminium-ot is említi, otitis externa esetei számára, fecskendezésre és becséppentésre az eczetsavas só oldatát ajánlva. — Dennert (Berlin) makaes fülgyógyászatában a vas és más tonizáló gyógyszer belső adagolását ajánlja, úgyszintén már humanus szempontból is az operatív kezelést csak oly esetekre kellene szorítani, melyekben az directe indokolt.

Szenes (Budapest) „conservativ vagy radicalis álláspontra helyezkedjünk-e heveny esetekben a csecstyívtviny-műtét javatával szemben?” és „otitis externa post infectionem“ ritkább esetéről szóló előadása e lap hasábjain egész terjedelmükben közöltetnek.

Katz (Berlin) először átlátszó macroscopikus készítmények stereoskopikus képének diapositivumait, majd pedig microscopikus készítményt mutat be, a nervus cochleae idegvégződésére vonatkozólag.

Walb tnr. (Bonn) a csecsemőknel előforduló középső fülgyógyászatáról és prophylaxisáról szóló előleges közleményében tulajdonképen Hartmann és Kossel vizsgálataiból indul ki, kik tudvalevőleg e kérdés kórtanával foglalkoztak. A

dobúri folyamat ugyanis a szülési actus alatt történhető fertőzés eredménye lehet, másrészt azonban később jelentkező hurutos orrgaratüri folyamat tovaterjedése által is támadhat. Ajánlja ezért W., hogy az orrgaratüriből a káros tényezők minél hamarabb távolítottassanak el, mire kis ballonnal eszközölködő légbefúvást, a másik orrnyílás nyitvatartása mellett, ajánl és ezt prophylaktikus szempontból annyira akarná általánosíttatni, hogy a bába vagy a csecsemő anyja is végezhetné. Légbefúvás alkalmával a másik orrnyílás csak akkor volna elzárandó, ha gyanú áll fenn arra nézve, hogy a fertőzés már átterjedt a fülre.

Ez előadást követő vitában *Panse* (Drezda) figyelmeztet azon különbségre, mely egyes szerzőknél a csecsemők fülfolyása alkalmával kimutatott *gonococcus*-okra vonatkozólag található; utóbbit illetőleg *Brieger* (Boroszló) megjegyzi, hogy csupán *Haug* említi a váladékban kimutatható gonococcusok nagy számát, ő maga nem találta azokat a váladékban; *Hartmann* (Berlin) pedig említi, hogy még oly gyermek fülgyógyászatában sem voltak kimutathatók gonococcusok, kiknek másféle szerveiben vagy pedig az anyjuknál specifikus *blennorrhoea* fennállott. A csecsemő külső hangvezetőjét, megvizsgálás előtt, legjobb szonda és csipesz segítségével óvatosan megtisztítani, ha ez nem sikerül, úgy a *hydrogenhyperoxyd* alkalmazható. — *Beckmann* (Berlin) nem helyesli *Walb* ajánlatát a légbefúvásra vonatkozólag, ellenben orrgaratüri kóros elváltozásoknál a *pharynxtonsilla* eltávolítását tartja szükségesnek. — *Zaufal* tnr. (Prága) az említett légbefúvásokat határozottan károsoknak tartja, mert általuk segítettik elő a fül fertőzése, s azért ily eljárás általánosítani nem szabad, legkevésbé pedig engedhető meg, hogy hozzá nem értők kezére bizzunk ily befúvásokat. Különben nem szükséges a természetes lefolyást támogatni, mert ez káros hatásal szokott lenni a csecsemőkre nézve.

Lucae tnr. (Berlin) új eszközt mutat be, melyet a *kalapács markolatának* kisebb húzására szerkesztett, oly esetek számára, melyekben a *dobhártya erősen behúzódtott*, illetőleg a *dobüreg falaival összenőtt*. Eddigél 14 esetben alkalmazta L. ez új műszert, és 6 ízben lényeges javulás követte a beavatkozást.

Hansberg (Dortmund) 4 *boncztani készítményt* demonstrál, vonatkozással a halántékesont viszonyára a *halántéklebenyhez* és *agyaashoz*; ezen készítményeken egyszersmind bemutatja H., hogy mily utakon terjed a kezdetben a *dobüregre* lokalizált *genyedő* folyamat az agyra, és hogy mily tüneteket vált ki a különféle helyen képződő agytályog.

Panse (Drezda) a vitában említi, hogy az agytályog részéről kiváltott nyomási tünetek nem gyakoriak; hivatkozik egy a *halleri fülklinikán* észlelt esetre, melyben egy egész agy-haemisphaera genytmömlővé alakult át, a nélkül, hogy az említett tüneteket keltette volna. — *Jansen* (Berlin) megjegyzi, hogy több ízben látott agytályogot, mely az egész halántéklebeny területét elfoglalta, pedig góczytünetek nem állottak fenn. — *Joél* (Gotha) azt hiszi, hogy a nyomási tünetek nem függenek az agytályog nagyságától, hanem inkább az ezt kísérő *oedema* fokától. Különben ne várjunk a műtéttel, míg góczytünetek jelentkeznek, miután a műtét indicatióját a klinikus körképéből kell megállapítani. — *Hansberg* válaszában említi, hogy a halántéklebenyben székelő agytályog az alsó szarvba törhet át, még mielőtt góczytünetek jelentkeztek volna.

Reinhard (Duisburg) egy kimerítő kórtörténet kapcsán *exfoliált csigát* mutat be. A 37 éves beteg nőnél *rhinitis acuta* után baloldali dobúri genyedés lépett fel, mely utóbbi 10 évi fennállás után veszélyes tünetekre — fő- és fülfájás, hányás, szédülés — vezetett, úgy hogy R. szükségesnek látta a csecsenyűjtvány üregét megnyitni. 3 hónappal később az arezideg alsó ágában *paresis* lépett fel, s midőn R. a csecsenyűjtványt újból kitartha, a *dobüreg* medialis falát *carioususnak* találta. Egy alkalommal, a seb kötözésekor (6 hónappal a tömkeleg részéről kiváltott tünetek első jelentkezése után), a csigának bemutatott másfél tekervénye vált le, később a *dobüreg* említett faláról *csontsequester* is távolított el; az egész folyamat gyógyulással végződött. — R. bemutat továbbá egy *főkötőt*, melyből a fület fedő részt kimetszette, s ez ily alakban csecsenyűjtvány-műtéteknél igen előnyösnek bizonyult, kivált nőknél, a le nem borotvált hajzat tisztántartására, műtét közben. — Végül *faéket* mutat be R., melyet műtét alkalmával a nem műteendő fejfél alátámasztására hasznosnak talált.

Panse (Drezda) e bemutatásokkal kapcsolatban könnyen sterilizálható *kendőket* mutat be, melyek fél zsebkendőkből úgy készülnek, hogy azok alsó harmadában, a fültölesér befogadására, nyílás legyen; e kendőkkel a beteg ruházata is kimélhető.

(Folytatása következik.)

Szenes Zsigmond dr.

Vegyesek.

Budapest, 1895. október 31-dikén. A *fővárosi statisztikai hivatalnak* 1895. október 13-tól október 19-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 394 gyermek, elhalt 224 személy, a születések tehát 170 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: ronesoló toroklobb 6, hökhurut 2, kanyaró 4, vörheny 1, typhus abdominalis 3, gyermekági láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 7, agykéreg 9, agyvérömleny 3, rángások 9, szervi szívhaj 12, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurut 30, tüdőgümő és sorvadás 39, bélhurut és bélobb 43, carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák 4, Brigh-kór és veselob 6, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengesség és alkathiba 16, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 4, erőszakos haláleset 12. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2092 beteg, szaporodás 687, csökkenés 639, maradt e hét végén ápolás alatt 2140. — A fővárosi tisztviselői hivatalnak 1895. október 21-dikétől október 28-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: halmazban 32 (meghalt 1), himlőben 2, álhimlőben 1 (meghalt —), bárányhimlőben 30, vörhenyben 72 (meghalt 4), kanyaróban 103 (meghalt 5), ronesoló toroklobban és torokgyikban 26 (meghalt 4), trachomában 21 vérhasban 3, hökhurutban 10, orbánczban 37, gyermekági lázban —.

— Felhivom mindazokat, kik a budapesti orvosi kör országos segélyegyletének a jövő 1896-dik év elején kiosztandó segélyalapjára igényt tartanak, hogy hatósági szegénység, esetleg orvosi bizonyítványon ellátott kérvényüket f. év november hó végéig hozzám beküldeni sziveskedjenek. A pályázók közül a három legérdemesebb Mészáros Károly dr. úr alapítványának kamataiban fog részesülni. *Papp Samu* dr., a budapesti orvosi kör orsz. segélyegyletének elnöke. (Budapest, Kerepesi-út 8. sz.)

— **Kinevezések.** *Hasitz Henrik* dr. a szolnoki állami gymnasiumhoz tiszteletbeli iskolaorvossá és egészségtan tanárrá, *Raisz Aladár* dr. pedig a fő- és székvárosi m. kir. államrendőrséghez fizetés nélküli rendőrorvossá neveztetett ki.

— **A Bardeleben tanár halálával megürült sebészeti tanszékre** *König göttingai* tanárt hívták meg, a ki a meghívást el is fogadta. Érdekes, hogy 12 évvel ezelőtt, a mikor *Langenbeck* utódjával hívták meg, a meghívást visszautasította.

— **Az Országos Közegészségi Egyesület iskolaorvosi és egészség-tantárai szakbizottsága** október 24-dikén tartotta alakuló ülését. A tisztikar következőképen alakult meg: Elnök: *Gerlóczy Zsigmond*, alelnökök: *Schuschuy Henrik* és *Kovács Áron* (Brassó), titkár: *Anjesszky Aladár*, jegyző: *Juba Adolf*.

○ **Weisz Ede** dr. fürdőorvosi gyakorlatát Meránban ismét megkezdte.

— **A „Meyer Vilmos“-féle emlékszobor magyar bizottsága.** A f. é. június 3-dikán 71 éves korában elhunyt *Hans Wilhelm Meyer*, kopenhágai orvos emléke a jeles búvár szülővárosában, Kopenhágában, felállítandó szobor által lesz megörökítve. Meyer tudvalevőleg számos egyéb búvárlatán kívül jelesen az *adenoid vegetatiók* felismerése, ismeretése és gyógyítása által orvostudományunk terén oly beavatkozást létesített, melynek segélyével évenként ezrekre menő beteg gyermeknek halló képességét megmenteni, légzését megjavítani és ezáltal a netalán már megzavart szellemi és testi fejlődést helyreállítani sikerül. A londoni laryngologiai egyesület kezdeményezésére a mozgalom nemzetközi jellegűtől, a mennyiben Európa összes államaiban, úgyszintén Amerikában is, leginkább fül-, gége- és gyermekorvosokból álló bizottságok alakultak, hogy kartársak és hálás betegek körében gyűjtést eszközölve a szobor felállításához saját nemzetük nevében is hozzájárulhassanak. Nálunk a magyar fül- és gégeorvosok egyesülete, a központi gyűjtőbizottság megkérésére, egy magyar bizottság megválasztásával az ügyet felkarolta és ténykedését az október 29-dikén tartott alakuló ülésével meg is kezdte. A bizottság tagjai: *Navratil Imre* tnr. (elnök), *Bókai János* tnr. (alelnök), *Eröss Gyula* m. tnr. (pénztáros), *Szenes Zsigmond* dr. (jegyző) és *Polyák Lajos* dr.

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

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

Az **Iszapfürdő** kiváló roppant vízbősége által 4300 □ m. nyitott és 120 □ m. zárt medenczében a kenes források a vizet naponként négyszer megújítják. Douche massage. Kád- és kőfürdők stb. Zárt folyosók a lakásokból a fürdőbe. Pensio. Lift. A fürdő főorvosa: **Bosányi Béla** dr. Prospektust díjmentesen küld az igazgatóság.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

A subcután táplálásról.

Donogány Zakariás és Hasenfeld Artur dr.-októl.

A legkülönbözőbb gyógyszeres oldatok a bőralatti kötőszövetbe fecskendezve, annak gazdag vér- és nyirokedény hálózatán keresztül gyorsan a nedvkeringésbe jutnak. Közélfekvő volt tehát a gondolat, vajjon a bőralatti kötőszövetbe jutott tápanyagok felszívódása lehetséges-e; illetve sikerül-e a subcutan úton való táplálás?

E kérdés megvilágítása kettős szempontból birna érdekel. Először élettani szempontból nagyon érdekes volna megtudni, hogy egyes tápanyagok a gyomor- és bélhuzam elkerülésével, tehát az emésztésnél szereplő gyomornedv, valamint a különböző mirigyek váladékainak behatása nélkül a nedvkeringésbe bejutva, keresztül mennek-e egyrészt az oxydatio azon fokain, melyeknek a szervezet potentialis energiáját közzöni, másrészt keresztül mennek-e oly változásokon, hogy a szervezet elhasznált anyagainak pótlására alkalmasak legyenek, vagyis mennyiben járulnak hozzá a szervezet felépítéséhez? Kíváncsi volna másodszer a kérdés pozitív megfejtése gyakorlati szempontból is. Hiszen jól ismerjük azon eseteket, midőn a szájon keresztül való táplálás lehetetlen vagy elégtelen: így strictura oesophaginal, csillapíthatatlan hányás eseteiben vagy örülteknél sokszor mesterséges úton vagyunk kénytelenek betegeinket táplálni. A tápláló beöntések a végbélbe már *Celsus* óta e czélból alkalmaztatnak. *Voit* és *Bauer* vizsgálatai azonban azt bizonyítják, hogy ámbár ez úton a legkülönbözőbb tápanyagok (fehérje, cukor, zsír) felszívódásra jutnak, mégis ily módon nem vagyunk képesek az emberi szervezet szükségleteit teljesen fedezni. Másrészt, mivel lehetnek esetek, hogy a tápláló beöntések alkalmazása a végbél nagyfokú ingerlékenysége, catarrhusa miatt vagy egyéb okból lehetetlen; ezért előnyös volna és gyakorlati értékkel birna, ha a mesterséges táplálásnak a végbélben kívül még egyéb használható útjai is volnának.

Arthur Menzel dr. és *Hermann Perco*¹ voltak az elsők, kik 1869-ben a bőralatti kötőszövetbe különböző tápanyagokat fecskendeztek és azok resorptióját tanulmányuk tárgyává tették, kísérleteik olajjal, tejjel és cukor-oldatokkal történtek. Ezen anyagok minden kellemetlen melléktünet nélkül felszívódtak, sőt állítólag egy tojássárgája is felszívódott volna a bőralatti kötőszövetből. *Karst* defibrinált vért fecskendezett házi nyulak bőre alá. *Eichhorn*², ki házi nyulakon kísérletezett, azt tapasztalta, hogy a zsírok, peptonok és vízzel hígított tej felszívódnak; fehérje oldatokkal történt injectiók azonban abscessust okoztak. *Eichhorn* azon hitben volt, hogy pepton-oldat, tej és oleum jecoris aselli subcután alkalmazva a normalis

táplálkozást esetleg helyettesíteni volna képes. Egy házi nyúl, mely naponta oleum jecoris aselli, ol. olivarum és ol. liniből aa 30 gm.-ot kapott a bőre alá és egyébként táplálva nem lett, 33 napig élét, míg táplálkozás nélkül egy házi nyúl legfeljebb 12 napig élhet el. *Krueg*¹ és *Whittaker* már betegeken is kísérleteztek. *K.* egy örült bőre alá 2—3 helyre elosztva eleinte 15, később 30 \times cm. olajat fecskendezett. *W.* subcután tápláló injectiókkal állítólag egy betegének az életét mentette meg. Egy betege ugyanis, ki csillapíthatatlan hányásban szenvedett és a tápláló végbél csőrét nem tűrte meg, 6 nap alatt 10 \times cm. úrtartalmú fecskendővel összesen 68 subcutan injectiót kapott. A tápláló befecskendezések ol. jecoris aselli és tejjel történtek. *Norris*² 6 betegnél infúsiók alakjában 360—400 \times cm.-nyi tápláló folyadékot fecskendezett a bőr alatti kötőszövetbe. A folyadék összetétele a következő volt: 360 \times cm. steril víz + 2 tojásfehérje + 1.8 gm. NaCl, kellemetlenségei nem voltak. Végre kísérleteink javában folytak, midőn nagy érdeklődéssel olvastuk *Leubeneck* ez év tavaszán a XIII. belgyógyászati congressuson Münchenben a subcután táplálásról tartott előadását. *Leube* arra az eredményre jutott, hogy a bőr alá adott peptonok, albuminok a vérbe jutnak, ott azonban át nem hasonulva a vizelettel ismét kiürülnek, e közben általános mérgezési tüneteket is okoznak. Cukor-oldatok befecskendezése fájdalmas és ilyen úton a szervezetbe bevive csak kis mennyiségben égnék el, mert 20%-os oldat befecskendezése után már cukor jelenik meg a vizeletben. Azonban zsírok szerinte nagy mennyiségben, minden baj nélkül fecskendezhetők a bőr alá.

Az irodalmi adatokból látható, hogy a subcutan úton való táplálás kérdése még egyáltalában nem tartozik a befejezettek közé. Különösen 4 szempontból kellene e kérdést további tanulmány tárgyává tenni. 1. Mely tápanyagok szívatnak fel a bőr alatti kötőszövetből és teljes-e a felszívódásuk? 2. Ezen úton az anyagforgalomba jutott tápanyagok milyen helybeli és általános tüneteket okoznak? 3. A subcutan úton az organismusba bevitt tápanyagok a szervezet czéljaira felhasználhatók-e? 4. Végre mily változásokat hoznak létre az anyagforgalomban?

Midőn e kérdés tanulmányozásához fogtunk, *Leubeneck* ez irányú kísérleteiről még tudomásunk nem volt és így az irodalomban talált sokszor ellentmondó adatok annál inkább megerősítettek azon nézetünkben, hogy e kérdés újból való áttanulmányozásra érdemes.

Megelőző hosszas állatkísérletek után az olajnak a bőr alatti kötőszövetből való felszívódását klinikai betegeken is tanulmányoztuk.

A) Állatkísérleteink.

Az injectiók az asepsis szigorú betartása mellett steril tápanyagokkal történtek. A 10 cm. úrtartalmú fecskendő a kísérlet előtt hasonlóképp sterilizálva lett. Legnehezebb a kutya bőrének sterilizálása. Természetesen legegyszerűbb volna ezen czélból a kutya szőrét nagyobb területen leborotválni, mert a leborotvált terület abszolút megtisztítása bizonyosabban eszközöl-

¹ Ueber die Resorption v. Nahrungsmitteln vom Unterhautzellgewebe aus. Wien. mediz. Wochenschr. XIX. 31. 1869.

² Zur Ernährung durch subcutane Injection. Wien. mediz. Wochenschrift. XXXI. 31—34. 1881.

¹ Künstliche Ernährung durch subcutane Injection. Wien. mediz. Wochenschr. XXV. 54. 1875.

² Med. and Surg. Rep. XXX. 1894. 3.

hető. Mivel azonban a szőr eltávolítása nagyobb területen az anyagforgalmi vizsgálatokat zavarhatta volna, ettől el kellett állanunk.

A fentebbiekben kifejtettek értelmében mindenképp az első pontra óhajtottunk megfelelni. Ezen célból egy kielégítően táplált kutyán tettünk kísérleteket, megtudandó, hogy mely anyagok szívódnak fel a bőr alatti kötőszövetből. Ezen előkísérleteink abban állottak, hogy az állatnak időnként tej, olaj, szőlőcukor és pepton-oldat injectiókat adtunk. Kísérleteink azt mutatták, hogy 30 gm. olaj és szőlőcukor-oldat a bőr alatti kötőszövetből nyom nélkül felszívódik, hasonló tapasztalatra jutottunk akkor is, midőn 5 kem. tejet fecskendeztünk be az állat bőre alá. Pepton-oldat injectio (20 gm.) egy esetben tályog képződéshez vezetett.

Egy újabb kísérleti sorozatban óhajtottunk a többi három felvetett pontra megfelelni. Ezen kísérleteinket egy nitrogen egyensúlyban tartott kutyán eszközöltük. (A kutyát anyagforgalmi kísérletekre szolgáló üvegketrecben tartottuk. Az állatnak adott táplálék N-tartalma állandó volt. A kutyát d. e. 11 órakor naponta megkatheterizáltuk.)

I. Pepton-injectiók.

A nitrogen egyensúlyban levő kutya bőre alá 1895. január 22-dikén 33·3%-os vizes oldat alakjában 20 gm. *peptonum siccum Grübler-t* fecskendeztünk. A befecskendés alatt az állaton a fájdalom élénk tünetei nyilvánultak. A felszívódás a bőr alatti kötőszövetből gyorsan megindult, a mit a kutya megváltozott viselkedése élénken mutatott. Az állat ugyanis már 3 órával az injectio után rendkívül soporosus, a ketrecben oldalt dől, az elébe adott ételhez nem nyúl, végtagjait rendellenes helyzetben is megtartja. Szóval ezen tünetek mind azt bizonyítják, hogy a vérkeringésbe jutott pepton mérgező hatással bír, ennek tudandó be a néhány tized fokig terjedő hőemelkedés is. Már az eddig említettek is eléggé mutatják, hogy a pepton nem alkalmas ily úton a szervezetbe bevinni. De még inkább ellene szól a pepton-injectiók használhatóságának azon körülmény, hogy a pepton egyenesen a nedvkeringésbe jutva nem használhatók fel, hanem a vizelettel ismét kitérül. Ugyanezt tapasztalta Hofmeister és legújában Leube is. A pepton-injectiók után a vizelet két napig adta a biuret és Hofmeister-féle reactiókat.

Datum	A vizelet napi mennyisége	A vizelet fajsúlya	A vizelet nitrogén tartalma	Hőmérsék	Megjegyzés
Jan. 19.	338	1025	6·76	39·00*	—
" 20.	345	1024	6·74	39·00	—
" 21.	320	1023	6·77	38·90	—
" 22.	360	1030	6·79	38·80	D. e. 12 órakor 20 gm. pepton oldatban a hát bőre alá injeciálva. Élénk biuret reactio.
" 23.	135	1020	5·41	39·40	—
" 24.	545	1020	8·10	39·30	—
" 25.	370	1025	7·38	38·80	Hofmeister próba még positiv.
" 26.	345	1025	6·76	38·80	A vizeletben nincs pepton.

* A hőmérsék alatt a napi hőmérsék maximumát értjük.

Vége a mellékelt táblázatból látható, hogy az injectiók az anyagforgalmat befolyásolják. Az eleinte esökkent, majd később fokozódott N-kiválasztását illetőleg biztos magyarázatot nem adhatunk. Feltehető azonban, hogy a csökkenés a pepton által okozott soporosus állapot következménye; az utóbb szaporodott N-kiválasztás pedig egyrészt compensatorikus, másrészt a kiválasztott peptonnak megfelelő.

II. Szőlőcukor-injectiók.

Sterilizált vizes oldatot használtunk. Három kísérlet történt.

1. *kísérlet* január 12-dikén, 15 gramm szőlőcukor 35 gramm destillált vízben oldva (43%-os oldat), megelőzőleg

délután az állat végbél hőmérséke 39·0° C. E műtétet követő napon délelőtt az injectio helye kissé érzékeny, a daganat, melyet a befecskendett folyadék okozott, azonban eltűnt; a kutya vidám, jól eszik. Hőmérsék 39·3. Vizeletében csak igen kevés fehérjét találtunk, a melynek nyomai már injectio előtti időben is ki voltak mutathatók. Szőlőcukor nem volt kimutatható (Trommer, phenylglycosazon próbák).

Harmadnap injectiónak nyoma sines, ha azon helyen hol a beavatkozás történt, erősebben is érintjük az állatot, a fájdalom legkisebb jelét sem mutatja.

2. *kísérlet*. Február 7-dikén délelőtt injeciáltunk 15 gramm szőlőcukrot 100 gramm vízben oldva. Hőmérsék 38·5. Injectio a hát bőre alá történt. Hat óra múlva az állat vidám, jól eszik, a felszívódás részben megtörtént. Hőmérsék 39·2. Másnap injectio helye nem fájdalmas, a felszívódás teljes. Vizeletben sem a Trommer, sem a phenylglycosazon próbával nem lehetett a cukrot kimutatni. Hőmérsék 38·5. Harmadnap az állat teljesen egészséges. Láztalan. Cukor kémlések negatív eredménnyel.

3. *kísérlet* alkalmával szintén 15 gramm szőlőcukor jutott a bal hypochondrium táján az állat bőre alá, 50 gramm vízben oldva. Megjegyezzük még ezúttal, hogy az oldatot savanyú kémhatása miatt használat előtt mindig közömbösítettük natrium carbonicummal.

Ez injectio történt február 18-dikán este 9 órakor, hőmérsék 38·6, két óra múlva a kutya elég vig, a duzzanat, mely azelőtt gyermekököllyi, jól határolt volt, szétterült és mérsékeltén fájdalmas. Hőmérsék 38·9. Február 19-dikén délelőtt az állat vidám, injectiónak megfelelőleg csekély duzzanat. Hőmérsék 39·1. Délben a kutya kissé elesett, aluszékony. A táplálékot azonban mohón megette. Hőmérsék 39·2.

Délután ismét vidám, injectio nyom nélkül felszívódott. Hőmérsék 38·9. Február 20-dikán állat teljesen egészséges.

Ez utolsó alkalommal meghatároztuk a vizeletben naponként a nitrogen összmenyiségét.

Nap	Vizelet-mennyiség	N	Nap	Vizelet-mennyiség	N
Február					
16	340	6·72	20	430	6·92
17	380	6·78	21	365	6·89
18*	380	6·78	22	320	6·88
19	215	7·00	23	350	6·82

* Kísérleti nap.

A vizeletben sem fehérje, sem cukor nem volt kimutatható.

Mint a fenti táblázatból látható, a nitrogen-kiválasztás igen csekély mértékben lett befolyásolva. Ugyanis a kísérlet után csak némileg nőtt, s ezen növekedés 4 napig tartott. E többletet az injectio folytán beállott láznak tulajdonítjuk. Feltevésünket két körülmény támogatja; először az injectiót követő napon a vizelet napi mennyisége kevesebb, mégis több a N-kiválasztás; másodsor a következő napon bár emelkedett a vizelet mennyiség — azaz a kissé lassan haladó felszívódás teljessé lön —, esőkkendő félben van a nitrogen mennyiség, mivel a néhány tized fokot kitevő hőemelkedés is megszűnt.

A szőlőcukorról joggal állíthatjuk tehát azt, hogy vízben oldva a bőr alól tökéletesen felszívódik, csekély fájdalomtól eltekintve más helyi tünetet nem okoz. Általános jelenségeket csak az utolsó injectio szolgáltatott, ezen tünetek ugyan hasonlóak azokhoz, a melyeneket pepton-injectio után láttunk, de intenzitásában messze utóbbi mögött maradnak.

Nem látszik azonban bebizonyítottnak az sem, hogy a fenn jelzett tüneteket maga a szőlőcukor-injectio okozta. Hogy pedig a bejutott anyag felhasználható a szervezetben, az kétséget nem szenved. Mi a sorsa a szőlőcukornak, azt nem tudjuk, esetleg a vizeletben kiválasztott egyéb szénhidrátok vizsgálata adhatna felvilágosítást.

Leube állításával szemben, ki 20%-os oldat befecskendése után cukrot talált a vizeletben, kijelentjük, hogy még 43%-os oldat után sem tapasztalhattuk ezt.

Kísérleteinket a cukorra vonatkozólag még több irányban ki fogjuk bővíteni.

(Folytatása következik.)

A gyökeresnek nevezett vizsérvműtét egy új módosítása.

Baumgarten Samu dr.-tól.

(Vége.)

Hasonlitsuk össze a különböző módszerek főbbjeit eredményeiket illetőleg:

A punctio egybekötve jodinjectiókkal Billroth betegeinél az 1877—1891-ig kezelt és ezek közül utólag is észlelt 90 esetben Weiss és Gleich közleményei szerint 16 recidivát mutatott vagyis 17.7%. A heidelbergi klinikán Vosvinkel kimutatása szerint 32 utólag is észlelt eset között 6 recidiva volt azaz 18.7%.

Hertzberg 299 eset között 24 recidivát említ azaz 8%. Gross 540 eset között 8.15% recidivát és 1.63% gangraenát vagy genyedést talált. Carbolinjectio után 3 genyedést talált 90 eset közül, de recidivát nem, mások igen. Hogy nem ártalmatlanabb a bemetszésnél a többi eljárás, azt bizonyítja Allis, ki kapcsolatban néhány önmaga észlelte rossz eredménnyel, 150 orvosnál kérdezősködve 50-től választ kapott, 13 haláleset közül, melyről értesítve lett, 3 egyszerű punctio, 5 punctio és jod befeeskendés, 5 közelebb meg nem jelelt therapiára, 1 genyszalag kezelésre állott be; nagyobb számúak a nem halálos complicatiók; így leggyakoribbak genyszalag vagy draincső alkalmazásnál erősebb elgenyedések. Más complicatio volt: 6-szor pyaemia gyógyulással, 17-szer gangraena seroti, 4-szer haematoma.

Volkman eljárása szerint metszéssel végzett radical operatio: Genzmer Volkman klinikájáról 38 utólag is észlelt esetet közül 5 recidivával, néhányánál első nap vizeletrekedés és második hét végén csekély orchitis állott be. Albert 10 eset között 1 recidivát említ, egynél bõrgangraenát és genyedést. Gross 305 eset között 4 recidivát talált és 4 halálesetet; egy független az operatiótól, 3-nál pyaemia, septicaemia, tetanus következtében.

Hertzberg 130 incisio esete között 5 recidivát talált. Vosvinkel 18 között 1 recidivát említ.

A Bergmann-féle operatióval t. i. a tunica vaginalis kiirtásánál Gross 78 esetben egyszer sem talált kellemetlen incidenst és recidivát csak egyet említ, Morris 2 esetben, Farkas egy esetben látott recidivát.

A hol kóros okból castratiót kellett végezni, egy esetben sem fordult elő a hydrocele recidivája. Középszámban a gyógytartam egyszerű punctiónál 2—3 nap, egybekötve jodinjectióval 15 nap, mi mellett sokszor a reactio folytán keletkezett folyadék aspiratiója végeztetett. Volkman-féle radicaloperatióval 25 nap, Bergmann-féle műtétnél több szerző szerint 16—20 nap, castratióval 21 nap volt.

A statistika bizonyítja, hogy recidiva teljesen ki van zárva, midőn a tunica vaginalis teljesen el lesz távolítva, a mint az csak castratióval lehetséges és annál kevésbé valószínű, minél több van a tunicából eltávolítva, jobb tehát a kiirtás a Bergmann-féle műtétnél, mint a Volkman vagy Julliard-félénél. Legnagyobb számú a recidiva radical műtétek közül punctióval egybekötött jodinjectio után, 8 és 18% között változó, más vegyszerek alkalmazása után még nagyobb.

Az általam alkalmazott eljárás következő: A fantájék és az egész scrotum szőrét leberetválna utána fürdőt vétetek. Közvetlenül műtét előtt az egész tájékot szappannal és aetherrel lemosván, a beteget narkotizáltatom. A hydrocele felett a scrotum mellső felületén hosszmetrészt ejtek, mely a hydrocele nagysága szerint változó hosszúságú, de a lágycsőgyűrűnél sokkal lejjebb kezdődik és alsó vége okvetlenül a scrotum alsó végéig ér. A mint a bõrmetszést megejtve a bõr alatti kötőszövetbe jutok, a hydrocelet burkaival együtt a laza kötőszövetből tompán kifejtem a mellső és oldalsó felületeken, hátul csakis azon helyen hagyom meg az összeköttetést, a hol a mellékhere és here fixált, a scrotalis bõrt most a hydrocele mögé tolvá és sublimatgazeba takarva áttérek a hydrocele megnyitására. A megnyitást a kés hegyének beszúrásával kezdem meg, a folyadék sugárban ömlik ki az odatartott

esésébe, azután bevezetett ollóval fel- és lefelé végig hasítom a burkokat és az üregben még visszamaradt folyadékot kitorólva, a falzat belsejét $\frac{1}{10}$ %-os sublimat oldatba mártott gaze-zal kidörzsölöm. Ezek után a burkokat ollóval teljesen kiirtom a here és mellékheréig, csakis az ezeket fedő részét a tunica vaginalis propriának hagyom meg, miután azok sérülése nélkül le nem választható s azt újra erősebben ledörzsölöm sublimatba mártott gaze-zal mechanikai izgatás céljából, ugyanezt végezve a scrotum bõr alatti kötőszövetével is; a scrotum bõrét 7—8 csomós varrattal teljesen egyesítem minden drainezés nélkül, a legalsóbb részén a metszésnek a varratokat kevésbé sűrűn helyezvén el. A kevés vérző edényt nem kötöm le, hanem torsio által szüntettem a vérzést.

A műtét befejezése után a sebet gaze-zal fedve és sok wattába burkolva az egész scrotumot, elegendő nagy nyomást gyakorlok, vízbe áztatott keményített organtin pólyával úszónadrág alakú kötést csinállok, mely megszáradás után fix keménykötéssé lesz. A műtét utáni napokban semminemű fájdalom nem mutatkozik. Sima lefolyás mellett csak egy héttel a műtét után veszem le a kötést és távolítom el a selyemvarratokat, az egyesülés per primam intentionem megtörtént, a here egész felületén a scrotum bõr alatti kötőszövetével összenőtt, csakis későbbi hónapokban lazulnak meg az összenövési kötegek és a here ép oly szabadon mozog a cremaster összehúzódasakor, mint a normalis állapotnál. Egy ideig még wattával kibélelt suspensoriumot viseltek.

Ezen eljárás a mennyire hasonló Bergmannéhoz, attól annyiban különbözik, hogy a bõr átmetszése után a tunica vaginalis ürege nem lesz megnyitva, hanem a scrotum bõr alatti kötőszövetéből majdnem egész terjedelemben tompán le lesz választva az egész hydrocele és a scrotum bõre mögéje tolatik, ezáltal a tunica dartos jobban összehúzódhatván, nyomást gyakorolhat az előbb szintén feszített helyzetben volt visszerekre és a vérzés csekélyebb lesz, úgy hogy alig szükséges véredénynek pincebe fogása. A hydrocele folyadéka először szűk nyíláson át sugárban hagyatik kifolyni és csészébe fogatik fel, a metszés tágitása után pedig a többi kitoröltetik, úgy a hydrocele folyadékból semmi sem jut a hátratolt és gazeba burkolt scrotum laza kötőszövetébe, a mi a per primam gyógyulást csak előmozdítja ép úgy, mint az, hogy a vérző edények nem lesznek lekötve, hanem torqueálva és így az oly gyakran legnagyobb óvatosság mellett is genyedést okozó selyem vagy catgut-fonalak mellőzve lesznek.

Nemcsak a tunica vaginalis propria parietalis lemeze, hanem az azt fedő tunica vaginalis communis is a benne futó nagy visszerekkel szintén ki lesz irtva s így kevesebb vérző edény gondozásával kell bajlódnunk, miáltal a műtét ideje megrövidül; a scrotum bõralatti kötőszövetétől élesen elválasztani ugyan nem sikerül a tunica vaginalis communis, ha esnek is közéjük egyes cremaster rostok.

A tunica vaginalis propria herét és mellékherét fedő és el nem távolítható része erősebben lesz ledörzsölve sublimat-oldatba mártott gaze-zal, mi az adhaesiv lob előidézésére előnyösebb, ugyanez történik a scrotum bõr alatti kötőszövetével. A metszés bõre teljesen egyesítve lesz drainezés nélkül, csakis a metszés legalsóbb részén a varratok kevésbé sűrűn vannak elhelyezve elővigyázatból, hogy ha esetleg egyszer belső genyedés támadna, a geny itt utat törhessen.

A draincsövet azért hagytam el, mert izgatása herelobot okozhat, s hogy a Bergmann-féle eljárásnál is recidiva keletkezhetett, azt is csak a draincsőnek tulajdoníthatom, mely a 24—48 óra múlva már megtörtént első kötésvaltoztatásnál, esetleg még később eltávolítottván, talán csak a bõrnyílás nőtt össze, de azon belül a tunica vaginalis visceralis lemezétől újra képződött folyadék a cső által hátrahagyott üregben újra meggyűlhetett; azonban csak az üregképződés lehetőségének teljes kizárása biztosít kezdetben recidiva ellen. 1894. október 4-dikén egy 32 éves berlini építész alkalmam volt 2 év óta fennálló, epididymitis kapcsán keletkezett jobboldali strucztojásnyi hydrocele miatt megoperálni ezen eljárás szerint, Pollak Siegfried és Elrenthal kartársak assistentiája mellett. Egy héttel később Pollak kartárs úr jelenlétében levéve az

első kötést s eltávolítva a varratokat, a gyógyulás teljes volt és másnap wattával bélelt suspensoriummal már utczára mehetett az operált. Azóta tizenhárom hónap folyt le s a napokban újra vizsgálhatván az illetőt, csak alig látható vonalszerű heg mutatható ki, a here szabadon mozgatható a scrotumban, hydrocele-nek nyoma sincs. Mintán recidivák az első hetek vagy hónapokban szoktak fellépni, ez eset jogosan már végleg gyógyultnak mondható. Későbbi esetekről még nem számolhatván be, közlöm ezen módosított eljárást szaktársak általi kipróbálás végett, a mai viszonyok között legkedvezőbbnek mutatkozván úgy a rövid gyógytartam, mint a visszaesés kimaradása tekintetében. A ki aseptice dolgozhat és más kedvező sebészeti eseteknél eléri a per primam gyógyulást, azt ezen műtétnél is el fogja érni és rossz complicatióktól nem kell félnie.

Irodalom:

- A. Murray. Cases in electrotherapeutics. New-York Med. Record 1872. jan. 15.
 Onimus. Des applications chirurgicales de l'électricité. Leçons recueillies. 1873.
 I. Messenger Bradley. A new method of treating hydrocele. Brit. Med. Journ. 1872. jan. 1.
 Monod. Sur le traitement des hydroopies locales. Gaz. des hôp. 1872. Nr. 64.
 Perrin. De l'insuffisance du procédé proposé par M. Monod dans le traitement de l'hydrocèle. Gaz. des hôp. 1874. Nr. 49.
 M. Galvani. Du traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection vineuse. Thèse de Paris, 1874. Nr. 244.
 Ch. Ganzin. Du traitement de l'hydrocèle. Cauterisation de la tunique vaginale par le nitrate d'argent. (Procédé de Défert). Thèse de Paris, 1874. Nr. 138.
 Ch. Green. Cases of hydrocele treated with ergotin. Philad. Med. Times 1874. decz. 5.
 E. Mourlon. Note sur le traitement de l'hydrocèle par l'électricité. Rec. de mém. de méd. militaire 1874. január.
 R. Volkmann. Der Hydrocelenschnitt bei antiseptischer Nachbehandlung. Berl. klin. Wochenschrift 1876. Nr. 3.
 C. Reyher. Der Hydrocelenschnitt unter antiseptischen Cautelen. St. Petersburger med. Wochenschrift 1876. Nr. 28.
 Jacobson. On incision of hydrocele antiseptically as a means of radical cure in certain cases. Lancet, 1877. szept. 1.
 Albert. Radicalincision der Hydrocele unter Listers Wundbehandlung. Wien med. Presse 1877. Nr. 25.
 A. Guillon. Consideration sur l'hematocèle vaginale. Thèse de Paris 1877.
 Trendelenburg. Heilung der Hydrocele durch Schnitt und Drainage. Berl. klin. Wochenschrift 1877. Nr. 2.
 A. Genzmer. Die Hydrocele und ihre Heilung durch den Schnitt bei antiseptischer Wundbehandlung. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge Nr. 135.
 P. Tixier. Des complications après la ponction suivie de l'injection iodée et de la vaginalite suppurée en partic. Thèse de Paris 1878. Nr. 99.
 A. Houzé de l'Aulnoit. Nouvelle méthode de la cure radicale de l'hydrocèle par l'injection de quelques gouttes d'une solution de fer. Paris 1880.
 J. Lister. Three cases in which the German method for the radical cure of hydrocele was employed. Brit. Med. Journ. 1881. jun. 25.
 J. Hayes. The radical cure of hydrocele. Brit. Med. Journ. 1881. decz. 10.
 Levis. The treatment of hydrocele by the injection of carbolic acid. Boston med. and surg. Journ. 1888. decz. 8.
 O. Weiss. Ueber die Enderfolge der Radicaloperation der Hydrocele (Billroths Klinik). Wiener med. Wochenschrift. 1884. Nr. 1.
 P. Berthod. Injection de chlorure de zinc au dixième d'après le procédé de M. Polaillon. Gaz. méd. de Paris 1884. Nr. 31.
 G. Julliard. De l'incision antiseptique de l'hydrocèle. Rev. de chir. 1881.
 H. Weinrich. Zur Operation der Hydrocele. Volkmann's Klinik. 1885.
 O. Zietlow. Die Hydrocele und ihre Behandlung nach einer neuen Methode. Inaug. Dissert. Greifswald 1884.
 Bramann. Die Volkmann'sche Radicaloperation der Hydrocele. Berl. klin. Wochenschrift 1885. Nr. 14.
 L. Weber. The treatment of hydrocele by carbolic acid injection. New-York Med. Rec. 1885. decz. 12.
 P. Reclus. Sur cinq observations de l'hydrocèle traitée par l'incision de bourse et l'excision de la vaginale. Bull. et mém. de la société de chirurgie 1886.
 J. Miller. Curative treatment of vaginal hydrocele by corrosive sublimate. Lancet 1886. decz. 4.
 A. Sautkin. Die operative Behandlung der Hydrocele. (Bonner Klinik) 1887.
 H. Morris. Some remarks on the radical cure of hydrocele with notes of two cases of excision of the tunica vaginalis followed by recurrence of the hydrocele. Lancet 1888. márcz. 3.

- C. Hertzberg. Ueber die Operation der Hydrocele und ihre Endresultate. Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie 1888.
 Helferich. Ueber die Behandlung der Hydrocele vaginalis mittelst Injection reiner Carbonsäure nach Levis. Therap. Monatshefte 1889. März.
 W. Zuelzer. Electropunctur der Hydrocele. Centralblatt für d. Phys. u. Path. der Harn- und Sexualorgane. 1890.
 O. H. Allis. An inquiry into the cause of alarming and fatal results following attempts at the radical cure of hydrocele. Med. News. 1890. nov. 15.
 Reclus. De la récidive dans la cure radicale de la hydrocèle. Mercredi médicale 1890. Nr. 27.
 Voswinkel. Ueber die Resultate der Behandlung der Hydrocele auf der chir. Klin. zu Heidelberg. Bruns Beitr. zur Chir. 1889.
 Gautier. Cure de l'électrolyse par le traitement électrolytique. Rev. internat. de l'électrothérapie. 1891.
 P. Berger. Empoisonnement mortel produit par l'injection d'une solution de chlorhydrate de cocaine dans la tunique vaginale à la suite de la ponction d'une hydrocèle. Bull. chir. 1891.
 S. Milliken. The treatment of hydrocele by carbolic injection versus the radical operation. New-York Med. Record 1891. jun. 20.
 A. Gleich. Bericht über die an der Klinik Billroth seit dem Jahre 1884 operirten Hydrocelen. Festschrift gew. Th. Billroth 1892.
 I. Neumann. Zur Behandlung der Hydrocele. Fortschr. der Med. 1894.
 Buschke. Zur Behandlung der Hydrocele testis. Deutsche med. Wochenschrift 1894. Nr. 20.
 L. Perret. Contribution à l'étude du traitement de l'hydrocèle. Thèse de Lausanne 1893.
 Reclus. Traitement de l'hydrocèle vaginale. Gaz. des hôp. 1893. Nr. 70.
 Farkas László: Közkórházi társulat ülése. Orvosi Hetilap 1895. 13. sz.
 Zancarol. Traitement chirurgical de l'hydrocèle. Mémoires de l'huitième congrès de chirurgie. Lyon, 1894. Paris chez F. Alcan 1895.

A húgyhólyag felszívó képességéről.

Közli: *Alapy H.* dr., műtőorvos Budapesten.

(Folytatás.)

Hogy az illó anyagok e felszívódása — ha ugyan így lehet nevezni — miképen megy végbe, ez irányban vizsgálataim nem terjeszkednek ki. Épen nem tartom azonban szükségesnek azt a feltevést, hogy a gőzök directe áthatolván a húgyhólyag falzatán, a hashártya üregébe jutnának és onnan szívódnának fel, a mint azt Obermayer és Schnitzler a hólyagba vitt gázok felszívódására nézve feltételezték. Igaz ugyan, hogy *Uschinsky*¹ kimutatta, miszerint a hashártya üregébe fecskendezett kénhydrogengáz ép oly gyorsan megmérgezi az állatot, mintha ez a gáz valamely visszerbe fecskendezett volna. De a jelen esetben, úgy vélem, a húgyhólyagban levő illó folyadék gőzei közelebb találják azokat a *véredényeket*, melyek magának a hólyagnak falzatában futnak. Azt, hogy e gőzök és a vérégek közt kölesönös légesere megy végbe, természetesnek kell tartanunk, ha tekintetbe vesszük, hogy a kísérlet tárgyát képező folyadék gőzének saját nyomása a vérpályán belül zérus. S ha szem előtt tartjuk azt a tényt, hogy a vér folytonos keringésben levén, a vérbe jutott gőz azonnal tovaragadtatik és így nyomása azon a helyen nem is emelkedhetik az átömlés arányában: akkor az átömlés mohósága is könnyen értelmezhető.

Hogy melyik illó folyadék szívódik fel gyorsabban, melyik lassabban; vagy helyesebben kifejezve, mely illó folyadék gőze ömlik át gyorsabban a húgyhólyagon: arra nézve oly számos és oly sokféle tényező játszik közre, hogy ennek eldöntése komplikált vizsgálatok nélkül, csupán csak az idevonatkozó törvények ismerete alapján, lehetetlen. Csak nagyjában jelölhetők meg azok a tényezők, melyek az áthatolás sebességére befolyással kell, hogy bírjanak.

Megjegyzem, hogy az alábbiakban felváltva említek gázt és gőzt, mint az átömlés tekintetében egyenértékű fogalmakat. Azok is. Ugyanis *Ferner* 1877-ben kimutatta, hogy a gőzök is az általa felismert törvény értelmében hatolnak át absorbeáló folyadéklemezekre (tehát az ezekkel egyformán viselkedő nedves állati hártályakon is), és e szerint az a körülmény, hogy valamely gáz távolabb vagy közelebb van-e a folyósodáshoz, a diffusio e nemére befolyással nincsen. (Karlovsky).

¹ Zeitschr. f. physiol. Chemie. 1892. XVII. 220.

Az átömlés gyorsasága függ először is az illető gáz *sűrűségétől*, a mennyiben a ritkább gáz gyorsabban ömlik át és az áthatolás sebessége megközelítőleg fordítva arányos a sűrűség négyzetgyökével. Dacára ennek azonban a sűrű széndioxid sokkal gyorsabban ömlik át, mint a jóval ritkább nitrogén; ez onnan ered, hogy a gázok áthatolása nedves hártályon nagy mértékben függ a hártályának az illető gázzal szemben tanúsított *elnyelési képességétől*. Mennél nagyobb mennyiségben nyeletik el az illető gáz, annál nagyobb az áthatolási sebessége is. Továbbá, mennél *könnyebben folyósítható* valamely gáz, annál gyorsabban ömlik át. Arányosan növekszik a sebesség a gáznak a válaszfalra gyakorolt *saját nyomásával*, a mi voltaképpen önként következik a második helyen említett törvényből, miután az elnyelésre a *Henry-Dalton-féle* törvény érvényes, mely szerint valamely folyadéktól elnyelt gáz mennyisége az illető gáznak a folyadékra gyakorolt (saját) nyomásával arányos. *A hólyag falzatának vastagsága* is befolyással bír, mennél vékonyabb a falzat, annál gyorsabb az átömlés. Nem ugyan az áthatolás gyorsasága, hanem az idő egységben átömlött gőzök térfogata attól is kell, hogy függjön, hogy *mily mértékben illan el* az épen vizsgált illó folyadék gőze. Az átömlött gőzöknek a vérben való felhalmozódására és így a méreghatás nagyobb vagy kisebb mértékben történő nyilvánulására valószínűleg befolyással bír a vérnek az illető gőzzel szemben mutatkozó esetleges *vegyi vonzása* is,¹ ámbár ez a körülmény sem az áthatolás sebességét, sem az átömlött gőzök térfogatát nem befolyásolja. Szóval belátható, hogy ily sokféle tényezővel szemben csak a kérdéses illó folyadékkal végzett direct kísérlet döntheti el, hogy ez az illető állatfaj húgyhólyagjából mily mértékben szívódik fel.

Miután ennek minden egyes illó folyadékra való megállapítását ezélmra nézve nem tartottam lényegesnek, erre nem is terjeszkedtem ki, hanem megelégedtem azzal, hogy sikertült megállapítanom azt a törvényt, miszerint az egészséges húgyhólyagból a nem illanó oldatok épen nem, az illó folyadékok ellenben bizonyosan felszívódnak; és e ponton kísérleteimet már épen lezárni készültem, midőn a táblázatos kimutatás készítése közben azt vettem észre, hogy a kénsavas eserin az igen magas 40 milligrammos adagban csak két ízben kísértettem meg; az egyik esetben halálos mérgezés állott be (18. sz. kis.), holott az eserin bizonyára nem illó mérge, a másikban az állat az oldatot három percz elteltével kivizelte (19. sz. kis.). Igaz ugyan, hogy az elsőre nézve a bonezjegyzőkönyvből utólag nagy valószínűséggel kimutatható, hogy az oldat nem a húgyhólyagba, hanem a vesicula prostaticába jutott; de azt meg kellett engednem, hogy ezek a kísérletek nem szerepelhetnek, mint kétségtelen bizonyítékai azon állításomnak, hogy az eserin igen nagy adagjai is bevitethetnek a húgyhólyagba, a nélkül, hogy ezáltal az állat megmérgeztetnék.

Hogy e hézagot kipótoljam, két újabb kísérletet végeztem még nagyobb adag, t. i. *100—100 milligramm eserinél*. Míg a második esetben semmi mérgezési tünet nem mutatkozott (44. sz. kísér.), addig az első kísérlet következőleg folyt le.

43. sz. kísérlet. Egy 1350 gramm súlyú kannyulat megkatheteriztem és a húgyhólyag kiürítése után ebbe az oldatot, mely 2,5 cm³ vízben 100 milligramm Merek-féle eserinből állott, 9 óra 36 perczkor befeeskenedvén, a húgyesapot azonnal eltávolítottam.

9 óra 45 percz. Az állat már néhány percz óta izgatottabb, mint egy egyszerű katheterbevezetés után a nyulak lenni szoktak.

9 óra 55 percz. A nyúl néha meg-megremeg, vajjon félelemtől-e, avagy méreghatás következtében, azt bajos eldönteni. Úgy látszik, mégis van jelen valami csekély fokú eserin-mérgezés, ámbár ennek a tünetei nincsenek világosan kifejezve. Nyilvánvaló incoordinatio nincs jelen, de azért az állat gyakran fekszik a hasán elnyúlva mintegy fáradtan, egészen kinyújtott mellső és hátsó végtagokkal, a hogyan az egészséges nyúl nem szokott feküdni; ha azonban az ember

megérinti, akkor azonnal felugrik és ismét felveszi a nyulaknál megszokott összekuporodott helyzetet. Közbe-közbe még mindig remeg.

10 óra 14 perczkor az állat megnyugodott, s látszólag jól érzi magát;

10 óra 36 perczkor jóízűen eszik, a remegés megszűnt. 11 óráig, a míg észlelés alatt állott, a nyúl bizonyosan nem vizelt. *A kolosszális eserin-adag, melynek egy századrésze a nyulat megöli, tehát még mindig a húgyhólyagban volt, de ennek dacára a kisfokú mérgezési tünetek nemcsak hogy nem fokozódtak az állat haláláig, hanem ellenkezőleg, körülbelül fél-órai tartam után teljesen megszűntek.* A nyúl a következő napokban is teljesen egészségesnek látszott.

Egy ehhez egészen hasonló, sőt még kifejezettebb esetet már korábban is észleltem, midőn az *aconitin* képezte kísérlet tárgyát; ennek a kísérletnek a lefolyása annak idején valóban meglehetősen meglepett.

37. sz. kísérlet. Miután az aconitin 10 milligrammos adagja a 34. sz. nyúl hólyagjába fecskendezve hatástalan maradt, most oly oldatot készítettem, mely *50 milligramm* Grüber-féle friss aconitinból, 6 cm³ vízből és 2 csepp hígított sósavból állott. Miután az 1350 gramm súlyú kannyul húgyhólyagja a katheteren át kiürült, 9 óra 25 perczkor az oldatot a hólyagba fecskendeztem s a kathetert azonnal kihúztam.

9 óra 35 percz. Az állat már pár percz óta rágó mozgásokat végez, melyekhez most bő nyálfolyás is csatlakozik. Ezek a jelenségek — egyéb tünet nem mutatkozott — körülbelül egy fél óráig tartottak;

10 órakor a nyálfolyás megszűnt, csak a rágó mozgások tartanak még szünet nélkül egész 10 óra 15 perczig; a mikor az állat ezekkel is felhagy.

10 óra 30 perczkor a nyúl már jóízűen eszik. Hűdési tünetek a mérgezés folyamán egyáltalán nem jelentkeztek. Az észlelési idő tartama alatt a nyúl nem vizelt; eziránt minden kétség ki van zárva. *E szerint a roppant nagy mennyiségű aconitint tartalmazó egész oldat még a húgyhólyagban volt, a nélkül, hogy a nyúl arra tovább reagált volna; az állat a következő napokban is egészséges maradt.*

Már most mit jelentsen e két kísérlet sajátos lefolyása? Talán mégis ment végbe némi csekély felszívódás a húgyhólyagból? A bekövetkezett mérgezési tünetek látszólag e feltevés mellett szólnak; igen, de akkor megmagyarázhatatlan, hogy miért nem fokozódott a mérgezés az állatok bekövetkező haláláig. Hiszen mindkét alkalommal az eserin illetve aconitin oly mennyisége volt a húgyhólyagban, mely felszívódás esetén nem egy, de száz nyulat is megölné. E helyett azt látjuk, hogy a mérgezés nemcsak nem fokozódik, de sőt félórai tartam után egészen elmúlik. Már pedig a mérge bennmaradt a húgyhólyagban, minthogy a nyulak az észlelési idő tartama alatt nem vizeltek. Azt csak nem tételezhetjük fel, hogy miután a felszívódás a húgyhólyagból már megindult, egyszerre valami rejtett tényező behatása alatt megint megszűnnék, még mielőtt az oldat századrésze felszívódott volna. Ilyen feltevés minden alapot nélkülözne. E szerint teljes lehetetlen, hogy az eserin és az aconitin a *húgyhólyagból* szívódtak volna fel.

En ezt a rejtélyesnek látszó folyamatot csak egy módon tudom elképzelni. A katheter külső végére, a fecskendő beillesztésének megkönnyítése végett alkalmazott rövid kaucsukcsövet a kihúzás alkalmával mindig össze szoktam nyomni, hogy a húgyesapban maradt oldat a katheter kihúzása közben a húgyesőbe ne csepegjen. Az azonban természetesen elkerülhetetlen, hogy a katheter belső vége, mely a húgyhólyagba fecskendett oldatba merül, kihúzás alkalmával a húgyeső nyakhártályját ne érintse; e közben az oldat egy minimális, a katheter külső felületére tapadt része a *húgyesőben* kell, hogy maradjon, s ezáltal esetleg felszívathatik. Igaz, hogy ez a mennyiség rendkívül csekély, egy csepp, vagy egy cseppnek a törtje; ha azonban a mérge oldata oly tömény, mint az a szóban forgó két kísérlet alkalmával volt, akkor már e csekély mennyiség is elég lehet arra, hogy felszívódás esetén ném mérgezési tünetet idézzen elő. A húgyesőnek a mérge álta

¹ Klug. Az emberélettan tankönyve. II. r. 410. l.

való érintése azonban csak egyszeri, az érintés nem ismétlődik és így több méreg nem is szívódhatik fel; ha tehát eltelik az az idő, a mennyi a húgycsőből felvett alkaloidnak a szervezetből való kiküszöbölésére megkívántatik, akkor megszűnnek a mérgezés tünetei is.

(Vége következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XIX. rendes ülés 1895. október 26-dikán.)

Elnök: Réczey Imre; jegyző: Temesváry Rezső.

Felső ajakképzés az alsó ajakból.

Polacsek Ignác dr. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Ataxia hereditaria Friedreich esete.

Berend Miklós dr. Az örökölt ataxia kórképét 1861 óta Friedreich leírása után ismerjük. Mint tudjuk, legtöbb esetben az oldal és főképp a hátsó kötegek kombinált megbetegedése; legtöbbször a 8–10. év közt lép fel. A bemutatott beteg atyja előtte ismeretlen betegségben halt el, anyja és testvére él és egészséges. Luesre anamnestikus adat nem volt kideríthető, görcei sohasem voltak, 6 éves korában kiállott morbillin kívül mindig egészséges volt. Idegbetegségek iránti családi terheltség nincs jelen, a mi az eset izolált voltánál fogva érdekességét még csak növeli. Két év előtt vették észre, hogy az eddig ép és intelligens gyermek járása ingadozó, majd tántorgóvá vált, hamar fárad; ezen állapot folyton súlyosbodott, s ma a beteg a kór 3 évi fennállása után állni, vagy járni támasz nélkül majdnem képtelen, tántorog mint a részeg, sokszor elesik. Járása széles alapú, topanó léptekkel, egész talpát téve le, kezeivel kapaszkodva jár, mi közben fejét mereven előre tartja, de az is kisebb-nagyobb ingásokat végez; összetett lábak, vagy behunytt szemmel megálló ép úgy képtelen, mint egyik lába sarkát a másik nagy ujjára helyezni. Ugyanilyen az ataxia a felső végtagokban, melyek mozgása inkoordinált, vontatott, a kinyújtott kar is szabálytalan, nagyobb ingású, nem intentionális lengéseket mutat, ujjával eléje tartott pontra rámutatni képtelen. Izomereje az alsó végtagokban, főképp azok flexorikus oldalán gyengült, hosszabb járás után a lábokban tompa húzó fájdalmak lépnek fel, más érzési zavarok nincsenek jelen. Beszédje vontatott, eléggé értelmes. Jobb pupillája valamivel tágabb, úgy fény, mint alkalmazkodásra mindkettő elég jól reagál; nystagmus nincs; nyelési, székelési vagy vizelet zavarok nincsenek jelen. Triceps, cremaster és hasreflex kiváltható, láb- és patelláris reflex teljesen hiányzik. Korai luetikus alapú tabestől a pupilláris reflexingerlékenység megzavarása, sclerosis multiplexről az intentionális remegés, a scandáló beszéd még akkor is megkülönböztetnék az esetet, ha nystagmus volna jelen, a mi jelen esetben hiányzik; cerebellaris tumorra is kell gondolni, mert az ataxia a cerebellaris ataxiához eléggé hasonlít, de a karok ataxiája és cephalikus tünetek hiánya ezt kizárni engedik úgy, hogy a diagnosis a legtöbb esetben nem nehéz.

Donáth Gyula: Kérde előadót, voltak-e cephalikus tünetek, mert ezek jelenléte fontos tünete a cerebellaris betegségnek. Nem kell ellentétbe állítani a Friedreich-betegséget a cerebellaris ataxiával, mely utóbbinál szédülés, fejfájás van jelen. A Friedreich-féle ataxiánál jelenlévő kötegek elfajulása valószínűleg secundaer folyamata az agyacs megbetegedésnek. Jelen esetben tán egy sclerosis multiplex vagy tumor kezdeti stádiuma van jelen. Senator észlelt egy cerebellaris ataxia esetet, melynél az eleinte fennállott térdtünet a betegség további folyamán eltűnt. Szólv észlelt egy trauma után (pofon) fellépett cerebellaris megbetegedést, melyet talán haemorrhagikus cysta idézett elő.

Berend Miklós: A miket Donáth elmondott, azt részben szóló is elmondta, mikor említette, hogy a cerebellaris megbetegedést kizárni nem lehet. Van egy bonczlelet Menzeltől, melynél a cerebellum atrophája volt jelen.

Gyermekkorban sok a cerebellaris megbetegedés, az utolsó fél év alatt 5 esetet észleltek részben a bonczasztalon; tuberculos, gliomatosis a ponsban szintén idézhetnek elő cerebellaris tüneteket. Csak akkor van jogunk Friedreich-betegséget felvenni, ha cephalikus tünetek nincsenek jelen, különben cerebellaris megbetegedést veszünk fel.

Szemhéj- és arcrák plastikusan műtett esetei.

Ifj. Siklóssy Gyula dr. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Meningitis basilaris syphilitica gummosa esete.

Sarbo Arthur dr. A 34 éves szolga 1895. márczius havában környi jobboldali facialis hűdést kapott; villamozással és jodkali adagolásával az eleinte jelen volt érzéketlenség az arezon javult, de a facialis hűdés v ltozatlan maradt. 1895. augusztus végén kereste fel az ambulatoriumot, a hol bemutatott jobboldali környi facialis hűdést constatált; e mellett a jobb szeműl az óra ketyegését nem hallotta. Előzményképp a beteg előadja, hogy syphiliben nem szenvedett soha. 1880-ban a katonai kórházban feküdt, a hol a makk széle alól két borsónyi újképletet távolítottak el, a melyek kankó folyamán léptek fel. Vajjon condylomata

lata voltak-e, nem véhető ki a leírásból. 1884-ben igen heves csontfájdalmak jelentkeztek a jobb karban, ezek bedörzsölésekre elmúltak. Bemutató által állandó árammal és nagy adag jodkival lett kezelve eredménytelenül, a midőn is október 17-dikén 1–2 heti szünet után újból eljött hozzá a beteg azzal a panaszszal, hogy általános rosszullét, fejfájások között jobb szemét nem bírja kifelé fordítani, kettős képeket lát, rekedt, az étel regurgitál. Szorgosabb vizsgálat a következőket derítette ki: abducens-hűdés, garatív-hűdés, trigeminus anaesthesia, hangszalag-hűdés, acustikus anaesthesia a jobboldalon. Látóélesség rendes, szemfenék — a venosus hyperaemiát leszámítva — ép. Kizárás útján, valamint az előzmények tekintetbe vételével, daczára a syphilitikus infectio tagadásának, agyalapi syphilitikus bántalmat vett fel a bemutató és ennek megfelelőleg inunctió kúra alá fogta a beteget. Negyednapra az újonnan fellépett agyideg-hűdések kezdettek visszafejlődni s jelenleg teljesen meggyógyult a jobb garatív hűdése, lényegesen javult az abducens- és hangszalag-hűdés.

Zwilling Hugó: A beteg a gégészeti osztályon 1895. szeptember 11-dikén jelentkezett azon panaszszal, hogy nyelési fájdalmai vannak, s hogy 6 nap óta rekedt. A torok vizsgálatkor feltűnt az inyvitória jobboldalának hűdése, s hogy az uvula rézsút áll. Az arcus palatoglossus diffúz apró, gombostífej nagyságú felhámvesztések látszóttak; a gége jobboldala hűdött, azaz phonatióval tökéletesen nyugodt maradt, nem mozdul, csak a jobb kannaporezon észlelhető kis, rángatásszerű mozgás, a hangszalag jellegzetesen sarlóalakú, tökéletesen abductióban van, a bal fél phonatióval azonban — mint az ily esetekben rendesen történni szokott — a medialis vonalon túl jobbfelé mozog. Constatálható tehát a jobb nervus laryngeus inferior által beidegzett összes izmok hűdése. A sensibilitás egészen ép. Az említett garateletből és a többi körülményekből lues lett constatálva a betegnél. Szólv f. hó 21-dikén látta másodszor a beteget, a 3-dik inunctio után; ekkor már a jobb kannaporez nagyobb excursiókat tehetett, s mintha a gége jobb fele is igyekezett volna mozogni: úgy látszott, mintha a hangszalag jobban feszült volna. A hatodik vagy hetedik bedörzsölés után a jobb gége fél — habár még renyhén — mozog a median vonal felé, a glottis záródása azonban nem tökéletes, mivel a jobb hangszalag még mindig concav, de feltűnt, hogy a glottis rézsút áll. A musculus cricothyreoideus innervatióját illetőleg ezen lelet igen érdekes. Itt is az ép hangszalag mintha magasabban állana, mint a hűdött.

Hypertrophia mammae esete.

Rottman Elemér dr.: A vérszegény, de különben elég jól fejlett 15 éves leány emlői június óta erősen kezdtek nőni. Jelenleg mindkét emlője excessiv módon meg van nagyobbodva, felette a bőr rendes színű, s consistentiájú, rajta felül több tágult vena látszik. Mindkét mamma kocsányon látszik függeni, s a czombokig ér. Tapintásra egyes megnagyobbodott lebenyeket lehet érezni, de sem tömötséget, sem fluctuatiót nem. A beteg virgo.

Legnagyobb peripheriáján a jobb mamma 73 cm., a bal 66 cm.; a jobb mamma súlya 7 kgm., a balé 5.5 kgm. Elmult esztendőben Herceel mutatott be hasonló esetet egy terhes nőnél, s hivatkozott az ily esetek ritkaságára. Bemutatónak meg kell erősíteni Herceel ez állításában, s még hozzá teszi, hogy a pubertas korában előforduló esetek ritkábbak, mint a terhesség szakában. Olyhan férfiaknál észlelt hasonló eseteket, s gyűjtötte az idevágó adatokat, szerinte főként genitális fejlődési rendeltelenséggel vagy castratio után fordul elő, s pedig főként a 10–30 életévek között. Spaeth és Billroth a tiszta hypertrophia lehetőségét tagadják; előbbi úgy állítja, hogy mindig fibroma vagy fibrosarcoma; Billroth azonban már úgy mondja, hogy fibrosarcoma göbésékből áll ugyan, melyeket hypertrophikus kötszövet tart össze. Mac Swiney egy esete nem magyarázza ezt meg. Ő egy 20 éves leánynál, kinél egy éve fejlődik hypertrophia, s kinél szintén kocsányon lóg-tak az emlők, a nagyobbikat (jobb oldalt), melynek kerülete 55.4 cm, kiirtotta. A gyógyulás per primam történt. Hét hétre a műtét után a bal emlő körfogata, mely 52.5 cm. volt a műtétkor, 43.5 cm. körfogatra száll, s ez alapon ajánlta az egyik mamma amputatióját a másik sorvasztása czéljából. Ily visszafejlődésnek nevezhető kisebbedést fibrosarcománál észlelni hasonló körülmények között nem lehetett.

Spaeth két időszakra osztja fel a bántalmat: első időszakban a mamma tömött, elastikus, előre áll; a második szakban a közérzet is bevonatik a bántalomba, az emlők puhábbak lesznek, hosszabbak, s kocányosak. Ugyanő ajánlja, hogy az első időszakban csak compressióval, s jod-tinctura külső, s jod belső adagolásával igyekezzünk a baj fejlődését megakasztani, de a II. szakban avatkozzunk be sebészileg, amputáljuk az emlőt. Oly hypertrophiát, mely a terhesség idejében szokott fejlődni, nem ajánlják operálni. Betegnél a thyreoidea-tabletták adagolását kísérik majd meg, s ha ez nem sikerül, avatkoznak be sebészileg.

Urethritis papillomatosa esete.

Feleki Hugó dr. A mult évben egy férfi-beteget mutatott be, kinél húgycsövében több nagyobb növedék volt látható, melyek közül néhány közel az orificiumhoz ülven, ennek szétfeszítése mellett is láthatóvá vált. Ekkor megjegyezte, ha ezen kóros folyamat akkép is jelentkezhetik, hogy számos ily apró képlet egy nagyobb csoportban egyesülven, a nyálkahártyának málnaszerű külsőt kölcsönöznek.

Az urethritis papillomatosa ily esetét mutatja most be. Ezen 33 éves férfi húgycsövében két ily papilloma csoport észlelhető. Egy közel az orificiumhoz, a másik a pars cavernosa közepe táján. Az előbbeni egy részlete az orificium szétfeszítésénél jól látható.

A beteg évek óta szenved blennorrhoeában és mindig kezeléssel alult volt. Kétségtelen, hogy bántalma a jelzett növedékek eltávolítása nélkül meg nem gyógyulhat. Kiirtásukat galvanokaustikus kacsával fogja végezni, a húgyeső előzetes localis érzéstelenítése után.

Meisels Vilmos: A bemutatott eset nem tartozik a ritkaságok közé; szólnak rendelésén évente 10–15 ilyen eset fordul elő, s szólnak a primaer carcinomáról írt munkájában felemlítette, hogy a papillomák a húgyesőnek nemcsak mellső, hanem hátsó részébe is, sőt a pars membranacea prostaticába és a hólyagba is átmennek, s oly nagyok, hogy vongáltatván, elfajulnak s carcinomához vezetnek, vérzéseket okoznak; ezeket szólnak nem ollóval — mint *Grünfeld* —, hanem cauterrel távolítja el. A papillomák ezen túltengését különösen nőknél észleljük, kiknél a teljes orificiumot is kitömik; szólnak észlelt egy ilyen esetet egy nőnél, kinél a papillomáknak egy különálló csoportja is látható volt, melynek eltávolítása után az egész bántalom s az okozta pruritus is megszűnt. Localis kezeléssel: lecsavarással vagy galvanocauterrel a papillomák megsemmisíthetők.

Rákosi Béla: felemlíti, hogy egy alkalommal egy férfibeteg azzal a panaszzal jött hozzá, hogy minden fél órában kell vizelnie, kankót tagadott. Szólnak húgyesőtükörrel megvizsgálta s az egész pars pendulát apró granulatiókkal — minők felületen sebzések után jönnek létre — kitöltöttnek találta; szólnak nem specialista, hogy égetéssel akarta volna azokat eltávolítani, hanem észébe jutott, hogy az ilyen egyszerű granulatiókat le szoktak kaparni, s észébe jutott a trachoma-orvosok előadása, a kik az ilyen granulatiókat mángorolják; minthogy a beteg már sok orvosnál fordult meg e bajával, szólnak, hogy megpróbáljon vele valamit, egy meglehetősen vastag fémsondat vezetett a beteg hólyagjába, azután ujjával a végbélen át massirozta a sondán, minek befejezése után a húgyesőből kevés vér ürült; a beteg harmadnap azzal jelentkezett, hogy könnyebben érzi magát, s tényleg húgyesővében alig egy-két papilloma volt látható; szólnak ekkor újból massirozta és két heti kezelés után a beteg állapota teljesen megjavult: az előbb véres, zavaros vizelete egészen megtisztult.

Szólnak ezen esetét csak mint tapasztalati tény hozta fel, nem pedig mintha ezzel az említett eljárást ajánlani akarná.

Felaki Hugó Meisels dr.-nak gratulál azon szerencséjéhez, hogy évenként 10–15 hasonló esetet lát; *Grünfeld* alig 20 esetet észlelt. Azt hiszi, hogy Meisels statisztikájába egy kis hiba csúszott be, az t. i., hogy a nőknél észlelhető papillomatosus képleteket is beszámítja; nőknél ugyanis gyakori, hogy az orificiumban találunk carunculákat, melyek a húgyeső nyílásába is belenyúlnak, de férfinnél e kórfolyamat határozottan ritka, úgy hogy oly szakferiák, mint *Goldenberg*, *Neuberger* és mások ilyen eseteket közölni szoktak.

A mi *Rákosi* megjegyzését illeti, nem volt az laikus felszólalás, mert ezt az eljárást a specialisták is követték; szólnak maga is közölt két esetet, hol a tikrón át bevezetett tamponattal roncsolta szét e képleteket, csakhogy ezen eljárás mellett szólnak is, mások is észlelték recidivát, ezért alkalmaz most galvanokaustikus kezelést.

Közkórházi orvostársulat.

(XIV. bemutató szakülés 1895. október 30-dikán.)

Elnök: *Koller Gyula*; jegyző: *Mohr Mihály*.

A chorea egy ritkább alakja.

Hochhalt Károly. A 40 éves zsellér állítása szerint mult év december hónapjáig teljesen egészséges volt. Ekkor fekvő beteg lett, de baja minősége felől közelebbi felvilágosítást nem adhat, csak arról értesít, hogy teljes öntudatnál volt, izületi bántalmakban, szívdobogásban, végtaghiűdésben nem szenvedett. Arra azonban határozottan emlékszik, hogy ez időtől fogva nála choreatikus rángások mutatkoztak, melyek azóta nem szüneteltek, sőt fokozódtak. Ha nem is birunk a bántalom kezdete felől teljesen megbízható adattal, annyi tény, hogy ezen choreatikus megbetegedés nem lehet gyermekkori, hanem a későbbi férfikorban vette kezdetét, mivel a betegnél levő katonai végelboacsátvány igazolja, hogy az illető 10 éven át a közös hadseregnek és két évig a honvédségnél szolgált. Közelebbi vizsgálatnál kiderül, hogy sensorius zavarok nincsenek jelen, hogy a közérzet a fennálló mozgási neurosist kivéve rendes, szintűgy épek az érzéki szervek, a szívhangok tiszták, sem a gerinceoszlop mentén, sem a környi idegek területén fájdalompontok nem találhatók, a megtámadott izmok mechanikai és villamos ingerfogékonysága a rendesnek megfelelő. A mozgási zavarokat illetőleg feltűnik az arcizmok folytonos gesztikuláló rángása, a beszédnek szótagolási zavara a nyelvnek a szájüregben ide s tova dobáltatása folytán, a légzésnek szakadozottsága a rekesz és hasizmok cikázó rángásai következtében. A beteg fejét szünetlenül és akaratlanul jobbra-balra, előre-hátra forgatja, szintűgy mozgatja törzsét oldalt, mell- és hátfelől.

A mellülső végtagokon és kezeken nyújtás, hajlítás, pronatio és supinatio egymást váltják fel nagyobb fokú mozgási kitérések mellett. Jellegzetes a járás, mely egészen a részeg ember tántorgó és bizonytalan járására emlékeztet, a lábak egymásba akadnak, úgy hogy a beteg gyakran botlik és könnyen elesik. E mellett a térdreflexek rendesen kiválthatók, s a *Romberg*-tünet hiányzik. Fontos azon körülmény, hogy intendált mozgásoknál, midőn az egyén valamely határozott mozgási kísérlet kivételére különös erélyt fejt ki, az akaratlan mozgások szünetelnek, így evésnél, ivásnál az edényt nyugodtan vezeti ajkához, a nélkül, hogy keze reszketne. Tudvalevőleg chorea vulgarisnál ennek éppen

ellenkezőjét tapasztaljuk. Alvás közben valamennyi izomrángás teljesen szünetel, éber állapotban a mozgási zavar akkor legerősebb, ha a beteg magát megfigyelve látja.

Tekintettel arra, hogy jelen esetben a chorea férfikorban lépett fel, hogy az intendált mozgások szabatosan sikerülnek, hogy minden gyógykezelés sikertelen (chloralhydrat, bromkali, antipyrin eredménytelenül adagoltatott), dacára, hogy a csekély intelligentiájú betegről a hereditást illetőleg felvilágosítást nem nyerhetünk: a kórismét mégis némi biztossággal *Huntington-féle chorea adultor. progr. chronicára* tehetjük. A kórjóslatot kedvezőtlennek kell jelezni, mivel az iradalmilag eddig ismert eseteknél kivétel nélkül elmezavar, hűdéses butaság fejlődött.

Még egyszer az icterus syphiliticus kóroktanáról.

Hochhalt Károly. Mult év december havában a közkórházi társulat egyik ülésén egy bujakóros beteget mutatott be, kinél 3 év óta nagyfokú sárgaság állott fenn. A 33 éves nő 6 év óta bujakóros, s a bemutatást megelőzőleg már erőlyes fajlagos kezelésben részesült, minek következtében a sárgaságon jelen volt tophusok és serpiginosus syphilidek teljesen meggyógyultak, de a sárgaság tünete csak keveset engedtek. Bemutató akkor azon nézetének adott kifejezést, hogy itt az ú. n. késői icterus syphiliticus esete forog fenn, melynek kór okát tekintettel arra, hogy a máj szövetei elváltozása klinikailag kizárható, valószínűleg a máj kapuja körüli mirigyek intumescentiájában, s az ebből folyó esetleges szövödményekben kell keresniük. Bemutatónak ezen fel-fogása akkor több felszólaló által kétségbe vonatott, azonban a beteg időközben elhalálozván, a megejtett boncolat a periportalis mirigy-duzzanatok jelenlétét constatálta, mint azt majd *Genersich* a bonczetani készítményen demonstrálja. Az elhalt beteg kórtörténetét illetőleg csak annyit jegyez meg, hogy tavaly óta újabb bujakóros tünetek nem mutatkoztak, azonban a sárgaság makacsul fennállott, s utóbbi hetekben olyan kórkép fejlődött, melyet a heveny sárga májsorvadás második időszakában mint icterus gravist észlellünk. Májtáji fájdalmak, magas intermittáló lázak, coma, nyákhártya- és végül gyomorvérzések léptek fel, melyek a végkimerülést okozták.

Általános bujakór mentén kifejlődött sárgaság esetéből származó kórbonczetani készítmény.

Genersich Antal. A praeparatumon látható, hogy a periportalis nyirokmirigyek tetemesen megnagyobbodva, de már elpetyhült állapotban foglalják körül a közös epevezetékét, s az egyik szívsósan hozzá-nőtt épen azon a helyen, hol az epeút a bélfalhoz ér, ugyanitt a ductus choledochus ürtere tetemesen megsűkül, úgy hogy kisebb sondával is alig átjárható, alig 3 mm. átmérőjű, peripherikus része rendes tágasságú, a centralis rész, valamint a ductus cysticus és a ductus hepaticus, s annak ágai erősen tágultak és alig sárgásba játszó, híg, szürke nyákkal teltek; a lebenykebeli hajszálas epeutakban vastag eperögök vannak, a májsejtek foltonként epétől erősen infiltráltak, a mérsékelt megnagyobbodott máj márványzatos olajzöld színű. Egyebütt is a szervezetben erős epefestődés van, így a esontokban is, csak az agy-idegek és a corpus vitreum maradtak a festenyttől mentesek. A periportalis nyirokmirigyek sötét sárgás-barna színűek, nyirok útjaikban nagyszámú eperög van, a máj felületén egy babnyí, a lobus Spiegelii néhány kendermagnyi csomócska látható.

A fennálló sárgaság oka a ductus choledochusban lévő heg, melyről épen nem valószínű, hogy epeköből származnék, csak két lehetőség marad fenn származására nézve, t. i. vagy bujakóros fekély volt az epeútban, vagy pedig az annak idején bizonyára jóval vastagabb és odanőtt nyirokmirigyek által gyakorolt nyomás decubitust, s utólag hegesedést hozott létre.

A hasnyálmirigy feje sorvadott, s elkérgesedett (pankreatitis interst. syphilitica), kivezető csöve a nyílás felett mérsékeltén szűkült, azontúl lúdtollnyira tágult, s nyákos anyaggal telt.

A bőrön talált hegek körül bőses barnás festődés van és a sárgaság felett levő egyik heg a csontozat odaforrta, mely helyen a csont felületén mandulanagyságú, tömör szemcsés csontkinövést találunk.

Myelitis ritkább esete.

Korányi Sándor. A beteg kórelőzménye mostani állapotával összefüggést nem mutat. Fokozatosan súlyosbódó bal alsó végtag hűdés, mindkét vállba kisugárzó fájdalmak kíséretében képezték az első tüneteket, a melyekhez csakhamar a jobb alsó végtag benuvása csatlakozott. A betegség kezdetétől a mostani állapot kifejlődéséig mintegy fél év telt el. Jelen állapot 1895. október 6-dikán: a bal pupilla tágabb; a bal kéz kis izmai nagy mértékben, az al- és felkar izmok kisebb fokban sorvadtak. A bal deltoideuson sorvadás jelei láthatók. A jobb kéz kis izmainak faradikus ingerlékenysége kissé csökkent, különben a jobb felső végtagon mozgási eltérés nincs. Az alsó végtagok súlyos paraplegia spastica állapotában vannak. Erzési eltérések: különösen a bal-, kisebb fokban a jobb vállba kisugárzó fájdalmak. Az érzés minden kvalitására egyenletesen kiterjedő anaesthesia az V-dik borda magasságától lefelé, a jobb oldalon nagyobb mértékben, mint a bal oldalon (a mozgási eltérések kiterjedéséhez viszonyítva a *Brown Séquard*-féle eloszlás jelzése). A bal plexus brachialis nyomásra fájdalmas. Az I. háti esigolya mozgatója mérsékelt fájdalmat okoz. Sphincterzavarok nincsenek.

A vállakba kisugárzó fájdalom, a bal deltoideus-sorvadás, a bal felső végtag minden izmának sorvadása, a pupillaris differentia bizonyítják, hogy a IV-dik nyaki szelvénytől legalább az I. háti szelvényig kiterjedő gerincegyszorvadás van jelen.

Érzési eltérések hiánya a felső végtagon, a súlyos baloldali és a kezdődő jobb oldali izomsorvadásból következik, hogy a VIII. nyaki szelvény magasságában a bántalom a gerinczagnak csak mellső felét, baloldalt nagy mértékben, jobboldalt kevésbé éri. Feljebb — a tünetek egyoldalúságából következően — a bántalom mellől a középvonal-tól balra marad. A IV. nyaki szelvény magasságában, mint az a váll-fájdalmakból következik, hátrahajlik és a középvonalon áttérjedve, mindkét hátulós gyökeret, illetőleg azok folytatásait éri.

A bal plexus brachialis leszálló neuritise extramedullaris bántalomra vall, a melynek — az intraspinalis tumorokat jellemző óriási fájdalmak hiányából ítélve — csak csekély vastagsága lehet, a mely azonban elegendő arra, hogy nyomása, vagy a kísérő myelitis által spantikus paraplegiát okozzon.

Az V. borda magasságában kezdődő anaesthesia okát ugyanott kell keresni, a hol az izomsorvadás oka van. Erre utal az érzési és mozgási eltérések keresztetű eloszlása. Az anaesthesia felső határának mély állása azt mutatja, hogy az extramedullaris bántalomhoz egy, a septum dorsale két oldalán ék alakban kiterjedt myelitis csatlakozott, a mely a hátulós köteleknek esupán medialis, mélyebb kilépési hátulós gyökerek folytatásait (*Singer, Münzer, Kahler stb.*) tartalmazó részeit tette tönkre. Az extramedullaris bántalom kiterjedése, a hozzácsatlakozott ék alakú myelitis arra engednek következtetni, hogy az előbbi extramedullaris bántalom ismeretlen okból származó *meningitis circumscripta*. A kórházban tartózkodás alatt a bántalom felső határa magasabbra emelkedett: bal phrenicus bénulás fejlődött ki. Az ék alakú myelitis gócz harántirányban nőtt, miközben a törzs-anaesthesia felső határa a II. bordáig emelkedett. Az eleinte a gerinczagnak mellső felére szorító bántalom — nyilván meningitis — a VIII. nyaki szelvény magasságában hátra terjedt, miután mindkét kéz ulnaris szélén mérsékelt anaesthesia lépett fel. A körkép közeledett a myelitis transversa közönséges képéhez annyiban is, hogy a folyton fokozódó paraplegiához végbélhiűdés jelei csatlakoztak.

Az I. háti csigolya érzékenysége talán caries következménye és akkor lehetne, hogy a myelitist bevezető meningitis circumscripta tuberculosis eredetű.

Szemsérülések esetei.

Siklóssy Gyula. H₁ étető szer hat a szaruhártyára, az vizelvonás által nekrosist idéz elő; a prognosis attól függ, meddig és mily terjedelemben hatott az étető szer. A kénsvetétesnek bemutatott esetben a kötő- és szaruhártya egészen tiszta porcellán fehér; a conjunctiva tarsin is lévén étetés, synblepharon képződés is várható, melyet megakadályozni nem lehet, de később esetleg operatio tárgyát képezheti.

A méz okozta étetés bemutatott két esete közül az egyik hasonlít a kénsvétes étetéséhez, a másiknál csak leheletszerű zavarodás van a szaruhártyán; therapia atropin és melegborogatás alkalmazásából áll.

Goldzieher Vilmos: A poliklinikán a szemnek méz okozta étetése gyakran fordul elő, s szóló azt tapasztalta, hogy a mézrészletek eltávolítása után legjobbak a zsiros kenőcsök, mert ezen kezelés után az összenövés nem oly solidak és kiterjedtek mint különben. A kenőcsöt jodoformmal vagy kalium sozojodollal, vagy atropin és cocainnal köti össze.

A synblepharon ellen idegen elemek transplantatioja által szép sikereket értek el. Szóló egyszer conjunctivát transplantált jó sikerrel. Egy ízben a felső karból bőrlébenyt plantált át a conjunctiva helyére, szépen begyógyult s másfél év óta nem változott.

Siklóssy Gyula: A synblepharon-műtét attól függ, hogy milyen elváltozás van a szemben, s e szerint különböző eljárások vannak, így pl. ha az alsó szemhéjat nem egészen széles hid köti össze a bulbussal, leválasztja a synblepharont s megfordítva az alsó szemhéjra teszi. A *Thiersch*-féle eljárás is jó; hasonlóképp, ha pl. az alsó szemhéjban van synblepharon, szóló lebenyt készít, a conjunctiva bulbi-t leválasztja, visszahajtja a tarsus alá, úgy hogy a lebenynek bőrös részlete jut a bulbushoz.

A sziklacsont bonczkészítménye genyedő dobüreglob következtében beállott halálos kimenetelű meningitis után.

Böke Gyula. A dobüregben előforduló genyedésnek lefolyására nézve két tanulságos esetet mutat be.

Tapasztalhatjuk, hogy genyedés a dobüregben némelykor éveken át tartanak, a nélkül, hogy komolyabb tünetekkel járnának, máskor azonban beállanak olyan elváltozások, melyek vagy abszolút halálos kimenetelűek vagy beavatkozásunk által képesek vagyunk ezt megakadályozni. Ha felvetjük a kérdést, hogy mi annak az oka, hogy sokszor és igen sok esetben komolyabb következményekre alkalmat szolgáltató elváltozások nem állanak be és máskor néhány rövid nap alatt súlyos tünetek állanak elő, ezt még ma határozatlan nem tudjuk.

Bemutatott tapasztalata arra készíteti, hogy ha az osztályán fekvő betegekről szól, hogy talán bizonyos óvatos eljárással meg lehet akadályozni ezen komolyabb fordulatot. A kórházba a legelhanyagoltabb esetek jönnek, mindenféle súlyos complicatiókkal, s eljárásukkal még mindig sikerült a beteget meggyógyítani, s soha 6–8 év alatt azon helyzetbe nem jutottak, hogy elhanyagolt genyedés kezelésük által súlyosabbá vált volna, komolyabb következményekkel járt volna.

A jelen esetre vonatkozólag október 6-dikán egy collegával consiliumba lett volna hivatalos, s elhatározott, hogy operatiót kell majd végezni; akkor bemutató azt tanácsolta, hogy a beteg megoperálhatós végett jöjjön a kórházba, s mikor még október 6-dikán behozatott a beteg, a meningitis legsúlyosabb tüneteit mutatta. A kórelőzményből kitűnt, hogy körülbelül 2 hónappal ezelőtt otitis mediája volt, füle

azóta genyedő, majd javulás állott be, a váladék csökkent, s hallása növekedett, a kórházba felvétele előtt két nappal állapota ismét rosszabbra fordult, láz, fájdalmak a temporalis tájon léptek fel, erős genyedés; kezelő orvosa ekkor piócákat rendelt a csecsnyujtványra, s minthogy az állapot nem javult, a kórházba vétetett fel; felvételkor a beteg eszméletlen, annyira furibund, hogy meg kellett kötni, nyelvé bevont, pulsus feszes, szapora, száma percenként 120.

Az operatiót a meningitis miatt — mely minden műtétnek contraindicatióját képezi, — nem hajtották végre, 8-dikán reggel 3/17 órakor a beteg meghalt; a tőle származó bonczkészítmény, melyet bemutat, azért érdekes, mert megmutatja az utat, hogy miként jött létre a meningitis. A jobb oldali sziklacsont ki lett véve, s a meatus aud. extern. külső alsó fala eltávolítva, a dobhártyán perforatio van, melyen át a geny a dobüregből szabadon kiürülhetett; a tegmen tympani el lett távolítva úgy, hogy beláthatunk az antrumba és a dobüregbe; a halló csontocskák egészen fehérek, épek, úgy hogy caries és necrosis nem volt jelen; a dobüreg nyákhártyája duzzadt. A bonczjegyzőkönyv szerint: otitis media purulenta cum perforatione membranae tympani l. d. ex carie tegmenti tympani subsequente leptomenigitide acuta fibr. pur. univers. et hydrocephalo interno acuto.

Miként jött létre a leptomenigitis? A sinus transversus egészen ép, abban nem volt geny; a sinus petrosus sup.-ban azonban volt geny, mely átment a sinus cavernosusba is és ezen úton jött létre a leptomenigitis.

Hogy meggyőződést szerezzen, hogy milyen eredményt ért volna el a csecsnyujtvány felvételével, azt a hullán megnyitotta, s abban látható volt, hogy ott caries nincs ugyan, de a nyákhártyák ép úgy, mint a dobüregben meg vannak duzzadva, annyira, hogy incarceralva voltak, ily módon a geny a vérkeringés útján vitetett tovább, a sinus petrosus superiorban phlebitis állott be, mely a halállal végződő leptomenigitist hozta létre.

Genygyülem a csecsnyujtvány üregében, ennek felvétele.

Böke Gyula. A 35 éves férfibetegnél 4 hét előtt meghűlés után bal fülében erős fájdalmak jelentkeztek, két nap után füle genyedni kezdett, mire a fül-fájdalmak némileg engedtek napközben, de éjjel alig tudott aludni a halántékon kisugárzó fül-fájdalmi miatt. Október 18-dika óta este felé hideg borzongás, erre izzadság áll be, fül-fájdalmi igen hevesek, úgy hogy nem bír aludni, mind ennek dacára — mint kárpitós — foglalkozását folytatja.

Október 26-dikán reggel osztályára lett felvéve, midőn bemutató a következőket találta: a beteg közérzete deprimált, hőmérsék 37.4 C., a baloldali csecsnyujtvány és halánték tája duzzadt, meleg, a külső hangvezető fala besüppedt, úgy hogy annak mélyébe csak nagy nehezen lehet betekinteni, geny csak kevés ürül ki, a fájdalmak a csecsnyujtványból kisugárzanak a tarkóra s a halántékra.

Ezen tümenyek alapján a csecsnyujtvány üregében székelő lobra és ennek következtében ott létező genygyülemre tette bemutató a diagnosist.

Ezen esetben a csecsnyujtvány felvétele javulva volt, mit október 26-dikán végzett; a tetemesen megduzzadt kiiltakarót a csecsnyujtvány fölött 6 cm. hosszúra a csontig érő bemetszéssel megnyitotta, azután a csonthártával felemelve, mell- és hátrafelé húzva a csecsnyujtvány csontfelületét láthatóvá tette, ennek falzata kékesen áttetszett és pontszerű véredények nyílásai mutatkoztak. Az első kalapácsütésre geny bőven kibugyogott és így a diagnosist meg lett erősítve; az antrumot, melyet ép csont környezett és melyben hüvelykköröm nagyságú üreget csinált, curettal az elmállott sejtektől és genytől kitisztította, a vérzés csillapítása és irrigálás után az üreget jodoformgaze-tamponnal kitömte.

A beteg már délután egészen felgyógyulva jól érezte magát, az éjet jól alva töltötte, fájdalmi tökéletesen megszűntek; így volt ez vasárnap és hétfőn, midőn a kötés megújítva lön; a seb egészen tiszta, genyedés nincs, a fül-folyás egészen megszűnt, a külső hangvezető falai lelohadtak, rendesek, a dobhártyát egészen jól lehet látni, annak mellső alsó negyedében kis lencse nagyságú perforatio van; ma szerdán, a kötés megnyitása alkalmával szintén tiszta, genyedés nélküli üreget lehet látni; a beteg egészen jól érzi magát, jól alszik, fájdalmi nincsenek és valószínű, hogy két hét múlva egészen meggyógyul.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Babarezi Schwartz Ottó: Az elmebetegség jogvédelme. III. és IV. rész. (Budapest, Hornyánszky Viktor kiadása, 1895.)

Jelen vaskos kötet második részét képezi szerző csak az idén megjelent hasoncímű munkájának; míg az első rész főképp az elmebetegség magánjogi védelmével foglalkozik, addig ez mint „Büntető jogi rész” az elmebetegség büntetőjogi védelmét és az igazságügyi orvosi közigazgatást veszi tárgyal. Az egész munka pedig folytatását képezi szerzőnek a „Psychiatriai jegyzetek” című kötetével tavaly megkezdett gyűjteményes művének, melynek harmadik kötetét szerző a közigazgatási elmekörtan közreadását szándékolja.

Az előbbi köteteknek e helyütt már eszközölt ismertetése után alig marad hátra feladatunkul egyéb, mint lehető röviden számot adni a könyv tartalmáról, a tárgy beosztásáról és kezeléséről, valamint az egész mű értékéről és czéljáról. Ugyanazon gazdag szakismeret, ugyanazon széles és valóban philosophikus látóköri, a tárgy lelkiismeretes, minutiosus kimerítése, a gondosan és találóan megválasztott casuistika — mely az ilyen főleg gyakorlati irányú műben annyira fontos kiegészítő részt képez —, nem is említve a tárgynak szigorúan tudományos alapon való kezelését és a stylusnak valóban élvezetes, szabatos tisztaságát: mindazon sajátosságok, melyek a mű előbbi kötetait annyira kiemelték és a szakirodalomnak oly kiváló nyereségévé tették, fellelhetők a jelen kötetben is.

A tárgy fontosságához és nagyságához képest a kötetnek már külsőleg is szembetűnő terjedelművé kellett lennie. Az egyes büntető törvénykönyvi paragrafusok kapcsán, melyek mellé sorakoznak az idegen államok, valamint a honi régebbi törvények és újabb javaslatok, úgy a perrendtartás és igazságügyi rendeletek vonatkozó rendelkezéseire ismertetve vannak tárgyalva mint psychiatriai, pszichológiai és jogi reflexiók az elmebeteg viszonyai mindennemű kérdésében a büntetőjogi eljárásnak. Az első fejezet tárgyalja a jogvédelmet az anyagi büntetőjog terén. Megvilágítja a beszámítás fogalmát elsősorban jogi és pszichológiai szempontból és szól a büntethetőséget leszállító, továbbá a súlyosító és enyhítő körülményekről. Áttérve a psychophysiológiai és psychopathológiai vonatkozásokra kifejti a jogi és erkölcsi beszámításképesség közti különbséget, ezeknek fejlődését a gyermeknél és a culturembernél. A beszámítást kizáró lehetőségek felsorolása következik ezután lehetőleg teljességben. A kóros öntudatlansági állapotok alfajai: álomittasság, alvajárás, mint kifejezetten kóros állapot: a mania transitoria, raptus melancholicus, a mérgezések elsejeként a részegség, ennek fokozása és elfajulása: a mania ebriorum acutissima, azután a szorosabb értelemben vett mérgezések folytán előidézett kórállapotok: mint a hyosciamus, datura, mérges gombák stb. által, továbbá a delirium inanitionis, d. nervosum, a lázas, többnyire heveny fertőző bántalmak és némely láztalan, de heves felépésű vagy kimerítő betegségek alatt előforduló állapotok, az indulatoknak kóros indulati állapotokká való fokozódása, végül a szülőné öntudatlansági állapota. A beszámítás kérdését érinti az öntudatlan vagy elmezavart egyénnek büntényre való rábirásának esete. Mindezen esetek concret, az utolsó két évtized judicaturájából vett példákkal, legtöbbször a büneset részletes ismertetésével, ott a hol kell, mind a három fokozatú bíraskodás véleményének, ítéletének, sokszor elvi értékű döntéseinek közlésével van megvilágítva és pedig minden felsorolt esetről legalább kétféle irányban, a mint a kóros állapot jelenlétének constataciójával vagy hiányával a büncselekmény beszámítható, vagy a beszámítás kizárható volt. Ugyanitt van tárgyalva a simulálás és a simulánsok kérdése. A beszámítást kizáró többi ok: ellenállhatatlan erő, jogos védelem, gyermekkor és serdületlen kor, végül a siketnémaság szintén sok psychiatriai vonatkozást mutatnak fel, de ezek elbírálása sok esetben már a törvényszéki lélektan körébe tartozik, melyet különben szerző ép oly alaposan és subtilis fejtegetésekkel juttat érvényre, mint a szorosán vett elmekörtani kérdéseket. A beszámított büncselekmény enyhébb megítélésének okaiul szerepelnek a fentemlített kóros állapotok közül azok, melyek enyhébb fokban is jelentkezhetnek, így fel van sorolva elmebeli fogyatkozás, hysteriára való hajlam, ital által felizgatott lelki állapot, nagyfokú részegség esete. Hasonlóképp az indulatok, szenvedélyek, ha megzavarták ugyan némileg a lelki egyensúlyt, de a beszámíthatóságot egészen ki nem záró állapotot hoztak létre. A büntető törvénykönyv legközelebbi paragrafusa, mely a tárggyal kapcsolatban van: gondnokság alatt állók magánindítványa. Az elmebeteg nem indíthat bünvádi pört, hanem helyette a gondnoka. Következnek az egyes vétségek és büntettek. Hivatalos hatalommal való visszaélés vétség, mely elkövethető pl. tébolydai alkalmazott által jogtalan letartóztatással. Hamis tanzás, hamis szakértői nyilatkozat, ugyanez gondatlanságból elkövetve. Szemérem elleni büntettek és vétségek: erőszakos nemi közösülés, szemérem elleni erőszak az akarat nyilvánítási képességének szempontjából tartozhatnak az elmeorvos, mint szakértő véleményezése körébe. Az ember élete elleni büncselekmények nagy csoportjánál tárgyalás

alá vétetvén a praemeditatio, mely a gyilkosságot elkülöníti az emberöléstől, ethymológiai és logico-pszichológiai alapon van megállapítva annak fogalma, fel van tüntetve a különböző államok törvényhozásainak különböző felfogása arra nézve, vajjon a praemeditatio csak az elhatározásra, vagy a véghezvitelre is szól-e. A praemeditatiót kizáró körülmények közt a lélektani okok mellett, mint nyomor és szegénység, jogos harag, nagyfokú izgatottság stb. ismét ott szerepelnek egyes elmeköralakok, mint eskór, hysteria. Az erős felindulás lelki állapota egy curiai ítélet szerint van jellemezve, melyben ki van mondva, hogy ezen állapot keletkezése az illető személyiségétől függvén, nem dönthet az időpont, melyben az beáll. Emberölés saját kívánságra, emberölés gondatlanságból, gyermekölés, gyermekkitétel, korlátolt elmetehetségű egyén fogvartatása: mind oly büntények és bünesetek, melyek gyakori kapcsolata az elmebántalmakkal könnyen kiviláglik. A testi sértések különböző neméinél, a méregkeverésnél, a közegészség elleni vétségeknél, személyes szabadság megsértésénél, titok tiltott felfedezésénél ugyanazon szempontok veendőek tekintetbe. A lopásnál sokszor kiderítendő, hogy a károsult állítólagos beleegyezése mennyiben valódi, összefüggésben lévén annak elmeállapotával. Rablásnál előfordulhat oly állapot megbírálása, melyben az illető védtelen állapotba volt helyezve. Tárgyalva van továbbá a hűtlen kezelés, csalás, hamis orvosi bizonyítvány kiadása. A második fejezet tárgyalja a jogvédelmet a bünvádi eljárás folyamán. A szakértői ténykedés általános ismertetése után különös súly van fektetve az elmeállapot megfigyelésére kirendelt szakértők viszonyaira, részint törvények, részint ministeri rendeletek és a joggyakorlat intézkedései alapján. Igen helyesen van utalva azon miseriákra, melyek a megfigyelendőknek a tébolydában való elhelyezéséből származnak. De ennek megszüntetéseként utalva van a Budapesten létesítendő fegyintézeti tébolydára, valamint a löportárdülői fogház mellett ideiglenesen létesített megfigyelő intézetre. A letartóztatott elmebeteg irányában alkalmazható biztonsági eszközök és a felmentett elmebeteg elhelyezése körüli eljárás ismertetése egészíti ki ezt a szakaszt. Fontos fejezet az elmezavart egyén vallomásának bírói mérlegeléséről szóló, nemkülönben „a büncselekmény elkövetése után beállott elmezavar”. Függelék képen ide van csatolva az eljárási költségek és díjak megállapítása. A III-dik fejezet végre szól a jogvédelemről a büntetés végrehajtása alatt. Ez ismerteti a követhető eljárásokat azon esetben, ha az elítélt a büntetés végrehajtása alatt lesz beteg és nevezetesen elmebeteg, ismerteti a fogházak és börtönök kórházi berendezéseit, a fogház-orvos teendőit, az elmebeteg foglyok-, elmebeteg rabok- és elmebeteg fegyenczel való eljárást.

A büntető jogi résztől (III-dik rész) alakilag egészen elválasztva van, mint a mű IV-dik része, „az igazságügyi orvosi közigazgatás”, mely a törvényszéki orvossal, a törvényszéki orvosi vizsgálattal és az igazságügyi orvosi tanácsal foglalkozik és mintegy függelékét képezi az előbbi résznek.

A vázolt tárgysorozat közelről sem meríti ki a műnek tartalmát, mit nem is czélozott, egyszerűen csak fel akarván kelteni azok figyelmét, kik érdeklődéssel viseltetnek a tárgy iránt. Mert valóban a munka olyan élvezetesen és könnyedén van írva, hogy bárki, ha belekezd, szívesebben elolvassa az eredetét, mint gyenge és a tömörségre való törekvés folytán sokszor talán nehezebben megérthető kivonatát. Az elmeorvos sok szakismeretet, a törvényszéki orvos hasznos vezérkönyvet, a lélekbúvár finom pszichológiai fejtegetéseket, a művelt laikus pedig érdekes, nemes és tanulságos olvasmányt nyer benne és elolvasása a fogalmak tisztulásának elősegítése által kell, hogy mindenkiben a megelégedés érzetét keltse fel.

Niedermann dr.

II. Lapszemle.

Sebészet.

Külső bárzsingmetszést végzett idegen test miatt a bárzsing mellkasi részében *Gangolphe*. Egy elmebeteg kis csirketojás nagyságú kavicsot nyelt. A nyelés teljes lehetetlensége volt az egyedüli jelenség. Görbe fogazott magfogóval a kihuzás nem sikerülvén, miután meg lett állapítva, hogy az idegen test a fogsortól 21 cm.-re van, a külső bárzsingmetszés lett végezve s az idegen

test azon át el lett távolítva. A seb nem varratott és azon át állandó oesophaguscatheter lett alkalmazva és a seb többi része jodoformgázzal lett kitöltve. 17 nappal később a bárzsingcatheter el lett távolítva és orron át bevezetett catheter segítségével történt a táplálás, 12 nappal később a catheter már el volt távolítható. 20 hóval a műtét után a beteg teljesen jól van. A bőrseb alig látható. 142 eddig ismertetett ilyen operált között 110 maradt életben. Midőn a bárzsing mellkasi részében van az idegen test nem távolabb mint 25 cm.-re a fogsortól, még jogosult e műtét, annál inkább, mert a bárzsing merőleges tengelye irányában gyakran mozgatható, úgy hogy magasabbra húzható. Ha mélyebb helyen van az idegen test, gastrostomia szüksége foroghat fenn. Ha sem láz, sem fájdalom, sem táplálkozási zavar nincs vagy csekély, a műtéttől tartózkodni lehet, így egy beteg 6 hó előtt 5 fogból álló fogsort nyelt, de a bal hangszálag hűdését kivéve nincs zavar, a test 28 cm. mélyen van. (Bulletin médical 1895. január 30.)

Baumgarten Samu dr.

Chronikus gonorrhoea esetében czélszerű a prostata-mirigyet megvizsgálni. Az esetek igen nagy számában azt fogjuk találni, hogy a mirigy megnagyobbodott, s hogy benne apróbb s nagyobb göböket tapinthatunk. A göbök kezdetben puhák, majd rugalmasak lesznek, később pedig megkeményednek. Önként értetődik, hogy a prostata-mirigy e göröngyösségét gyuladással állapot hozta létre, melynek megindítója a kankó volt. A baj gyógyítására Sz. azt ajánlja, hogy előbb irrigáljuk át a húgycsövet s azután a végbélen át massáljuk meg a prostatát. A prostatából a geny és a véres nyák e manipulációra kitérhető. (Dind. La méd. modern. 1895.)

Novotny dr.

Veleszületett kétoldali uretertágulat. Jobboldali ureterotomia és baloldali nephrotomia újszülöttnél. Morris szerint azon tény, hogy veleszületett nagyfokú hydronephrosis előfordul, azt bizonyítja, hogy a méhenbelüli élet utolsó szakában a vizelet-elválasztás nagyfokú és ha a vizeletkifolyásnak valamely akadálya van jelen, ugyanazon distensiója jöhet létre a hólyag, ureterek és veséknek mint felnötteknél strictura, kő s egyéb bántalmak esetén. A kísérlet ez esetben, az életet műtét segítségével meghosszabbítani, eddigelé nem nyújtott nagy előnyöket. A londoni Middlesex-kórházba 1893. november 30-dikán egy 22 órával előbb született fiúcsesemő hozatott, mert székletéte volt, de vizeletet nem ürített. A csesemő rosszul volt fejlődve. A has erősen és szabálytalanul volt tágulva, különösen a két mellső lumbalis tájékon lefelé terjedve a symphysis pubis felé. A köldöktől a középvonalban lefelé terjedőleg a hasfallal összefüggő, kemény hengeres képlet tapintható a mélyben. A penis $4\frac{1}{2}$ cm. hosszú, vastagodott és csavardott. A catheter könnyen volt a hólyagba vezethető, de az üres volt. A köldök fölött metszés ejtve, egy ujj bevezetésére a belek üreseknek, a mellső hasfalán a tágult urachus, hátrafelé a peritoneum mögött két oldalt egy terimenagyobbodás volt tapintható. A hasseb bezáratván és két oldalt az ágyéktájékon bemetszés ejtve, vizeletocysta lett megnyitva s a sebszélekhez varrva. Ezek után a has terimenagyobbodása azonnal megszűnik. A csesemő csak 94 nappal a műtét után halt meg diarrhoea után. Bonczolatnál mindkét ureter s vesemedence erősen tágult s előbbieket kanyargós lefutásúaknak találtattak. A műtétnél jobboldalt a tágult ureter s baloldalt a vesemedence lett megnyitva. (Lancet, 1895. június 8.)

Baumgarten Samu dr.

Vándorvesét színlelő colon újképlet cím alatt ír Henry Morris. 1889. október 20-dikán 43 éves nőhöz hivatott, kinél a jobb lumbalis tájékon terimenagyobbodás volt látható, s ki néhány hó előtt vándorvese miatt kezelés alatt állott. A nagy duzzanat láztól kísérve csak néhány nap óta mutatkozott és általa perinephritikus tályognak lett tekintve, mit a bemetszés is bizonyított, de a genynyel két nagy szövetzafat is távozott. A geny kiürülése után azon tömeg, mely mozgékony volt és azelőtt vándorvesének lett tekintve, visszasüllyedt a lumbalis tájékba. A tályog begyógyult, de a mozgékony tömeg nem változott. A tályog kiújult, magától feltört s hamar újra gyógyult. Próbalaparotomia azt bizonyította, hogy a caecum és colon ascendensre kiterjedő újképlet van jelen. Obstructio később sem jelentkezett és 1890. augusztus 13-dikán hirtelen meghalt a beteg bélátfürödés tünete között. Hogy a vastagbél daganat mily könnyen téveszthető össze vesedaganattal, azt egy második és harmadik esettel is bizonyítja, hol csakugyan vese-

körüli tályog keletkezett. A Lancet ugyanazon számában Owen és Anderson szintén közölnek esetet, hol a vastagbélben daganat lépven fel, az a vesével lett összefüggésbe hozva. (Lancet 1895. április 27.)

Baumgarten Samu dr.

A duodenalis fekélyről sebészi szempontból ír Marmaduke Sheild. Perforatív hashártyalobnál semmi sem irányozza a figyelmet a duodenumra mint sérülés helyére, ha csak nincs tisztán kimutatva, hogy a fájdalom az epigastrium vagy jobb hypochondrium-ban kezdődött, vagy hogy már azelőtt is epigastrikus tünetek, mint fájdalom és hányás előfordultak. Nagy figyelmet kell a kórtörténet e részére fordítani, mint leginkább életbevágó és fontosra. Tekintettel arra, hogy a duodenalis fekély az esetek legnagyobb számában férfiaknál fordul elő, a sebész erre mindig gondoljon, ha férfibetegnél perforatív peritonitis van jelen. A hasüregbe kifolyt folyadék nem bűzös volta és savi természetűe és a gázok fontos diagnosztikai jelt képeznek, a bemetszés a hasfalba csak kis terjedelemben ejtendő meg, míg ezen vitalis pont nincs tisztába hozva. Ha a váladék nem bűzös és savi, a gyomor és duodenum tájéka vizsgálendő időveszteség nélkül. Jövendőben a folyadék ezen természetére ügyelnie kell majd a sebésznek. Súlyos shock esetében jó talán néhány óráig várni. A peritoneum erőlyesen kimosandó meleg vízzel és üvegdraincső elhelyezése a Douglas-üregbe haszonnal fog járnai. (Lancet 1895. május 11.)

Baumgarten Samu dr.

Bőr- és bujakörtan.

Adatok a sanker (ulcus molle) gyógykezeléséhez czíme alatt Neisser is hozzájárul Herff-nek azon tapasztalati tényéhez, hogy a sankernél tömény carbolsavval való edzésekkel gyors és kedvező gyógyosikereket ért el. Kórodáján ezen módszert már évek hosszú sora óta alkalmazza. Tisztító hatása határozottan kitünő, gyakran a sanker alapjának és különösen az alávájt széleknek — mire különös súlyt fektet — egyszeri erőlyes kitörlése elég-séges a sanker virulentiáját tönkretenni. Ezen edzés még azon előnnyel is bír, hogy *fájdalmatlan* és a tömény carbolsav jobban oszlik szét a sanker minden nyulványában és tasakjában, mint az a lapisrúddal való edzés alkalmával történik, mely egyszerűsmind fájdalmas. A carbolsav edzésnek még egy előnye van az argent. nitr. felett praktikus szempontból. Sok esetben nem vagyunk képesek azonnal megkülönböztetni a penisen előforduló folytonossághiányok között, vajjon tipikus sankerrel, selerosissal, vagy kevert infectióval van-e dolgunk, mely utóbbinál azután kénytelenek vagyunk bevárni, míg a fekély alapja és szélei a tipikus kemény beszűródéssel felelnek. Annál is inkább alkalmatlannak kell látszani, ha egy sankernél edzés által egy *mesterséges* kemény beszűródést előidézhetünk, mely azután még megnehezíti a mesterséges induratiót megkülönböztetni a természetestől, mint az rendes carbolsav-étetés azt sohasem idézi elő. A carbolsavval edzett sankerre azután egy antisepticumot (jodoform, euophen vagy thioform) alkalmaz.

Aschner Arthur dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Galandféreg** elhajtására Schmidt 5 esetben jó eredménnyel használta a réoxydot: Rp. Cupri oxydati nigri 6'0; Cretae praep. 2'0; Amyli 12'0; Glycerini 10'0. M. f. pil. Nr. 120. S. Naponként 8—12 labdaesot. A galandféreg körülbelül 2 hét múlva távozik. (Allgem. medic. Central-Zeitung, 1895. 76. sz.)

2. **Álmatlanság** ellen Lee opiumfüst belégzését ajánlja; körülbelül 10 centigramm opium elfüstölögtetése után csendes, hosszú alvás következik be; az opium ilyen használata mellett állítólag nem következnek be a belsőleg vett opiátok mellékhatásai. (Allgem. med. Central-Zeitung, 1895. 76. sz.)

3. **Gonorrhoea okozta dysuria** ellen következő orvosság használható: Rp. Natrii salicylici 8'0; Tinct. belladonnae 8'0; Tinct. aurant. 4'0; Aqu. destill. ad 180'0. M. D. S. 3 óránként egy evőkanálnyit. (Practitioner, 1895. július.)

4. **Lumbago** egyes eseteiben jó eredménnyel jár a következő orvosság használata: Rp. Natrii salicylici 15'0; Kalii jodati 8'0; Syr. sarsaparillae comp. 30'0; Aquae 60'0. M. D. S. Kávés-kanálnyit 3-szor naponként vízben az étkezések után. (Practitioner, 1895. július.)

TÁRCSA.

A német otologiai társaság IV. ülése.

(Jena, 1895. június hó 1—2-ig.)

(Vége.)

Brieger (Boroszló) a *külső fül carcinomájára* vonatkozólag több készítményt mutat be. Az egyik esetben a rák a *fej jobb felét* illette, s a beteg, a bántalomnak 20 évnél tovább tartó fennállása után pusztult el; ez esetben hónapokon keresztül a dura pulsatiója széles területen, a nagy anyagvesztés folytán, látható volt. Egy másik esetben a *külső hangvezető primaer canceroidja* igen gyors lefolyást mutatott; műtét alkalmával a hangvezető egészben kihámoztatott, a fülkagyló leválasztása után a csecenyűtvány csonthártyája rákosan beszűrődött volt, a csont maga azonban ép volt; a dobüregben idült genyedés állott fenn, azonban semminemű összefüggésben az újképlettel. 4 héttel a műtét után beállott a recidiva. A bemutatott *górsövi* készítményekkel kapcsolatban B. a *szövetvizsgálat eredményének csekély értékét* hangsúlyozza, miről más felhozott esetekben is meggyőződhetett.

Kretschmann (Magdeburg) felszólalásával is megerősíti B. állításait a *microscopikus lelet csekély diagnostikai értékét* illetőleg a *dobüreg carcinomájánál*, s azért kórismei szempontból mindig a klinikai tüneteket kell első sorban tekintetbe venni.

Beckmann (Berlin) új eszközt mutat be a *pharynxtonsilla* eltávolítására, kapcsolatban számos ily eltávolított képlettel. Az eszköz hasonlít a *Gottstein-féle* körkéshez, csak hogy karimája négyszögletes és a nyéllel nagyobb szögletet alkot. 4000 esetben távolította el B. a pharynxtonsillát, még pedig úgy, hogy azt a fibrocartilago basilaristól egy húzással lemetszette. A műtét szükségének gyakorisága B. szerint onnan van, hogy a 12 éven aluli gyermekeknél a legtöbb orr- és fülbeli genyedés vagy hurut, nézete szerint, csakis a pharynxtonsilla eltávolítása után szünhetik meg. A műtétet még csecsemőknél is végzi.

A rövid előadást és demonstrációt igen élénk vitatkozás követte, miután a felvetett kérdés közérdekű. — *Noltenius* (Bréma) a műtétet *narkosisban* ajánlja végezni, miután ilyenkor ujjal legjobban ellenőrizhetni, vajjon nem maradt-e vissza valami kóros részlet; *Hoffmann* (Drezda) ellenben azt hiszi, hogy a veszélytelen műtétet kár volna narkosisal komplikálni. — *Joél* (Gotha) a *bromathyl-narkosis* ajánlja, melyet az utolsó másfél év alatt 60 ízben végzett, a nélkül, hogy valaha asphyetikus zavarokat látott volna. — *Brieger* (Boroszló) említi *Trautmann* és *Dieulafoy* vizsgálatait a *hypertrophizált pharynxtonsilla* és *tuberculosis* közötti összefüggést illetőleg, mely kérdésre vonatkozólag maga is vizsgálatokat eszközölt; ezek eredményéről azonban máskor kíván szólni. — *Walb* tnr. (Bonn) nem hiszi, hogy *Beckmann* bemutatott műszere elegendő volna arra, hogy egy ülésben minden eltávolítottakkal akkor is, ha czafatok is jelen volnának; ilyenkor ugyanis több ízben kell beavatkozni és ezt sok mindenféle módszerrel érhetni el. — *Stacke* (Erfurt) említi, hogy sok száz esetben narkosisban távolította el a pharynxtonsillát, azonban a régebbi fájdalmas módszerek szerint. A mióta a *Schütz-féle* eszközt használja, a narkosis teljesen felesleges; idősebb gyermekeknél előzetesen cocainizálható a műteendő hely. *Walb* a *Schütz-féle* eszköz előnyeit szintén megerősíti, ellenben *Wild* (Frankfurt) ez eszköz hátrányául tekinti, hogy vele csak a pharynxtonsilla *metszhető le* és nem távolítható el egyszersmind a fibrosus alap is. — *Kayser* (Boroszló) azt hiszi, hogy a narkosis csak nagyobb rakoncátlan gyermekeknél szükséges; a *recidivát* illetőleg említi, hogy legtöbb esetben, közvetlenül a műtét után, sem ujjal, sem tűkőrrel nem mutathatunk ki valami visszamaradt részletet, 1—2 évvel később ellenben újabb nagyobb sarjakra fogunk találkozni. Végül a tuberculosis való összefüggést illetőleg K. a legújabb vizsgálatokra figyelmeztet, melyek alkalmával normalis orrváladékban is sikerült kimutatni tuberculosis-bacillusokat. — *Seligmann* (Frankfurt) a narkosis azon esetek számára nem ajánlja, hol a leválasztott részeket egészben eltávolítani nem sikerül, mert a nyelési pneumonia és bronchitis veszélye is szóba jöhet. — *Hartmann* (Berlin) a narkosis csak félnél gyermekeknél ajánlja, és akkor is csak enyhe legyen az. A különböző műtéti módszerek közül a *kacsacsál* végzendőt ajánlja,

ez a legkíméletesebb és vérvesztés nélkül végezhető. Kacsacsál a hypertrophizált tonsilla teljesen eltávolítható, természetesen a fibrocartilagosus alap nélkül. — *Beckmann* válaszában említi, hogy műtéteinél narkosisra sohasem szorult. A műtét eredménye csak akkor kétes, ha rosszul végeztetett, azaz, ha nem távolított el az egész képlet, midőn azt utólag pótolni kell. Hogy kacs segélyével az orr felől sikerrel lehetne műteni, azt lehetetlennek tartja, mert kacsacsál el sem érhető a képlet, és a fibrocartilago sem távolítható el azzal; hasonló véleménynyel van az *ujjal* végzett műtetre vonatkozólag, mert ujjal csak tökéletlenül lehet összenyomni és kirántani valamit, miáltal különben egyenetlen és könnyen fertőzhető sebfeletet is készítenk. — *Zaufal* tnr. (Prága) utóbbi állítással szemben említi, hogy sok 100 esetben, 8—10 éves gyermekeknél, puha és málékony tonsillákat az ujj segélyével, idősebb gyermekeknél pedig a *Gottstein-féle* késsel távolított el. — *Brieger* végül még a *Trautmann-féle* kanál előnyeit említi e műtetre vonatkozólag.

Leutert (Halle) két *cholesteatom-készítményt* mutat be, röviden ismertetvén a hozzájuk tartozó kórtörténetet. — *Panse* (Drezda) említi, hogy az egyik esetet ismeri, ebben az epidermis az ólom-szeg csatornáján át nőtt be; itt a cholesteatoma *artificialis* módon támadt úgy, mint azt már *Zaufal* régebben értelmezte.

Kayser (Boroszló) *rhinometer*-nek nevezett eszközt mutat be, melynek segélyével az *orr átjárhatósága* levegő részére pontosan határozható meg.

Zaufal tnr. (Prága) a *középső fül üregeinek operatív kitérésére* szolgáló eszközeit mutatja be. Ez eszközök nagyobbbrést nem saját találmányát képezik, miután már előbb is sebészeti instrumentariumokban látta. Bemutat különféle nagyságú *vésőt*, az általa módosított *Luër-féle* csontollót a *pars epitympanica* eltávolítására, *raspatoriumot* a külső hangvezető hátsó felső hártás falának leválasztására, a *szivalakú éles kanalat*, a dobüreg és az *antrum mastoideum* kitakarítására, és végül az aczélból készült épszögben hajlott kúszást.

Kuhn tnr. (Strassburg) két bejelentett előadását az *orr syphilitikus tumorjairól* és a *külső fül rákjáról*, váratlanul történt megbetegedése folytán, nem tarthatta meg; a választmányhoz beküldött két kézirat a congressus munkálataiba in extenso vétegett fel.

Befejezésül még megemlítendő, hogy a congressussal kapcsolatban különböző *készítmények*, úgyszintén oto- és rhinologikus *eszközök*, tekintélyes számban *állítottak ki*; ezeket a 4 ülés előtt és után a legtöbb résztvevő szorgalmasan nézegette és tanulmányozta.

Szenes Zsigmond dr.

Heti szemle.

Budapest, 1895. november 7-dikén.

Az 1895. évi szeptember hó 23-dikától október hó 25-dikéig Budapesten megtartott tisztí orvosi vizsgák eredménye. E vizsgákra jelentkezett összesen 83 orvos. Ezekből a vizsgát ismétlő volt 7. Vizsgát tenni köteles volt 12. Vizsga előtt visszalépett 8. A vizsgát tett 75 orvos közül képesítettet 71; a vizsga ismétlésére utasított 4, és pedig: egy tárgyból 2 és két tárgyból 2. *I. Kitűnően képesítettettek*: 1. Khoór Dezső, városi alorvos, Hajdu-Nánás. 2. Lauschmann Gyula, közkórházi orvos, Székesfejérvár. *II. Képesítettettek*: 1. Bánóczy Gyula, magánorvos, Győr. 2. Barsi Jenő, magánorvos, Ersekújvár. 3. Beer Bernát, magánorvos, Nagy-Bittse. 4. Bernády Dániel, járásorvos, Bánlak. 5. Biringer Mór, magánorvos, Kőszeg. 6. Blau Dávid, körorvos, Brezova. 7. Buder Ferencz, járásorvos, Margitta. 8. Chyzer Béla, kerületi orvos, Budapest. 9. Csillag Kálmán, körorvos, Gyömrő. 10. Demkó Béla, kerületi orvos, Budapest. 11. Eisner József, járásorvos, Felső-Szvidnik. 12. Engl Zsigmond, községi orvos, Torontál-Vásárhely. 13. Fáy Aladár, nyug. fregatt-orvos, Budapest. 14. Fehér Absolon, körorvos, Bozovics. 15. Fisch Áron, kórházi alorvos, Budapest. 16. Földi Emil, magánorvos, Esztergom. 17. Friedlieber Sándor, h. járásorvos, Gáva. 18. Fuchs Soma, körorvos, Vörösmart. 19. Goldsticker Béla, községi orvos, Német-Lipese. 20. Han Pál, magánorvos, Budapest. 21. Horváth Gyula, h. körorvos, Nagy-Bárd. 22. Hübsch Miksa, körorvos, Miklósfalu. 23. Janovits Sándor, kerületi orvos, Budapest. 24. Kelen István, magánorvos, Budapest. 25. Kellner Elek, magánorvos, Debreczen. 26. Kenessey Kálmán, pályorvos, Ruttká. 27. Kiss Aladár, járásorvos, Tisza-Füred. 28. Korein Adolf, magánorvos, Győr. 29. Kovách Antal, magánorvos, Kunhegyes. 30. Köllner Károly, klinikai gyakornok, Budapest. 31. Kugler Károly, kórházi másodorvos, Pozsony. 32. Lauringer

Károly, tb. járásorvos, Kőszeg. 33. Lechner Antal, magánorvos, Kéthely. 34. Lefkóvics Mór, körorvos, Sztarcsóva. 35. Lenkei Béla, kórházi gyakornok, Budapest. 36. Losonczy Almos, vármegyei főorvos, Debrecen. 37. Márkus Mór, körorvos, Szurdok. 38. Mayer László, klinikai gyakornok, Budapest. 39. Mladin Péter, körorvos, Prebul. 40. Moskovitz Ignác, járásorvos, Héthárs. 41. Nagy Jakab, körorvos, Nagy-Torák. 42. Nagy Kálmán, magánorvos, Debrecen. 43. Neumann Jákó, körorvos, Kishér. 44. Oeller György, magánorvos, Rajka. 45. Paczauer Béla, magánorvos, Budapest. 46. Paunz Márk, magánorvos, Budapest. 47. Pavlovits Ljubomir, magánorvos, Budapest. 48. Politzer Mór, községi orvos, Bogojevó. 49. Prokess Antal, magánorvos, Budapest. 50. Réthy Ede, magánorvos, Veszprém. 51. Roth József, körorvos, Nagyszombat. 52. Rothauer Izidor, magánorvos, Veszprém. 53. Rózsa Elemér, járásorvos, Hatvan. 54. Rüll János, községi orvos, Mohács. 55. Schéda Gergely, bányorvos, Resicza. 56. Schmidt Imre, h. járásorvos, Huszt. 57. Schürger Adolf, urad. és udv. orvos, Alesuth. 58. Steinitz Gábor, magánorvos, Pancsova. 59. Svehla János, magánorvos, Breznóbánya. 60. Széll Gyula, magánorvos, Szepes-Igló. 61. Szendeffy Aladár, magánorvos, Budapest. 62. Szendrő Jenő, városi orvos, Balassa-Gyarmat. 63. Szvatkó Róbert, magánorvos, Nagyszombat. 64. Takács Ferencz, magánorvos, Budapest. 65. Vajda Kálmán, községi orvos, Ráczalmás. 66. Varga Emil, magánorvos, Debrecen. 67. Verubek Gusztáv, tébolydai másodorvos, Budapest. 68. Zempliner Dávid, magánorvos, Leibitz. 69. Zwickl Gyula, kórházi orvos, Budapest.

Figyelmeztetés a m. orvosi könyvkiadó-társulat t. tagjaihoz.

A társulat 1895. évi illetményének második része, ú. m.: „A belgyógyászat kézikönyvé”-nek második kötete elhagyta a sajtót. Ezen kötet terjedelme 61 1/2 ny. iv, számos ábrával és három táblamelléklettel. Tárgyai: *Vérbetegségek. Lépbetegségek. Anyagforgalom betegségei. Gyakorlatilag fontosabb mérgezések.* A m. orvosi könyvkiadó-társulat azon tagjainak, kik a f. évi tagdíjat lefizették, a könyv jövő héten postán küldetik meg. Azon társulati tagok, kik évdíjait ezen időig nem küldik be, az f. hó 15-dikén túl Belky munkájával együtt 8 frt utánvétellel fog megküldetni. Budapest, 1895. november 6-dikán.

Koller Gyula dr., első titkár.

Vegyesek.

Budapest, 1895. november 8-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. október 20-tól október 26-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 421 gyermek, elhalt 222 személy, a születések tehát 199 esettel múlták felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup és ronesoló toroklob 5, hökhurut —, kanyaró 4, vörheny 7, typhus abdominalis 5, gyermekági láz —, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 6, agykérlob 6, agyvérömleny 6, rángások 3, szervi szívbaj 14, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurhut 23, tüdőgümő és sorvadás 34, bélhurut és béllob 21, carcinomata et neoplasmata alia 10, méhrák —, Brighth-kór és veselob 3, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengesség és alkathiba 13, aszkór, aszály és sorvadás 5, aggkór 7, erőszakos haláletet 13. — A fővárosi közokmányok-igazgatóság 725, maradt e hét végén ápolás alatt 2169. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1895. október 28-dikától november 4-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 14 (meghalt —), himlőben 3, álhimlőben 1 (meghalt —), bárányhimlőben 35, vörhenyben 44 (meghalt 1), kanyaróban 165 (meghalt 2), ronesoló toroklobban és torokgyíkban 29 (meghalt 5), trachomában 14, vérhasban 1 (meghalt 1), hökhurutban 7, orbáncban 37, gyermekági lázban 2 (meghalt 1).

— Török Lajos dr.-nak magántanárúrá képezését a bőr- és bujaktortanból a vallás- és közoktatásügyi minster megerősítette.

— Tirsner Ernő dr.-t a belügyminister a m. kir. államrendőrséghez rendőrorvossá nevezte ki.

— A győri új közokmányok-igazgatóság, mely 200,000 forint költséggel épült, e hó 3-dikán nyitották meg nagy ünnepek között, Perczel belügyminister és Erdélyi igazságügyminister jelenlétében.

— Maszák Elemér dr.-t a belügyminister a vezetése alatt álló ministerium bacteriologiai intézetéhez ideiglenes minőségű szaksegédé nevezte ki.

— Kinevezések. Komárom sz. kir. város főispánja Bányai Lipót dr. volt tisztii másodorvost városi tisztii főorvossá; Gaal Zsigmond dr.-t városi tisztii másodorvossá nevezte ki.

† Elhunyt: Járó Ferencz dr. 25 éves korában november hó 1-én Budapesten. — Heinrich Lajos dr. járásorvos 84 éves korában november 2-dikán Székes-Fehérvárott.

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

„Szt. Lukács-fürdő” részvény-társaság Budapest.

Az Iszapfürdő kiváló roppant vízbősége által 4300 □ m. nyitott és 120 □ m. zárt medenczében a kénés források a vizet naponként négyszer megújítják. Douche massage. Kád- és köfürdők stb. Zárt folyosók a lakásokból a fürdőbe. Pensio. Lift. A fürdő főorvosa: **Bosányi Béla dr. Prospectust díjmentesen küld az igazgatóság.**

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-közkórházban 1895. október 31-től egész 1895. november 6-ig ápolat betegkekről.

1895.	Felvett			Elbocsátott			Megtelt			Maradt			Az ápolat közül			
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban		az István-kórházban	
	főrfi	nő	összesen	főrfi	nő	összesen	főrfi	nő	összesen	főrfi	nő	összesen	beteg	szűrlőb.	heveny fertőz.	az álló-ári
Okt. 31	58	48	106	47	35	82	3	4	7	1157	927	2084	1070	23	148	843
Nov. 1	42	26	68	30	29	59	4	1	5	1165	923	2088	1074	26	142	846
" 2	57	56	113	61	35	96	2	4	6	1159	940	2099	1095	26	147	831
" 3	41	20	61	27	36	63	1	1	2	1172	923	2095	1093	24	146	832
" 4	59	60	119	53	40	93	1	6	7	1177	937	2114	1083	21	155	855
" 5	62	50	112	53	37	90	7	—	7	1179	950	2129	1096	23	153	857
" 6	68	37	105	58	49	107	2	—	2	1187	938	2125	1092	22	148	863

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 labororium vezetői.

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

Dr. DREISZKER JÓZSEF

VÍZ-GYÓGYINTÉZETE

Közegen (Vas m.)

vasúttal 3/4 óra Szombathelytől.

Egész éven át nyitva. ★ Mérsékelt ár.

Labdacok és tablették 0.3 gr. friss mirigygyel 50 és 100 darabot tartó üvegekben is kaphatók.

THYRADĒN

szagtalan (Extract. Thyreoideae Haaf) **ártalmatlan**

1 rész = 2 rész friss pajzsmirigy

dr. Haaf és C. Traczewski, berni orvosok utasítása szerint készítik:

KNOLL és TÁRSA, Ludwigshafen a/Rh.

A fennebbi készítmény dr. Kocher berni tanár kórodáján megvizsgáltván, helyesen alkalmazva hatásosnak és ártalmatlannak találtatott és a nevezett kórodán kivétel nélkül rendeltetik.

Minták és nyomtatványok kaphatók.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Tauffer Vilmos ny. r. egyetemi tanár
II. szülészeti és nőgyógyászati kórodájáról.

Újabb adatok az osteomalacia gyógykezeléséhez 9 eset
kapcsán.

Közli *Neumann Szigfrid* dr., egyetemi tanársegéd.

Az osteomalacia kórtani lényegének kutatása, nemkülönben a betegség gyógyításában a castratióval elért eredmények az utolsó években igen nagy irodalmat teremtettek a kérdésnek. A Fehling által kifejtett elméletnek az osteomalacia lényegét illetően oly sok híveje támadt, hogy manapság valóban bárki-nek is nehéz elzárkózni, főleg azon fényes sikerek után, melyeket a castratióval elértek, ezen elmélet helyessége elől. Akadtak azonban bűvárok, a kik skepsissel fogadták az új tant, sőt egy része a szerzőknek egész határozottan tagadja az ő elméleté-nek helyességét. A kérdést a szülésznek a legutolsó években tartott összes értekezletein megvitatták, a nélkül azonban, hogy a bűvárok megállapodásra jutottak volna az osteomalacia lényegét illetően; a mi pedig a követendő gyógyeljárásokat illeti, ezekre nézve ugyan egyöntetűbbek a vélemények, azonban az indicatiók még igen szétágazók s csak a nagyszámú tapasztalás által fogjuk elérni, hogy a kérdésnek ezen legfontosabb része — a betegség gyógyítása — a legjobb módon megoldassék.

Nem vélek tehát felesleges munkát teljesíteni, midőn a II. szül. és nőgyógy. klinikán észlelt és operált esetekről e helyen beszámolok, annál is inkább, mert eseteink kapcsán sok mindenféle szempontból hozzászólhatunk a kérdéshez. Mielőtt eseteink részletes leírását adnám, ezélszerűnek vélem a kérdésben újabban felmerült nézeteket röviden felsorolni.

A Fehling-féle¹ elmélet, melyet újabban több oldalról megtámadtak, melyet azonban megteremtője legutolsó e tárgyban megjelent munkájában (Fehling: Weitere Beiträge zur Lehre von der Osteomalacie. Arch. f. Gynaek. 48. kötet. 1895.) teljes integritásában fentart, röviden abban áll, hogy az osteomalacia egy az ovariumok megbetegedése által feltételezett trophoneurosis a csontrendszernek.

Petrone² az osteomalacia okát a nitrificációnak a talajban előforduló mikroorganizmusában keresi, melyeket Winogradsky fedezett fel s melyeket szerző osteomalaciás betegek vérében mutatott ki; állításának bizonyítására azonkívül kutyákon végzett kísérleteket oly módon, hogy a fermentumnak tiszta kulturáit ezen állatokba befeccskendezte, minek következtében csontrendszerükben egy az osteomalaciához hasonló betegséget volt képes előidézni. Ezek alapján Petrone a castratiókat mint olyannak értékét teljesen tagadja s csakis a castratióval alkalmazott chloroformnarcosist, mint a mely az említett microorganismust elpusztítani képes, tartja a gyógyító tényezőnek. Hasonló hatást, mint a chloroformnak, tulajdonít szerző a chloralhydratnak, melynek 3 heti adagolása után (naponta 2 gm.) egy esetben gyógyulást látott bekövetkezni.

Ezen új tannak egy lelkes követője Latzko,³ a ki Bécsben igen nagyszámú osteomalaciát észlelt s gyógyított, azon-

ban nem chloralhydrattal, hanem phosphorral, melynek hatása a Petrone-féle elmélet értelmében azon tulajdonságára a phosphornak vezethető vissza, hogy az oxydációt a szervezetben lefokozni képes.

Winckel sem fogadja el teljes egészében Fehling elméletét; szerinte azon idő, mely alatt castratio után a javulás bekövetkezik, sokkal rövidebb, semhogy a csontokban már változások következhetek volna be; szerző a fájdalomosság megszűnését csakis az izmokra s a csontthártyára vonatkoztatja, melyek érzékenysége a castratio után lényegesen alászáll.

Löhlein⁴ szerint a castratio, illetőleg császármetés után azért száll le oly gyorsan az érzékenység, mert a csontokban s csontthártyában a műtéti beavatkozás folytán az edények egy depletiója következik be s így a műtét maga semmi specifikus hatással nem bír, hanem csak fokozatlag különbözik bizonyos más az osteomalaciás folyamatra szintén igen jó befolyással bíró behatásoktól, mint a milyen pl. a szülés befejeződése, erősebb bőringerek (sósfürdők) stb.; ebből magyarázható, hogy némelykor, ha a műtét után a fájdalmak megszűntek, később ismét fellépnek, mint ezt szerzőnek egy Porroesete s más szerzőknek hasonló tapasztalatai bizonyítják. A bacteriologikus elméletre nézve úgy nyilatkozik,⁵ hogy ha a valószínűség, hogy osteomalaciánál osteolytikus mikroorganizmusok szerepelnek, a klinikus tények által nem is igazoltatik, még sem szabad ezen lehetőséget a priori mint teljesen lehetetlent visszautasítani, hanem a kutatásokat ily irányban is folytatni kell; ezen értelemben szerző egy esetében a crista ileiből műtét alkalmával egy darabkát kimetszett, s azt bacteriologiai vizsgálatnak vetette alá, azonban az eredmény teljesen negatív volt. A castratiót nem fogadja el mint specifikus gyógyfactort; szerinte a műtét közvetlen hatása az edények depletiójára vezetendő vissza s a végleges gyógyulás a praemenstrualis s menstrualis congestio szünetelésének vagy teljes kirekesztésének tudható be.

Fehling⁶ a Petrone-féle elmélet által a saját felfogását éppenséggel nem tartja veszélyeztetettnek, annyira, hogy nem is érzi szükségét ezen kísérletekbe újból belemenni, miután a saját, mint mások részéről is már számos ily irányú vizsgálat végeztetett, a nélkül, hogy a vérben vagy az ovariumokban valamely pathogen csirokat fel lehetett volna fedezni. Petrone therapeutikus eredményeinek ellenőrzésére több esetben végzett chloroformnarcosist, illetőleg hosszabb idei chloralkezelést, azonban minden siker nélkül.

Rendkívül érdekesek Neusser⁷ haematologikus tanulmányai osteomalaciás betegeknél; valamennyi vizsgált esetében az eosinophil elemek szaporodását találta; egyetlen kivételt egy 72 éves asszony képezett súlyos osteomalaciával, a hol nem az eosinophil elemek, hanem a myelocyták, mint szintén exquisit csontvelő elemek voltak jelen a vérben, a mi rendes viszonyok között sohasem fordul elő; szerző ezek alapján ki-mondja, hogy a csontvelő alakelemeknek a vérben való jelenléte osteomalaciára jellemző; azon körülmény pedig, hogy egy esetben az eosinophil elemek vannak túlsúlyban, máskor pedig a myelocyták, csak gradualis különbséget képez a megbetegedés fokához képest. Hogy az osteomalacia lefolyásában úgy klinice, mint pathologicé tényleg több stadiumot kell megkülönböztetni, arra igen számos észlelet vall; mindenek

előtt tudjuk s a szerzők legnagyobb része által mint tény fogadtatik el, hogy a phosphorsavnak, mész és magnesiumnak a vizelet által történő kiválasztása a betegség különböző stadiumai szerint változik, mint ezt ily irányú quantitativ vizsgálataim is bizonyítják.⁸ E nézet mellett vall továbbá Recklinghausen felfogása is, ki az osteomaláciát egy atrophisáló csontlobnak tekinti, miután pedig a lobnak különböző stadiumai vannak, ez támpontot nyújt a különböző vérelet felfogására, a mennyiben ugyanis a lob vagy az atrophia praevalens, annyiban változik az említett rendellenes véralkotórészek mennyisége és milyensége is. Egyébként Neusser egy direct bizonyítékát is adja felfogása helyességének: egy esetben azt tapasztalta, hogy castratio után, melyre a betegség meggyógyult, az azelőtt felszaporodva volt eosinophilsejtek a vérben esőkentek. Ez észleletek alapján azon titokzatos összefüggés az ovariumok s csontok megbetegedése között is érthetőbb lesz; nyilván nem az ovariumok és csontok, hanem igenis az ovariumok és a csontvelő között áll fenn amaz összefüggés, mely ismét az említett csontvelő elemek szaporodását, illetőleg esökkenését vonja maga után.

Fehling⁶ maga, kinek elméletét a Neusser-féle vizsgálatok nagy mértékben támogatják, is végzett vérvizsgálatokat, azonban ő nem volt képes az eosinophil-sejtek felszaporodását constatálni.

Chrobaknak⁹ sem sikerült, dacára annak, hogy minden esetben végeztetett vérvizsgálatokat, jellemző vérelváltozásokat kimutatni; számos tapasztalatai oly sok mindenféle eredményekhez vezették, hogy az osteomalacia lényegét illetőleg neki sincs még positiv megállapodása. Tapasztalásai közül különös érdeklődéssel bir Späth esete, melyet a 70-es években operált Porro szerint — de az ovariumok visszamaradásával — s a beteg dacára ennek meggyógyult. Talán itt a chloroformnarcosis adta a gyógyulást? vagy talán az ovariumok visszahagyása ily esetekben azért nem bir jelentőséggel, mert az ilyen ovariumok működésre nem képes szervek? Egyébként újabban Guéniot is közöl egy esetet, hol súlyos osteomalaciánál conservatív császármetszést végzett az ovariumok s tubák leggondosabb kimelésével s dacára ennek a beteg ez esetben is meggyógyult. Egy további esetet közöl Kleinwächter is, mely szintén meggyógyult. Chrobak a Petrone elméletét tartva szem előtt, több chloroformnarcosist is végzett s a chloralhydrat adagolást is megkísérelte — minden eredmény nélkül; azonban legutóbb mégis észlelt egy esetet, a hol kétszeri chloroformnarcosis után a fájdalmak megszűnését constatálhatta; igaz ugyan, hogy ez esetben a diagnosis nem állott minden kételyen felül. Szerző a castratiót sem fogadja el mint okvetlenül gyógyulásra vezető factort, mert ez irányban is bir egy rossz tapasztalattal; ezen s még egy másik esetet, hol Porro után nem volt kielégítő az eredmény, utóbb phosphor-kezelésnek vetett alá s mindkét eset meggyógyult, úgy hogy a szerző a kezelésnek ezen módját is mint hasznavehető fogadja el.

Kleinwächter,¹⁰ ki szép tapasztalatokat gyűjtött az osteomalacia gyógyítása körül, szintén nem fogadja el mint esalhatatlan tényét Fehling elméletét; szerinte a csontok trophoneurosis, mint a minék Fehling az osteomaláciát tartja, nem csupán az ovariumok eltávolítása által gyógyul, ép úgy mint ellenkezőleg az ovariumok eltávolítása sem gyógyítja meg mindig az osteomaláciát; vannak esetek, hol már magának a terhességnek megszűnése szerepel mint gyógyfactor, mint ezt különben már Schauta s mások is hangoztatták; legjobban bizonyítják ezt azonban amaz esetek, hol a klasszikus császármetszés után az ovariumok behagyásával a betegek meggyógyultak; Kleinwächternek is van egy esete, hol igen súlyos osteomalacia miatt végzett császármetszést s külső okokból elfelejtette az ovariumokat extirpálni s dacára ennek a beteg teljesen meggyógyult. Szerző úgy vélekedik, hogy ha a jövőben 3 nagy sorozata az operatív eredményeknek, még pedig 1. nem terheseknél végzett castratiók; 2. conservatív császármetszés castratióval; 3. ugyanez castratio nélkül — áll majd rendelkezésünkre, ezen anyagból igen értékes következtetéseket fogunk levonhatni az osteomalacia lényegét illetőleg, s ha majd a bacteriologikus s chemikus vizsgálatok által, melyek

a kérdésben mindeddig csak tévedések forrásai voltak, újabb s biztosabb tényeket fognak kideríteni, akkor talán mégis meg lesz oldható a kérdés.

Az osteomalacia lényegét illetőleg Zweifelnek is meg van a saját theoriája; szerinte nem a nemi tevékenység kizárása az, a mi castratióval oly üdvösen hat, hanem újabb fogamzásnak illetőleg terhességnek lehetetlenné tévése.

(Folytatása következik.)

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

A subcután táplálásról.

Donogány Zakariás és Hasenfeld Artur dr.-októl.

(Folytatás.)

III. Zsír-injectiók.

A zsírnemű anyagok — illetőleg az olaj, mert ezt használtuk kísérleteinkben — lényeges befolyással bírnak a szervezet háztartásában.

A táplálkozásnál szerepük igen fontos, mert jóllehet fehérjék képesek a zsírt pótolni, de teljesen zsírintes táplálkozás alkalmával igen nagyra kell a felvett fehérje mennyiségnek lenni, hogy a szervezet a zsír hiányát meg ne érezze. Míg ha kellő mennyiségű zsír jut a szervezetbe, a fehérje szétesés nagy fokban esökken, nemcsak zsírlerakódás jön létre, hanem a szervezet fehérje-tartalma is fokozódik. Kísérleteinknél többnyire oleum olivarumot alkalmaztunk, megelőzőleg az olajat olajfürdőben 220° C-ra való felmelegítés által sterilizáltuk.

Számtalan kísérletet tettünk, 4-től egész 50 kem.-nyit feeszkendezve az állat bőre alá; a folyadék behatolása nem nagyon fájdalmas, a felszívódás mindig elég gyorsan történt meg — rendszeren 4 óra alatt —, 30 kem.-nyi mennyiségben felül azonban 24 óráig is eltart. Az injiciált anyag minden esetben nyom nélkül szívódott fel, az injectio helye alig egy napig mérsékeltén fájdalmas. A vizeletben zsírt nem találtunk. Általános tünetek hiányoztak. Az állat injectiók után is vidám, jól eszik, hőemelkedés nincs, tályog nem képződik.

Összehasonlítás kedvéért egy alkalommal oleum jecoris asellit adtunk, a kísérlet lefolyása a következő volt: Deczember 19-dikén megelőző hőmérsék 39°0'. Dél előtt 60 gramm oleum jec. asellit injiciáltunk a has bőre alá. Az injectio észrevehető fájdalmat nem okozott, néhány óra alatt a duzzanat felenyire kisebbedett.

Délután állat vidám, jól eszik, injectio helye nem fájdalmas, alig tapintható. Hőmérsék 39°0'.

Deczember 20-dikán d. e. állat vidám, tegnapi injectio táján a has bőre alatt nyomásra fájdalmas duzzanat. Hőmérsék 38°9', d. u. status idem. Hőmérsék 38°7'.

Deczember 21—25-ig a fájdalmas daganat lassan növekszik. Hőmérsékek napi maximuma 38°9—39°3-ig terjed.

Deczember 26-dikán a tegnap délután mellé tett ételt nem etté meg, rossz kedvű, beteges külsejű. Vizelet rendszerénél kevesebb. A hasi duzzanat kisebbedett, jobb lágyéktáj fájdalmas. Hőmérsék 39°7'. Deczember 27-dikén a here előtt a húgyesó körül fejlődött egy diónyi daganat, mely fluctuál. Hőmérsék 39°1° C.

Deczember 30-dikán a tályog felfakadt s belőle oleum jec. aselli szagú sűrű geny ürült. A seb teljes begyógyulása csak néhány napot vett igénybe.

Kétségtelen, hogy ezen esetben az injectio folytán jött létre a tályog, fertőzésre ezért sem gondolhatunk, mert ép oly gondosan lett az olaj sterilizálva, mint máskor, a mennyiség sem okolható, mert csak 10 kem.-rel kevesebb ol. oliv. 24 óra alatt teljesen fel szokott szívódni.

Nem marad más hátra, mint felvenni azt, hogy valamely chemiai anyag, mely a jelzett olajban foglaltatik, okozta a tályog képződését.

Egy esetünkben az anyagforgalom (N és ClNa napi mennyiségének meghatározása) oleum olivarum injectio befolyása alatt a következő változásokat tüntette fel.

Nap	Vizelet		N	ClNa	Megjegyzés
	mennyiség	fajsúly			
Julius 13.	330	1026	5.49	2.34	—
" 14.	345	1025	5.45	2.42	—
" 15.	320	1027	5.45	2.26	—
" 16.	320	1025	5.58	2.16	45 kem. olaj hát bőre alá. Hőmérsék 39.4.
" 17.	280	1027	5.67	1.91	Duzzanat has balfelébe szállott, kissé érzékeny. Hőmérsék 39.3.
" 18.	380	1021	6.01	2.44	Teljes felszívódás. Hőmérsék 38.9.
" 19.	360	1024	5.57	2.19	—
" 20.	310	1026	5.43	2.15	—

Mint látható, a vizelet mennyisége a chlortartalommal együtt csökkent, azután meg szembetűnő az, hogy a vizelet mennyiség jelentékenyen nő, míg a ClNa alig éri el eredeti magasságát. Azonkívül csekély nitrogen kiválasztási többletet látunk. Nem szándékozunk ez alkalommal az injectiókat követő mindig szembetűnő vizelet csökkenés okának részletezésébe bocsátkozni, ez egy további dolgozatunknak fogja tárgyát képezni.

Egyszeri ol. olivar. injectio úgy látszik csekély mérvben befolyásolja az anyagforgalmat.

IV. Physiologikus ClNa oldat injectiók.

Függelékkel ezzel is tettünk kísérleteket. Itt is sterilizált folyadékot vittünk a bőr alá, a vizeletben meghatározva az össznitrogen és ClNa mennyiséget.

1. Kísérlet:

Nap	Vizelet		N	ClNa	Megjegyzések
	mennyiség	fajsúly			
Május 4.	315	1026	6.87	2.20	—
" 5.	345	1025	6.82	2.37	—
" 6.	290	1030	6.95	2.18	D. u. 250 kem. 0.75% ClNa oldat injectio.
" 7.	550	1018	7.89	3.86	—
" 8.	345	1025	6.09	2.56	—
" 9.	290	1026	6.09	2.09	—
" 10.	270	1027	6.04	2.00	—

Penti adatokból látjuk, hogy az injectio fokozott nitrogen kiválasztást okozott bő diuresis mellett, míg a ClNa kiválasztás körülbelül a befecskendett mennyiségnek felelt meg.

2. Kísérlet:

Nap	Vizelet		N	ClNa	Megjegyzések
	mennyiség	fajsúly			
Május 12.	290	1027	6.08	2.11	—
" 13.	300	1025	5.98	2.10	—
" 14.	300	1030	6.09	2.19	D. u. 270 kem. 0.75% ClNa injectio.
" 15.	470	1020	6.15	3.30	—
" 16.	360	1026	6.17	2.69	—
" 17.	310	1027	6.29	2.28	—
" 18.	280	1028	6.07	2.05	—

3. Kísérlet:

Nap	Vizelet		N	ClNa	Megjegyzések
	mennyiség	fajsúly			
Jun. 15.	320	1026	6.24	2.33	—
" 16.	295	1027	6.27	2.30	—
" 17.	335	1023	6.24	2.41	D. u. 6 órákor 200 kem. 0.75% ClNa old. injectio.
" 18.	405	1022	6.44	2.66	—
" 19.	390	1026	6.65	2.81	—
" 20.	315	1029	6.72	2.43	—
" 21.	265	1030	5.89	1.92	—

E két utolsó kísérlet is teljesen megegyező eredményt szolgáltatott, habár a reactio nem oly szembetűnő s lassabban is fejlődött ki, ez főleg a harmadik kísérletre vonatkozik. Mindhárom kísérlet ugyanazon kutyával történt.

Bőr alá fecskendett physiologikus ClNa-oldat csekély nitrogen kiválasztási szaporulatot okoz.

A kísérleteinkből vont eredményt következőkben foglalhatjuk össze.

1. A bőr alatti kötőszövetbe jutott tápanyagok vizes oldata felszívódásra alkalmas.

2. A pepton a vizelettel ismét kiürül, kellemetlen helyi és általános tüneteket okoz.

3. Szőlőcukor nem megy át a vizeletbe, legalább a kísérleteinkben használt nagy adagokban sem, néha fájdalmat okoz, s általános tünetekkel jár.

4. Az oleum olivarum igen könnyen szívódik fel, kellemetlen melléktüneteket nem okoz.

(Folytatása következik.)

Adatok a golyva operatív kezeléséhez.¹

Közli Ostermayer Miklós dr. Budapesten.

(Folytatás.)

II. S... István, 27 éves, napszámos Csákerényből (Fehérmegyében). 1893. augusztus 13-dikán felvétel a szt. János-kórház sebész osztályára. Több év óta fennálló nyaki dag, mely semmiféle nehélyt nem okoz. Tisztán kosmetikus szempontból kívánja beteg az újképlet eltávolítását.

A mellő nyakháromszög bal felében a sternocleidomastoideus hosszában elhaladó, körülbelül két férfiököl nagyságú, göbös, feszesen rugalmas, a gégevel a nyelésnél együtt mozgó, az állkapocs szögletől (Kieferwinkel) a jugulumig terjedő, keveset mozgatható daganat. A bőr felette ép. Kórisme: a hypertrophikus bal pajzsmirigy-lebenynek foetalis adenomája.

Műtét 1893. augusztus 14-dikén chloroform-narkosisban. A bőr a platysmával egyben hasították át; az útban álló musc. sternothyroideus, sternohyoideus, nemkülönben az omohyoideus átmetszetik, mire a golyvának külső tokja (összese vagy fibröse Kropfkapsel) végig felhasították és a felső pajzsmirigy-edények így intracapsulaer köttetnek alá. Erre a dag a szomszédságban levő képletektől részben tompán, részben ollóval felszabadították annyira, hogy csupán a trachea hosszában az utóbbi és az oesophagus által képzett szögletben végig adhaerál. A széles kocsányt ezután 3-4 cm. távolságban a tracheától két élére hajlított pince-szel lecsipjük és ezeknek erős összeszorítása által keletkezett barázdában két részletben erős selyemfonállal lekötjük, mire a dagot 1 cm. csomak hátrahagyása mellett ollóval eltávolítjuk. A felső és alsó sebzigba vékony draint fektetünk s végül a sebvarratot végezzük. Könnyen nyomó kötés jodoformgaze és gypattal. Este hó rendes.

Augusztus 19-dikén. Első kötésváltogatás és a drainsövek eltávolítása.

Augusztus 23-dikán. A varratok eltávolítottak, a seb a drainnyílást kivéve per primam gyógyult.

Augusztus 30-dikán. A seb teljesen behegedt. Az egész seblefolyás láztalan volt; a legmagasabb hőemelkedés 37.9° volt augusztus 14-dikén.

III. F.... Róza, 19 éves eselédleány; született Bogyoszlón Sopronmegyében, felvétel a szt. János-kórház sebész osztályára 1893. november 27-dikén.

A családban nincs golyva. Szülőhelyén ugyan nem, de a szomszédos falvakban endemikus a struma. Beteg mindig egészséges volt. Négy év előtt állítólag fájdalmak közt a nyakon daganat fejlődött. Utóbbi oly nagyfokú légzési nehélyeket idézett elő, hogy beteg kénytelen volt a kapuvári kórházba belépni, hol szűresapolták, azonban teljesen negatív eredménnyel, a mennyiben csak néhány csepp vér folyt el. Három évvel ezelőtt Budapestre jött szolgálatba, de nem soká maradt ott abban, mivel a daganat növekedése folytán a légzési nehélyek tetemesen fokozódtak, miért is 1892. október havában Kovács tanár egyetemi klinikájára vétette fel magát. Itt szűresapolták az állítólag gyermekfej nagyságú daganatot s majdnem egy mosdómedencézet töltött meg a kieresztett fekete-barna folyadék. A punctiót jodinctura befecskendés követte, mely heves fájdalmakat és hónapokon keresztül tartó, itt-ott rázóhídeggel közbeszakított lázas állapotot vont maga után. A befecskendés után fellépett lobos duzzanat csak lassan apadt, azonban a daganat állítólag mégis tetemes kisebbedést mutatott, midőn a beteg a klinikát 1893. márczius 15-dikén elhagyta és szolgálatba lépett. Emelésnél, lépcsőhágásnál, gyorsabb menésnél, egy szóval erőltetettebb munkánál fuldoklási rohamok mutatkoztak. Míg a légzési nehélyek akkor, midőn a daganat legnagyobb volt, folytonosan fennálltak, addig most csak rohamokban léptek fel az említett alkalmakkor. Itt-ott éjjel ily

¹ L. Orvosi Hetilap 44. sz.

fuldoklási roham a beteget álmából keltette fel. A szt. János-kórház sebész osztályára a beteg 1893. november 27-dikén vitétet fel.

A jugulumban és a bal sterno-clavicularis izület felett a normalis bemélyedések sekélyek, ellapultak, miáltal a nyak rendes körvonalai e tájon elmosódottak. A tapintás által egy körülbelül férfiköl nagyságú, tojásdad alakú, kemény daganat jelenlétéről győződhetünk meg, mely térfogatának kétharmadával a sternum és bal clavicula mögött a mell-ürbe van sülyesztve, felső csúcsával pedig a gyűrűporcig felér. A mell-ürbe sülyedt dagrészt jobbra retroclavicularis fekszik. A daganat nagyfokú mozgékonyt mutat, a mennyiben egész nagyságában a mellürből kiemelhető, hova eleresztve ismét elbukik. Hossztengelye felülről kívülről le- és befelé van irányítva. Kórisme: Struma cystica oblitterata retro-clavicularis.

Műtét 1893. november 30-dikán chloroform-narkosisban. Ivalakú metszés, mely a nyelvcsonat bal csúcsától veszi kezdetét és átterjed a jobb kulcsosont sternalis végéig, domborulatát ki- és lefelé fordítva. A platysma a bőrrel hasítottatván át, a golyva külső tokját nyitjuk meg egész hosszában és hozzáfogunk a dag intracapsularis kifejtéséhez. A hatalmasan megtágult felső és alsó pajzsmirigy, nemkülönbén több más a trachealis oldalról a dagba hatoló edényeket alakítva és átmeteszve lépésről lépésre haladunk a kiirtással. Nagy fáradságot és óvatosságot igényelt különösen a dagnak a mellürből és a légesőről való leválasztása; utóbbin egy ezüst forintos nagyságú helyen oly erős volt a tapadás, hogy a recurrens esetleges megsértését elkerülendő inkább kocsányképen készítettem ki a gyumarészletet és alakítás után lemetszettem. A mellürben nagy óvatosságra intett az aortaív, vena anonyma és a többi nagy edény szomszédsága, különösen azért, mert a két első edény a golyva burokjával össze volt növe; azonban minden kedvezőtlen incidens nélkül sikerült a kiirtás. Érdekes volt a dag eltávolítása után látni, mint vonul fehér ezernaszálként a recurrens, nemkülönbén az accessorius felfelé. A mellürben visszamaradt üreget lazán tömtem ki jodoformgaze-zal, melyet a mellje fektetett drainsóval az alsó sebzigon kivezette a bőrvarratot végeztem. Nyomó kötés jodoformgaze és carbolygypottal, keményített pólyával rögzítve.

December 5-dikén. Az első kötésváltoztatás, melynél a seb teljesen reactio nélkül találtott, a drainsó és jodoformgaze eltávolított. Hő rendes.

December 9-dikén. A varratok eltávolítottak, a seb per primam be van gyógyulva. A hőmérsék az egész sebfolymat alatt emelkedést nem mutatott.

1894. január 13-dikán gyógyultan a budapesti kir. orvosegyesület ülésén bemutatott.

IV. Cs. Magdolna, 17 éves eselédleány Peredről (Pozsonym) magánrendelésemen jelentkezett 1894. október hó 23-dikán.

Családjában és falujában golyva nem fordul elő, azonban a szomszéd falvak egyik részében 2 óra távolságnyra kifejezett golyvaterület. Beteg panaszkodik, hogy gyors menésnél és lépesóhágásnál gyorsan kifárad és lélezete elakad.

Korának megfelelőleg fejlődött, jó táplálkozású leány kissé anaemikus kinézéssel. A bal kulcsosontnak belső harmada felett a légeső és sternocleidomastoideus közt egy félgömbalakú, tyúktójas nagyságú, feszesen rugalmas tapintatú és másik felével a kulcsosont mögé sülyedt daganat. A dag supraclavicularis része körülbelül felnyire a sternocleidomastoideus által van fűdve. Ha a kulcsosont és a dag közé sülyesztjük ujainkat a mélybe és az utóbbi kiemelni akarjuk, ezt csak nagyfokú feszülés mellett tehetjük és csupán bizonyos magasságig. Nyelésnél a dag a gégevel együtt mozog. Különbén a nyak a mellső és jobb oldalsó nyakháromszögben diffus mérsékelt terime-nagyobbodást mutat, körülírt daganatot tapintani nem lehet. Kórisme: foetalis adenomagöb (cysta?) a bal pajzsmirigylebeny alsó felében.

Műtét 1894. október 24-dikén chloroform-narkosisban. 8 cm.-nyi a bal sternocleidomastoideus belső szélével párhuzamos metszés, mely a bőrt a platysmával áthasítja és a manubrium sterni-n a jugulum alatt végződik. Erre átmeteszük a dag fölött harántul átfutó szalagalakú omohyoideus és a musculo-fasciosus külső golyvatok; az alsó pajzsmirigyedények alakítása és átmeteszése után a daganat a szomszédos ép pajzsmirigy részlettel szabaddá tetetik, előhúzzatik és az utóbbi területén két élére görbített erős pince haemostatique-el lecsipetik, az erek által szorított barázdában két részletben lekötetik és a daganat egy körülbelül 1—1½ cm.-nyi csont hátrahagyásával lemetszetik. Az ezután a sebben megjelenő isthmusban 2 lapos mogyoró nagyságú csomót találtunk, melyet szintén az imént említett módon reszeltünk. Kényelmesen tapinthatam végig a sebből a jobb pajzsmirigylebeny is, melyben számos apró göbből diónagyságnyra összetömörült dagrésztletet találtam, melyet a lebenynek kellő szabaddátétele és előhúzása után az említett módon kiirtottam. A csipők alkalmazásánál abban a pillanatban, midőn a dagrésztlet előhúztam, trismus és rendetlen lézés állott be, mely kellemetlen tünetek a nyelv előhúzása és néhány mesterséges lézési mozgás végezte után eltűntek, úgy hogy a műtétet befejezhetők. A dagrésztlet eltávolítása után fennmaradt üregek laza kitömése után a nagy göb fölött felhasított capsula externát catguttal összevarrtam, két drain helyeztem belé és a tömeselő és alagesővező jodoformgaze-esikoknak az alsó sebzigon való kivezete után bőrvarratot és jodoformgaze-carbolygypot kötést alkalmaztam. A kötés bevégezte után hányt a beteg; midőn oldalfekvésből hanyatt fekvő helyzetbe hoztuk a beteget, észrevettem, hogy a seb fölött levő kötésrészlet tenyérnagyságú területen véresen át van ütve. Valamelyik tömegalakítási fonál (Massenligatur) lecsúsására gondoltam s rögtön felnyitottam a sebet, melyben azonban vérző nyílt edényt nem találtam, mivel az alakítókészlet kitűnően

tartottak, csupán itt-ott gyülemlött meg lassan néhány csepp az üreg falából szívargó vér. Az üregeket ismét kitömtem és a sebet bevarrtam. Kötés úgy mint előbb. Esti hőmérsék 38.0°.

Október 25-dikén. Reggeli hőmérsék 37.3°, esti 37.9°. Nyelési nehélyeken kívül, melyek rendszeresen jelentkeznek golyvaműtétek után, semmi panasz.

Október 28-dikán. A hőmérsék mindedig rendes. A nyelési nehélyek elmúltak. Első kötésváltoztatás; a seb minden reactio nélküli. A tömeselő jodoformgaze-esikok eltávolítottak és az alsó sebzigon keresztül drain vezetetik a legnagyobb üregbe. Beteg e naptól kezdve ágyon kívül van.

Október 31-dikén. Második kötésváltoztatás. Seb semminemű reactiót nem mutat. Mérsékelt fokú genyedés az üregből. Sublimat-öblítés. Hőmérsék rendes.

November 2-dikán. A kötés genyesen át van ütve; erős secretio az üregből. A varratok eltávolítottak; a seb az alsó szögleten kívül per primam összeforrt.

November 5-dikén egy alakítási csont (Ligaturstumpf) lökődött el a fonállal együtt; bőséges geny.

November 7-dikén. A genyedés csekélyebb fokú; jodoformglycerin-befecskendés az üregbe. E naptól kezdve naponkénti kötésváltoztatás. A további lefolyás alatt még néhány alakítási csont lökődött el megfelelő fonállal, nemkülönbén 1 darab hátramaradt jodoformgaze. 1894. november 24-dikén gyógyultan bocsátott el beteg a kezelésből s 18.5. április 6-dikán gyógyultan mutatott be a budapesti kir. orvosegyesület gyűlésén.

A két első esetről nincs sok mondanivalónk. Mindkét esetben többszörös golyvagöbök voltak jelen; az elsőben lézési nehélyekkel, a másodikban a nélkül. Az első esetben a göbök kifejtése végeztetett (enucleatio) jelentékenyebb vérzés nélkül, a felső pajzsmirigy s mindazon edények praeventiv alakítása után, melyek a műtét területen végig vonultak. Az egyes göbök kiválasztásánál a mirigy-gyurmából oly csekély volt a vérzés, hogy néhány pince alkalmazása teljesen elegendő volt annak csillapítására. Az eset gyógyulását a ligaturák és visszamaradt tampon által előidézett genyedés megzavarta ugyan, de csak rövid időre.

A második esetben a golyvában elfajult pajzsmirigylebeny kellő kikészítés és a felső pajzsmirigy edények előzetes alakítása után (selyemmel) csontoltam. A gyógyulás akadálytalanul ment végbe. Az itt követett műtét módszerre vonatkozólag később még említés fog történni.

Igen érdekes a harmadik eset, nemcsak ritkasága miatt, hanem azon okból is, mivel egyszersmind tanulságos. Mint a kórtörténetből tudjuk, ez esetben tömlős golyváról van szó, hol a tömlő a szűresapolás és jodinctura befecskendés után férfikölnyire zsugorodott ugyan, de még azontúl is lézési nehélyeket okozott. Mivel a zsugorodott tömlő a felső mellkasnyíláson át a bal kulcsosont mögött ereszkedett a mellürbe, oldalt nyomta a légesőt, miáltal a fuldoklás és nehéz lézés létrejött.

A pajzsmirigynek, illetve a golyvának a tipikus elhelyeződése többféle. Wölfler¹ a localisatio szerint retrosternalis, retroclavicularis és retropharyngealis golyvát különböztet meg; ha a golyva a két első fajnál mélyebbre sülyed a mellürben, endothoracalisnak nevezetik szerinte. „Ezen abnormis elhelyeződésnek oka mindenekelőtt az lehet, hogy a normalis pajzsmirigy már a priori rendellenes dislocatiót mutat. Így vannak esetek, hol az isthmus rendkívül mélyre, pl. a hatodik légesőgyűrűig leterjed. Különbén azt is tudjuk, hogy a gyermekkorban a pajzsmirigy oldalsó lebenyei a helyett, hogy a légeső elülső és oldalsó falait fednék, egy kevésbbé függélyes, hanem inkább vízszintes irányban akként veszik körül a légesőt és pharynxot, hogy esücsaik majdnem egymáshoz érnek és ezáltal a gyűrűporcot, a bázisíngot és pharynxot majdnem körkörösön övezik körül. A pajzsmirigynek, jobban mondva a golyvának lebenyei különben akként is lehetnek elhelyezve, hogy elől egyáltalában nem találhatók, hanem a torok és gége, vagy a légeső és bázisíng közé vannak szorulva. Végül az egész pajzsmirigy is igen mélyen feketik, mint ezt Nuhn² leírta. Ha már most ily rendellenesen fejlődött vagy elhelyeződött pajzsmirigyben egyenletlen módon golyva képződik, akkor könnyen érthető, hogy ez mennyivel magasabb sebészti fontosságot nyer, mint a rendszeren elhelyezett struma.“

¹ Langenbeck's Arch. f. Chirurgie 40. kötet.

² Beobachtungen u. Untersuchungen aus dem Gebiete der Anatomie und Physiologie. Heidelberg, 1849. S. 19.

„A rendellenesen vagy kedvezőtlenül elhelyezett golyva fejlődésének sokkal gyakoribb és lényegesebb oka még azon körülményben keresendő, hogy egyes golyvarészek alkati viszonyok (Structurverhältnisse) következtében jobban fejlődnek ki mint mások, mint pl. a szomszédosok (kocsonyás és tömlős golyva, foetalis adenoma) és ekként a környező szöveteket mindinkább eltolják, a pajzsmirigy corticalis állományából mindinkább kilépnek, kinőnek, míg végre többé-kevésbbé kocsányszerűen függnek össze az anyaszövettel s ezáltal mozgékonyabbá nyervek. Épen ezen jelenség, mutatkozik az akár rendszeren, akár rendellenesen alkotott és elhelyezett pajzsmirigyben, a leggyakoribb oka annak, hogy kisebb-nagyobb golyvarészek lassanként oly tájakra és oly szervek közé jutnak, mely utóbbiaknak lételetét és működését az állandó növekvési nyomás (Wachstumsdruck) által magas fokban veszélyeztetik.“

Esetünkben a golyvadag legnagyobb részével a bal kulescsont mögött fektűt, miért jogosan struma retroclavicularisnak nevezhetjük. Habár a retroclavicularis golyvaalak átmenetet képez a retrosternalistól az endothoracalishoz, mégis mind bonczani, mind kórodai tekintetben oly sajátosságokat mutat, hogy róla egyes dolgokat külön elmondani érdemes.

„A retroclavicularis golyva keletkezésének oka első sorban a pajzsmirigy vagy annak részei szabályellenes elhelyezésében rejlik. Az ily golyvának fejlődésére okot szolgáltatnak nemkülönben az úgynevezett accessorikus pajzsmirigyek (Glandulae accessoriae inferiores posteriores), melyek Gruber szerint a pajzsmirigy hátsó széléből fejlődnek, továbbá azon mellékpajzsmirigyek, melyek oldalt a légesőtől a kulescsont feletti árkokban találtattak.“ Az utóbbiak közül Virchow, Gruber, Bruch és Zenker irtak le eseteket. Accessorikus pajzsmirigyekből kiinduló golyvát pedig Madelung,¹ Lücke² és Hinterstoisser³ irt le.

(Folytatása következik.)

A húgyhólyag felszívó képességéről.

Közli: Alapy H. dr., műtőorvos Budapesten.

(Vége.)

Hogy ez az okoskodás reális alapra van fektetve, annak igen nyomós bizonyítékát szolgáltatják az emberen jodkaliummal végzett kísérleteim.

Már dolgozatomban megkezdése óta több ízben megismételtem saját magamon a Susini-féle kísérletet, mely abból állott, hogy katheteren át 1—1½—2% jodkali oldatot fecskendeztem saját húgyhólyagomba és az oldatnak 15—60 perc között váltakozó tartamú bennidőzése alatt nyálamat ismételve vizsgálgattam jodreációra: kivétel nélkül negatív eredménynyel. Ezek a kísérletek, minthogy róluk pontos jegyzőkönyvet nem vezettem, a táblázatos kimutatásban nem szerepelnek. Egy ízben más egyénen is kísérleteztem; ezt is csupán azért írom le, hogy a minden esetben egyöntetűen követett eljárást részletezzem.

40. sz. kísérlet: K. S. dr. a húgycső hátsó részletének idült gyuladásában szenved, különben egészséges 32 éves férfi. A vizeletnek 15. sz. Nélaton-húgyesapon át történt kiürítése után 5 gramm jodkaliumnak 200 cm³ destillált vízben való oldatát fecskendeztem a húgyhólyagba, erre a kathetert kihúztam és most a nyálat 2—3 percnyi időközökben vizsgáltam jodreációra olyformán, hogy a tiszta porcellánlapra esepetett nyálhoz egy csepp oldott keményítőt kevertem s a nyálban megjelenő jodkalium elbontása ezéjából a keverékbe két platintűt merítettem, melyek az 1½—2 MA áramerőre szabályozott galvanikus áramot szolgáltató teleppel voltak összekötve. Ez az elrendezés oly érzékenynek bizonyult, hogy a pozitív platintű végén már 8—10 másodperc múlva

tisztán látható elkékülés állott be, ha a nyál helyett egy csepp 1:30,000 arányban hígított jodkali oldatot kevertem az oldott keményítőhöz. Azonban K. S. dr. úr nyála, melyet 20 percen át vizsgáltam ily módon, jodreációnak nyomát sem mutatta, ép oly kevéssé, mint saját nyálam az előző kísérletek alkalmával. E szerint a jodkalium bizonyosan nem szívódott fel az emberi húgyhólyagból.

Sajnos, hogy úgy ez alkalommal, mint a megelőző kísérletek végzésénél is az eljárást befejezettnek tartottam, midőn a jodkali-oldat a hólyagból kiürített és elmulasztottam a nyál megvizsgálását a kiürítés után.

Ezt a hiányt is pótoltam a következő két kísérlet alkalmával, melyek elsejét saját magamon, a másodikat más egyénen hajtottam végre.

41. sz. kísérlet. Miután hólyagom egy 16. sz. Nélaton-húgyesapon át kiürült, 10 gramm jodkaliumnak 200 cm³ destillált vízben való oldatát fecskendeztem be

12 óra 45 perczkor, erre a kathetert azonnal kihúztam. Az oldat kellemetlenül heves vizelési ingeret idézett elő. A nyálat perczről perczre vizsgáltam, a nélkül, hogy benne jodot mutathattam volna ki.

12 óra 55 perczkor a vizelési inger oly heves lett, hogy kénytelen voltam az oldatot (természetes úton, katheter nélkül) kiüríteni a hólyagból mire

1 óra 5 perczkor világosan látható jodreáció mutatkozott a nyálban. A közbeeső időben, 12 óra 55 percztől 1 óra 5 perczig meg voltam akadályozva a nyál vizsgálásában.

1 óra 10 perczkor kifejezett jodreáció.

1 óra 20 perczkor kevésbé tisztán látható jodreáció.

1 óra 24 perczkor jodreáció többé nem mutatkozik.

1 óra 28 perczkor szintén nem.

1 óra 31 perczkor szintén nem.

1 óra 35 perczkor kísérletkép ismét vizeltem; 50 cm³ vizelet ürült, melyben jodkalium még könnyen ki volt mutatható, mire az

1 óra 36 perczkor (tehát már egy perc múlva!) megvizsgált nyál ismét jodreációt mutat.

1 óra 38 perczkor is még eléggé kifejezett jodreáció.

1 óra 40 percz. } A jodreáció a nyálban mind homályo-

1 óra 45 percz. } sabbban mutatkozik és

1 óra 49 percz. }

1 óra 50 perczkor végleg eltűnik.

42. sz. kísérlet. Sz. J. úr, 29 éves, férfi, idült kankóban szenved, a húgycső hagymás részében ülő localisatióval, de jelenleg subjectív tünetek nélkül. A húgyhólyagnak Nélaton-katheter segítségével végzett kiürítése után 10 gramm jodkalium 300 cm³ destillált vízben való oldatát fecskendeztem

5 óra 7 perczkor a húgyhólyagba; a befecskendés után a kathetert azonnal eltávolítottam. Eléggé heves vizelési inger állott be, melyet azonban Sz. úr 23 percen át le tudott küzdeni.

5 óra 11 perczkor

5 óra 13 perczkor

5 óra 16 perczkor

5 óra 20 perczkor

5 óra 23 perczkor

5 óra 25 perczkor

5 óra 28 perczkor

5 óra 30 perczkor Sz. úr kiüríti húgyhólyagját.

5 óra 31 perczkor (tehát ismét már egy perczrel a vizelés után) a nyálban kifejezett jodreáció lép fel.

5 óra 32½ perczkor még élénk reactio.

5 óra 34 perczkor a kékülés kevésbé kifejezett.

5 óra 35 perczkor

5 óra 38 perczkor

jodreáció többé nem mutatkozik.

Ez utóbbi két (voltaképen három) egybehangzó eredményű kísérlet nézetem szerint elvitázhatlanul bizonyítja, hogy a keringésbe jutott jodkalium nem a húgyhólyagból, hanem a húgycsőből szívódott fel. Mindaddig, míg a jodkali-oldat a hólyagban időzött, a mi az első esetben 10, a másodikban 23 perczig tartott, a nyálban az alkalmazott jodkémlés nagyfokú érzékenysége dacára jodreációnak nyomát sem lehetett találni;

¹ Anatomie u. Chirurgie über die Gland. thyreoidea accessoria, Langenbeck's Archiv f. Chirurgie XXIV. köt.

² Krankheiten d. Schilddrüse. Stuttgart 1875.

³ Wiener klin. Wochenschrift 1888. Nr. 32—34.

midőn azonban a kivizelés alkalmával az oldat a húgyvesővet végig mosta, a jodreactio a nyálban azonnal fellépett, t. i. mindkét egyénél már egy perczel a vizelés után.

Az egyik (41. sz.) kísérlet elrendezése plane olyan volt, hogy eredménye más magyarázatot nem is enged, mint azt, melyet fentebb érintettem. Az 5%-os jodkali-oldat tiz perczen át tartatik benn a húgyhólyagban: a nyálban semmi jodkaliium nem mutatkozik. A kivizelés után újlag megvizsgált nyál 24 perczen át élénk, azután folyton esökkenő jodreactiót mutat; ez idő elteltével a jodkaliium a nyálból eltűnik, holott a húgyhólyagban még mindig van egy kevés a jodkaliumból, miről bizonyosságot tesz az az észlelet, hogy a reactio eltűntével az egyén újlag vizelvé: a vizelés után egy perczel a jodkaliium a nyálban ismét megjelenik és még 13 perczen át kimutatható. A másik egyénél a keringésbe jutott jodkaliium kiválasztása csak négy perczig tartott. A házinyulaknál a húgyvesőből felszívódott eserin, illetőleg aconitin által okozott mérgezési tünetek körülbelül fél óráig tartottak. Tekintetbe véve azonban, hogy más állatfaj és más hatószerek szerepeltek, továbbá, hogy a két férfi egyikenél a jodkaliium egészséges, a másiknál nem teljesen ép húgyvesőből szívódott fel: a mérgezés időtartamának különbözősége daczára a 37., 41., 42. és 43. sz. kísérletek lefolyása csak egyféleképp magyarázható.

Ezek után dolgozatom eredményeit a következő pontokban foglalhatom össze:

1. Az általam kísérlet tárgyává tett *nem illó gyógyszerek* (strychnin, eserin, jodkaliium, curare, cocain, aconitin, hyosciamin) az ép húgyhólyagból egyáltalán nem szívódtak fel. Minden valószínűség szerint ugyanigy viselkednek a többi nem illó anyagok is.

2. *Ha nem illó szerek alkalmazása mellett mégis felszívódás mutatkozott, akkor ez sohasem indult ki a húgyhólyagból, hanem*

a) az oldat a házinyul vesicula prostaticájába jutott be és onnan szívódott fel (aránylag kis adagra beálló nagyfokú sőt halálos mérgezés). Vagy

b) az oldat a húgyvesőből szívódott fel a katheter kihúzása, illetőleg az oldat kivizelése közben (igen nagy adag és tömény oldat daczára esékély mérgezési jelenségek).

3. Az összes illó folyadékok, melyek kísérlet tárgyát képezték (cyankaliium és kéksav vizes oldatai, anilin, pyridin, collidin, picolin, nicotin) mindannyian felvették a szervezetbe a látszólag ép húgyhólyag falzatán át. Mindenek szerint a többi illó folyadékok is hasonlóan viselkednek.

Kísérleteim kizárólag csak az ép húgyhólyagra vonatkoznak, tartózkodni akarok a kórtanra és gyógytanra levont következtetésektől. Hiszen midőn a gyakorlatban a hólyagból való felszívódás kérdése szóba jön, akkor többnyire nem ép, hanem lobos hólyaggal állunk szemben. Erre nézve azonban, ámbár vizsgálataim ide nem terjeszkednek ki, nem hallgathatók el egy észrevétel. Épességgel nem bizonyos az, hogy a felszívódás tekintetében az ép és a lobos hólyag közt az a különbség állana fenn, hogy már maga az a körülmény, miszerint a hólyag lobos, a hólyagot a felszívódásra képessé tenné. Sőt a klinikai észlelés ép ellenkezőleg azt mutatja, hogy az esetek többségében nem bír felszívó képességgel a lobos hólyag sem. Tanúskodik erről az a mindennapi tapasztalás, hogy igen sok esetben nem lép fel láz, daczára annak, hogy a lobos hólyagban pathogen és virulens bakteriumok hemzsegek és a vizelet bomlási termékeitől, meg a mikroorganizmusok által termelt ptomainoktól a vizelet gyakran kiállhatatlan büzt terjeszt. Úgy látszik, hogy a lobon kívül még valamely más tényező hozzájárulása is szükségeltetik a húgyhólyagból való felszívódás megindítására.

Ellenben a bűzös vizeletet kissé más szemmel kell tekintenünk, mint eddigelé megszoktuk. A bűzös vizelet nemcsak diagnostikus jel fontosságával bír azon irányban, hogy belőle megtudjuk, miszerint a hólyagban (esetleg feljebb) bomlás megy végbe és a bűz növekedéséből vagy esökkenéséből más jelekkel együtt következtetést vonjunk arra, hogy az az alabántalom, mely a vizelet bomlásának előfeltételét képezte, rosszabbult vagy javult. Hanem már magát a bűzös

vizeletet kell úgy tekinteni, mint a beteggé tevő tényezők egyikét. Vizsgálataim után ugyanis nem szenved kétséget, hogy a bűzös vizeletnek az az alkatrésze, melytől a vizelet szaga ered, minden bizonynyal felszívódik a húgyhólyagból és ha mérges, akkor a beteget folyton mérgezi. Ez nem kérdéses. A kérdés csak az, hogy ez az illó alkatrész többé vagy kevésbbé káros-e a szervezetre nézve. Ez okból úgy vélem, hogy a hólyaglobok és a húgylázak kóroktanában szereplő mikroorganizmusok vizsgálatai alkalmával ezentúl kiváló súlyt kell helyezni arra az eddig aránylag kevés méltatásban részesült körülményre is, hogy vajjon e mikroorganizmusok illó avagy nem illó ptomainokat termelnek-e.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XX. rendes ülés 1895. november 9-dikén.)

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

Elnök szomorú kötelességet teljesít, midőn jelenti, hogy **Járó Ferencz dr.**, kit az egyesület 1894-ben választott meg rendes tagjává, 25 éves korában elhunyt; az egyesület jegyzőkönyvileg fejezi ki sajnálatát a fiatal kartárs elhunytá felett.

Elnök felhívja az egyesület tagjainak figyelmét arra, hogy a házszabályok értelmében csak november hó végéig történhetnek a tag-ajánlások; a tagajánlási lap az egyesület titkárához küldendő be.

A) Bemutatások.

Anaemia perniciosa esetének bemutatása.

Diebala Géza dr. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Athetosis bilateralis esete.

Schwartz Arthur dr. A 29 éves nő 18 év óta beteg; betegsége körülbelül 10 év óta tartja magát azon magaslaton, melyen most látjuk. A míg a göresök éber állapotban folyton tartanak, beáll az abszolút szünet azon percztől fogva, mikor a beteg elalszik. A göresök kiterjednek mind a négy végtagra, a hát-, tarkó-, nyak- és az arc izomzatára s a legkülönbözőbb testtartásokat, a leggroteskabb arcz kifejezéseket eredményezik. A göresök spastikus jellegűek s néha valóságos contracturába mennek át. A végtagok ujjain, különösen a bal oldalon erősen kifejezett a hyperflexio és hyperextensio azon játéka, mely a *Hammond-féle* athetosis jellemzi; a test izomzata folyton tartó hypertoniában van; a coordinatióban hiány nincs, az inreflexek fokozottak. A beteg szervei és ezek functiói épek, s idegrendszere — eltekintve a göresös állapottól — rendszeren működik; a beteg intelligentiája ép.

A jelen esetben a betegség aetiologiája ismeretlen; a bántalom a beteg 11 éves korában kezdődött a bal kéz göresével, mely lassan tovább terjedt a bal oldalra, azután a jobb oldalra s végül az egész testre. Kephalikus tünetek nem voltak; a kóp oly typikus, hogy bemutatató differentialis fejtegetésekbe nem is bocsátkozik.

Ismereteink még nem engedik az esetet biztosan meghatározott bonczani elváltozásokra visszavezetni, mert a rendelkezésünkre álló kevés bonczlelet a legkülönbözőbb képeket nyújtotta.

Pylorus carcinoma miatt végzett pylorus resectio gastroduodenostomiával.

Dollinger Gyula tur. A gyomor- és bélsebészetben az asepsis mellett a legfontosabb a gondos varrás. A varrásnak víz- és légmentesnek kell lennie s azért mindjárt első eseteiben a catgut helyett a selymet és a gombos varrat helyett a szűcsvarratot használta. De ennek daczára a pylorusresectiónál azon helyet, a hol a gyomort elzáró egyenesvonalú varrat a duodenumot a gyomorhoz erősítő körkörös varratba át-megy, mindig gyanús helynek tekintette. Itt két varrat érintkezik és egyrészt megtörténhetik, hogy a varrás nem zár teljesen, másrészt pedig megeshetik, hogy a két irányban is átöltött és feszített szövetek elhálnak és áttérés keletkezik. D. eseteiben ugyan ez meg nem történt, de megessett másokon s azért elhatározta, hogy a legközelebbi esetét *Kocher* szerint operálja, a mire a ma bemutatott eset adta meg az alkalmat.

Az 57 éves betegen *Purjesz* professor észlelte a gyomorrák első symptomáit, a melyekkel a beteg *Kéli* professor klinikájára vettette fel magát. Kissé a köldök felett és tőle jobbra egy kis alma mekkoraságú tumort lehetett a hasüregben érezni és felfelé tolni. Ha a beteg hanyatt feküdt, a beessett hasfalakon át a tumort látni is lehetett. A béltractus szokott előkészítése és a gyomormosás után a hasüreg megnyitása mintegy 15 cm. hosszúságban a linea alba-ban történt. A tumor előhuzatván, kitűnt, hogy az a gyomor pylorikus részét egészen elfoglalja, és hogy csupán kis kiterjedésben kapaszkodik át a nagy csepleszre, míg a többi szorvek egészségesek. A gyomor pylorikus részét erre a csepleszről leválasztotta, rajta hagyván a gyomron a rákosan beszűrdött részeket, azután a gyomort a tumor felett két oldalról erős Lummiezer-fogókkal körülfogta, másrészt pedig a segéd a gyomor lumenjét valamivel feljebb az ujjával zárta el s ekkor a gyomor a két lefogás között nagy ollóval átmeteszett, a pylorikus rész steril organinba csavarva egyelőre

jobbra hajlított, a gyomor lumenje pedig azon módon, a mint a segéd tartotta, selyemmel és szűcsvarrattal úgy varratott be, hogy a fonál a gyomor összes falain áthatolt. Ezen első elzáró varrat fölé azután még egy serosa varrat alkalmaztatott, a mely az előbbent befelé fordította. Most a pylorus előhúzatott, a duodenum felőli lumenje a tumor alatt elzárattott s miután valamivel lejjebb a duodenum lumenje is el lett zárva, ez a két lezárás között átvágattott s a pylorikus rész a tumorról félretétegetett. A duodenomot a három oldalán, a külső rétegein áthúzott selyemfonalakkal a segéd előhúzva tartja és a gyomor hátulsó falának alsó részéhez nyomja. Itt először a gyomor savós hártáján és izomrétegen történt egy akkora bemetszés, a mely a duodenum lumenjének megfelelt, azután a duodenum hátulsó falának külső rétegei odavarrattak a gyomor serosájához és a fonál vége a varrás folytatására fenn lett tartva. Ezután átmetszetett a gyomornyákhártya és a duodenum a sebbe belevarrattott, végül pedig a fentartott fonállal a serosa varrat a duodenum körül be lett fejezve. A cselesz seb egyesítése után a hasseb etage-varrattal zárattott el. Műtét után a beteg jobboldalra lett fektetve, a mi Kocher szerint a gyomor könnyebb kiürülése végett előnyösebb a hanyatfekvésnél, de miután a beteg ezen helyzetben a műtét után erős csuklást kapott, baloldalra fordítottattott, mire a csuklás azonnal elmúlt. Egy más betegénél a pylorusresectio után a hanyatfekvő helyzetben bélsárregurgitatio állott be, a mely elmúlt a midőn a beteg oldalt lőn fektetve. A táplálás az első időben a végbélen át történt és pedig Klug professor tanácsára apróra vagdalt ökörpánkreással. Műtét után való nap a beteg már kevés folyadékot ivott, másnap bort, tejet, negyedik nap tejet tojássárgával, 6-od nap sűrű tejes ételt, 8-ad nap vagdalt beafsteakot kapott, 12-ed nap pedig elhagyta az ágyat.

Dollinger eddig 4 pylorusresectiót végzett. Egyet heges pylorus-szűkület, hármát pedig pyloruscarcinoma végett.

Ezek közül egy beteg, a midőn műtve lett már igen gyenge volt, s abbéli reménye, hogy a műtét után majd sikerül őt feltáplálni, nem teljesült, mert a műtét után való negyedik héten kimerülésben meghalt. A varrás minden esetben bevált, az ezen esetben végzett Kocher-féle módszert azonban tökéletesebbnek tartja a régi módszernél, mert itt a pylorus nem a gyomor sebbe, hanem egy külön résbe varratik be, úgy hogy a pylorus varrata más varrattal nem érintkezik. A mai tökéletes technikánál a gyomorresectio veszélye csak minimalis, a mely körülmény hozzá fog járulni ahhoz, hogy a gyomorrákok mindinkább gyakrabban fognak műtetre kerülni. Most még az kívánatos, hogy miután a belgyógyászati diagnostica a gyomorcarcinomát már egy igen korai stadiumában képes felismerni, az esetek minél korábban jussanak műtetre. Vannak esetek, a melyekben a műtött beteg 6—7 és több évvel a gyomorcarcinoma műtete után még él és jó erőben van. Ha az esetek korán fognak operáltatni, talán eljön azon kor, a midőn a műtő a betegét nemcsak a javulásra való kilátással, hanem a végleges gyógyulás némi reményességével fogja egyik másik esetben operálhatni.

Kélli Károly: A bemutatott eset a II-dik számú belgyógyászati klinikán feküdt, s így szóló némileg be akar számolni azon adatokról, melyek feljogosították arra, hogy az élben a carcinoma és pedig a carcinoma ventriculi diagnosist felállítsák. A beteg elbeszélése és a május óta fennálló tünetek: emésztési zavarok, étvágytalanság, lesoványodás, gyomor zavarra utaltak. A felvétel után a beteg gyomrát megvizsgálták, s mindazon tünetek, melyek alapján gyomorcarcinomára a diagnosist felállítani lehet, elég világosan mutatkoztak; t. i. a betegnél teljes szabad-sav hiány volt jelen: a próba-ebédek és próba-reggelik után sohasem kaptak szabad sósavat, ellenben tejsav nagy mennyiségben volt jelen; a salol órákig nem volt kimutatható; a jodkali próba, melynél rendes körülmények között a jod már 10 perc múlva kimutatható a nyálban, a bemutatott esetben csak 1/2 óra múlva mutatkozott; a fő ismertető jel a daganat kitapinthatósága volt, s a gyomorhoz tartozónak bizonyult részben a légzés-mozgások alatti viselkedéséből, részben a gyomor felfúvása alatti elhelyezkedéséből ítélve, s így mind-ezen körülmények arra vallottak, hogy gyomorrák van jelen. Abszolút biztossá a diagnosist csak az teszi, ha a hányadékban rák-részletek jelennek meg; azonban a beteg nem hányt, láztalan, étvágya elég jó volt, s mindezek dacára rákban szenvedett és mert a beteg elég jó erőben volt s várható volt, hogy operatív beavatkozással relative gyógyulás érhető el, köteleességüknek tartották az operatiót.

Az operatio előtt a gyomrot felfújták, s felfúvással gyomortágulást kimutatni nem lehetett, dacára annak, hogy a tünetek mind pylorus daganat mellett szólottak, a gyomor még sem volt tágult; ezt magyarázni nem tudták, lehetett oka, hogy tán nem a pyloruson ül a daganat, hanem az szabad, vagy lehetett az az oka, hogy a rák a pylorust annyira tönkre tette, hogy ez már nem zár; ez ellen látszott némileg szólani azon körülmény, hogy Frerichs szerint tágítva, nem lapult hamar össze, tehát a gyomorból nem surrant ki gyorsan a szénsav: úgy, hogy — megvallja szóló — akkor nem is merte tiszta pylorus-rákra tenni a diagnosist.

A készítményből kiderült, hogy nagy pylorus-rák volt, gyomortágulat nem volt, mert a szétesés folytán a pylorus mellett kis nyílás támadt, mely helyettesítette a szűkület pylorust, s melyen át a gyomor tartalma kiürülhetett úgy, mint a rendes nyíláson; a gyomor fala vastagabb volt ugyan, de dilatációnak semmi nyoma.

A beteg a műtét után jól érezte magát, s 2 hét után elutazott, s ezért nem mutatható be; persze, hogy ilyen nagy kiterjedésű rákos elfajulás és nagyfokú szétesés mellett a recidiva veszélye mindig fenyeget, s csak újból hangsúlyozhatja szóló, hogy a rákot nem lehet elég korán operálni és nem lehet mindig bevárnunk azt, míg a daganat kitapintható, hanem egyéb tünetek után ítélve, lehetőleg mielőbb kell operálni,

a mikor még nincs szétesés, nincs felszívódás, a mikor a szomszédos mirigyek még nincsenek beszűremkedve, mert csak így lehet várni jó sikert.

A jelen év áprilisában carcinoma ventriculi miatt operált, s e helyen bemutatott nő-beteg, R. Kálmánné vidéken lakik s a napokban írja a férje, hogy neje erősen meghízott, jól eszik, semmi bajt nem érez, nem hány, emésztési zavarai nincsenek: tehát ennél az operatio eredménye teljes, reméljük, hogy hosszantartó lesz.

A jelen esetben ilyen biztató prognosist nem mondhatunk.

Mastalgia perniciososa operált esete.

Lichtenberg Kornél. Az esetet már bemutatta a magyar fül- és gégeorvosok egyesületének egyik utóbbi ülésén, a mikor a mastalgia miatt a baloldalon végzett műtétről számolt be. Három hónappal a sikeres műtét után a jobb csecсныujtványon léptek fel erős fájdalmak és miután a baloldalon előbb fennállott hasonló fájdalmakat is csak a műteti beavatkozás szüntette meg, most azonnal a műtetre határozta el magát, melyet 3 hét előtt végzett. Mindenekelőtt kiirtotta a csecсныujtványt és a sinust is megnyitotta, illetőleg a sulcus transversust; 3 cm. hosszúságban, 2 cm. szélességben kivéste a csecсныujtványt és 1.2 cm. hosszúságban a sinus transversust. Az operatio után már jól aludt a beteg és leszámítva a nagy sebész okozta ritkán és gyengén jelentkező fájdalmakat, jól érzi magát. Mastalgia perniciosának azért nevezi az esetet, mert a beteg táplálkozása erősen szenvedett és veszélyes jellegű volt. Minthogy a baloldalon végzett műtét után, a mikor az antrumot is megnyitotta, meglepő hallásjavulás mutatkozott, a mely azonban később a műtét-canalis beszűkülésével eltűnt; s minthogy a hallásjavulás más magyarázat hiányában csakis az antrum megnyitásának volt tulajdonítható: a jobboldali műtét alkalmával szintén megnyitotta az antrumot; a hallás azonban ez alkalommal nem javult.

Váli Ernő: Kétségtelen, hogy a sebészet felállítja nagy fájdalom esetén a csecсныujtvány megnyitásának indicatióját, de viszont fel van emlíve, hogy a felvétel előtt talán rövidebb úton is ezélt örünk, t. i. resectióval. Kérde előadót, hogy milyen indicatio alapján nyitotta meg a processus mastoideust, sőt a sinust is, s miért nem alkalmazta a resectiót?

Lichtenberg Kornél: A resectiótól nem várt eredményt, ezért nem alkalmazta, s úgy tudja, hogy hasonló eseteknél a fülészeti irodalomban resectióról szó sincs, mindenütt a csecсныujtvány tipikus felvélése van említve, s miután a jelen esetben tartós és kiterjedt fájdalmak jelentek, szóló minden fájdalom rész kiirtását tartotta szükségesnek. A sinust azért nyitotta meg, mert a vizsgálatnál és a kitapintásnál a legvehemensőbb fájdalmak a csecсныujtvány hátsó részében — az os occipitis felé kisugárzólag — mutatkoztak.

Nem látja be szóló az okát, miért ne távolítson el minden fájdalom részt, egyébként is akár resectio, akár teljes megnyitás: ez csak foki különbség és a technika biztos kezelésével ez már nem is tesz lényeges különbséget.

B) Napirend.

A gyermekek pavor nocturnusának lényegéről.

Braun Lajos dr. Felsorolva a különböző szerzők véleményét a pavor nocturnus lényegét illetőleg, úgy vélekedik, hogy az ezekben rejlő ellenmondásokat könnyű eltüntetni és a pavor nocturnus minden alakját egy egységes alapra fektetni, a mely alap nem más, mint a neurasthenia.

A pavor nocturnusban, ép úgy mint a neurastheniában szenvedő gyermekek alvása rossz.

Az idiopathikus pavor nocturnus nem más, mint oly éjjeli felijedés, melynek alapját egy félelmes álom képezi, a mely álom kizárólagosan központi ingerek következtében keletkezett, míg a symptomatikus pavor nocturnusnál ezen központi ingerekhez még környi ingerek is kell csatlakozniok, hogy reflectorice a központi ingereket intenzitásukban növelhessék és a szükséges magasabb fokra emelhessék. Soltmann azt állítja, hogy a pavor nocturnus nem más mint cerebriális opticus hyperaesthesia. E theoriánál okvetlenül az a kérdés merül fel, hogy tényleg egyedül az opticus pályák-e azok, a melyek a rémületes álom képzésénél a kizárólagos vagy legalább is a lényeges szerepet játszzák? Szóló véleménye szerint e kérdésre úgy practikus mint theoretikus indokból határozottan nem-mel felelhetünk és pedig a következő okokból:

1. Az e betegségben szenvedő gyermekek gyenge idegzetűek és nincs jogos alapunk feltételezni, hogy az egyik érzéki szerv ingerlékenyebb mint a másik. Ha az agy in toto ingerlékeny, mit hozhatnánk fél a mellett, hogy éppen a látópályák ingerlékenyebbek?

2. Ha az álomnál, azaz az álomnak egész tartalmának összegében leginkább oly képeket emlegetnek, a miről meg vagyunk győződve, hogy ezen képeket látási érzékükkel szerezték maguknak, ez még nem foglalja magában azt, hogy ezen kép reprodukciója a látópályának hyperaesthesiája által keletkezett, azaz nem zárja ki azt, hogy a kép reprodukciója teljes nagyságában egy más érzéki szerv által idéztetett elő; és mivel e kép felmerült, felmerülnek a képzéstartású törvény szerint egyszersmind oly tulajdonságai is, a melyeket látási érzékünkkel szerezhettünk. Az irodalomban oly eseteket találunk, a melyek nyílt tannjelei annak, hogy az álom nem a látási érzék által idéztetett elő. Ha tényleg az opticus hyperaesthesiája volna a pavor nocturnus oka, akkor a született vakoknál pavor nocturnus egyáltalában nem fordulhatna elő.

3. Ha a pavor nocturnus tényleg csak a látópályák hyperaesthesiájában gyökereznek, akkor nem érhető, hogy miért idéz elő az

opticus hyperaesthesia oly gyakran félelmes és rémületes, miért nem kellemes álmokat?

4. Ha egyes érzéki szerv hyperaesthesiája a pavor nocturnussal tényleg szoros okozati összefüggésben állana, nem érthető, hogy miért épen a látási szerv volna az, midőn az alvás mélységével első sorban leginkább a hallási szerv függ össze. Miért nem jön tehát az acusticus hyperaesthesia első sorban szóba?

Azonban, hogy a látási érzék által keletkezett álmok képezik a többséget, az nagyon is lehetséges, mert a tapasztalt képek túlnyomó részét látási érzékünkkel szerezzük.

Az imént felsorolt okokból nyilván azon következtetést vonhatjuk le, hogy, habár a pavor nocturnus roham tartalmát sok, talán túlnyomó esetben is oly emlékezeti képek képezik, melyeket látási érzékünkkel szereztünk, ebből azon következtetést, hogy ezen emlékezeti képek kizárólagosan a látópályák hyperaesthesiája által keletkeztek, levonnunk nem szabad, mert az opticus ép úgy, mint a többi érzéki szervek egyenként vagy összesen ugyanazon okból is ingerelhetetnek, és így működésbe is léphetnek. *Baginsky* a pavor nocturnust psychikus anomáliának tartja és *Emminghaus* a psychopathikus tünetcsoportok közé sorolja, nyilván azért, mert a pavor nocturnus egyes tünetei psychopathikus egyéneknek fordulnak elő. *Baginsky* névleg a következő tüneteket sorolja fel: Kezdetben hallucinációk vagy phantastikus képek fellépése, illdöztetési delíriumok, később félelem, az észrehevés meheztése és az emlékezet gyengülése.

Ha mindezen tüneteket így felsorolva olvassuk, tényleg az első pillanatra azon benyomást nyerhetjük, hogy itt psychopathikus állapot lehet dolgunk. De ha tekintetbe vesszük, hogy a gyermekeken ébrenléti alkalmával az ingerlékenységen kívül semmiféle psychikus anomáliát nem veszünk észre és ha továbbá tényleg igaz azon feltevés, hogy a pavor nocturnus nem más, mint egy a félelemre okot szolgáltató áom és ha továbbá a roham fellépésével előálló tüneteket az egészséges idősbb gyermekek és felnőttek álma alkalmával előálló tünetekkel összehasonlítjuk, akkor előadó véleménye szerint a pavor nocturnus nem szabad psychikus anomáliának vagy psychopathikus jelenségnek tartani.

A tapasztalat is ezen felfogás mellett szól, mert a számtalan pavor nocturnusban szenvedő gyermek közül ha később egyik vagy másik elmebeteg lesz is, az csak a legtrikább kivételes esetek közé tartozik.

Politzer Alfréd: Előadó a pavor nocturnust egyszerűen a neurasthenia tág fogalmával illeti s nem magyarázza meg a lényegét. Kétségtelen, hogy a pavor nocturnus csak oly gyermekeknél fordul elő, kiknél dyskrasia és dystrophia van jelen s az ilyen gyermekek idegesebbek, mint az ép gyermekek. Azt hiszi szóló, hogy előadó *Soltmann* elméletét nem helyesen fogta fel; t. i. *Soltmann* az agy irritationalis állapotának tartja, mely a látás centrumában van s az irritatio mintegy a peripheriába projiciáltatik: hallucinációk és visiók lépnek fel. Előadó az alkalmi okokról sem tesz említést; egyik gyakori ok az alcoholismus; *Demme* írt le hasonló eseteket; szóló egy hat éves gyermeknél, a ki naponta kétszer fél pohárka cognacot kapott, pavor nocturnus felléptét észlelte, de ez megszűnt az alcohol kihagyására és chinin s brom adagolására; van egy pavor diurninus is, mikor álomról nem is szólhatunk.

Vidor Zsigmond: Az előadó azt mondja, hogy a vakon születettek azért nem nyernek emlékképeket a látás szerve által, mert e szerv nem gyakoroltatván, atrophissá lesz s utóvégre a nervus opticus is atrophizál. Ez nem áll. Mi atrophia fogalma alatt azt értjük, hogy a szem úgynevezett fekete hályogban szenved, vagyis nem percipiál fényt, de megtörténhetik, hogy a vak veleszületett szűrkehályog miatt nem lát, s ha így esetben a későbbi korban operáltatik, megtanul látni.

Bókai János: Előadó azon tételt állította fel, hogy minden pavor nocturnus a gyermekkori neurasthenia kifolyása. Szóló e tételt megfordítja és azt mondja, hogy a pavor nocturnusnak a neurasthenia képezheti egyik okát, de nem kórosi alapja minden pavor nocturnusnak. Szóló magánygyakorlatában — a nyilvános rendelkezésen is az ilyeneket nehezebb megfigyelni — ismer gyermekeket, kiknél bizonyos életkorban volt pavor nocturnus — ijesztő tünetekkel a szülőkre nézve, s felszólaló neurasthenikus tüneteket sem azelőtt, sem utóbb ezeknél nem észlelt; hivatkozik szóló oly esetekre, melyeket francia észlelők tettek közé, hol helminthiasis mellett pavor nocturnus volt jelen és anthelminthikus kezelésre a pavor nocturnus megszűnt, vagy hol hypertrophikus tonsillák vagy adenoid vegetatiók eltávolításával a pavor nocturnus is megszűnt. Ezen adatok kell, hogy modificálják előadó nézetét. A gyermekkori neurasthenia tagadhatatlanul képezheti a pavor nocturnus aetiologiai momentumát, de generalisálni e kimondást, úgy mint előadó tette, nem lehet.

Braun Lajos: Első sorban azt jegyzi meg, hogy ezen előadása egy munkájának csekély része, s ezért nem kimerítő; a mi a neurastheniát illeti, szóló ebből magyarázza a pavor nocturnust, nem tagadja azonban, hogy ennek aetiologiajában sok mindenféle fel van sorolva; azonban sok esetet tiszta pavor nocturnus esetnek nem tarthat; ide tartozik pl. a szopós gyermekek feljedése, a *Baginsky* és *Huchard* tonsillotomia után gyógyult pavor nocturnus esetei; ezek a régóta ismert lidércnyomás-esetekhez tartoznak. *Silbermann* szerint symptomatikus alakok a dyspnoë okozta feljedések; ép így a *West* esetében a dyspepsia okozta pavor nocturnus, mely calomelre megszűnt. Helminthiasisnál, angolkóránál, obstipatióánál, scrophulosisnál, anaemiánál, a miknél a gyermek idegrendszere szenved, felléphet a pavor nocturnus.

Azt hiszi szóló, hogy a születéstől fogva vakoknál a nervus opticus atrophizál. *Politzer* felszólalására megjegyzi, hogy a pavor nocturnusban szenvedő gyermekek ingerlékenyebbek; *Soltmann* nézetét jól megértette, s azt eredetiben citálja.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Samuel Bernheim: Immunisation et sérumthérapie. Paris, A. Maloine, éditeur. 1895.

Manapság, a mikor a bacteriologia vívmányain alapuló gyógyításmódok mind nagyobb tért hódítanak a gyakorlati orvostan terén is: nagyon alkalmoszerű az előttünk fekvő könyv, mint a melyből a gyakorló orvos, a kinek sem ideje, sem alkalma a különböző nyelveken és különböző folyóiratokban megjelent ide tartozó dolgozatokat figyelemmel kíséreni, aránylag könnyű szerrel szerezheti meg azon ismereteket, melyeket a bacteriologiának a betegségek gyógyítása terén eddig köszönhetünk. Ismert nevű szerző, ki maga is sokat foglalkozott kísérletileg az immunitás kérdésével és a serumtherapiával, hivatottnak mondható egy ilyen mű munka megírására. A rendkívüli szorgalommal és — a mi különösen kiemelendő — részrehajlatlan, tárgyilagos kritikával megírott, 340 lapra terjedő munka felőleli mindazon vizsgálatokat, melyeket e téren a legelső immunizáló kísérletektől kezdve a munka megjelenéséig végeztek. Az első fejezet a természetes immunitásról szól általában. A második fejezet a szerzett immunitást tárgyalja, felsorolva a vaccinatio módjait. A harmadik fejezet a serumtherapiát általánosságban tárgyalja, az ezután következő fejezetek pedig az egyes fertőző betegségek (tetanus, diphtheria, gümőkór, pneumonia, cholera, variola, septicaemia, syphilis, typhus, influenza, kigyóméreg és lépfene) serumtherapiáját külön-külön írják le. A teljesség kedvéért fel kellett volna még venni a veszélyes betegségek is, a melynek serumtherapiáját illetőleg már szintén elég tetemes tudományos közlés látott napvilágot. Egy másik kifogásolni dolog pedig az, hogy a nem francia szerzők nevei sok helyen nagyon is elferdítvék (pl. Brontraeger, Czaplenski, Centanini, Buchstale stb.), és hogy a különben nagy szorgalommal összeállított, több mint 200 dolgozat pontos címét tartalmazó bibliographia minden rendszerességet nélkülöz. Ez azonban csak nagyon keveset von le a mű értékéből és azért azt nagyon ajánlhatjuk mindazoknak, kik a tudomány haladásának színvonalán akarnak maradni. A csinos kiállítású könyv ára 4 frank.

II. Lapszemle.

Gyógyszertan.

Veszélyes cocain-mérgezésről értesít *Schede*. Egy 20 éves, erőteljes fiatal embernek húgyesövébe 2 gm. 10%-os cocain-oldat fecskendeztetett (0.2 gm. cocain). A befecskendés után csaknem rögtön öntudatlanság, tetanikus roham és a légzés szünetelése következett be, s az élet csak hosszas mesterséges légzéssel volt megtartható; e mellett pupilla tágulat, később *Cheyne-Stokes*-légzés, nagyfokú cyanosis állottak fenn. Ermetszés, élenybelehelés, camphor, amylnitrit, intravenosus konyhasó-injectio alkalmazása után 2¹/₄ óra múlva mutatkozott csak az első reactio a mérgezettnél, lassanként magához jött, miközben még kényszermozgások, a jobb testfélen spasmus és itt-ott klónikus rángások jelentkeztek. Ebből is látható, mennyire veszedelmes az erősebb cocain-oldatok alkalmazása, a mi annyival is inkább tekintetbe veendő, mert 1—2%-os oldatok mindig elegendő hatásúak és némely egyénnél előre nem látható; nagyfokú idiosyncrasia áll fenn a cocainnal szemben. (A legkisebb subcutan adagolt halálos dosis eddig 0.02 gm.!). (Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte, 16. sz.) *Vámossy* dr.

Ideggyógyászat.

A morbus Basedowi pathogenesisie felett még ma is létező homályt újabb *Moebius* egy saját teoriával igyekszik eloszlatni, a mely szerint ezen érdekes betegség nem egyéb autointoxicatió-nál, melyet a pajzsmirigy hiányos működése idéz elő. E teoriának ugyan azonnal akadt ellenese *Mannheim* szeméjében, a ki a betegséget továbbra is mint neurosisit fogja fel, kifogásai azonban nem elég alaposak *Moebius* nézetének megdöntésére. *Moebius*nak sikerült a vizeletben egy toxint kimutatni, mely más viszonyok közt hiányzik s a pajzsmirigy kiirtásának kétségbevonhatlan eredményei határozottan mutatják az ideges tünetek s a pajzs-

mirigy megbetegedései közötti benső összefüggést; a vérben keringő, toxikus anyag egyrészt az anaemiát okozza, másrészt centralis idegapparatusok bántalmazására vezet, a mi azután a betegség tünetesoportját eredményezi. Azt is felhozták Moebius ellen, hogy nem minden struma okoz morbus Basedowit; ez ellen azonban felhozható az, hogy a vese mikroszkopikus elváltozásai okozzák sokszor a vese teljes működésképtelenségét, míg óriás vesecysták maradhatnak tünet nélkül, ha a veseparenchym egy része ép marad s ez a példa per analogiam átvihető a strumákra is. (Wiener medicinische Wochenschrift, 1895. 43. sz.) *Oszwald dr.*

A chorea kezelésében *Glarioux* újabban ismét az arsenhez s megfelelő általános kezeléshez tér vissza: súlyos esetekben abszolút nyugalom, lehetőleg ágyban fekvés, olvasás s általában bárminő foglalkozás eltöltése, csendes környezet, jó gyomor esetén reggelenként hideg ledörzsölések, tej, tojás, kávé, bor stb. 8—12 éves gyermekeknek 15—20 cseppet ad naponta ebéd s vacsora után a következő oldatból: 20 gm. tinct. ferri pomati + 10 gm. Fowler-oldat; igen makacs esetekben még nagyobb dosisok is adhatók. Chronikus choreánál a rendszeres testgyakorlást ajánlja. (Wiener Medicinische Wochenschrift, 1895. 43. sz.) *Oszwald dr.*

Sebészet.

A watta-tamponok sterilizálására *Lermoyez* és *Helme* a következő módot ajánlják. A nyeles tampontartóban megerősített wattát bórsav telített alcoholos oldatába mártják és azután meggyújtják. Az alcohol elégekek a watta steril lesz, az elszenesedést pedig a bórsav megakadályozza. A mint a színtelen láng élénkzöldbe csap át, a lángot eloltják. 5 másodperc elegendő a watta tökéletes sterilizálására. (Correspondenzblatt für Schweitzer Aerzte 1895. 7. sz.) *B—s dr.*

A felső állcsont vérzésnélküli resecálásáról, a carotis időleges lekötése által ír *Senger*. Az operatiót állatkísérletek előzték meg. Nyulakon és kutyákon 1 cm.-nyi terjedelemben tette szabaddá a carotis communist, körülvette gazeval és gummicső vagy szalaggal leszorította. A három órán át alkalmazott ligatura az edényeken különös elváltozást nem okozott, az állatok pedig tartósan egészségesek maradtak. Egy esetben 1 óráig tartó göresök léptek fel. 1894. december 3-dikán ezen sikeres kísérletet egy arra alkalmas esetben embereken alkalmazta. A carotis communist elágazási helyén kikereste, a carotis externát izolálta, egy csomó jodoform-gazeval körülpárnázta, 1/2 cm. széles és néhány milliméternyi vastag gummicsővel körülvette, melyet egyelőre nem húzott össze, a nyak operációs terét gazeval befödte. A felső állcsonton még az arteria angularist külön lekötötte és a lágyrészeket extirpálta. Mély bódítás közben a beteget ülő helyzetbe hozta, a gummicsövet összehúzta és resecálta a felső állcsontot. A vérzés igen csekély és inkább csak visszeres volt. A seb 14 nap után per primam gyógyult. A carotis vagy az agy részéről semmiféle szövödmény nem lépett fel. (Deutsche med. Wochenschrift, 1895. 22. sz.) *B—s dr.*

Hosszú idő óta fennálló állkapocs ankylosis esetét közli *Nason*. 39 éves beteg 1882-ben a jobb arczfélen ütést kapott, a sérülés miben állott ekkor, az bizonytalan, azonban valószínű, hogy a jobb oldali alsó állkapocs condylusa és a pofacsont sérült meg. Kezelés nem lett alkalmazva s rövid idő múlva az állkapocs fájdalom nélkül volt mozgatható. Csak két és fél évvel később a mozgás korlátoltabb lett, ez lassanként fokozódott és két év múlva az állkapocs teljesen fixált lett, úgy hogy a fogak egymástól nem voltak eltávolíthatók. Ezen állapotban közel hét évig maradt, folyadékokkal és levesben áztatott kenyérral élén, miután rágási képessége teljesen elveszett. 1893. decemberben jött kezelés alá, midőn félig kiéhezett volt; körülbelül egy hétig jobban tápláltatván, 1894. január 7-dikén meg lett operálva. A jobb alsó állkapocs hátsó szélén az arcus zygomaticus alatt kezdődő az állkapocs szögletig terjedő, csontig hatoló metszés lett ejtve. Az állkapocs nyaka körül és a zygoma mögött erős rostos és csontos vastagodást talált. Az állkapocs felhágó ága raspatorium segítségével le lett csupaszítva és háromnegyed hüvelyknyire az állkapocs szöglet felett át lett fűrészelve és ékalakú csontszellet hátrafelé irányuló félhüvelyk hosszú basissal el lett távolítva részben kuleslyukfűrész, részben csontlecsipővel. Az arteria dentalis inferior zavart nem

okozott. A beteg már harmadik napon rágni tudott és zavar nélkül gyógyult. A száj 7/8 hüvelyknyire volt nyitható és az oldalmozgások jók voltak. A beteggel igen gyakran passiv mozgások lettek végezve és méreztett faéket kapott a fogak távolságának mérésére. A mozgás most is teljesen szabad. Ezen műtétnél a kockázat kicsiny s a siker nagyobb mint a condylus excisiójánál. (Lancet 1895. február 2.) *Baumgarten Samu dr.*

A gége metszett sebjeének kezelése varrattal czímmel közöl egy esetet *Arnison*. Ezideig a sebészetben egyhangúlag azon vélemény uralkodott, hogy a gége metszett sebeiél varrat alkalmazása hibás s a sebészre nagy felelőséget hártó eljárás. Azonban teljes asepsis esetében be nem látható, miért ne jöjjön létre ép úgy per primam gyógyulás mint a test más részein. Egy negyven éves ember egy órával kórházba hozatala előtt elmetszette gégejét. A börmetszés a bal m. sternocleidomastoideus mellő szélén kezdődve majdnem a nyak túlsó oldalának megfelelő helyéig terjedt. Részben el voltak vágva következő izmok: platysma, omohyoideus, sternothyreoideus és thyreochoideus, a baloldalon a vagus is szabadon feküdt a véredények sérülése nélkül. A cartilago thyreoidea teljesen át volt metszve közvetlenül a pomum Adami alatt, úgy hogy a larynx egész belseje jól volt látható. A porcz metszett szélei pontosan össze voltak hozhatók és hat catgut varrat által össze lettek tartva. A porcz felett a szétvágott izmok és külön a büralatti kötszövet pontosan egyesítve lett, felette a bőr silkworm guttel. Hét nappal később lett a kötés először levéve s a silkworm gut varratok eltávolítva; minden per primam egyesülve volt. (Lancet 1895. február 2.) *Baumgarten Samu dr.*

A circularis bélvarratról. Bier kieli tanár embereken és állatokon véghez vitt számos kísérlet után azon meggyőződésre jutott, hogy a minduntalan felmerülő javított és egyszerűsített bélvarratok közül egyik sem egyszerűbb, egyik sem biztosabb és egyik sem alkalmazható nyugodtabb lélekkel, mint a Lembert-féle varrat. A bélresectio 15 eseténél alkalmazta a Lembert-féle varratot és az mindig teljesen sufficiensnek bizonyult. Hogy azonban a varrat igazi értékét megbecsülhessük, helyesen kell megválasztanunk azon eseteket, melyek a varrásra alkalmasak, s nem lényegtelen a technika, melylyel azt végezzük. A Lembert-varratot embereken alkalmazni sokkal könnyebb, mint nyulakon vagy kutyákon. A gyógyulás szintén tökéletesebb mint az említett állatoknál, mert szűkületek és összenövések a környezettel kevésbé gyakoriak az embereknél. Senn's methodusával feltűnően kedvezőlenebb eredményeket ért el, eltekintve a keletkezett szűkületek és zsugorodásoktól. Újabb felfedezésekre tehát e téren nincsen elegendő szükség. A szerencsétlen kimeneteleket vagy a műtő hiányos gyakorlata vagy az esetek igen súlyos volta idézi elő. Ezen körülményeken vajmi keveset fog segíteni bármiféle elmés varrási methodus. (Archiv für klinische Chirurgie, 1894. — Wiener klinische Wochenschrift 1894. 33. sz.) *B—s dr.*

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Idült hörghurut ellen *Picot* tanár klinikáján újabban jodoform-guajacol bőr alá fecskendését használják jó eredménnyel. 1/2 gramm jodoformot aetherben feloldunk, azután az aether elpárologtatjuk és 2 1/2 gramm guajacolt, valamint 50 gramm sterilizált oleum olivarumot teszünk hozzá. Bőr alá ebből eleinte 2 cm., később 3—3 1/2 cm. fecskendezendő naponként. A befecskendezések fájdalomtalanok. E gyógymód mellett a köpet mennyisége eleinte szaporodik, később azonban erősen csökken s a többi tünet is tetemesen javul. (Allgem. medic. Central-Zeitung 1895.)

2. A lactophenin mellékhatása. *Strauss* nemrégiben 3 esetet közölt, melyekben lactophenin használata után icterus catarrhalis következett be. Újabban *Köbl* ismertet 2 hasonló esetet, melyekben az izomesúz, illetve trigeminus-neuralgia ellen használt lactophenin icterus catarrhalisra vezetett. Mindkét beteg 3-szor kapott naponként 1—1 gramm lactophenint; az egyiknél az 5., a másiknál a 6. napon mutatkozott az icterus, mely 1, illetve 2 hétig tartott. (Wiener medic. Presse, 1895. 42. sz.)

3. Idült fülfolys ellen nagyon jó eredménnyel használja *Pierce Hoover* a jodtincturát, melylyel a kóros helyeket hetenként 2—3-szor beecseteli. (Sem. méd. 1895. 46. sz.)

TÁR C Z A.

Czakó Kálmán dr. †

1843—1895.

Az állatorvosi akadémia egyik legrégebb és legbuzgóbb tanárát vesztette el Czakó Kálmán dr.-ban, a ki hosszú betegség után f. év november hó 8-dikán reggel Budapesten meghalt.

Czakó 1843-ban Hernád-Németi zemplénmegyei községben született, hol atyja földbirtokos volt. Pesten végzett egyetemi tanulmányai után 1870-ben a kolozsvári orvos-sebészi tanintézet kórboncztoni tanszéke mellé tanársegéddé neveztetett ki, majd a budapesti egyetemhez került hasonló minőségben, a midőn egyidejűleg a gyermekkórház boncznoka is volt. 1872-ben állami ösztöndíjjal külföldre ment az állatorvosi tudományok tanulmányozása végett s haza kerülésén 1874-ben az állatorvosi tanintézetben a kórbonczton, általános kórtan és gyógyszer-tanárává neveztetett ki, mely tárgyakon kívül még a növénytant is előadta. Tanszékeinek 1888-ban történt kettéválasztása óta a gyógyszer-tan és a növénytan képezték tanításának tárgyait.

Tanári működésén kívül kiváló előszerzetettel foglalkozott az orvosi és gazdasági növénytantal és különösen a magvizsgálás ügyének rendezése körül fejtett ki élénk tevékenységet és mutatta fel a legszebb eredményeket. A budapesti magvizsgáló állomásnak 1881-ben történt felállítására őta vezetője volt és ez intézetet rövid időn igen magas színvonalra fejlesztette; mintegy 3000 fajból álló maggyűjteményének Európában ninesen párja.

A tanítás és a buvárkodás terén szerzett kiváló érdemei elismerésül a király 1893-ban a királyi tanácsosi czímmel tüntette ki.

Irodalmi munkáinak nagyobb része a növénytan morphologia és a gazdasági növénytan körébe vág; orvosi dolgozatai közül a „Bonczolási eljárás törvényszéki és kórtani esetekben (1874)“ a legfontosabb; ezenkívül főképen casuistikus közleményeket írt.

Czakó leginkább a botanika terén tünt ki, mint kiváló szaktekintély és ezt a szakot művelte a legnagyobb lelkesedéssel és buzgalommal, mint tanár azonban a gyógyszer-tan és korábban a kórboncztonnal is behatóan foglalkozott és pedig oly időben, midőn e szakmák művelésére alig rendelkezett segédeszközökkel. De egyébként is sokoldalú képzettség jellemezte, melyet világos és egyszerű modorban s ritka szép magyaros nyelvezettel tartott előadásai közben megfelelően érvényesített.

Szeretreméltó, kedves egyénisége és puritán tiszta jelleme miatt általánosan szerették és tisztelték; ezért öszinte mély részvét kísérte őt utolsó nyugvóhelyére.

—y—

A francia sebészek IX. congressusa Párisban 1895. október 21—26-dikán.

Az école de médecine nagy amphitheatrumában ült össze az „Association Française de Chirurgie“ ez idej congressusa Párisban. Néhány idegen volt a szomszéd Svájcából, Belgiumból, Oroszországból és Romániából, sőt egy magyar is, Farkas László dr., kórházi főorvos, ki élethossziglani tagja a társaságnak. Ez a „grand amphitheatre“ különben akár nagyságára, akár dísztelen belső berendezésére nézve, szerény csarnok a mi orvostani tantermeinkhez képest; de ez alkalomra gazdagon volt díszítve, izléses aranyozású, vörös draperiával, zászló-csoportokkal; vörös bársony takarja a comité hosszú asztalát is, mellette aranyos karszék az elnök, végén díszes kathedra az előadó számára. Ez a külsőség nem lényegtelen attribútuma a francia tudományos munkálkodásnak. Valamint jellemző az is, hogy a francia sebészek congressusán strassburgi sebész, Boeckel elnököl, mint a hogy a place de la concorde körül a francia városok szobrai közt ott van Strassburg város szobra is, koszorúkkal állandóan ellepve. Boeckel is tudományos érdemein kívül, talán politikai tüntetés is segítette az elnöki székbe.

Két kérdés volt kitzúve discussióra: egyik a *tüdő sebészet* (referens: Reclus, párisi sebész); második a *csonttörések kezelésére újabban ajánlott operációk* (referens: Heydenreich, nancy-i sebész). Részint ezek kapcsán, részint ezektől függetlenül 135 előadás volt bejelentve, felerészben párisiak részéről. Ezeknek mintegy harmadát

nem tartották meg, de még így is elég maradt 5 napra. Felöltették a sebészet minden ágát; béléchirurgiával (15 előadás) és gynaekológiával (19 előadás) foglalkoztak legtöbben; az agy-sebészet volt legkevésbé (1 előadással) képviselve.

Gyorsan, 10—15 percenkint követték egymást az előadók; vita alig volt uaponkint egy-egy kérdés felett, demonstratio meg épen semmi, csak az utolsó ülés végén mutattak be néhány gyógyult operáltat. Így egészben a congressus tudományos színvonala nem valami magasnak látszott; inkább egy kis tisztos reclamra volt kedvező alkalom kivált a helybeliek számára. Értékesebb lesz még a compte rendu, melyben az egyes dolgozatok egész terjedelmükben jelennek meg.

Jelentésében Reclus jó képet nyújt a tüdő sebészet terén eddig kifejtett munkálkodásról. Mások statistikáin kívül az utolsó 10 év eseteit gyűjtötte össze az irodalomból.

3 csoportba osztja az operációkat: I. *Vérzescsillapítás tüdő-sértésnél*, ligaturával vagy tamponnal. Ide vágó tapasztalatok vannak legkevésbé számmal; de kedvezőtlen eredmények dacára jogosultnak tartja az operációt olyan súlyos esetekben, mikor nyugalom és külső kezelés nem elegendő a vérzés elállítására.

II. *A tüdő egy részének resectiója* tuberculosis vagy rák-sarcoma miatt. E téren vannak sikerek (Tuffier és mások), de mindamellett ez az operatio kivételes marad, mert e bántalmak, mire klinice felismerhetők, oly diffusak, oly kiterjedt resectiót kívánának, melyet a már gyengült beteg nem bírhat ki.

III. *Bemetszés a tüdőbe (pneumotomia)* genyes üregek megnyitása végett. Ez ismét nem való: 1. tuberculosis cavernák; 2. bronchiektasiák gyógyítására, mely bántalmak diffusak s az operatio után csak mulóan javulhatnak; 3. tüdőabscessusnál felesleges olyankor, mikor a gőcz kicsiny, a bronchusokon át jól kiürül s a beteg fiatal, jó erőben levő. De ellenkező esetben egyenesen ajánlatos, mert jobb eredményt ad, mint a várakozó kezelés; 4. ugyanez áll a tüdő-gangraenára nézve, míg az körülírt; 5. echinococcusnál pedig mindig ajánlatos; magára hagyva a baj többször halálos, mint operálva. Ez operációról már nagyobb statistikák állanak rendelkezésünkre.

A kiviteli főnehézsége a pyopneumothorax elkerülésében áll; peripherikus gőczoknál a pleura lemezei össze vannak tapadva s ekkor az eljárás egyszerűbb. De ez gyakran nines így, azért meg kell tartani és figyelmesen vizsgálni a parietalis lemezt, mihez egy próba az is, hogy tűt szúrunk a tüdőbe: ha ez nem követi a lélegző mozgásokat, van adhaesio, ellenkező esetben nines. Tehát 1. széles seb a lágy részeken, borda-resectio a parietalis pleura megkimélésével; 2. punctio s a trocart mentén megnyitás gyengén izzó Paquelinnel; 3. drainage gummicsovel, vagy jodoform-gaze-zel, semmi öblítés, semmi tisztogatás. Ha a punctio nem ad is genyet, a megnyitás akkor is javasolt, már számos esetben óráknapok mulva következett a geny áttörése s ezzel a kiköpés esik és gyógyulás. Ha a pleura-lemezek nincsenek összetapadva, vagy 2 ülésben kell operálni, 5 napi időközzel, mialatt a sebhe tömött gaze-tampon biztosítja az összetapadást, vagy gondosan össze kell varrni a serosus-lemezeket, mint májechinococcus műtéténel.

Ezekhez a conclusiókhoz nem nyújtottak újabb adalékot a többi előadók sem: Péan, Doyen, Tuffier stb. Utóbbi egy betegét mutatta be, kinél 3 év előtt resecálta a jobb tüdő csúcsát tuberculosis miatt; ez a második gyógyult esete.

Heydenreich csak futólag ismerteti az újabb *csontplastikákat*, minők törés után közvetlenül való egyesítése a tört végeknek, hiányzó csontrészek pótlása különböző anyagokkal, állületek fixálása stb., számosan, úgy párisi, mint vidéki sebészek, illusztrálták fejtegetéseit saját eseteik közlésével.

A többi előadások közt figyelmet keltett Guinard párisi sebész ajánlata, a ki kizárt sérv műtéténel anus praeternaturalis képzése, vagy az elhalt bélrészlet resectiója helyett, annak invaginációját ajánlja a tágult egészséges felső bélrészletbe. Jól tágitja a sérvkaput, óvatosan húzza elő a bélcaesot s azt begyűri a felső tágult szakaszba s azután az egészséges bélserosákon két sor varrattal rögzíti az invaginációt; 2—3 nap mulva az elhalt bélrészlet czafatai a bélsárral ürülnek ki. Sikerült már begyűrnie 12 cm. hosszú bélcaesot is; ritkábban szokott az elhalt részlet

oedema folytán olyan vastag és merev falú lenni, hogy az invaginatio nem sikerül s ekkor nem marad más hátra, mint a resectio. Az ajánlat különben nem új; más körülmények közt már régen gyakorolták.

A gynaekologikus operációk közt most is a méhfibromák operálásáról volt legtöbb szó. Nem is csoda. Péán minden fibromát operálni valónak tart és kiirt, kezdve a diónyitól, tehát mihelyt felismerhető. *Segond* egyenesen az orvosra hárítja a felelősséget az operatív halálozásért, mert nem küldi a beteget rögtön operateur-höz. Általában elfogadtatott, hogy a kisebb daganatok a vagina felől operálandók, morcellement-nal, csak a nagyobbak a has felől. *Segond* a köldök niveauját jelöli meg határu. *Richelot* új módszerét mutatja be az abdominalis exstirpációra, melynek egyik lényeges pontja: a daganat megkisebbitése minden egyes gócz kihámozásával, mit, mint magam is meggyőződhettem egy esetében, meglepő kevés vérzés árán lehet megtenni; így kicsiny, könnyen hozzáférhető csonkot kap, melynek a vérforrásait két oldalt 1—1 hosszú fogóval (pince) látja el a vagina felől, eltávolítja az egész méhet s csak elöl és hátul tesz még néhány öltést vagy ligaturát a vérző kisebb erekre.

Október 26-dikán este programmszerűen befejezték az üléseket, miután még a jövő évi congressus helyéül Marseillet jelölték ki s elnökül *Terriert* választották meg. Doctor.

Párisi intézetek.

A kórboneznan Franciaországban. Muzeumok. Collège de France. Az Institut Pasteur.

A míg a francia klinikus nagyjában ugyanabban a helyzetben van, mint német vagy magyar kollégája, addig a kórboneznan helyzete lényegesen eltérő azokétól. Budapesten a kórboneznan nem practizálván, intercathedralis helyzete van; minden klinikai bonczolást ő végez. Itt Franciaországban minden ember maga dolgozza fel a saját hulláit és így történik, hogy pl. Kinér, hírneves montpellier-i kórboneznan, saját bevallása szerint évenként negyvennél több bonczolást nem végez. A klinikus maga adja elő a kórboneznan szakmájába vágó részét. A kórboneznan tanára ellenben hetenként csupán három órát tart, ezt sem a bonczteremben, csak egyes praeparatumok, s nem egész hullák demonstrálásával. Innen van, hogy a francia hallgatók zöme nem tud fegyelmezetten, causalisan gondolkodni és egész esetek áttekintése helyett technikai kérdések elemezésébe merül.

Sokszor gondolkoztam azon, hogy miért van az, hogy a francia nemzet, mely egy Bichat, egy Cruveilhert, egy Lebert adott a világnak, mai fejlettsége dacára oly teljesen elenyésző helyzettel bír a kórboneznan terén? Igaz, hogy majdnem minden évben megjelenik egy 1000—1500 lapos „*Traité* etc.” s hogy Cornil pl. csaknem évenként kiad valamelyik fiatal doktor társaságában egy több kötetes tankönyvet. Az ideákban azonban alig találunk magas röptiséget és inkább a technikai manipulációk és főleg pl. a parasitologia kötik le a közfigyelmet.

Nézetem szerint ennek csak egy oka van: a francia kórboneznan mesterségesen elvonják vizsgálataitól. Ő itt klinikus, a ki azonfelül a kórboneznan gerinczének előadásával van megbízva: ez utóbbit azonban csupán melléktárgyként művelheti. A kórboneznan tanára, *Cornil* például a Hôtel Dieu egyik főorvosa és hatalmas nőgyógyászati osztálylyal bír. Mint kórházi főorvos, az Assistance Publique megbízásából előadja a nőgyógyászatot és az életvegytant. Mint egyetemi tanár praelegál a kórboneznanból és kórszövettanból. Ezenkívül practizál; egyidejűleg senator és élénk politikai szerepet visz. Ha most hozzáveszzük, hogy minden évben nagy könyveket ír — mindig egy fiatal ember társaságában —, úgy méltán kérdezhetjük, hogy egy ilyen elfoglaltsággal bíró ember vajjon mikor ül laboratóriumában és mikor dolgozik? Sőt ha a tudomány továbbvitelére már nem jut ideje, mikor olvassa mások közléseit, hogy legalább a vulgarisator szerepét betölthesse.

A kórboneznan demonstrációkat, melyekhez a tanuló, mint láttuk, csak nagyon szórványosan jut, pótolni van hivatva a *Musée Dupuytren* és *M. Orfila*.

Ez utóbbi inkább a normalis boncztanra vonatkozik és mint legérdekesebb tárgyakat magában foglalja *Sappey*-nek híres nyirkedény injectióit.

Sokkal kevesebb értékkel bír a *Musée Dupuytren*, melyet össze sem lehet hasonlítani a bécsi Rokitansky vagy a londoni Hunterian muzeummal. Néhány — elég kicsiny számú — csont és ízület készítményen kívül, melyek között sok érdekes is van, találunk ott aránylag kevés és nagyon rosszul konservált borszesz praeparatumot, néha a múlt századból, a melyek, pl. typhusos belek, tökéletesen elvesztettek minden érdeket. A legnagyobb része végre az összegyűjtött anyagnak viaszból készült imitatio, vagy újabb összetételű moulage. A míg azonban ezek az imitációk a bőrnél valóban élethűek és nagyszerűen visszaadják a viszonyokat, addig pl. a peritoneum, a belek, bizony ilyen módon nem közelíthetők meg és az itt látott imitációk soha sem keltették bennem azt a benyomást, melyet annak idején magánál a hullánál tapasztaltam.

A legérdekesebb tárgy a muzeumban kétségen kívül a 265. sz., egy teljes hermaphroditismus esete, melynél tökéletesen kifejlesztett külső és belső női genitáliákon kívül glans, praeputiummal és terjedelmes penissel a clitoris helyén, két here, mellékherékkel, vas deferenssel és vesiculákkal látható; minden lényeges szerv meg van tehát. Noha a készítményből nem derül ki, hogy a penis kommunikál a hólyaggal és a vesiculákkal, az eset, melyet *Laumonier* és *Béclard* észleltek ötven év előtt, igen érdekes, csak az kár, hogy — viaszból van. Az eredetét úgy látszik eltemették.

Mindent összevéve, nem hiszem, hogy e viasz cabinette a tanítás szempontjából nagy fontossággal bírna. Érzik ezt a tanulók is és csak nagyon szórványosan látogatják helyiségeit.

Láttuk eddig, hogy az orvosi kiképezéssel nem csupán az egyetem foglalkozik, hanem hogy annak erős konkurrencziát csinál az Assistance Publique is. Vannak azonban még egyéb tanítóintézetek; így a *Collège de France*, a legelőkelőbb laboratórium, melyben minden anyagi és technikai gondtól felmentve buvárkodik néhány tudós — *Ranvier*, *Arsonval*, *Franck*, *Berthelot*, *Henneguy* stb. Ezek hetenként csak két órát tanítanak, többnyire elvont, nem a mindennapi életre szánt themákat fejtegetve. Fiatalabb szakembereket felvesznek laboratóriaikba is, hogy többnyire csekély praktikus értékű, költséges, de elvi jelentőségű themákon dolgozzanak.

A Collège de France kevésbé népszerű és csak kicsiny számú orvos érdeklődik az ott folyó dolgok iránt. Annál nagyobb látogatottságnak örvend az Institut Pasteur, a francia tudomány egyik dicsősége, minden nemzet irigykedésének tárgya, s az egyedüli pont Franciaországban, a hol a bacteriologiát jól meg lehet tanulni.

Az Institut Pasteur nemzetközi adakozásból épült; főleg az angolok adtak sokat, hogy akadálytalanul jöhessenek át dolgozni, meg lévén fosztva hazájukban az állatkísérletektől.

Az intézet berendezése sokkal ismertebb, sem hogy arról szólni kellene. Tudvalevő, hogy három osztálya van, a vaccinatio (*Chamberland*), az életvegytan (*Duclaux*) és a bacteriologia (*Roux*) művelésére. Van ezenkívül egy service a veszettség elleni oltásokra és mindezekon kívül számos kis szobácska önállóan vizsgálódók számára. Egy ilyen kicsiny szobában húzódnak meg jelenleg *Mecsnikov* és neje, végezve a phagocytosisról szóló világhírű vizsgálataikat. A francziák általában sokszor megmutatták, hogy a zsenialitás felér a díszes berendezésekkel. Pasteurnak ma már historikus fontosságú laboratóriuma az École normaleban, melyben a fermentációról, az anaerob életről stb. szóló fundamentalis vizsgálatait végezte, oly kicsiny, oly sötét, oly híjjával van minden szükséges kelléknek, hogy mainap még raktárnak se szívesen használnák.

És mégis a mai fokozott igények csakugyan indokoltak és ha Pasteurnak, Kochnak és az utolsó 30 év egyéb buvárainak sikerült is kimeríteni a mai technika által engedélyezett haladásokat, tagadható-e, hogy vannak oly kérdések, a melyek nagy apparatusokat igényelnek, a melyekhez csak a nagy tömegű, bonyolult észleletek útján lehet férközni. Ezért van, hogy az újabb francia laboratóriumok egyszerű házakban helyezkednek ugyan el, de remek felszereléssel bírnak és mindenekfelett prodigiosusak viszonyaik az állatkísérletek tekintetében. Az Institut Pasteur például valódi ménageria. A közönséges állatokon — ló, marha, juh, nyúl, tengeri malacz, egér, tyúk, galamb stb. — kívül találunk itt fehér patkányokat, majmokat, csörgő kigyót, szibériai meriones Shawii-t stb. A viszo-

nyok valósággal meglepők és nem ritka dolog, hogy egy kísérlet sorozat ötszáz vagy ezer állat életébe kerül. Persze, ilyen körülmények között sokkal nagyobb mérvű dolgozás lehetséges, s oly kérdéseket is meg lehet oldani, a melyekhez más ország fiai egyszerűen nem szólhatnak hozzá technikai eszközeik elégtelensége miatt. Ez pedig mindinkább mélyebb különbséget von a jól és a nem jól situált laboratoriumok között. Azoknak a buvárokodásoknak a kora lejárt, a mikor elég volt egy világos fej, egy látni akaró szem, egy lombik és egy spiritus lámpa arra, hogy örök becsü igazságok kerüljenek napfényre. A tudomány elemei már ismertek; az egyszerű alapokon már nincs mit építeni. Egy lencsével és egy késsel felfegyverkezve már nem lehet hódítani mai nap. Ha fel akarunk vétetni a tudomány harcmezőjébe, ha részt kívánunk venni a küzdelmekben is s nem elégszünk meg a bulletinek terjesztésével, akkor alapítsunk elegendő erejű intézeteket, javítsuk meg a vizsgálódás viszonyait, hívjuk elő a háttérbe szorított theoretikusokat, tegyük experimentálóvá a belgyógyászt és adjunk ember anyagot is a pathologusnak.

Ne engedjük otthon Magyarországon szalmatüzként elmúlni az eddigi haladást; csak imitáltuk a külföldet — ideje, hogy át térjünk egy újabb pházisba. Ne elégedjünk meg azzal, hogy kérdezzünk a mások által learatott gyümölcsökön — alapítsuk meg végre az önálló magyar orvosi iskolát!

Nékám.

Heti szemle.

Budapest, 1895. november 14-dikén.

Cholera-hírek. Galicziában október 8-dikétől 14-dikéig 26 megbetegedés és 13 halálozás, október 15-dikétől 21-dikéig pedig 26 megbetegedés és 12 halálozás fordult elő. Az osztrák belügyminister Tarnopol és Tremblowa kerületeket a drezdai egyezmény értelmében cholera-fészkeknek nyilvánítja ki. Oroszországban a cholerajárvány ismét terjedőben van. *Tangerben* ez évi október 4-dikétől 11-dikéig 103 újabb megbetegülés és 80 halálozás fordult elő; *Tetuanban* szeptember 28-dikétől október 7-dikéig 1567 megbetegülés és 372 halálozás. Az alexandriai consulnak f. é. október 14-dikén kelt távirati jelentése szerint Damietenben 4 cholera gyanus halálozás fordult elő. Az október 17-dikén kelt jelentés szerint az esetek valóban ázsiai cholera-esetek voltak. A konstantinápolyi egészségügyi kiküldöttnek f. é. október 3-diki jelentése szerint Stambulnak Balata városrészében szeptember 24—30-dikéig három új cholera megbetegülés és 4 halálozás fordult elő; szeptember 25-dike óta Konstantinápolyban újabb cholera megbetegülést nem észleltek. A helyzet Brussa vilajetben is kedvező; szeptember 25—28-dikéig csak 1 újabb eset fordult elő és szeptember 28-dikétől október 2-dikéig egy sem. Aidiadjekben szeptember 17-dike, Erdekben 20-dika óta nem észleltek újabb esetet. Diarbekir vilajetből is csak szórványos eseteket jelentenek; Mossulban a járvány megszűntnek tekinthető. Aleppo vilajetben két heti szünet után ismét előfordult néhány gyanus eset. A libanoni váli jelentése szerint Kassr faluban 4 gyanus esetet észleltek.

Galicziában október 22-dikétől 28-dikéig 42 megbetegedés és 26 halálozás; október 29-dikétől november 4-dikéig pedig 66 megbetegedés és 41 halálozás fordult elő.

Vegyesek.

Budapest, 1895. november 15-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. október 27-től november 2-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 364 gyermek, elhalt 215 személy, a születések tehát 149 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közokrházakban ápolatott e hét elején 2169 beteg, szaporodás 755, csökkenés 696, maradt e hét végén ápolás alatt 2228. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1895. november 4-dikétől november 11-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 20 (meghalt 3), himlőben 1, álhimlőben 2, bárányhimlőben 49, vörhenyben 31 (meghalt 5), kanyaróban 184 (meghalt 4), roncsló toroklobban és torokgyíkban 35 (meghalt 8), trachomában 18, hökhurubban 9, orbánczban 39.

△ **Thuróczy Károly** dr.-nak Nyitra m. főorvosának 6 Felsőge a kir. tanácsosi címet adományozta.

— **Kinevezések.** A belügyminister a Nagy-Kállóban létesített országos tébolyda igazgató-főorvosává *borosnyai Lukács Béla* dr.-t, nagyszabeni országos tébolydai főorvost, intézeti orvosává pedig *Grünfeld Károly* dr.-t, budapest-lipótzmezei országos tébolydai másodorvost nevezte ki.

— A budapesti önkéntes mentőegyesület október hóban összesen 1064 alkalommal vétettett igénybe. A működő tagok száma 275 volt, köztük 11 ellenőrző orvos és 8 mentő tiszt.

— A budapesti általános poliklinikai egyesület rendeléseinek október hóban 2311 új beteg fordult meg; az összes rendelések száma 11,808 volt.

— A szülészeti poliklinikum segélyét október hóban 131 esetben vették igénybe; műtét 82 esetben végeztetett. A gyermekgyásyak látogatásainak száma 160 volt.

— **Törvényszéki orvosi képzést nyertek** az október hóban Budapesten tartott vizsgálatok alkalmával: *Austerweil László* belgyógyászati járásorvos; *Barta Antal* szabadkai kerületi orvos; *Batizfalvy István* tatabányai járásorvos; *Grósz Menghért* nagyváradai gyakorló orvos; *Kemény Gyula* temesvári gyakorló orvos; *Okolicsányi János* ózdi gyakorló orvos; *Stern Béla* temesvári gyakorló orvos; *Vajda Kálmán* rácz-almási közsegi orvos.

— **Fertőző betegségek Magyarországon** szeptember hóban a törvényhatóságok bejelentései szerint következő arányban fordultak elő: diphtheritis 2200 megbetegedés és 645 halálozás (29.1%); vörheny 1593 megbetegedés és 296 halálozás (18.6%); kanyaró 1859 megbetegedés és 85 halálozás (4.6%); hökhurut 1147 megbetegedés és 100 halálozás (8.7%); hólyagos himlő 179 megbetegedés és 38 halálozás (21.2%); hasi hagymáz 864 megbetegedés és 120 halálozás (13.9%); kiütéses hagymáz 1 megbetegedés; vérhas 553 megbetegedés és 80 halálozás (14.5%); fültömírgyömb 15 megbetegedés.

— **r. A lép- és lépivonat fürdőktől támadó rozsdafoltok** gyökeres eltávolítására a *Mattoni H.*-féle cégnek sikerült teljesen ártalmatlan szert feltalálni, melyet „*Soosin*” neve alatt elárúsít. A *Soosinból* 1/4—1/2 liter vizben felolvasztva a tisztítandó fehér ruha egy evőkanálnyival megnedvesítetik, s miután a foltok eltűntek, többször tiszta vízzel ki-mosatik s csak ezután szappannal kezeletik. Utóbbira szigorúan kell ügyelni. A *Mattoni-féle Soosin* ára 100 grammos csomagonként 25 kr. o. é., 40 fillér vagy 50 centimes. Nagyobb mennyiségben megfelelőleg olcsóbb. Kapható *Mattoni Heinrich* cégnél Franzensbad—Bécs—Budapest—Giesshübl Sauerbrunn—Karlsbad.

— **r. Mai számunkhoz** mellékelve van a Therap. Wochenschrift különnyomata: a *Creosotal* therapeutikus hasznát illetőleg.

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

Téli kura

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

Kénes iszapfürdő,

douche-massage iszapborogatások. Meghülés veszélye nincs, mert a szállodák és fürdők egy fűtött épülettömböt képeznek. Olcsó pensio. Lift és hordszékek, nehéz betegek számára felvonó a vízben. Prospektust küld az igazgatóság.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-közkórházban 1895. november 7-től egész 1895. november 13-ig ápolott betegekről.

1895.	Felvett beteg			Elbocsátott gyógy.			Mehalt beteg			Maradt beteg			Az ápoltak közül				
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	a Rókusban				
													beteg	szülendő	heveny fertőző	az álló-úti kórházban	
Nov.	7	55	38	93	47	34	81	3	5	8	1192	937	2129	1082	23	147	877
"	8	55	32	87	43	34	77	8	3	11	1196	932	2128	1067	24	144	893
"	9	52	50	102	43	62	105	4	6	10	1201	914	2115	1058	24	140	893
"	10	55	54	109	65	23	88	7	—	—	1184	945	2129	1098	24	139	868
"	11	74	33	107	70	43	113	2	3	5	1186	932	2118	1079	25	147	867
"	12	66	66	132	45	46	91	5	—	—	1202	952	2154	1097	24	151	882
"	13	66	44	110	54	47	101	6	2	8	1208	947	2155	1098	24	147	886

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-utcza 3—5. szám alatt.

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.

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

Adatok az anaemia perniciosa gyógyításához.

Közli: Dieballa Géza dr., belklinikai tanársegéd.

Az anaemia perniciosa progressiva 1868 óta, midőn Biermer azt mint önálló betegséget először ismertette, számos kúrást tárgyát képezte, s irodalma rendkívül kifejtett.

Ennek köszönhető, hogy a betegség anatómiája, symptomatológiája és bizonyos irányban haematológiája is immár oly pontosan körvonalozva van, hogy ez irányban további kutatásoktól újat alig várhatunk. A mennyire áll ez a betegség tipikus példányaira nézve, oly kevésbé mondhatni ugyanezt a kevésbé jellegzően lefolyó, könnyebb esetekre, s e tekintetben a határ, mely az anaemia pern. progressivát egyéb anaemiáktól elválasztaná, teljesen elmosódott. Nagyobb a bizonytalanság a betegség aetiológiáját, lényegét és terapiáját illetően. Míg a nyolczvanas években a kutatók általában a haemopoetikus rendszernek s főleg a esontvelőnek elsődleges megbetegedését vették fel a bántalom alapjául, sőt még újabban is Müller¹ határozottan ezen nézet mellett foglal állást, addig az utóbbi időben mind számosabb észlelet bizonyítja, hogy a esontvelő elváltózása tulajdonképen másodlagos, s a bántalom eredetét az esetek nagyobb részében fertőzeti, parasitarius befolyásban kell keresnünk. Alapot ezen felvételre azon körülmény nyújtott, hogy egyes bélférges jelenlétében néha súlyos anaemiák fejlődnek, melyek az aetiologikus momentumtól eltekintve, miben sem különböznek az anaemia perniciosa progressiva kórképétől. Ezen feltűnő hasonlatosság arra indította a bűvárokat, hogy figyelmüket a bélhuzamra, mint az ismeretlen kórokozó mikroorganizmusoknak supponált fészkeire fordítsák, s ha az eddigi kutatásokat biztos eredmény nem is koronázta, mégis egyesek, így Jürgensen,² Wiltshur³ tapasztalatai a mellett bizonyítanak, hogy a kijelölt irány helyes és a tipikus anaemia perniciosa progressiva eseteinek egy részét a bélben tenyésztő mikroorganizmusok okozzák.

Ily körülmények közt rationalisnak tetszik, hogy az eddigi — aetiologikus adatok hiányában — kellő indicatio nélkül követett és vajmi kevés eredményt felmutató gyógyeljárásnak is az említett nyomon kell haladni, s így minden tapasztalat, mely ez irányban felmerült, kettős figyelmet érdemel: egyrészt az aetiologia, másrészt a therapia szempontjából. Miután alkalman volt az elsődleges anaemia perniciosa egyik esetét hónapokon át megfigyelni, s ezalatt a terapiát és kórjelzést illetően oly adatokat gyűjteni, melyek nézetem szerint e kérdést megvilágíthatják s azt fejlődésében előbbre vihetik, szükségesnek véltem a kóreset rövid ismertetését.

Komjáti Albert, 50 éves, napszámos. Szülei végelgyengülésben haltak el. Két fivére él és egészséges, egy nőtestvére tüdővészben halt meg. Gyermekkorában állítólag mindig egészséges volt. 19 éves korá-

ban félében át negyednapos váltólázban szenvedett; 31-dik évében, állítólag erős áthülés után sajátságos gyengeség lepte meg, mely lassanként mindinkább erőt vett rajta, de annyira nem fokozódott, hogy foglalkozásában akadályozta volna; ezen bajával egyidejűleg bőre elhalványult, s egyúttal sárgás színt vett fel; vizelete állítólag rendes színű volt, székletéte sem volt rendetlen vagy világosabb mint egyébkor. E mellett fájdalmat nem érzett, étvágya is megmaradt s egyedüli panaszát nagyfokú gyengesége képezte. Félév múlva ezen baja orvosi kezelés nélkül lassanként megszűnt. Ezután teljesen egészségesnek érezte magát a legutóbbi évekig. Öt év előtt addigi mezei foglalatosságát abba hagyta s a fővárosba jött fel, hol építkezésekhez a homokot hordta. A rákövetkező évben újból az előbbihez hasonló tünetek között betegedett meg, de ekkor a gyengeség annyira elővette, hogy kórházba kellett magát felvételnie, melyet 6 hét múlva bár javultan hagyott el, erejét teljesen vissza nem nyerte, s ezért terhes foglalkozását a könnyebb házmesteri teendővel cserélte fel. Egy év múlva betegsége ismétlődött, miert is 2 hónapon át kórházban kezelte magát, hol kissé jobban lett. 1894. nyarán újból meglepte a gyengeség, s ez okból szeptember hó 19-dikén ismét a kórházat kereste fel, homon december hó 4-dikén klinikánkra szállítottat a következő jelen állapottal.

A közép-termetű, jól fejlett csont- és izomrendszerrel bíró beteg meglehetősen lesoványodott; szem kötőhártyája s a bőr kissé sárgába játszó, ajkak s látható nyálkahártyák feltűnő halványak. Szemhéjak vízenyösen duzzadtak. Pupillák középtágak, jól reagálnak; látás jó; mindkét szemfenéken pár hetes, csíkszerű retinalis vérömleny nyomai. Nyelv kissé bevont, étvágy csökken, szomjúság fokozott. Nyak középvastag, részarányos, mindkét supraclaviularis árokban néhány borsónagyságú, puha, fájdalomtalan nyirokmirigy tapintható. A bulbus venae jugularis int. felett mindkét oldalt élénk dorombzörög hallható. Mellkas jól fejlett, részarányos, légvételkor mindkét fele egyenlően működik. Tüdőhatárok normálisak, tüdő felett mindenütt puha sejtes légzés hallható. Szívcsücsökés az 5-dik bordaközben a bimbóvonalon belül körülírtan tapintható; szívtempulát rendes nagyságú; az egész szív felett, legkifejezettebben a bal vivőeres szájadék és a tüdőűter hallgatódzasi helyein systolés zörög, s diastolés hang hallható. A has kissé elődomborodó, lágy téstapintatú, fájdalomtalan. Máj és lép egyenletesen megnagyobbodottak, a rendesnél valamivel resistensebb tapintatúak, felületük sima; előbbinek kissé legömbölyített alsó széle a jobb bimbóvonalnak megfelelőleg a köldök felett egy ujjnyira tapintható, utóbbi a bal bordaívét 2 ujjnyira haladja meg, mellfelé a 11. borda szabad végén kissé túlterjed. Hőmérséke felvételkor 36.7, pulsus száma percenként 70, légzése 18. Vizelete tiszta narancssárga, savi vegyhatású, fajsúlya 1012, fehérje s cukor nem mutatható ki benne. Székletét rendes színű és összeállású.

Vérvizsgálat. A vér egyszerű megtekintésnél a rendesnél jóval halványabbnak tűnik fel, kissé barnásba játszó színű, gyorsan alvad. Az Ehrlich szerint savanyú fuchsin-orange-methylzölddel festett száraz készítményen göcsös alatt rögtön feltűnik a vörös vérszettek közti nagy változatosság az alakot és nagyságot illetően: kifejezett poikilocytosis; 10 fedőlemez készítményen összesen 7, rendes nagyságú magvas veres vérszajt található. A haemoglobin-tartalom Fleischl szerint 43; a vér fajsúlya Hammerschlag módszerével 1040; a vörös vérszettek száma 1 kmm.-ben 1.120.000, a fehér vérszetteké 2600. A mi a fehér vérszettek morphológiáját illeti, 100 fehér vérszajt közül: polynuclearis neutrophil 55, lymphocyta: 21, nagy mononuclearis 13, átmeneti alak 8.5, eosinophil 2.5. A következő 9 napon át a beteg állapota jelentékenyen nem változott. Panaszát szédülés és fejfájás képezik. Időnként gyenge orrvérzése van. A székletét vizsgálata bélféreg petékre állandóan negatív.

A következőkben lehetőleg kivonatossan fogom ismertetni a betegség lefolyását, különös tekintettel a terapiára; a vér módosulását feltehető adatokat alább egy táblázatban csoportosítva mellékelem.

I. Ferratin-therapia. December 12-dikétől 1895. február 1-sejéig. December 12—31. Physikalís viszonyok változatlank. A beteg étvágya gyorsan helyreállott, sőt az utóbbi napokban fokozott étvágygyal eszik. December 14-dikén délben kirázta a hideg, hőmérséke délután 2 órakor 39.4° C.-ra, este 8 órakor 40.1° C.-ra emelkedett. A következő napon reggel a hőmérsék leesett 37.4° C.-ra, s azóta rendes. Orrvérzései csaknem minden éjjel ismétlődnek, jelentéktelen vérvesztéssel. Éjjelenként erős fejfájásról s fülzúgásról panaszodik. Időnként hasmenései vannak, s a székletét itt-ott apró véresikokkal kevert, bélféreg peték nem találhatók benne. Vizelet napi mennyisége átlag 2000—2500 kem., fehérje és cukor nem mutathatók ki benne. Pulsus száma reggel átlag 80

¹ H. Fr. Müller. Ueber die atypische Blutbildung bei der progressiven perniciösen Anaemie. Deutsches Archiv f. klin. Medizin. 1893. Bd. LI.

² VI. Congress f. inn. Medizin. Wiesbaden, 1887.

³ Deutsche med. Wochenschrift 1893. Nr. 30—31.

délután 90, percenként. Január 1-sejétől február 1-sejéig. Physikalisk viszonyok változatlanok. Általános erőbeli állapot kielégítő, étvágy állandóan jó. Fejfájás és szédülés változatlanok. Orrvérzés ritkábban jelentkezik. Székletét többnyire rendes, itt-ott hasmenése van, mely bismuth-laudanum porokra csakhamar megszűnik. Hőmérsék rendes. Vizelet napi mennyisége átlag 2000—2500 cem. Pulsus száma reggel átlag 84, délután 92.

Csontvelő- és ferratin-therapia február 1-sejétől február 18-dikáig. A beteg naponként 100 gm. ököresontvelőt fogyaszt el, 3—4 részle ben; e mellett a ferratint tovább szedi. A csontvelőt kezdetben elég jól tűri, a második héten azonban már undorodni kezd tőle és csak úgy képes elfogyasztani, ha turóval, vajjal, sonkavagdallékkal stb. keveri. Február első napjaiban már eddig is sárgába játszó bőre erősebben sárgulni kezd, s február közepe táján kifejezett icterus támad nála, erős bőrvizsketés kíséretében; vizelete sötét narancssárga színű, epefesték nem mutatható ki benne, ellenben élénk urobilin reactiót ad. Székletét többnyire hasmenésszerű, színe rendes. Egyébként a physikalisk viszonyok nem változtak, hőmérsék állandóan rendes, pulsus szám reggel átlag 90, délután 98. A csontvelőt mind nagyobb undorral eszi a beteg, s végre étvágyát annyira megrontja, hogy február 18-dikától kezdve annak szedését be kellett szüntetni.

Oxygenium belégzések és ferratin február 19-dikétől márczius 9-dikéig. Február 19-dikétől kezdve minden délelőtt és délután 15—15 liter oxygenot lélegez be. Általános erőbeli állapota mindinkább hanyatlik, e mellett szellemi képességei is rohamosan gyengülnek. Napközben többnyire részvétlenül fekszik ágyában, míg éjjel nyugtalanul hánykolódik, s erős fejfájásról panaszkodik. Sárgasága intenzívebb, bőrének vizsketése az elviselhetlenségig fokozódott. Időnkint hasesikarás kinozza, többnyire hasmenése van. Február vége felé teljesen beszámíthatatlan állapotba jut, a kérdésekre nem képes értelmes feleletet adni, s a legfontosabb tetteket mivel u. m. a kórterem közepén elkezd vizelni, egereket vél látni s azok után keresgél stb. Éjjelenként valóságos örvöngési rohamai vannak, beteg szomszédait fenyegeti, ütlegeli, az edényeket tőri-zúzza, úgy hogy folytonos felügyeletet igényel. E mellett annyira elgyengült, hogy ha ágyából felkel, csakhamar erőtlenséggel összeesik. Márczius elején az izgatottsági tünetek bromnatrium porokra esökkennek, míg az elme-téngések változatlanok maradnak. Ezen időszak alatt az idegrendszer körében is egyes kóros symptomák merültek fel, u. m. a térd-inreflex alig váltható ki, kifejezett Brach-Romberg tünet észlelhető, járás atactikus jellegű, egyébként ezen irányban a pontos vizsgálatot betegnél az intelligencia teljes hiánya igen megnehezíti; az érzési kör változatlanok tűnik fel. A relative kielégítő étvágy daczára a beteg rendkívül lesoványodott, az arcz ijesztő sápadtságát az icterus sem képes fedni, szemhéjak s bokatajak vizenyösen duzzadtak. Utóbbi időben vizeletét nem gyűjti össze; a vizeletben fehérje s cukor nem mutatható ki, az urobilin reactio élénk. Hőmérsék rendes; pulsus száma 94—98.

Solutio arsenicalis Fowleri márczius 10-dikétől márczius 24-dikéig, s e mellett naponként 1/2 gm. ferrum protoxalatum és 1 gm. chininum sulfuricum porok. Ieterusa esökkenni kezd, bőre erősen korpádzik. Egyéb viszonyok lényegesen nem változtak. Az arsen cseppeket, daczára a csekély mennyiségnek (3-szor napjában 4—6 csepp) rosszul tűri, gyomorémelygés, gyomor- és hasfájdalmak jelentkeznek utána, miért is azok szedését márczius 24-dikén be kellett szüntetni.

Ferrum protoxalatum és chinin porok márczius 24-dikétől április 28-dikáig. Betegnek testi ereje még inkább esökken; az egész napot többnyire soporosus állapotban ágyában tölti. Étvágya bár nincs, rábeszélésre napjában többször vesz magához táplálékot. Ieterusa lassan, de fokozatosan esökken. Tompa hasi fájdalmakat panaszol. Rendes székletét hasmenéssel váltakozik, vizeletét még mindig nem képes gyűjteni. Hőmérséke állandóan rendes, pulsus szám 94—98.

Salol-therapia¹ április 28-dikától. Naponként 5 gm. salolt vesz be, 1 grammos adatokban, a ferrum protoxalatum és chininporok folytatásával. Beteg a salolt igen jól tűri; állapota az első hét végén már feltűnő javulást mutat, intelligentiája csaknem egészen visszatért, jó étvágygal eszik, ereje is kezd megjönni, miért is az ágyat hosszabb időre elhagyja képes. Május 11-dikén erős hasmenés bántja, az alsó végtagok bőre vizenyösen duzzadt, vizeletében kevés fehérje mutatható ki; ennek

¹ A salol adatolásánál azon elvből indultam ki, hogy a bélben jelenlevő abnormis erjedés az anaemia okozója, s ezen erjedési processus ismeretlen előidézői ellen a salolt mint antizymoticumot nyújtottam; hogy pedig a hasonló hatású szerek csoportjából épen a salolt választottam, annak oka az volt, hogy Fraser az anaemia perniciososa egy esetében csontvelő és salol adatolásával gyógyulást ért el. Megjegyzendő, hogy Fraser a csontvelőnek tulajdonította a kedvező hatást, s a salolt azért adatolta, mert az emésztőcsatorna részéről makacs hurut tünetei ú. m. hányás, hasmenés stb. voltak jelen. Egyébként félreértés elkerülése végett ideiglatom Fraser közleményéből az ide vonatkozó részt. „The demonstration of a curative influence by bone-marrow may appear to be somewhat obscured by the introduction of salol into the treatment and a further examination of the therapeutic value of this substance in pernicious anaemia appears indeed to be suggested. The introduction of salol was due to the urgency of the case, requiring that no description of treatment should be neglected in whose favour any theoretic or experimental evidence had been advanced. Since, however, this communication had been made to the intern. med. congress, the patient was treated with only bone-marrow for a period of 27 days, and the improvement was well maintained to the end of this periode. (British Med. Journal, 1894. june 2. Bone-marrow in the treatment of pernicious anaemia, by Thomas R. Fraser.)

következtében a salol szedését pár napon át abban hagyja. Ezalatt az anasarea gyorsan visszafejlődik, a fehérje a vizeletből eltűnik, s bismuth-laudanum porokra a hasmenés is abbamarad. Május 15-dikétől újra megkezdte a salolt. Május 25-dikén már annyira javult erőbeli állapota, hogy minden áron el akarja a klinikát hagyni; a dohányzást nagyon megkivánja, étvágya kitűnő, napközben többnyire talpon van, jóllehet még gyorsan kifárad. Junius 6-dikán minden rábeszélés daczára elhagyja a klinikát, s az eddigi salol-therapia folytatásával, mint ambulans kezel-tetik. Junius 12-dikétől kezdve nem szedi tovább a salolt. Junius 24-dikén azon panaszszal jelentkezik újra a klinikán, hogy alsó végtagjai hosszabb járáskelés vagy munka végzése után megdagadnak s fájdalmasak. Rendelés: napjában 3 gramm salol és ferratin. Azóta kitűnően érzi magát, foglalkozását (vizezházmester), mely süprés, takarítás és egyéb házkörüli teendőkből áll, könnyen végzi, étvágya igen jó. Julius 23-dikán be-szüntetjük a salol és ferratin szedését. Julius 30-dikán egészségi álla-pota változatlanul jó. A mi a physikalisk tüneteket illeti: betegnek ki-nézése bizonyos fáradt arczkifejezéstől, mintegy a kiállott szenvedés nyomától eltekintve, jó, ajkak s látható nyálkahártyák rendes színűek, testi és szellemi ereje a kornak megfelelően normalis; szív és edény-zörejek teljesen eltűntek, a máj nem tapintható, léptompulat a 8-dik bordán kezdődik, a lép alsó széle csak mély belégzésnél tapintható ki. Testsúly növekedés a salol megkezdése óta 13·8 kgm. November 8-dikán erőbeli állapota kitűnő; az elmúlt nyáron napszámos munkával kereste kenyerét, most pedig házmesteri teendőket végez. Igen jól érzi magát. Physikalisk viszonyai normalisak.

A vérregeneratiót feltüntető táblázat.

Datum	Haemoglobín tartalom	Vérfejszty	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Testsúly kilo-grammokban	Therapia
Decz. 4.	43	1040	1 120,000	2600	51	—
" 12.	30	1035	764,000	2200	50·8	—
" 15.	30	1035	756,000	2800	51·2	Ferratin
" 17.	25	1034	916,000	1750	51·4	"
" 19.	30	1034	752,000	1700	52·5	"
" 23.	35	1035	920,000	1300	53·9	"
" 28.	30	1034	600,000	2700	54·2	"
Jan. 2.	35	1035	952,000	3200	53·9	"
" 6.	30	1038	784,000	3900	54·5	"
" 15.	25	1035	720,000	1400	55·4	"
" 24.	25	1036	896,000	2000	55·7	"
Febr. 1.	26	1036	960,000	2800	55·8	Csontvelő
" 8.	28	1034	800,000	2100	56·7	"
" 15.	29	1034	796,000	3300	56·7	"
" 19.	28	1034	768,000	2800	56·7	Oxygenium
" 27.	32	1035	760,000	3200	53·1	"
Márcz. 9.	32	1031	600,000	2600	52	Arsen
" 18.	20	1029·5	536,000	3600	50·1	"
" 24.	20	1031·5	536,000	2600	50·3	Ferrum protoxala-tum és chinin
" 31.	24	1032	764,000	3100	49·4	Ugyanaz
Apr. 28.	25	1031	500,000	2100	46·2	Salol
Máj. 11.	38	1040·5	1,448,000	2500	49	Pausa
" 15.	31	1036	1,080,000	2300	50·2	Salol
" 17.	40	1039	840,000	2500	51	"
" 21.	50	1044	1,320,000	2800	52	"
" 25.	50	1045	1,880,000	3100	52·1	"
" 29.	51	1044	1,720,000	4000	53·5	"
Jun. 2.	50	1046	1,500,000	2300	53·3	"
" 6.	52	1046·5	2,240,000	3700	55·4	"
" 12.	58	1051	2,800,000	3000	—	Pausa
" 24.	52	1048·5	2,880,000	4000	—	Salol
Jul. 2.	61	1053	2,800,000	4000	57·9	"
" 9.	70	1053	4,000,000	3600	—	"
" 15.	72	1053	3,760,000	4600	59·7	"
" 23.	73	1054	4,100,000	4000	—	Pausa
" 30.	80	1055	4,440,000	4200	60	"
Nov. 8.	96	1060·5	4 200,000	7000	—	"

A különböző fehér véresejtek arányát egymás között a betegség lefolyása alatt a következő táblázat tünteti fel:

Datum	A fehér véresejtek száma	Polynuclearis neutrophil	Lymphocyta	Nagy mono-nuclearis és átmeneti alak	Eosino-phil
Decz. 4.	2600	55	21	21·5	2·5
Jan. 24.	2000	50	28	19	3
Márcz. 9.	2600	53	28	17	2
Apr. 28.	2100	52	26	19	3
Máj. 25.	3100	70	19	8	3
Jul. 2.	4000	72	15	11	2
" 15.	4600	63	29	5	3
" 30.	4200	68	21	8	3

A poikilocytosis a vér regenerációval arányosan mindkevésbé volt kifejezett, s a legutóbbi vérvizsgálatok alkalmával a vörös vérszettek nagyságára és alakra nézve a rendestől miben sem különböztek. Megjegyzendőnek tartom még, hogy magvas vörös vérszettek, melyek különben az anaemia súlyos időszakában is csak hosszú kutatás után, elvértve voltak láthatók, az utóbbi időben a beteg vérében egyáltalán nem találtam.

Nem érdeknélküli a beteg anyagforgalmának megváltozása sem a vérregeneratio befolyása alatt.

Datum	Nitrogen	Sulphatok	Vizelet napi mennyisége	Vizelet fajsúlya
Jan. 20.	16.49	2.9	2800	1010
" 25.	13.121	2.77	2300	1011
Febr. 28.	14.2	2.3	1500	1016
Jun. 2.	9.579	1.42	2300	1011
" 3.	6.16	1.2	1100	1016
Jul. 19.	9.877	1.48	1700	1011

Az első 2 adat azon időszakra vonatkozik, midőn a beteg fokozott étvágygyal evett, sőt hizásnak is indult; ekkor valamint a később bekövetkezett lesoványodás stadiumában a kiválasztott nitrogen napi mennyisége rendes volt. A saloltherapia alatt a testsúly 13.8 kgm.-mal növekedett, s ezalatt a kitűnő étvágy és jó táplálkozás dacára a nitrogen kiválasztás jelentékenyen a normalis alá süllyedt, jeléül, hogy a beteg a felvett fehérjének jó részét szervezetének visszatartja, organizálja.

(Folytatása következik.)

Adatok a golyva operatív kezeléséhez.

Közli *Ostermayer Miklós* dr. Budapesten.

(Vége.)

Mi a retroclavicularis golyva gyakoriságát illeti, *Kocher*¹ egyik munkájából megtudhatjuk, hogy 236 golyva eset között 4 retroclavicularis találtatott.

Az atypikusán, tehát a kulcsont mögött elhelyezett golyvák közt is gyakran fordul elő a rákosan vagy tömlősen elfajult. Az utóbbi tapasztalást talán azon körülmény magyarázhatja meg, hogy vérömlenyek a pajzsmirigyben gyakran azáltal jönnek létre, hogy a visszerek a felső szűk mellkasnyílásban összenyomatnak s így könnyen vérkeringési zavarok keletkeznek.

Mi a retroclavicularis golyva helyzetét illeti, ki kell emelnünk, hogy míg ez az edények mögött fekszik, addig a retrosternalis golyva a nagy edények előtt van elhelyeződve. Ha már most a retroclavicularis golyva nagyobbodik, oldalt a mellkasürbe süllyed, hol csupán a tüdőkre gyakorolhat nyomást; ha azonban a retrosternalis golyvának a térfogata növekszik, akkor a szűk felső mellkasnyílásban a manubrium sterni és csigolya oszlop közé szorítva a mögötte levő képleteket, a légesőt, bázsingot, nagy edényeket és idegeket kell hogy nyomja, miből az utóbbinak nagyobb veszélyessége következik.

A szomszédos képletek, szervek között, melyek a retrosternalis és a retroclavicularis golyva által befolyásoltatnak, első sorban a légeső említendő. Míg azonban a retrosternalis golyva a median síkban való fekvésénél fogva a légesőt előlről hátrafelé comprimálja úgy, hogy az összenyomott légeső lumenje harántul fekvő tojásdad alakú, addig a retroclavicularis golyva a nyomást oldalról gyakorolja a légesőre, miáltal a comprimált tracheának lumenje sagittalis síkban fekvő tojásdad alakot nyer úgyannyira, hogy az összenyomott légeső éle érezhetőleg ugrik elő a nyak középvonalában. Ezen tünet bizonyos körülmények közt diagnostikai jelentőséggel is bírhat. Kórodai fontosságú azon körülmény, hogy kiválóan a légesőnek alsó része szokott összenyomva lenni, s néha a jobb vagy a bal bronchus is. Oly esetek is vannak feljegyezve az irodalomban, hol az utóbbi teljesen átjárhatlan volt és a műtét után is olyan maradt, míg más esetekben, melyekben a bronchus

rugalmassága nem ment tönkre, a daganat eltávolítása után a behorpasztott terület ismét kitágult. A bronchus összenyomatás ily eseteiben a tüdő auscultatioja fontos felvilágosítással szolgálhat.

Összenyomatást szenvedhetnek a nagy visszerek törzsei is, a venae anonymae, sőt maga a vena cava is; nem ritkán van a vena subclavia és jugularis is összenyomva. Ha a nevezett edények az átjárhatatlanságig vannak összenyomva vagy talán már obliterálva, akkor idővel collateralis keringés jön létre, minek folytán a fej és nyakból jövő vér részben a venae intercostales, vena azygos és hemiazygos-on át a vena cava superior-ba vezetetik, részben pedig a venae epigastricae sup.-et inferiores útján a vena cava inferiorba ömlik.

Ha ily esetekben a felső végtag visszerei jelentékenyen meg nem duzzadnak, annak oka abban rejlik, hogy a visszeres vér a végtagokból a venae thoracicae longae, vena intercostalis suprema és a vena mammaria interna útján az azygos és hemiazygosba s innét a vena cava inferiorba jut.

Ritka esetekben a retrosternalis és retroclavicularis golyva össze lehet a nagy üteres edényekkel növe. Így pl. *Roser*¹ emlit egy esetet, hol a golyva az aortaívvel és anonymával össze volt tapadva.

A nervi recurrentes és vagi is szenvedhetnek összenyomást retrosternalis és retroclavicularis golyva által, nemkülönben a sympathicus is.

A tüdők összenyomatása is lehetséges. *Wild*² esetében a golyva a pleurával volt összenöve.

A retrosternalis, retroclavicularis és endothoracalis golyvának főtünetét a légesősűkület (tracheostenosis) képezi, mely azonban különféle fokú lehet a golyva fekvése, kiterjedése és mozgékonyasága szerint. Ha az utóbbi nagyon mozgékony és koesányos, akkor nyelésnél a gégevel felszáll a mellürből és belégzésnél eltűnik. Ily mozgékony golyvák nem okoznak feltűnő tüneteket, miért is alig diagnostizálhatók. Ha azonban trachealstenosis van jelen, akkor ez vagy állandó, fixált, rögzített golyvánál és súlyosbodik alváskor és nehéz munkánál, vagy ideiglenes (temporaer), ha a golyva belégzésnél a mellürnyílásban mélyebbre süllyed vagy pedig, mint ezt *Krönlein* az endothoracalis golyvánál észlelte, a mellürből kiemelkedik; ily esetekben azt tapasztaljuk, hogy a fuldoklási rohamokat megszüntethetjük, ha a gégét eltoljuk.

Végül még megemlíthetjük, hogy a retrosternalis és retroclavicularis golyva a sympathikusra való nyomás által szívneurosisokat idézhet elő, rendetlen, gyorsult szív működést és nagyfokú oppressiónak és félelemnek az érzetét. (Ezen az atypikusán elhelyezett golyvákra vonatkozó adatokat *Wölfler*-nek már idézett klasszikus művéből vettem át jelen értekezésembe, mely előbbiben az irodalomban széjjel szórt adatok egy rendszeres egésze összeállítva és kidomborítva, mi által ezen még csak gyéren főleg casuistice megművelt fejezet klinikailag felhasználhatóvá van téve.)

Térjünk most vissza esetünkre. A kórodai vizsgálat mindenekelőtt kiderítette, hogy az incisura sterni felett rendszeren fellelhető bemélyedések el vannak mosódva és pedig egy daganat jelenléte által, mely térfogatának két harmadával a sternum, főleg a clavicula mögött a mellürbe van elsüllyesztve és csupán egy harmadával emelkedik ki a mellürnyílásból. Azonban csak figyelmes vizsgálat, megtekintés mellett voltunk képesek ezen csekély rendellenességet a nyak körvonaláiban észrevenni. Tapintásnál egy kemény állományú és sima dagnak legömbölyített csúcsát éreztük, mely mély belégzésnél a mellkasürbe mélyebbre süllyedt, mialatt a jugulum felett behúzódás támadt és kilégzésnél a mellkasnyílásban megjelent. A sternum és clavicula mögé vezetett ujjakkal képesek voltunk a fölötte mozgékony dagot teljességében intrathoracalis fekhelyéből kiemelni, eleresztve visszaesüszott a mellkasba. A tojásdad alakú daganat a trachea bal oldalán feküdt, ezt tehát a középvonalból jobbra átterelte. Hogy tehát ez esetben csupán egyoldali golyvával volt dolgunk, az tisztán állott előttünk,

¹ Die Exstirpation substernaler Kröpfe. *Langenbeck's Arch. f. Chir.* XXIII.

² Beiträge zur Exstirpation von Struma. Inaug. - Dissert. München, 1880.

¹ *Langenbeck's Archiv* XXIX. köt.

nagyfokú mozgékonyasága pedig sikeres eredményt helyezett műtét esetén kilátásba, miért is a dag kiirtásához fogtunk. A műtét lelet bebizonyította, hogy a tömlősen elfajult bal pajzsmirigylebenynyel volt dolgunk. Hogy a dag az egész bal lebeny teljességében volt és nem lefűződött (abgeschnürt) degenerált részei annak vagy mellékpajzsmirigyek, a mellett szólt azon körülmény, hogy a hosszúra nyult felső pajzsmirigyedények a dag felső csúcsába ereszkedtek és az alsó csúcson talált edények megint, habár szűkebb kaliberűek is voltak, mégis az alsó pajzsmirigy-edényeknek feleltek meg, számuk és helyzetüknél fogva. Rendellenes volt az, hogy az isthmus hiányzott, a mennyiben a dagnak a pajzsmirigy jobb oldali lebenyével való szokásos összeköttetése feltalálható nem volt. Ezen alaki rendellenesség ismeretes és semmi különös nem képez. A legmeglepőbb volt kétségkívül a struma nagyfokú mozgékonyasága és mély, mellürbeni elhelyeződése. A mély fekvés úgy magyarázható a legegyszerűbben, ha felvesszük, hogy a bal pajzsmirigylebeny már a priori, tehát általában véve mélyebben feküdt a rendesnél, mi, mint már említettük, nem ritkán fordul elő. Már most akkor, midőn a bal lebeny a tömlős elfajulás folytán gyermekfej nagyságra nőtt, minden irányban növekedett s mivel a felső mellkasnyílásban mélyen feküdt, tehát lefelé is kellett nőnie, ámbar térszűke miatt kevésbé mint a nyakon, hol szabad tér volt. A golyva nagyobbodásával annak buroka — a külső golyvatok (äussere Kropfkapsel) — is tágult, köbtartalma növekedett és feszülése emelkedett. Már most akkor, midőn a golyva a gyermekfej nagyságot elérte, nem bírhatott semmiféle vagy csak igen csekély fokú mozgékonyasággal és pedig azon okból, mivel szűk térben, a felső mellkasnyílásban volt elhelyezve és a légzési nehélyek állandóak voltak, mi kétségkívül a mellett szól, hogy mozgathatóság hiányzott, mert ha ez fennállott volna, a golyvás daganat kitérhetett volna a mellkasnyílásból, minek következtében a légesőre való nyomás és így a légzési nehélyek is mint ennek következményei megszüntek volna, legalább bizonyos időre.

Midőn a punctio- és jodinjectio után a tömlő férfőköl-nagyságra összezsugorodott, a daganatnak mellürbeni fekhelye a golyva azon része számára, mely benne feküdt akkor, midőn a legnagyobb térfogatot elérte, most a megkisebbedett dag számára nagy lett, minek következtében ennek nagyobb tömegét rejthette magába és annak fekvése is mélyebb lett. A külső golyvatok is relative nagyobb lett a tömlő megkisebbedése után és mivel daczára a jodinjectio után beállott és hosszantartó lobos folyamatoknak feszesebb összenövésnek nem keletkeztek közte és a tömlő külső felülete közt, a megkisebbedett dag mint egy tág zsákban ide-oda vándorolhatott, egyszóval a már jelzett magasfokú mozgékonyaságra szert tehetett.

A dag balra feküdt a légesőtől, ezt tehát jelentékenyen jobb oldalra eltolta a középvonalból. A légzési nehélyek, melyek utóbbi időben csak időnként, nehezebb munkánál vagy éjjel álomban mely inspiratiónál léptek fel, a légesőre való oldalnyomás következtében támadtak és pedig akkor, midőn a golyvadag mély belégzésnél mélyebbre süllyedt s így erősebb nyomást gyakorolhatott a korlátolt térben a légesőre.

Megemlítésre méltó különben a kiirtott dag bonctani magatartása. Az átmetszeten látni való volt, hogy az egész dag kizárólag egy tömlőből állott, melynek fala legalább is $1\frac{1}{2}$ cm. vastagságú kemény és rostos volt. Az üreg, melyet körülfogott, tojásdad volt, megtöltve fekete-barna, a falakon erősen tapadó, helyenkint diónagyságra összetömörült vér-alvadékkal. Mirigygyurmát csupán a dag felső csúcsán találtunk igen vékony rétegben; ugyanezen helyen egy diónagyságú tömlő is ült, mely a fő tömlő üregével közlekedett és szintén régi vér-alvadékkal volt töltve. Azon dagrészet, mely a tömlőt a légesőhöz rögzítette, s mely mint kocsány köttetett le, szintén mirigygyurmából állott.

Mi a negyedik esetet illeti, mely szintén retroclavicularisan fekvő tömlővel rendelkezett a bal lebeny alsó felében, az főleg operatív tekintetben kiemelendő, a mennyiben az adenomás göbök oly módon távolítottak el a pajzsmirigyből, mely eddig még használatban nem volt, tehát új és ismeretlen és czél-

szerűségénél fogva számos esetben az eddig a göbös részletek eltávolításánál divó kifejtési methodust (Enucleationsmethode) bizonyos esetekben a legjobb eredménnyel helyettesíteni képes. Az eljárás előnyössége abban áll, hogy teljesen vértelen módon vagyunk képesek a kórosan elváltozott mirigy-részleteket a mirigygyurmából eltávolítani, a mi az enucleatióra nézve legkevesebbé sem áll, a mennyiben utóbbinál gyakran erős, a sebésznek sok dolgot adó vérzések szoktak a mirigygyurmából fellépni, melyek a műtétet körülményesebbé, fárasztóbbá s könnyen veszélyessé is tehetik.

Ezen általam jelen esetben gyakorolt eljárás azonban csak ott lehetséges, hol peripherikusan felületesen fekvő, kellő kikészítés után eléggé előhuzható göbösen degenerált mirigy-részletek vannak jelen, melyek a megfelelő kikészítés után élükre hajlott, erős pince haemostatique-okkal lecsipetnek, a pince erős összenyomása által támadt barázdában az ép mirigygyurma által képzett kocsány szélessége, vastagsága szerint 2—3 részletben lekötöttek és egy legalább 1 cm. hosszúságú esonk hátrahagyásával lementszettek. Ezen műtét módján kiinduló pontját képezi a *Mikulicz* által 1885-ben a „Centralblatt für Chirurgie“ 51. számában 889. l. közölt golyva-resectio, mely azonban általa ép úgy, mint egy tanítványa *Trzebieciky* által csupán az egész pajzsmirigylebenyek totalis esonkolására, eltávolítására használtatott.

Ezen *Mikulicz* által feltalált módszer előnyei a következők: a total-exstirpatio után oly gyakran fellépő cachexia strumiprivát és a többi következményes állapotot kikerüljük, továbbá elkerüljük egyszersmind az exstirpatiónál oly könnyen lehetővé tett igen veszélyes recurrens sérülést. Ezen *Mikulicz* által hangsúlyozott előnyöknek kiemelése egészen jogos, a mennyiben a nervus recurrenst fedő körülbelül gesztenye nagyságú mirigy-részletnek meghagyása mindkét veszélyt elhárítani képes, mint azt *Mikulicz* és *Trzebieciky* operált esetei bizonyítják.

Mikulicz eljárása röviden abban áll, hogy egy hossz-metszéssel a sternocleidomastoideus elülső szélén vagy a középvonalban hozzáférközünk a pajzsmirigy elfajult lebenyéhez, ezt a szokásos módon tompán kikészítjük és a kisebb vérző edényeket alakötjük. Typikusan alakötjük a lebeny felső pajzsmirigy-edényeit és lent a felületes, az alsó csúcsához vonuló edényeket. Az isthmust két tömeges alakötés közt (Massenligatur) — miután a gyűrűporezról és légesőről tompán leválasztottuk — kettémetszünk. Ezután rövid ollócsapásokkal a lebenyt leválasztjuk a légeső elülső illetve oldalsó faláról, de óvakodunk hátrább jutni, nehogy az itt elrejtett nervus recurrenst megsértsük. Végre az egész golyva a légeső és bázis közti szögletben, mintegy széles kocsányon lóg, adhaerál azon a helyen, hol a recurrens és az art. thy. inf. el van fedve. A mirigy ezen tapadó részével úgy bánunk, mint egy ovarialis tömlő rövid, vastag kocsányával.

Míg most egy segéd ujjával a hilusba lépő edényeket comprimálja, tompa ollóval több részre hasítjuk, metszünk a kocsányt és minden egyes részletét külön pince-be fogjuk és az utóbbi által szorított barázdában catguttal lekötjük. A szomszédos részek közti sebzigókból jövő vérzést aláöltésekkel csillapítjuk.

Mikulicz eljárását második esetünkben, hol a jobb adenomatósusan elfajult lebenyt resecáltam, azon módosítással használtam, hogy nem szeltem a kocsányt, jobban mondva az eltávolítandó lebenyt több részletre, hanem miután a lebenyt a fent említett módon felszabadítottam, két hosszú, élére hajlított pince-szel az ép gyurmában in toto lefogtam és az előbbiektől által szorított barázdában két részletben selyemmel lekötöttem és kellő esonk hátrahagyása mellett lementsztem. Ezen módosítás előnyössége abban áll, hogy elkerüljük azon vérző sebzigókat, melyeket a kocsánynak több részre való szelése által producálunk, s melyek tetemes utóvérzésre szolgáltatnának alkalmat, miért is ezt kikertendő, *Mikulicz* a már említett aláöltéseket ajánlja.

A jelen esetben, a hol a majdnem tyúktójánagyságú cysta a bal lebeny alsó végében volt és a többszörös esomók az isthmusban és a jobb lebeny alsó felében tulajdonképen az enucleatióra alkalmasaknak ajánlkoztak, a már említett módon úgy végeztem a műtétet, hogy a pajzsmirigy göbös részeit a környe-

zettől felszabadítottam, izoláltam, a szomszédos ép mirigy részlettel együtt jól előrehúztam, élére görbített pince-szel lecsiptem és a barázdában két részletben lekötve, a degenerált részletet eltávolítottam. Ily módon sikerült a tömlőt épségben s a nélkül eltávolítanom, hogy az ép mirigygyurmából, mint a praeparatum mutatta, elvettem volna valamit.

Azon körülmény tehát, hogy én a Mikulicz által csupán egész pajzsmirigylebenyek eltávolítására ajánlott csonkolási methodust a pajzsmirigy egyes elfajult részletei eltávolítására is kiterjesztettem, a körülményesebb és gyakran igen véres enucleatio helyett, az említett eljárásnál haladásnak tekinthető és ezélszerűségénél fogva a megfelelő esetekben melegen ajánlható.

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

A subcután táplálásról.

Donogány Zakariás és Hasenfeld Artur dr.-októl.

(Vége.)

B) Tápláló olaj-injectiók, betegeken alkalmazva.

Dolgozatunk első részletéből határozottan kiviláglott az, hogy az összes tápanyagok közül az olaj szívódott fel a leg-tökéletesebben és úgyszólván minden kellemetlen mellékhatás nélkül. Megengedhetőnek tartottuk tehát, hogy ez irányban betegeken kísérletezzünk. Egy körülménnyel azonban számolnunk kellett: ugyanis általánosan ismeretes, hogy a zsirnak a nedvkeringésbe való bejutásakor szívódásakor bizonyos körülmények között zsiremboliák jöhetnek létre. Így pl. osteomyelitis acutánál vagy csonttörések alkalmával a szétroncsolt edénykéken keresztül a vérkeringésbe nagyobb mennyiségű zsír juthat be és ilyenkor az a tüdőben emboliát okozhat. Azonban ha a zsirt subcután visszük be a szervezetbe, nincs okunk feltenni azt, hogy a felszívódás nem a nyiroksejtek közvetítésével a nyirkedény rendszeren át, hanem a véredényeken keresztül történik; tehát az egyes nyiroksejtekben oly finoman eloszolva jut a ductus thoracikuson keresztül a vérkeringésbe, hogy emboliát nem okozhat. Továbbá nincs kizárva az sem, hogy a zsír egy része már a szövetelemek között oxydálódik. Ezért az olaj-injectiók alkalmazását ezen szempontból nem tartottuk veszélyesnek; óvatosságból azonban az injectiókat minden esetben kis dosissal kezdtük.

A kísérleti eljárást illetőleg a legszigorúbb sterilizálást tartottuk szükségesnek a befecskezendő olajat olajfürdőben 210°-ra felmelegítve sterilizáltuk. Az injectiókra legalkalmasabb anyagul az *ol. olivarum* kinálkozott, mivel állatkísérleteink egy esetében az *ol. jecoris aselli* valószínűleg valamely izgató alkotó részénél fogva fájdalmas lobos reactiót okozott. Az injectiókat szét-szedhető, tehát jól sterilizálható 10 kem. tartalmú fecskendővel végeztük. Az injectiót megelőzőleg a megfelelő bőrterületet szappan, alkohol és sublimattal tisztítottuk meg. A befecskeendések helyétől különösen a végtagokat és a has bőrét használtuk, a hol a bőr könnyen nagyobb ráncokba szedhető, hogy így az olaj a bőr alatti kötőszövetben könnyebben szétterülve, fájdalom nélkül gyorsabban szívódjék fel. Kis injectiók is rendkívül fájdalmasak ugyanis, ha azok a bőr egyes rétegei közé adnak vagy oly helyre, a hol a bőr feszessége nehezen engedi meg az injiciált anyagnak a bőr alatti kötőszövetben való elterülését.

A dolog természetéből folyik, hogy csak ritka esetekben volt alkalmunk olaj-injectiókat adni. Eddig mindössze 4 betegnek, összesen 44 injectiót adtunk. A legkisebb adag 10 gm., a legnagyobb 50 gm. volt.

Első esetünk egy carcinoma ventriculi-ban szenvedő 51 éves férfibeteg volt. Csak két olaj-injectiót kapott; első ízben 10; másodszor 20 köbcentimetert; mindkét injectio nyom nélkül felszívódott.

Második eset: H. A., 18 éves nő. Kórisme: Hysteria. A kórelőzményből a következőket említjük. Beteg még sohasem menstruált. Két és fél év óta beteg; akkor vagyis 1893-ban a végtagok és az állkapocs merevségével és eszméletlenséggel járó hysteriás roham lepte meg, a roham alatt szájából nagy mennyiségű élénk vörös habzó vér folyt. Azóta hasonló, vérzés-

sel kapcsolatos merevgörcei hetenként, az utóbbi időben majdnem naponként ismétlődnek. Néha görcs nélkül is volt vérzése; a vér azonban mindig köhögés nélkül ürült szájából. Jelen állapotában 1895. június 17-dikén a mellkas és hasi szervekben eltérés nincsen. A látóélesség csökkent, szemhéjait időnként nem képes teljesen felemelni. Nagyfokú concentrikus látótér szűkület. A hallás gyengült; az ízérés időnként tompult. Az alsó végtagok és a has bőre a köldökig érzéketlen, azonkívül anaesthesia foltokban a felső végtagokon és a mellkason. Rohammentes időben a mozgási sphaerában eltérés nincsen. Reflexek fokozottak. Testsúly felvételkor: 48.5 kgm. A klinikán június 17-dikétől július 10-dikéig alig egy-két nap kivételével naponta többször is merevgörcebe esett, a görcs néhány óráig tartott és rendszeren habos vér is ömlött szájából. Ezen idő alatt valeriana-főzettel s hideg zuhanynyal gyógyítottuk, azonkívül a rendes suggestiv therapiában is részesült. A görcsmentes időben teljesen jól érezte magát, étvágya jó. Július 10-dikén testsúlya 45.3 kgm.

Az első befecskeendést július 11-dikén kapta, az ezutáni kórlefolys a következő táblázatból látható:

Nap	A befecske- dezt olaj mennyisége cm ³ -ben	Testsúly	Megjegyzés
Jul. 11.	15	45.30	—
" 12.	20	45.30	Csekély vérköpés.
" 13.	25	45.80	Kisebb fokú merev görcs és vérköpés.
" 14.	35	46.0	—
" 15.	30	46.30	—
" 16.	—	46.20	—
" 17.	30	46.50	Kisfokú merev görcs.
" 18.	—	46.70	—
" 19.	30	47.10	—
" 20.	—	47.30	—
" 21.	45	47.70	—
" 22.	—	48.10	Bosszúság érte, erős merev görcs, sok vért köpött.
" 23.	—	47.0	—
" 24.	—	46.80	—
" 25.	35	47.40	Csekély vérköpés.
" 26.	—	48.20	—
" 27.	35	48.50	—
" 28.	—	48.50	—
" 29.	—	48.80	—
" 30.	30	49.0	—
" 31.	—	49.20	Kevés vért köpött.
Aug. 1.	35	49.50	Éjjel merev görcs.
" 2.	—	49.10	—
" 3.	35	49.50	—
" 4.	30	49.70	—
" 5.	30	49.80	—
" 6.	—	49.90	—
" 7.	35	50.15	—
" 8.	—	49.25	Beteg társaival összevezett. Órákig tartó merev görcs, vérköpés.
" 9.	—	49.60	—
" 10.	35	49.75	—
" 11.	—	50.35	—
" 12.	40	50.40	—
" 13.	35	51.0	—
" 14.	35	51.35	Merev görcs, vérköpés.
" 15.	—	51.0	—
" 16.	35	51.25	—
" 17.	25	51.85	—
" 18.	—	51.80	—
" 19.	30	52.40	Csekély vérköpés.
" 20.	—	52.10	—
" 21.	50	52.75	—
" 22.	—	52.75	Vért köpött.
" 23.	30	52.30	—
" 24.	—	51.95	—
" 25.	30	51.90	—
" 26.	—	52.0	Merev görcs, vérköpés.
" 27.	—	52.10	—
" 28.	30	52.20	—
" 29.	—	52.70	—
" 30.	—	52.70	—
" 31.	40	52.90	—
Szept. 1.	—	52.80	—
" 2.	40	53.20	—
" 3.	—	53.90	—
" 4.	—	54.0	—

A táblázat szerint a beteg testsúlya a 29 injectio alatt összesen 45.3 kgm.-ról 54 kgm.-ra emelkedett, vagyis összesen 8.7 kgm.-mal szaporodott. Az első injectio után kezdődött a javulás, a görcsök és vérköpés mindinkább ritkábbak lettek és 10 nap óta nem jelentkeztek; míg azelőtt 1—2 napnál hosszabb szünetet nem észleltünk. Az anaesthesiás területek még alig változtak. Látjuk tehát, hogy ez esetben az olaj-injectio kedvezően befolyásolta az esetet, a javulás részint a suggestiv hatásnak, részben valószínűleg az olaj-injectiók tápláló hatásának tudható be.

Harmadik eset. B. E., 21 éves. Kórisme: Phthisis pulmonum, előrehaladt stadiumban. Magas intermittáló lázak. Beteg testsúlya felvétele alkalmával 1895. június 19-dikén 56 kgm. A testsúly ingadozásokat az injectiók előtt a következő adatok világítják meg.

Nap	Testsúly
július 2.	55 kgm.
" 5.	53.80 "
" 8.	53.60 "
" 11.	53.10 "
" 14.	52.60 "
" 17.	52.80 "
" 20.	52.50 "
" 23.	52.10 "
" 26.	52.0 "
" 29.	52.20 "
augusztus 1.	51.25 "
" 5.	50.0 "
" 10.	49.60 "
" 14.	48.90 "

A lefolyt idő alatt a betegnek naponta az esti órákban 39° C. fölé emelkedő intermittáló láza volt. Sokszor hányt. A fent jelzett idő alatt azaz július 2-dikától augusztus 15-dikéig összesen 6.1 kgm.-ot fogyott, mely súlyvesztéséből egy napra 146 gramm esik. Augusztus 15-dikén kapta az első olaj-injectiót. A testsúly ingadozások azóta a következők voltak:

Nap	A befecskendezett olaj mennyisége	Testsúly
augusztus 15.	20 gm.	48.9
" 16.	—	49.4
" 17.	20 "	49.8
" 18.	20 "	50.3
" 19.	—	50.2
" 20.	20 "	50.0
" 21.	—	50.10
" 22.	25 "	50.10
" 23.	—	49.20
" 24.	—	49.55
" 25.	25 "	49.50
" 26.	—	49.0
" 27.	27 "	48.30
" 28.	—	48.50
" 29.	—	48.50
" 30.	30 "	48.50
" 31.	—	48.80
szeptember 1.	30 "	48.80
" 2.	—	49.30
" 3.	30 "	48.50
" 4.	—	48.40

Ezen utóbbi adatokból kitűnik, hogy a testsúly fogyása kevésbé rohamos volt az injectiók alatt, mint az injectiók előtt. Az egyén testsúlya 21 nap alatt csak 500 gm.-mal kevesbbedett, ebből pedig 1 napra 23.8 gm. jut. Az általános állapot e második időszak alatt kedvezően nem változott (láz, hasmenés, köhögés, étvágy stb.), sőt a physicalis tünetek a bántalom folytonos előrehaladására mutattak.

Még egy negyedik esetben is adtunk egy igen előrehaladott állapotban levő tüdővésztes betegnek olaj-injectiókat (3 ízben 20—20 gm.-ot), de egyéb körülmények, függetlenül az injectióktól, azok folytatását megakadályozták.

A klinikai betegeknek adott 43 olaj-injectio alapján mondhatjuk, hogy azok alkalmazása sem helybeli sem általános kellemetlen tüneteket nem okoz, az injectiókat követő könnyen tűrhető fájdalomtól eltekintve. Az olaj teljes felszívódása minden esetben néhány óra alatt bekövetkezett. Mivel két esetünkben azt is láttuk, hogy az injectiók a testsúly ingadozására

kedvező befolyást gyakoroltak, azok alkalmazása több esetben megkísérthető. Így nézettünk szerint megkísérlelendők a tápláló olaj-injectiók minden oly esetben, a hol a szervezet általános táplálkozását javítanunk kell, de ezt a gyomor és bélhuzam útján csak hiányosan eszközölhetnők.

Különösen jogosultnak véljük kezdődő phthisis eseteiben, a hol a szervezet ú. n. „túltáplálása“ újabban ismét számos oldalról ajánlva lesz, azonban a betegséggel oly gyakran együtt járó emésztési zavarok miatt a gyomor útján el nem érhető.

Kísérleteinket főleg ez irányban fogjuk folytatni.

Különös köszönetünket kell ez alkalommal nyilvánítanunk tisztelt főnökünknek és Jendrassik tanár úrnak, kik dolgozatunkban tanácsaikkal támogatni szivesek voltak.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Az aorta felhágó és ívi részletének eléktelenítő behártya lobjával kapcsolatos szívburkon belüli s abba szakadó ütértágulat.

A felhágó főér (aorta ascendens) általános tágulata leggyakrabban lép fel mint éktelenítő behártyalob következménye, a midőn a mindinkább merevedő és ruganyosságát veszítő aorta falzat a vérnyomásnak engedve, kénytelen a rendesnél nagyobb mértékben kitérni s lehetséges, hogy az amúgy is tágult ütérnek a kórfolyamat által jobban ért egyik vagy másik helyén ily módon körülírt tágulat képződik, tehát az elsődleges kóros változás másodlagos változást tételez fel. Ezen utóbbi — úgy iratik le a legtöbb szerző által — mindig ott székel, hol az azt eredményező atheromatikus folyamat leginkább előre haladott, hol félig-meddig az egész falzat vastagsága vonatott a kórfolyamatba. De kivételesen lehetnek oly esetek, hol az aránylag kevésbé bántalmazott helyek adnak okot a kórfolyamatot befejező szövődményeknek fellépésére.

A körülírt valódi aneurysmánál a kezdeti időszakban az ütérfalzat mindhárom rétege megkülönböztethető, csak annak továbbfejlődése, azaz tágulata eredményezi azután, hogy a legkevesebb ellentállással bíró középréteg lassan vékonyodik, majd egészen eltűnik és a falzatot az adventitia és a beteg behártya képezi. Beteg azért, mert akár elhájosodás oka a kórfolyamatnak, akár pedig atherosis, zsíros szétesés és ezert tályog- vagy fekélyképződés — az alap, melyen ez fejlődik, mindig az intima szövete, mely legalkalmasabb lerakódási hely a lobot előidéző terményekre, mivel beedényezése az izomréteghez, de főképen az adventitiához képest nagyon hiányos. A hiányos beedényezés rendes körülmények között kielégítő, ha azonban kórt nemző agens rakódik le, akkor ez nyilván lobot fog előidézni és ekkor kezdődik a kórfolyamat makroszkopikus képe, a melyet követve, a kisebb-nagyobb, néha igen kiterjedt, néha felületes, máskor a mélyebb rétegeket elfoglaló sejthalmazok elfajulását látjuk, azaz felületes fekélyt, tályogot vagy az utóbbit borító felületes intima rétegek roncsolása után mélyebb öblöt. Ez utóbbi bir fontossággal a kis helyről kiinduló aneurysmák képződésénél.

A leirandó és tanulságos esetben ez utóbbi körülmény, t. i. kis öbölképződés adott okot arra, hogy az aneurysma verum aort. ascend. mellett ál-aneurysma is képződött. A vér-áram kivájja az öblös fekélyt, melynek alapja amúgy is törmelékes, a talán már elváltozott mediát lassan áttöri, míg nem az adventitia alá kerül, ez engedékeny lévén, kitér a nyomás elől, zsákszerű kitöremkedést képez s előáll az aneurysma.

De ép úgy a hogyan a lobos termény által sclerotizált intima mélyebb rétegeiben hájas elfajulást szenvedhet, úgy egy másik regressiv folyamat is található ott, t. i. elmeszesedés.

A fentebb elmondottak ide is vonatkoztathatók. A mészlemezek nemcsak az intima rétegeiben találhatók, hanem be-nyulhatnak a media azaz izomrétegbe, néhol finom szálakat küldve annak rostjai közé, úgy szólván passiv ellentálló képességét segítve elő. A hol ugyanis nagyfokú elmeszesedés következett be, ott az edényfalzatot átfűrő folyamat ki van zárva

Mennyire haladhat egymás mellett ezen két különféle eredményt feltüntető folyamat, a következő eset eléggé megvilágíthatja.

Egy 64 éves nő, ki hosszabb idő óta panaszkodott csekély szívűtői fájdalmakról, munkaközben összerogyott és meghalt.

Felbontásnál a következőket találtam: a szívburok igen tágult, feszesen megtelt laza véralvadékkal, a szív nagyobb, a szívburok visceralis lemeze alatt, főképen a szív edényei mentén dús hájszövet, úgyszintén az auriculák táján és a főér alapját körülvevőleg. A jobb szív tágabb, izomzata alig mutat nagyobb átmérőt a rendesnél, szakadékos, a bal szív erősen nagyobbodott, izomzata vastag, tömött, az endocardium helyenként vastagodott, sűrű-kefe foltokat mutat; a két-hegyű billentyűn nincs elváltozás, az aortabillentyűk vastagságukban nem egyenletesek, oda rögzítési helyük merev, tömött, ugyanilyenek — de kevésbé kifejezetten — a billentyűk szabad szélei is; a záródás nem tökéletes. A főér felhágó ívi és lehágó részletének kezdeti szakasza az endarteritis chronica deformans élénk képét mutatja.

A főér duzzanata aránylag legkevésbé mutatja a meszesedést, feljebb haladva az ív felé, mindinkább feltűnik az endarteritis, kezdeti stadiumától kezdve a végső időszakig vagyis a mészlemezek lerakódásáig. A sima, makroszkopice még ép helyekben itt-ott lenesényi, fényüket vesztett érdes, néhol körülírt, detritussal fedett helyek láthatók, másutt az ép színű behártyán kiterjedt rózsaszínű kidomborodó foltocskák, melyek leemelhetők, de alapjuknak megfelelőleg legtöbbször érdes területet hagynak hátra, ismét másutt a halvány belső hártya az ez alatt vagy abban képződött kemény mészrögök vagy lemezek által felemelt, az említett detritussal fedett helyek átmennek különféle öblös körvonalokat mutató, kisebb-nagyobb, helyenként csupaszított mészlemezekbe, melyek néha áttetszők, sárgások, fehérek és majd rózsaszínű kocsonyás helyeket mutatnak, elváltozott belső hártya maradványok. A mészlemezek hol könnyen kifejthetők, hol mélyebbre az izomrétegbe hatolnak; az ívi részlet már majdnem tökéletesen ilyen lemezekkel kibélelt, belső felülete nagyon egyenetlen, e miatt ürtere nagyobb a rendesnél, majdnem egészen merev hengerhez hasonlít.

A kiterjedt kórfolyamat az aorta duzzanat azon részletét, mely megfelel a bal szívűtér szájadéki tájnak, legkevésbé bántalmazta és főképen csak itt-ott elszórt sárgás vagy fehér belső hártya vastagodásokat mutat, több ilyen lenesényi keményebb belső hártya vastagodás közepette az említett útér nyílásától 3 cm.-nyire felfelé egyenes irányban folytonossághiány találtatik, mely hosszúság, ferde alakot tüntet fel, sima szélű, áttörő az aortafal egész vastagságát és azon át körülbelül diónyi szakba vezet, a *szívburokbéli alúter tágulatba*; az említett ferde hasadáskörű folytonosság szélei simák, azért, mert az intima kifelé türemkedett és egy darabig még az izomréteg által kísértetik úgy, hogy az az intimával egyetemben az áttörés után úgyszólván töleszerűleg vissza fekszik a főér falzatára. A dissecans aneurysma tulajdonképi burka, miután az említett két réteg hamar megszűnt, a szívburok zsigeri lemezének azon részlete által képezetik, mely még az aorta kezdetét fedi, domborulatának meglehetősen részlete a szívburok másik, azaz fali lemezével nőtt össze erősen, úgy hogy szakítás által lehetne a kettőt elválasztani. Ezen régi összenövési helyen alul lenesényi, vékony, czafatos szélű szakadási hely, az aneurysma majdnem megtelve régi, fakószínű alvadékkal, falzata szíviós vastag, kivéve a szakadási helyen. A szakadás csakis a falzat e helyen való vékonysága által van feltételezve és nem az esetleg gondolható s az intimából átvitt fekélyedés által, a mint ez gyakran megtörténik.

Esetünket tekintve, tisztán látjuk az atheromatikus folyamatnak progressiv, elfajulási és regressiv stadiumát, az ez által a szíven és főeren történt eróművi változásokkal, de főképen látjuk az aortán ál-aneurysma azon ritka esetét, hol az a *szívburokon belül képződik* és az abba való áttörés által feltételezi a szív összenyomatását, működésének felfüggesztését.

Az útér belső hártjának lobja kezdetét vette az ívi és azzal határos felhágó főér részletben, itt található ugyanis a

meszesedés legkiterjedtebben, tehát azt lehet mondani, hogy a bántalom már részben lefolyt. Miután ezen részlet már régebben elveszté ruganyosságát, ha nem is nagyobb mértékben, kénytelen volt kitágulni. De mivel már most az ilyen merev, egyenetlen, göröngyös felületű részlet akadályképen viseltetik a véráram irányában, nyilvánvaló, hogy annyival inkább fog tágulni a még nem oly annyira, de már szintén a sclerosis képét mutató duzzanati részlet. Ezen részlet egyik helyén van egy kis, inkább a mélybe, mint kiterjedésbe ható atherosclerosis abscessus, mely a vér áram felé csak gyengén védetik még az intima legfelsőbb rétege által, de mint akadály szétroncsoltatik vagy esetleg szétesik, a vérnyomás nagyobb lévén a rendesnél, a véráram annyival inkább fogja a kis öblöt mélyíteni és miután részben a muscularis-ig hatol, vagy annak állományába, azt mechanice maga előtt tolja, repeszi és a vér az adventitia alá, s ott egyenesen a szívburok zsigeri lemeze alá nyomul. Nem szükséges, hogy az eredeti repedés a mellett nagyobbodjék, jelen esetben már azért sem, mivel az intima kitüremkedése által simán tartja a széleket, de a vér a szívburok alatt keres magának helyet, a laza kötőszövetben elterjed. Ez a jelen esetben nem történt és nem is történhetett, mert a szívburok részéről mihamarább fellépett a visszahatás, az áttörési helyen vastagodott, oda rögzült erősen, oda vagy is inkább összenőtt az aorta közép rétegéhez, de tágult a nyílással szemben fekvő részlete és tágulása mellett megvastagodott egy bizonyos határig, kúpjával érintkezve a szívburok fali lemezével, azzal összenőtt, úgy hogy ezen helyen új támaszt kapva, repedés nem jelentkezhetett, azt lehet mondani, védte magát az összenövés által a zsigeri szívburok lemez a folyamat ellen, de az aneurysma spurium dissecans aortae egész kiterjedésében nem tudott összenőni. Így keletkezett a legnagyobb domborulata alatt a vékonyodott kis részlet, a hol ámbár a véralvadék is feltartja egyideig a vér lökését, mégis kénytelen volt átszakadni, úgy hogy a véráram most szabadon ömölve a szívburok ürterébe, a szív működése szív összenyomatás által felfüggesztetvé, bekövetkezett a gyors halálos kimenetel. *Alexander Béla dr.*

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1895. november 18-dikán.)

Elnök: **Hollán Ernő**; titkár: **König Gyula**.

Orvosi érdekű tárgyak voltak:

1. **Mihálikovics Géza** rendes tag „Az anatómiai műnevek (nomina anatomica) reformálásáról“ értekezett. (L. lapunk tárczarovatát.)

2. **Högyes Endre** rendes tag bemutatja Székely Ágoston „Vizsgálatok a vér ú. n. bacteriumölő képességéről“ című dolgozatát.

Az utolsó éveknek egyik nagyon sokat vitatott kérdése az, vajjon a vér gyakorol-e ölü hatást a bacteriumokra? Az bizonyos, hogy az állati szervezetből kibocsátott vérben a belé tett bacteriumok száma fogy. Hogy azonban ezen fogyást a vérnek bacteriumölő hatása okozza-e — a mint azt a kérdéssel foglalkozó szerzők túlnyomó többsége állítja —, az még mindig vitás, eldöntetlen kérdés volt.

Szerző vizsgálati oly eredményekre vezettek, melyek határozottan a mellett szólnak, hogy a vérnek nincsen bacteriumölő hatása, és hogy a bacteriumoknak számbeli csökkenése a vérben egyszerűen hirtelen talajváltozáson alapszik. A főbb kísérleti eredmények a következők:

1. *A vérbe tett és tönkrement bacteriumok száma között olynemű összefüggés mutatható ki, hogy sok bacteriumból több, kevés bacteriumból kevesebb bacterium pusztul el.* Könnyebb megérthetés okáért álljon itt a következő kísérlet:

Defibrinált vér három egyenlő részre lesz osztva, és e három rész mindegyike különböző számú ugyanazon tenyésztőből vett bacteriummal fertőztetik. Az első részletben eredetileg volt 134 bacteriumból körülbelül 3 óra alatt 126 pusztult el, a második részletben volt 200 bacterium közül 181, a harmadikban volt 397 közül pedig 361 ment tönkre; az el nem pusztult bacteriumok azután szaporodásnak indultak. Ha tehát a harmadik részletben levő vér 361 bacteriumot tudott megölni, miért nem ölte meg az első és a második részletben volt összes bacteriumokat? Hasonló kísérlet több ízben végeztet szerző, mindig ugyanazon eredménnyel.

2. *Az olyan vérben, melyben a bacteriumok már elszaporodtak, a melyben tehát a supponált bacteriumölő anyag már elfogyott, megszürés után elég tetemesen csökken az újból belé tett bacteriumok száma.* Ezen irányban végeztet öt kísérlet mindig azonos eredményt adott.

3. *Ha a talajváltozást elkerüli az ember, vagyis ugyanazon vérben nőtt bacteriumokat tesz a vérbe, akkor számbeli csökkenés nem észlelhető.*

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXI. rendes ülés 1895. november 16-dikán.)

Elnök: Kéti Károly; jegyző: Imrédy Béla.

A) Bemutatók.

Kiviselt méhenkivüli terhesség operált esete élő magzattal.

Reismann Adolf dr. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Méhenkivüli terhességből származó csecsemőnél észlelt veleszületett cerebralis „Hemiplegia spastica” esete.

Grósz Gyula dr. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Berend Miklós: Egyike a legérdekesebb kérdéseknek az ideggyógyászatban a gyermekek spastikus állapota, melyet azok, akiknek alkalmuk van nagyobb gyermekanyagot megfigyelni, nem is tartanak olyan ritka dolognak; különösen az első hónapokban, az első életév első felében gyakran fordul elő a nélkül, hogy valami különös körképbe be volna illeszthető, főleg az alsó végtagok spasticus állapota gyakori, mely azonban 4—5 hó múlva visszafejlődik. A cerebralis hemiplegia főképp az agenesiára és pedig nemcsak az agynak, hanem különösen az oldalkötegeknek is az agenesiájára vezethető vissza.

A mi a Little-féle kórt illeti, az sem ritka, az utóbbi években 10—12 esetet észlelték különböző korú gyermekeknél; a legfiatalabb 8 hónapos, míg a legidősebb 8—9. életév között volt. A Little-féle betegség kóroka: 1. az agenesiára; 2. a szülés alatt létrejött traumákra és 3. a koraszületésre vezethetjük vissza. Tipikus Little-féle kórt az esetek csak 25%-ában észleltük, a többi 75%-ban más spasmusok s főleg az intelligentia hiánya keltik fel a figyelmet a kórképre: cretin gyermekeknél ez nem tartozik a ritkaságok közé, sőt rendes körülmények között is meg van. Ritkán fordul elő, hogy ebben a korban a nélkül, hogy valami különösebb trauma ment volna előre, tipikus esetet lássunk, az anyák rendszeren azzal a panaszszal jönnek, hogy a gyermekek fürdés-kor alszáraitak keresztbe teszik, s erősen összeszorítják: legtöbb esetben azonban akkor ismerik fel a kórt, mikor a gyermek állni, járni kezd s előre hajlott törzsessel ül. Sokkal ritkábbak a cerebralis hemiplegiák; esodálja szóló, hogy bemutató nem említette a polioencephalitis eredetű hemiplegiákat, s az annyira gyakori psychikus hatásból származottakat. A bemutatót eset nem tartozik a Little-féle betegség keretébe.

Grósz Gyula: Úgy látszik Berend nem értette meg bemutatót, hiszen nem a Little-féle betegség esetét mutatta be, a mely kétoldali cerebralis-hiúds. A bemutatót eset mindenestre a ritkaságok közé tartozik és nálunk hasonló eset még nincs ismertetve. A congenitalis eredetű cerebralis-hiúds aetiologiájára vonatkozólag nem akarta bemutató a t. orvosegyesület drága idejét túlságosan igénybe venni, az eset majd közlés tárgyát fogja képezni. Hogy milyen anatómiai elváltozások lehetnek jelen az agyban (agenesia, pencephalia, atrophia stb.), arra nézve a combinatiók tág tere nyílik és erre sem akart bemutató kitérni. A mi pedig a csecsemőknél észlelhető physiologikus spasmusát az izmoknak illeti, azt előadó is jól tudja, jelen esetben tévedésről szó sem lehet, hisz a pathologikus elváltozások oly kifejezetten voltak (pl. az állandó pes equino-varus-állás), hogy a diagnosishoz kétség nem fér.

Rhachitis tarda esete.

Bókai János tanár: A rhachitis esetei közül különösen érdekelnek bennünket azon esetek, a hol rhachitis tarda vagyis késői angol-kórral van dolgunk. Ide tudvalevőleg azon esetek tartoznak, a hol a kór tünetei későn, a 6—8—12-dik életévben kezdenek kifejlődni.

A rhachitis tarda esetek csekély számúak, erre utal irodalmának csekély volta is, a bántalmat mi tulajdonképp csak egyes szerzők, így Clutton, Sitts, Kassowitz, Weinlechner stb. casuistikus közléseiből ismerjük.

Előadó ezen alkalommal rhachitis tarda egy exquisit esetét mutatja be.

A beteget, ki most 14 éves, születése óta ismeri. A beteg 1884-dik évig, tehát 3—4 éves koráig teljesen egészséges volt. A mi az első élet-évtől illeti, a betegnek fejlődése teljesen normalis volt, különösen hangsúlyozza bemutató, hogy a tejfogak kifejlődése rendes módon ment végbe; az első fogcsoport — a két felső középső metszőfog — a 4-dik hónapban törte át a foghúst. Az első életév végén beteg lábra állt és csakhamar járni kezdett.

1884-ig, tehát 3 éves koráig, egészséges volt, ekkor február hónapban hasmenés lépett fel nála, mely néhány hétig fennállott, azután gyógyult. 1885. novemberében kanyarója volt, az 1885. nyaráról származó photographiájából látszik, hogy a rachitisnek feltűnő jele ekkor nem volt; az akkori kanyarója súlyos volt, mert nehezen szedte magát össze.

1888-ig ismét egészséges volt, ezen év őszén kezdett iskolába járni, de csak rövid ideig, mert ekkor enteritis lépett fel nála, hónapokig állott fenn e betegség súlyos tünetekkel, egészen lesóványodott; a tünetek általában oly súlyosak voltak, hogy bemutató a mesenterialis mirigyek sajtos elfajulására gondolt. 1889. tavaszán kezdte magát kissé összeszedni, ugyanezen nyár folyamán két hónapig Rajecz-Tepliczen volt. Itt megerősödött, de már akkor erős csontfájdalmak jelentkeztek nála, különösen a csomócsontokban, s mikor haza hozták, a fejlődő rhachitis tarda már észlelhető volt, tehát a betegnek 8 éves korában. A rhachitikus görbülések különösen a csomócsontokon jelentkeztek, azután a claviculákon, majd epiphysis duzzadások, bordaporoz duzzanatok léptek fel; az ezen évről származó képet bemutatója az előadó.

Ezen idő óta a rhachitis tarda tünetei mindinkább fokozódtak, az elgörbülések valamennyi hengeres csont, diaphysisokra áterjedtek.

1890 óta nem jár, nem áll, s ülni is csak úgy tud, ha megtámaszkodik. Hogy mennyire fokozódott a bántalom, az leginkább a 90-dik évről származó és a mostani kép összehasonlításából tűnik ki. Úgy látszik, hogy a rhachitis tarda időszaka véget kezd érni, a betegnek már hosszabb idő óta nincsenek csontfájdalmi s örömmel jelzi, hogy kezd lábra állni, s tárgyakra kapaszkodva, meg tudja magát tartani. Jelenleg 80 cm. hosszú s 13 kgm. súlylyal bír.

Érdekes az első és második fogzásának jelentkezése. Az első fogzás, mint a bemutató említé, a 4-dik hónapban kezdődött s úgy látszik rendszeren folyt le. Az első tejfogak kihullása a 9 dik évben észleltetett, ezen időben kezdtek kihullni a metszőfogak, melyeknek helyét azonban az állandó fogak csak nagyon lassan foglalták el, a szemfogak 4 év előtt hullottak ki és pótolva még nincsenek, pofafogai még tejfogak.

A fej alkotása, szellemi fejlődése normalis; 4 elemi iskolát végzett; jelenleg a II-dik polgárit végzi, s daczára, hogy kezei meglehetősen nyomorékok, ügyesen ír, rajzol, stenographál.

Vizeletét bemutató vizsgálta, abban albumen nines, angol és amerikai észlelők ugyan hangsúlyozzák ily esetben az albuminuria jelenlétét.

A rhachitis tarda aetiologiája homályos.

A közlésekből azt a tanulságot merítjük, hogy kifejlődése nem egyszer heveny fertőző betegségek után, így pl. kanyaró után észlelhető; megjegyzi, hogy angol szerzők masturbatióval is összefüggésbe hozták.

1890-ben, midőn a rhachitis tarda tünetei jelentkezni kezdtek, a phosphor-therapiát — melynek híve — hónapokig folytatta, megkísérelte, de haszon nélkül.

B) Napirend.

A vér lúgossági viszonyai gyermekeknél, tekintettel azok fertőző betegségeire.

Berend Miklós és Preisich Kornél dr.-ok: Előadók vizsgálati eredményüket következőkben foglalják össze: Az ép vér lúgossága születéskor igen nagy s az első életnapokban beáll, pár napos lecsökkenés daczára, az első félévben magas marad; innen kezdve gyorsan csökken s az 1—3 évig az egész élettartam alatt a legkisebb; a 3. év után lassan fokozatosan emelkedik a vér lúgossága; a 16. évben még a felnőttnek megfelelő értékét nem éri el.

Diphtheriás, valamint vörhenyes és kanyarós betegnél a betegség első napjaiban a vérlúgosság állandóan csökken; ezen csökkenés tartama az infectio acut stadiumával szorososan összeesik; nagysága nem áll az infectio fokával megfelelő arányban.

Ezen csökkenés nem idéztetik elő tisztán láz vagy mellékes körülmények és táplálkozás zavar által, hanem valamely eddig még ki nem derített módon a fertőzéstől látszik függeni.

A vérlúgosság elért minimalis értéke pár napi ingadozás után emelkedik s a reconvalescentiában az eredeti vérlúgossági értékét éri el, néha túl is haladja;

ezen emelkedés annál gyorsabb, minél kevésbé volt intensív a fertőzés; újabb infectio a vérlúgosságot újra csökkenti.

Diphtheriánál a serumkötég fellépése előtt a vérlúgosság újra csökken, s annak eltűnésével újra emelkedik.

Lázás complicatiók, albuminuria vagy geuyedő folyamatok a vérlúgosság másodlagos emelkedésére gátolják hatnak.

Az ingadozások, főképpen pedig a kezdeti lúgosság csökkenés, annál nagyobbak, minél nagyobb volt a vér normalis lúgossága; egyes arányban állanak a beteg korával.

Feltételezik, hogy a fertőző betegségek és a vér lúgossága között valamely viszonynak kell léteznie; betegnél végzett vizsgálataik nagy részben megfelelnek Fodor tanár állatkísérleti eredményeinek.

Miután csecsemők vérének nagy lúgossága mellett, azok morbiditása kicsi, 1—4 év közti gyermekek vérlúgosságának minimalis volta mellett azok morbiditása legnagyobb, feltételeznek valamely összefüggést a vér lúgossági viszonyai és a morbiditás között; ezen feltevésekben Fodor tanár állatkísérletein kívül azon körülmény is támogatja őket, hogy a vérlúgosság ingadozásai a korral épen úgy összefüggésben állanak, mint a hogy befolyásoltatnak a gyermekkor fertőző betegségei által. Ezen összefüggésről egyelőre nem mondanak egyebet, mint azt: hogy a vérlúgosság a gyermekeknél mintegy indicatorát látszik képezni a szervezet hajlandóságának fertőző megbetegedésekkel szemben; hogy azzal valamely okozatos összefüggésben áll-e vagy sem, erre ezen vizsgálatok nem nyújtanak elég támpontot.

Löwi Leó, Berend és Preisich dr.-ok ezen nagy szorgalommal vezetett vizsgálataik részben kiterjeszkednek ama vérelváltozásokra is, melyek a heveny fertőző kórok legsúlyosabbjainál, a diphtheriánál észlelhetők. Az ezen betegségeknek előforduló vérelváltozásokhoz kíván hozzájárulni, egy 2 év előtti a budapesti Stefánia-gyermekkorházban eszközölt, de más irányban végzett dolgozata alapján. Ő ugyanis 80 diphtheriás betegnél vizsgálta naponta a vér haemoglobin tartalmát a Fleischl-féle haemometerrel, több betegnél a vérfajsúlyt Hammerschlag módszere szerint és néhány esetben a vérszámát határozta meg Thoma-Zeiss szerint. Miután diphtheriára vonatkozó ily irányban eszközölt vizsgálatok eredményéről szóló irodalmi adatokat a rendelkezésére álló kútforrásokban nem talált, ezen irodalmilag nem közölt dolgozata eredményeit előbb röviden összefoglalja, mielőtt áttérne arra, hogy ezen adatok s a vérnek a diphtheriánál tanúsított lúgossági viszonyainak viselkedése közötti összefüggésre rámutatna. A serum-kezelés előtti időből származó vizsgálata a következő volt.

1. A gyermekkorházba felvett 80 diphtheriás betegnél, kiknek életkora 6 hó és 11 év között volt, a felvétel napján eszközölt haemoglobin meghatározás 50% és 96% közti, tehát nagy határok között ingadozó értékeket adott. Az esetek zömében a haemoglobin tartalma a 70%-ot túlhaladta.

2. A vér haemoglobin-tartalma a complicatio nélküli tiszta torokdiphtheria eseteinél, a betegség tartama alatt, lassú fokozatos csökkenést mutatott, a mely minimumát gyógyult esetei nagy részében a betegség 2-dik illetve 3-dik hetében, vagy még később érte el. Ettől kezdve a haemoglobin intenzitása lassan emelkedett, a nélkül, hogy az a betegeknek kórházi tartózkodási ideje alatt a felvétel napján talált értékét elérte volna.

3. Ezen tipikus viselkedést a diphtheria tartama alatt fellépő magas láz, hasmenés, bő izladás, valamint más kórfolyamatok, complicatio fellépte, mint pl. laryngitis crouposa, rostonyás tüdőlob, genyes füllob, kisebb vagy nagyobb mértékben befolyásolják és többnyire a haemoglobin-érték ideiglenes emelkedését vonják maguk után.

4. A vér fajsúlya az esetek egy részében a haemoglobin tartalomhoz hasonló viselkedést, azaz csökkenést, a betegség tartama alatt és másodlagos emelkedést a reconvalescencia szakában mutatott, más esetekben azonban a vérfajsúly és vérhaemoglobin-tartalom között a Schmallt és Siegl által hangoztatott parallelismus nem látszott fennforgni.

5. A vörös véresejtek száma és a haemoglobin intenzitása között állandó összefüggést diphtheriás eseteinél nem talált.

Ezek voltak azon főbb pontok, melyeket kiemelni akar. Vizsgálatai ezen eredményét szembeállítva Berend és Preisich dr.-oknak vérlúgossági vizsgálati adataival, kiténik, hogy egy bizonyos parallelismus áll fenn a nem komplikált diphtheria eseteknél található haemoglobin-tartalom, illetve vérfajsúly és a vér lúgosságának viselkedése közt.

A vér alkalicitása épen úgy mint a haemoglobin-tartalom kezdeti jelentékeny csökkenés után ismét emelkedést mutat a reconvalescencia szakában. Midőn még futólag megjegyzi, hogy Vidovits a vérhaemoglobin-tartalom hasonló viselkedését találta vörhenynél s részben kanyarónál, miként ő a diphtheriánál s így ezen adatok is párhuzamban állanak a vér lúgosságának viselkedésével vörhenynél és kanyarónál, mindez megerősíteni látszik Rumpf vizsgálatai eredményeit, a ki anaemia minden fajánál csökkentenek találta a vér-alkalescentiát, körülbelül megfelelő módon mint a haemoglobin-tartalmat és a vörös véresejtek számát.

Bókai János: Előadók vizsgálataik alapján azt észlelték, hogy a vérnek alkalicitása az első életév első felében magas, s előadók a vér alkalicitásának ezen magasságából magyarázzák ki, hogy az első életévben, különösen annak első felében a csecsemő oly kevésbé hajlamos a heveny fertőző kórok iránt. A gyermekorvosok ezt eddig oly módon magyarázták, hogy a dispositio hiányát vették fel s másodszor felvették azt, a mi kétségtelen, hogy t. i. ebben a korban a fertőzésre hiányzik illetőleg csökkent az alkalom: a csecsemőt karon hordozzák, kezével nem nyúlhat tárgyak után, nem képes mozogni, s mint ezt Feer (Basel) kifejtette, ezen mozzanatok azok, a melyekből a csecsemők kisebb morbiditása magyarázható.

Természetes, hogy azon tétel, melyet előadók felállítottak, csak valószínű, de nem biztos, mert ezen vizsgálatok eddig csak kevés számú esetre terjednek ki, s mert ez fontos tétel, a vizsgálatot folytatni fogják.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Hermann Rieder: *Handbuch der ärztlichen Technik.* Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1895.

A maga nemében eddig előd nélkül álló munka mindazon technikai fogásokat tárgyalja könnyen érthető módon, melyekre a gyakorló orvos diagnostikai és therapeutikus czélból folytonosan rászorul. Talán legjobban feltűnik a tág mező, melyet szerző munkájában megmível, valamint a fontosság, melylyel a könyv a gyakorló orvosra nézve bír: ha egyes fejezeteinek címét ideiktatjuk: 1. Physikalisch diagnostika. 2. Tükörvizsgálat. 3. Graphikus módszerek. 4. Mikroskopi és bacteriologiai vizsgálat. 5. Vérvizsgálat. 6. A pulsus vizsgálata. 7. A szájüreg és torok vizsgálata. 8. Köpetvizsgálat. 9. A gyomor és gyomor-tartalom vizsgálata. 10. Húgyvizsgálat. 11. Bélsár-vizsgálat. 12. Az idegrendszer vizsgálata. 13. Elektro-diagnostika és elektro-therapia. 14. Cauterisatio. 15. Katheterismus. 16. Sonda-vizsgálat. 17. Vérzés-elláptás. 18. Vérvétel. 19. Epispastica. Bőringerék. 20. Desinfectio. 21. Oltás. 22. Infusio. 23. Injectio, insufflatio és transfusio. 24. Punctio és aspiratio. 25. Mechano-therapia. 26. Pneumatikus kezelés. 27. Thermikus eljárások. 28. Első segély hirtelen bal esetekben. 29. Anaesthetica. 30. Tracheotomia. Végül a függelékben a betegápolásra szolgáló legfontosabb cikkeknek, továbbá a csecsemők táplálásának, valamint a kefir-készítésnek leírását találjuk. Szerző, ki hosszú idő óta assistense Ziemssen tanárnak és magántanár a müncheni egyetemen, s mint ilyen előadásokat szokott

tartani a betegek körül felmerülő technikai fogásokról: ezen működése alapján jól ismeri a tanulók szükségletét e tekintetben és így hivatva volt e munka megírására, mely jó szolgálatokat fog tenni a mi orvoshallgatóinknak és kezdő orvosainknak is, a kiknek a könyvet legmelegebben ajánlhatjuk. A 423 ábrával ellátott, nagyon szép kiállítású vaskos kötet ára 10 márka.

II. Lapszemle. Sebészet.

Castratio a prostata túltengésénél. A kik ismerik a prostata túltengésében szenvedők iszonyú kínjait s a kiknek alkalmuk volt tapasztalni, hogy a leglelkiesmeretesebben és a legtisztábban eszközölt hólyagsapolások daczára mily rendkívül gyakoriak, a beteg helyzetét szinte elviselhetlenné tevő súlyos hólyaghurutok, továbbá, a kik tekintetbe veszik Thompson Henrynek a hullákon tett vizsgálatait, a melyek szerint az 54 éven felül lévő férfiak minden harmadikánál volt prostata túltengés kimutatható, minden tizenötödikénél pedig feltétlen orvosi beavatkozást igénylő túltengés volt található, a mely számarányt tetemesen növeli azon körülmény, hogy az orvosoknak gyakran alkalmuk van 54 éven aluliaknál is prostata hypertrophiát diagnostizálni, s a kik mindezeket felül ismerik Thompson statistikáját, a mely szerint 3 millió ember közül 200,000 szenved túltengésben, azok méltó örömmel üdvözölhetik azon előmeneteleket, a melyeket sebészeti téren e bajjal szemben elértek. Körülbelül így nyilatkozik Lützens (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 5). A prostatotomia subpubica és perinealis, továbbá a Bier által ajánlott art. iliaca internák lekötése (Wiener klinische Wochenschrift, 1893. Nr. 32), nem mindig veszélytelen és nem minden complicatio nélkül lezajló műteti módorok, különösen gyakoriak a prostatotomia subpubica után támadt fistulák; ezért nem esodálhatjuk, ha ma már annyi sebész castrat előszeretettel. Így Ramm Christianiában 2 esetet, Haynes Los Angelesben 3 esetet, White Philadelphiában 3 esetet, Finney Baltimorban 2 esetet, Schmidt Szent Ágoston, Powell Londonban, Mayer és Haenel Drezdában, Moullin Londonban, Thomas Pittsburgban, Ricketts Cincinnatiában, Swain Bristolban, Bereskid Moszkvában egy-egy esetet közöl. Legújabbán Lützens (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 5) a következő gyógyult esetet teszi közé. 1893. szeptember hóban 65 éves férfi jelentkezett, ki több esztendeje nehezen tudott vizelni, úgy hogy napjában 6—8-szor kénytelen volt Nélaton-kathetert hólyagjába vezetni. A rectalis vizsgálatkor a prostata igen fájdalmas, tyüktojásnyira megnagyobbodott. Október 10-dikén mindkét here kiirtatott. Az első napokban kisebbedés nem volt észlelhető, az operatio utáni 10-dik napon a prostata bal fele lényegesen megkisebbedett, 26 nap múlva a balfél alig volt tapintható. Az operatio utáni 10-dik napon már catheter nélkül vizelt a beteg. Körülbelül egy év múltán a tökéletes egészséges és jókedélyű öreg patiens vastag sugárban vizelt, a prostata normalis fiatalos viszonyokat mutatott. Az eltávolított herékben élő spermatozoák nem voltak találhatóak, így tehát eszik azon feltét, hogy sikeres castratióval a herék functio képességgel kell hogy bírjanak, mint a hogy az megkivántatik az uterus myomáknál végzett ovariectomiák alkalmával a petefészkektől. Lützens felteszi, hogy a prostata zsugorodását a herékből a prostatahoz futó vasomotorikus és trophikus idegek átmetszése okozza. Ellenjavult a castratio, midőn a prostatát valamely álképlet vagy tályog nagyobbítja.

B—s dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Colitis membranacea és idült dysenteria eseteiben Revilliod nagyon dicséri a következő klysmák használatát: Rp. Natrii salicylici, Bismuthi subnitrici aa 10'0; Mucilag. acaciae 500'0. Ezen oldatból nagyobb mennyiség fecskendezendő a bélbe, a hol visszatartandó. A befecskendezés előtt a colont ricinus-csörével ki kell tisztítani. (Practitioner, 1895. július.)

2. Nátha eseteiben állítólag nagyon jó eredményeket ér el Wülsche a következő szerrel: Rp. Mentholi 0'5—1'0; Chloroformii 10'0. Ebből 4—6 cseppet a kézre öntve, ezt szédőrszölgük és részint a szájon, részint az orron beléjezzük. Az eljárás naponként 2—3-szor ismétendő. (Münchener medic. Wochenschrift, 1895. 42. sz.)

TÁRCSA.

Az anatómiai műnevek (nomina anatomica) reformálása.

Előadta a III. osztály 1895. évi november hó 18-dikán tartott ülésén
Mihalkovics Géza r. tag.

Az anatómiában használt műnevek száma körülbelül 30,000. Ezeknek jelentékeny része azonos kifejezésekre, ú. n. synonymákra esik, néha ugyanazon tárgyra 3—4 van használatban (pl. ligamentum inguinale s. Poupartii s. Falloppiae s. arcus cruralis; valvula coli s. iliocecalis s. Bauhini s. Tulpii s. Falloppiae stb.) Magok a nevek a tudomány történelmi fejlődésének megfelelőleg hol a közélet tárgyaihoz való hasonlatosság, vagy az illető szerv alakja és működése, avagy a felfedező neve, újabban pedig a szervnek anatómiai berendezése szerint vannak megválasztva; találunk ott vegyes tarkaságban az állattanból, növénytanból, mythológiából, sőt még a bibliából is átszármazó neveket (pl. cauda equina, crista galli, processus coracoideus; oliva, arbor vitae, lens; tendo Achillis, mons Veneris, iris; pomum Adami, lyra Davidis, morsus diaboli stb.). Mindezek keletkezésének megvan a történelmi múltja. Egy részük a régi görög és római orvosoktól és természetvizsgálóktól jutott reánk (Herophilus, Hippokrates, Erasistratus, Aristoteles, Galenus, Celsus, Plinius stb. irataiból), másokat a középkor szerzetesei és arab orvosok juttatták az anatómiába, egy jelentékeny rész a XVI. és XVII. században a tudományok felvirágzásával Olaszországban híres olasz boncztudósok munkáiból lett átvéve, részben neveik megörökítésével (Falloppia, Eustachio, Santorini, Morgagni, Ingrassias). A legújabb korban az anatómia egyes fejezetei iránt érdeklődő specialisták hoztak be sok műszót, felfedezéseiket neveikkel jelölve meg, a fülgyógyászok, gégeorvosok, különösen pedig az elmegyógyászok (Meynert, Gudden, Fechtig stb.), végül az összehasonlító anatomusok és az anatómia göresövi részét művelő emberboncztudósok is.

Az emlékeztet terhesen igénybe vevő sok műszó egyszerűsítésére az első lépés Henle Jakabtól, a híres göttingeni anatomustól indult ki, a ki 1871-ben megjelent nagy anatómiájában minden tárgy megjelölésére a szövegben csak egy nevet használt, mindig tárgyilagost, ellenben a szerzők szerint való megnevezéseket, mivel azoknak egy része nézete szerint történelmi igaztalanságon alapszik, egészen elhagyta. Lényeges újítást hozott be Henle a térre vonatkozó kifejezésekre is, az externus és internus csak a test felszínéhez közelebb vagy mélyebb viszonyt tartva fenn, a test középsíkájához közelebbre pedig a medialist, a távolabbira a lateralist alkalmazta; anterior és posterior helyett lehetőleg ventral és dorsal, a végtagokon a gerincoszlophoz közelebbi és távolabbi viszonyra proximal és distal jelzőket vette igénybe. Henle újításai nem hoztak az anatómiába rendet, bár voltak, a kik utánozták, mások megtartották a régi neveket, vagy vegyest használták, ez a zavart csak fokozta.

Az ügynek jobbrafordulása 1877-ben állt be az anatómiai társulatnak (Anatomische Gesellschaft) Lipcsében tartott első gyűlésén. Itt mint sürgős teendő szóba hozott az anatómiai nomenclatura ügye, s annak rendezésére bizottság küldetett ki, eleinte csak német tudósokból, (Kölliker elnök; Krause V. szerkesztő; Hertwig O., His, Köllmann, Merkel, Schwalbe, Toldt, Waldeyer, Bardeleben, Kupffer, Rüdinger, Braune, Henle, Zuckerkandl), utóbb külföldiek is bevonattak a tanácskozmányokba (Leboucq, Romiti, Thane, Mihalkovics), s miután a nyomdai költségek fedezéséhez tudományos társulatok is hozzájárultak (a magy. tud. akadémia 300 frtot adományozott), 6 évi szorgalmas munkálkodás után az eredmény az 1895-diki baseli gyűlés elé terjesztetett, mely azt csekély módosításokkal elfogadta, s használatát tagjainak figyelmébe ajánlotta.

A reformálás alapelvei a következők voltak: 1. Csak a latin nevek hozattak rendbe, ezekből is egyelőre csak a leíró boncztanianak, mint a mely ága az anatómiának a többiekhez képest már megállapodott. 2. Minden tárgy csak egy nevet kapott, a synonymák közül csak az orvosi gyakorlatban begyökeresedettek tartattak meg (pl. valvula bicuspidalis s. mitralis, pyramis s. pars petrosa oss. temp. stb.). 3. A szerzők szerinti megnevezések egy része megmaradt, de mindig genitivusban tétetett a tárgyi név után zárjelben (pl. ligamentum inguinale (Poupartii); tendo calcaneus (Achillis) stb., ez azért lett így elfogadva, hogy évek mulva beálló revízió alkalmával az inkább használt tárgyi vagy szerző

szerinti megnevezést lehessen majd megtartani. 4. Az elfogadott nevek az eddig használatban levőkből lettek kiválasztva, új műnyelvnek alkotása, mint azt az agyra vonatkozólag az amerikai anatomusok behozták (olv. alább), a mult irodalommal fenn tartandó kapos miatt elkerültetett. 5. A megválasztott név lehetőleg kurta, világos, szerkezetileg és nyelvésetileg helyes. Az *ides* és *ideus* végződés közl az utóbbi választatott. Egymással rokon tárgyak hasonló neveket kaptak (pl. canalis, arteria, nervus, vena femoralis), anticus és posticus is használható, de a társulat az anterior és posterior választja. 6. A térbeli viszonyok megjelölésére a Henle-féle *medial*, *lateral*, *distal*, *proximal* megtartattak, ezekhez *cranial*, *caudal* és mint új *rostral* csatoltatott (a fej elülső csúcsához, azaz az orrsövényhez közelebbi viszony meghatározására). A végtagokra a medial és lateral helyett *ulnar radial*, *tibial fibular* lettek elfogadva. *Anterior* és *posterior* megmarad, de a hol lehet *ventral* és *dorsal*-nak előny adandó.

Nyilvánvaló, hogy az anatómiai társulat csak az ajánlónak az álláspontjára helyezkedhetett. Kívánata az, hogy a minden nap használt iskolai latin műszók egységesek legyenek; a tudomány haladásával újaknak a behozatalát nem ellenezhetette, azoknak rendbehozása és a régieknek újból átdolgozása évek mulva bekövetkezendő revízióknak lesz a feladata. Dolgozatának sikert ígér már egymaga azon körülmény, hogy sikerült a 30,000-re terjedő műszót mintegy 4500-ra leszállítania, holott eddig egy közepes terjedelmű tankönyv is legalább 10,000-et tartalmazott.

A modern nyelvekre való lefordításba az anatómiai társulat bele nem ment, e tekintetben azon vélemény lett elfogadva, hogy a lefordítást minden nemzet a saját szükségleteinek megfelelőleg lássa el. A magyar nyelvben eddig használtak egy része még Bugát Páltól származott, a ki 1843-ban kiadott Természettudományi Szóhalmazában sok régi műszót összegyűjtött, részben újakat gyártott is. Némelyikök helyett boncztanom 1-ső kiadásában (Leíró emberboncztan, Budapest 1888) szerkezetileg és nyelvésetileg helyesebbeket iparkodtam adni, mert a Bugáttól származottak ellen más oldalról is kifogás tétetett (Csapodi István: Az orvosi műnyelv ügye. Budapest, 1888.), pl. kedeszmirigy helyett csecsemőmirigy, dűlmirigy helyett monytóvi mirigy, hörg helyett tüdőcső stb. fordul a könyvemben elő. Most a 2-dik kiadásra kerül a sor, ebben mint a nomenclatura bizottság egyik tagja természetesen az anatómiai társulat által elfogadott latin műneveket fogom használni, a magyar kifejezéseket illetőleg pedig az a kívánságom, hogy a melyeknek helyessége és tisztasága iránt kifogás tehető, azok helyett jobbak kerüljenek bele. Ily reformáló törekvések nyilvánultak más nemzeteknél is, 1890-ben az amerikai, 1893-ban az angol anatomusok küldtek ki nyelvszabályozó bizottságokat. Ezek alapján helyén van, hogy mi se maradjunk vissza más nemzetek hasonló törekvései mögött, mert nekünk még nagyobb szükségünk van a szabályozásra, a mennyiben számos idegen műszóra egyáltalán nincs kifejezésünk (proximal, distal, median, medial, rostral, oral, recessus, cisterna, epiphysis, apophysis, m. soleus), mások furcsán hangzanak (dugizom, turhamirigy), vagy nyelvéleg hibásak (láta, ébrény). Itt tehát nemcsak szerkeszteni, de teremteni kell és pedig oly helyességgel, hogy annak maradó nyoma legyen. Arra egy egyén működése nem elégséges, oda a szakembereken kívül nyelvéseti ismeretek és érzék is kellenek, azért kérem a tek. Akadémiát, sziveskedjék tagjai közül szakemberekből és önként vállalkozó nyelvészekből álló bizottságot kiküldeni, mely az anatómiai társulat által elfogadott latin műszavakat helyes magyarságra lefordítsa, az olyanokra pedig, a melyekre egyáltalán nincs magyar kifejezésünk, javaslatot tegyen, vajjon azokat egyszerűen átvegyük-e a latinból, avagy helyettük újakat alkossunk s milyenek legyenek azok.

Az osztályértekezletben nyilvánult eszmecsere után azon megállapodás történt, hogy a III. osztály örvendetes tudomásul veszi azt, hogy az előadó ajánlatának megfelelőleg az ügyet egy bizottság vegye kezébe, melynek tagjai (Mihalkovics, Thanoffer, Genersich, Paszlavszky) az anatómiai műszavak helyes magyarra fordítását magukra vállalják; ezekhez a titkárság iparkodni fog egy nyelvész közreműködését megnyerni. A munkát befejezése után az akadémia az eredményt ki fogja nyomtatni.

A német bőrgyógyászok egyesületének V. congressusa.

(Grác, 1895. szeptember 23., 24. és 25-én.)

A német dermatologusok társulata tulajdonképpen nem organikus társulat. Nem egyéb az, mint bizonytalan idejű összejövetele a bőrgyógyászoknak, a kik váltakozó sorrendben keresik fel a német egyetemi városokat, hogy tudományuknak egyes fontosabb vagy érdekesebb kérdéseit szemtől-szembe megvitathassák. Hasonló tehát a magyar „természetvizsgálók és orvosok vándorgyűléséhez“ vagy az *Ocken* által alapított német természettudósok vándorgyűlékezetéhez. Ezekről azonban annyiban tér el, hogy állandó tagjai vannak állandó választmányal, meg tagsági díjjal. Hogy mennyire eleven a társulatnak élete, annak legjobb tanúbizonysága, hogy az 1892-diki internationalis dermatologiai és az 1893-diki római nemzetközi orvosi congressus után tavaly Boroszlóban és az idén Grácban tartott jól látogatott s miként már előre is megmondhatom, érdekes és tanulságos gyűlékezett. Az egyesületnek német ugyan a címere és többségükben tagjai is azok, mindazonáltal annyi más nemzetbeli van közöttük és a tárgyalási nyelvet illetőleg annyira előzékenyek, hogy minden gyűlékezettük határozott nemzetközi színezetet is visel.

Az idei congressusnak a helye ugyancsak messze esik némely tagjának lakóvárosától; de azért ezek között akárhány van, a ki nem sajnálja a távoli utazás fáradságait és költségeit, hogy részt vehessen néhány beható, de kedélyes discussió, hogy érintkezéssék egy csomó ismerőssel vagy ismerős név tulajdonosával, és hogy része lehessen abban a jóleső érzésben, a melyben a specialitás elszigetelt művelőinek vajmi ritkán telik öröme, gyönyörködni vagy 100 olyan ember társaságában, a kik egymást egy pár rövid szóból megértik, a kiknek törekvései azonosak az övével, a kiknek érdeklődését saját munkásságának eredménye felkelteni vagy magragadni képes, a kiktől tanulhat vagy a kiket felvilágosíthat, egy szóval a kiknek tudományos lelkülete hasonló az övéhez.

Grác városa kedves, szép hely. Az ott működő collegák jóleső vendégszeretettel fogadtak bennünket, nagy gondnal és munkával készülődték a congressushoz és *Jarisch* professzorral, vezetőjükkel egyetemben a jelenvoltaknak hálás megemlékezésére bőven reászolgáltak. Mikorra egy-egy tag megérkezett, az igen ügyesen összeállított programmban megtalálta mindazt, a mire az idegen városba érkezőnek szüksége van. Volt abban: vasuti menetrend, gyűlékező hely, napirend, részletes program a tudományos és mulató-gyűlések számára, utasítás lakást, demonstrationalis eszközöket illetőleg, városi térkép, de még tires lapokról discussionalis jegyzetek számára sem feledkeztek meg. A leghelyesebb azonban az az újabbán lábrakapott jó szokás, hogy a referensek és előadók előadásuk rövid kivonatát a helybeli elnöknek beküldvén, ez ezeket a programba lenyomatta, s így kiki már előre is tisztába juthatott azzal, hogy milyen irányban, milyen tételek körül indul meg majd a vitakozás s már otthon jó előre összeszedhette saját tapasztalatai közül azokat, a melyekre hivatkozni, azokat a gondolatokat, melyeket érvényre juttatni, meg azokat a kérdéseket, a melyekre feleletet nyerni akart.

A tárgyalások idejének legnagyobb részét a napirendre tűzött két főthemanak megvitatása foglalta el. A bőrkórtan tétele a pemphigus-alakokról szólt. Referensek voltak: *Kaposi* (Bécs) és *Rosenthal* (Berlin). A bécsi iskolának feje conservatív volt, a fiatal berlini collega pedig a moderneknek, a *Duhringistáknak* álláspontját védelmezte. *Kaposinak* referatuma körülbelül ezeket tartalmazta: A pemphigus kóralak tisztázott klinikai fogalmat képez. Sem a morphologikus tulajdonságok, sem a szövettani jelleg magában véve nem alkotja meg, hanem csakis összeségükben és a kórlefojással egyetemben képviselik ezen fogalom teljes tartalmát. Az, hogy a kór okairól keveset tudunk, az, hogy aetiologiája majdnem teljesen ismeretlen, nem szolgáltathat okot arra, hogy e jól megalkotott klinikai fogalmat elejtsük. Számos más bőrbetegséggel szemben épen így vagyunk, de azért senki sem gondol klinikai egységességük szétbontására. Egy és ugyanazon betegen hónapok vagy esztendőök lefojása alatt a pemphigus minden formája jelentkezhetik, a miből az következik, hogy ezen különféle típusok ugyanazon betegségnek csupán csak megjelenési alakjait képezik. Azok a chronikus, recidiváló, jóindulatú vagy oly-

kor malignus alakok, a melyeket „dermatitis herpetiformis“ név alatt írnak le, klinice és histologicé teljesen megegyeznek a már régóta pemphigusként leírt kórképpel, tehát a pemphigussal teljesen azonosak. Semminemű ok sem forog fenn arra nézve, hogy a pemphigus elnevezést, a mely megszokott és classikus, a dermatitis herpetiformis divatosabb nevével elcserejljük. De *dermatitis herpetiformis Duhring* név alatt leírtak olyan kóreseteket is, a melyek nem egyebek, mint urticaria papulo-bullosa, annularis gyrata, liehen urticatus és erythema multiforme (Hebra) kóresetei. Tehát még ezekre a hevenyen lefojoló esetekre nézve sincs semmi jogosultsága a dermatitis herpetiformis elnevezésnek. Hogy vajjon létezhetnek-e a pemphiguson és az inémet elsorolt alakokon kívül még más polymorph, erythemával és hólyagképződéssel járó alakok, a melyekre a dermatitis herpetiformis név alkalmazható volna, azt *Kaposi* nem tudja eldönteni. De tény az, hogy nagy praxisában sohasem találkozott olyan kóralakokkal, a melyeket a már rég ismert osztályokba be nem soroltatott volna, és hogy sohasem jutott abba a helyzetbe, hogy valamely betegére nézve a dermatitis herpetiformis kórjelzést kellett volna megállapítania.

Annyira conservatív *Kaposi* felfogása, annyira változhatatlannak hirdeti a Hebrától örökölt tanokat, hogy bizony nem esoda, ha az ellene támadt oppositio, a melynek az amerikaiak és francziák képezik hadseregét, a melylyel szemben a németeknek nagy része jóakarattal viselkedik, buzgalmában túlló a célon, mi azután ügyének igazsága ellenére is alkalmat ad a bécsiek sarkastikus mesterének, hogy egy-egy jól sikerült argumentummal, kórtörténettel, meg anekdotával a jelenlevőknek ha nem is meggyőződését, de tapsait megnyeri.

(Folytatása következik.)

Justus.

Heti szemle.

Budapest, 1895. november 21-dikén.

Körrendelet a vagyontalan betegek számára rendelt gyógyszeres költségeinek viselése tárgyában. A belügyminister felhívja a törvényhatóságokat, hogy idejekorán értesitse erről a községek előjáróságait, továbbá mindazon orvosokat, kik hivatalos állásuknál fogva szegényeket gyógykezelné kötelesek, valamint azon orvosokat is, a kiket szegények számára közalapok terhére rendelni feljogosított, nemkülönböztetve az összes gyógyszerár-tulajdonosokat, illetve kezelőket s a kézi gyógyszerár tartására feljogosított orvosokat, hogy az 1896. évi január elsejétől, a belügyi tárca terhére, illetve a mint szokás volt mondani, a vármegye számlájára, semmiféle gyógyszeres ne rendeltesse. Ezek ezentúl a községek számlájára rendelvek s ezek által térítendők meg, azonban még a folyó év végéig rendelt gyógyszeres árak, azon törvényhatóságok részére, melyek ezen kedvezményben eddig részesültek, úgy mint eddig, a belügyi tárca terhére ki fognak utaltatni. Az ezekről szóló számlák a jövő év első negyedében okvetlenül felterjesztendők.

A mennyiben azonban az 1886-diki XXII. t.-cz. 145. §-ának második bekezdése azt rendeli, hogy oly esetekben, ha a község szegényeinek ellátása „csak a községi lakosok rendkívül súlyos túlterheltségével eszközölhető, a község kivételesen a törvényhatóságnak, s ha ez nem bírná, az államnak veheti igénybe segélyét“; a szegények gyógyításából eredő, a községek terhelő költségei, ha ez utóbbiak vagyontalansága keilőleg ki fog mutatni, valamint az is, hogy ezen költségek viselésére a törvényhatóság is képtelen, meg fognak térítettetni.

Hasonlóan meg fognak térítettetni a járványok alkalmával a szegények gyógyításából eredő gyógyszeres költségek a községnek beigazolt vagyontalansága vagy túlterheltsége s a törvényhatósági betegápolási alap kimerülése esetén.

Cholera-hirek. Az osztrák kormány Galicziának tarnopoli és trembowlai kerületeit cholerafészkekül jelentvén ki, a Magyarországot Galicziával összekötő északkeleti négy vasútvonal határszéli végállomásain: Körösmezőn, Volócson, Mezőlaborezon és Orlón megfigyelő-állomások rendszeresítették, a hová vizsgáló orvosok Folkmann János, Hrabár Manó, Klein Zsigmond és Horovitz Artur doktorok rendeltettek ki.

Mármaros vármegye alispánja a m. kir. államvasutaknak körösmező-husztói vonalszakaszán vasuti állomással bíró oly községeket, a melyekben orvos lakik, az 1892. évi október hó 24-dikén kelt 78.771. sz. belügyministeri körrendelet alapján kötelezte, hogy a Galicziából hozzánk átjövő s cholera-gyanús tünetek közt megbetegedő utasok elhelyezésére elkülönített kórházakat rendezzenek be és a betegek gyógyításáról gondoskodjanak. Ily kórházak berendezését Körösmezőn, Rabón, Nagy-Boesköny, Taraczközön, Técsőn, Bustyaházán, Husztón és Mármaros-Szigeten rendelte el.

Galicziában október 22-dikétől 28-dikéig 42 cholera megbetegedés és 26 haláleset fordult elő, október 29-dikétől november 4-dikéig 66 megbetegedés és 41 haláleset, november 5-dikétől 17-dikéig pedig 28 megbetegedés és 25 haláleset.

Az orosz kormány Berdisev kerületet Kiew kormányzóságban cholera-fészkeknek jelentette ki.

A kiewi cs. és kir. consulatának f. évi október 28-dikán kelt jelentése szerint Vohlynia kormányzóságban f. évi szeptember 22-dikétől szeptember 28-dikáig 1825 choleras megbetegülés és 757 halálozás, szeptember 29-dikétől október 5-dikéig 1448 megbetegülés és 608 halálozás; Kiew kormányzóságban szeptember 15-dikétől október 19-dikéig 129 megbetegülés és 56 halálozás fordult elő.

A konstantinápolyi egészségügyi kiküldöttnek f. é. október 10-diki jelentése szerint Galata városrészben egy cholera gyanús eset fordult elő, mely azonban gyógyulással végződött. Brussa vilajetben csak egy cholera esetet észleltek Erdekben, Adaliából pedig 2-öt jelentettek, a melyek közül az egyik halálosan végződött.

Az alexandriai cs. és kir. consulatának f. é. október 16-diki jelentése szerint ez évi október hó 15-dikéig 13 cholera halálozás fordult elő.

A kairói cs. és kir. diplomatai képviselőnek f. évi október 22-diki jelentése szerint Damietteben, Geit-ei-Nassarában, Damiette külvárosában és Menzaleben október 16-dikától október 20-dikáig 89 megbetegülés és 33 halálozás fordult elő.

Ugyanannak f. é. október 22-diki jelentése szerint a Menzaleben uralkodó járványt bakteriologialag cholera-járványnak ismerték fel. Október 20-dikán és 21-dikén 25 eset fordult elő, a melyek közül 11 végződött halálosan; ugyane képviselőnek október 25-diki jelentése szerint Damietteben és környékén október 20-dikától október 23-dikáig 185 cholera megbetegülés fordult elő. E betegek közül meghalt 36, meggyógyult 3 és kezelés alatt van 146.

Tangerben az ottani képviselőnek november 4-diki távirata szerint öt nap óta nem fordult elő újabb megbetegedés

A shangai consulatnak folyó évi szeptember hó 13-dikán kelt jelentése szerint Pekingben a cholera-járvány kitörése óta körülbelül 60,000 ember halt el choleraiban.

Vegyések.

Budapest, 1895. november 22-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. november 3-tól november 9-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 374 gyermek, elhalt 244 személy, a születések tehát 130 esettel múltak felül a halálozásokat. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1895. november 11-dikétől november 18-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 19 (meghalt 2), himlőben —, álhimlőben —, bárányhimlőben 40, vörhenyben 45 (meghalt 1), kanyaróban 236 (meghalt 6), ronsoló toroklobban és torokgyíkban 24 (meghalt 4), trachomában 22, véghasban — (meghalt 1), hőkhorutban 10 (meghalt 1), orbánczban 38 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 3 (meghalt 2).

— Gager Károly dr. gasteini fürdőorvosnak e minőségben szerzett érdemei elismerésül a királyi királyi tanácsosi címet adományozta.

△ Tánzer Ernő dr. lovrini helyettes közszéki és vasúti orvost buziási körorvossá választattak meg.

— Fabritius József dr.-t, a brassói ideiglenes országos szemgyógyintézet eddigi igazgatóját, 24 éven át folytatott buzgó és sikeres működésének elismerése mellett a m. kir. belügyminister saját kérelmére állásától felmentette és ezen ideiglenes intézet vezetésével az eddigi intézeti díjtalan orvost, Fabritius Agoston dr.-t bízta meg.

— Iskolaorvosi tanfolyam. Czako Zsigmond dr., Czigler Henrik dr., Sági Ignác dr., Stojakovits Jefta dr., Ströszner Ödön dr., Szelecsényi Zsigmond dr. és Eördögh Ferencz szig. orvos közegészségtani intézeti gyakornok a folyamatban levő iskolaorvosi és középiskolai egészségtan tanári tanfolyamra utólag felvétettek.

— A közközházi orvostársulat f. é. december hó 18-dikán tartja II. évi közgyűlését. Tekintettel arra, hogy új tagokat csak a közgyűlés választhat, azon tisztelt kartárs urak, kik a társulatba belépni óhajtanak, sziveskedjenek ezt a társulat titkárával (Gerlóczy Zsigmond dr., VIII. ker., Rökk Szilárd-utca 28.) legkésőbb december 10-ig tudatni. Tagsági díj: évi 5 korona.

— Uj közközházi Nagy-Becsereken. A m. kir. belügyminister a nagybecsereki kórházat közközházi jelleggel ruházta fel.

— Kórház felállításának engedélyezése. A m. kir. belügyminister Kolozsvár sz. kir. városban a vörös kereszt-egyletnek kórház felállítását engedélyezte.

— A magyarországi orvosok oklevelei. A magyarországi orvosok az okleveleiket kiállító egyetemek szerint az 1894. évben következőleg oszlottak meg: magyarországi oklevéllel bír 2891 orvos, osztrák oklevéllel bír 1353 orvos, külföldi oklevéllel bír 12 orvos, ismeretlen keltű oklevéllel bír 17 orvos.

— Mangold Henrik dr. b.-füredi fürdőorvos télen át Cirkvenicában mint fürdőorvos fog működni.

○ Kérelem. Felkérjük a budapesti kir. orvosegyesület t. tagjait, hogy azok, a kik szülészeti és gynaekologiai szakosztály létesülését óhajtják, az orvosegyesületi szolgánál levő ívet aláírni sziveskedjenek. Több tag.

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

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

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

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-közkórházban 1895. november 14-től egész 1895. november 20-ig ápolat betegéről.

1895.	Felvett			Elbocsátott			Mehalt			Maradt			Az ápolat körül			
	beteg		összesen	gyógy.		összesen	beteg		összesen	beteg		összesen	a Rókusban			
	férfi	nő		férfi	nő		férfi	nő		összesen	férfi		nő	összesen	beteg	szülőnő
Nov. 14	48	46	94	38	43	81	2	3	5	1216	947	2163	1100	22	148	893
" 15	60	37	97	48	38	86	4	6	10	1224	940	2164	1098	20	158	888
" 16	71	53	124	65	41	106	4	4	8	1226	948	2174	1102	20	166	886
" 17	37	20	57	52	42	94	2	3	5	1209	923	2132	1080	24	162	866
" 18	76	66	142	61	39	100	3	4	7	1221	946	2167	1095	22	167	883
" 19	70	55	125	47	31	78	4	7	11	1240	963	2203	1136	20	169	898
" 20	52	65	117	48	40	88	4	4	8	1240	984	2224	1121	20	160	923



Lápfürdők a házban.

Az 16 ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka
LÁPSÓ | **LÁPLUG**
száraz kivonat folyékony kivonat
rekezekben a 1 ko. üvegekben a 2 Mlc.
MATTONI HENRIK
Budapest, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn és Bécs.

ORVOSI LABORATORIUM
Budapest, V. ker., Váci-körút 60. sz.

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajka-tej-, ez- és transsudatum valamint bakteriologikus vizsgálatokkal.
Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

Modern, minden orvosi segédeszközzel berendezett
magángyógyintézet sebési és belbajos betegek számára,
BÉCS, Schmidgasse 14 (előbb dr. Eder).
Kitűnő ápolás. Mérsékelt árak.
Mindennemű felvilágosítással készségesen szolgál a tulajdonos és orvosi igazgató
Dr. Julius Fürth.



Univ. med. Dr. PÉCSI DANI
nyilvános
TEHÉNIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE
TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)
tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot, a következő áron szállít:
50 egyénre (kb. 1 gramm) --- 3.—
100 " (kb. 2 gramm) --- 6.—
1 phiola 2-3 egyénre --- 60
10 vagy több ilyen phiola á --- 50
1 phiola 15 egyénre --- 2.50
Csomagolásért 20 krajczár

JELZÁLOG-KÖLCSÖNÖK
bel- és külföldi tőkével **birtokokra, házakra, gyárakra, iparvállalatokra stb.** a leggyorsabban eszközölni **30-50 évi törlesztésre, 4 1/4-5 1/4%-kal tőke és kamat visszafizetéssel. KÖLCSÖNÖK** az ingatlan háromnegyed rész becsértékéig. Nagyobb vállalatoknak **részvénytársaságokká** való átalakítása és finanszírozása. **MAGÁN PÉNZEK** II-IV. helyig 7% mellett a legrövidebb idő alatt lebonyolítatnak.
Megkeresések: 13
SCHWARTZ GYULA
„Magyar Jelzálog Forgalmi Intézete“
BUDAPEST, VII. ker., Klauzál-utca 8. szám.