

# 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 k. m. t. egyetem II. számú  
(Réczey Imre tnr.) sebészeti klinikumáról.

Betegforgalom az 1892/93. évben.

Közi Gönczy Béla dr., műttő.

Bármennyire haladt az orvostudomány az utolsó évtizedek óta, annak gyakorlati része mindig kiválóképen „tapasztalati tudomány” fog maradni. Az egyes betegségeknek észlelt esetei fogják szolgáltatni mindig azon adatokat, azon tapasztalatokat, melyekből az orvostudomány ismereteit egybeállítja s a gyakorlat számára eljárásának elveit, törvényeit levonja. S mint minden synthesisen alapuló tudomány, úgy az orvostudomány is első sorban nagyszámú, jól megfigyelt, lelkiismeretesen közölt észleletre szorul, hogy ezekből összeállithassa magának azon elveket, melyek a változatos képekben megjelenő betegségek gyógyításában a „gyakorlatra” nézve irányadóknak tekintessenek. A legtudományosabban művelt orvos sem nélkülözheti ennél fogva azon tapasztalati ismereteket, melyeket a betegágy mellett szerezhet, s melyek tudományos haladásának alapköveit kell hogy képezzék.

Mint hogy pedig az ily értelemben vett megfigyelések és tapasztalatok az egyes „gyakorló” orvosnak magánbetegei mellett csak aránylag igen kis mértékben állanak rendelkezésre, a gyakorló orvos sohasem nélkülözheti mások tapasztalatait, melyek ismereteit kibővíti, új oldalról megvilágítja. Így lesznek első sorban a gyakorló orvos hasznára azon nagyobb kórházi vagy klinikai osztályok tapasztalatai, melyek jól megfigyelt kóreseteket lelkiismeretesen közölnek. Így lesz a kórházak és klinikumok gazdag tapasztalati anyaga folytonos forrássá a gyakorló orvosok ismereteinek fejlődése számára s így marad a hivatásában lelkiismeretes gyakorló orvos folytonos érintkezésben a klinikumok bő és a tudomány legújabb eljárásai szerint megfigyelt és ellátott beteganyagával.

Ebből azonban a nagyobb kórházi osztályok és klinikumok vezetőire azon erkölcsi kötelesség hárul, hogy gazdag tapasztalataikat koronként és lelkiismeretes hűséggel nyilvánosságra hozzák, közöljék azt, mit a kezük alatt megfordult betegek körül tapasztaltak, tettek, jó vagy rossz sikerrel végeztek. Ezzel fognak a nagyobb beteganyagon tett tapasztalatok alapján a klinikumok a gyakorlati orvostudomány fejlődéséhez s a magángyakorlatot űző kartársak folytonos továbbképződéséhez legjobban hozzájárulni. De másrészt ezzel fognak legjobban beszámolni azon betegekről, kiket igen sokszor a magánorvosok bizalma bizott kezeléskre, ezzel fognak eleget tenni azon felelősségnek, melylyel működésük megítélhetése végett a nyilvánosságnak is tartoznak.

Az elmondott indokok voltak irányadók reánk nézve is akkor, midőn a budapesti k. m. t. egyetem Réczey Imre tanár vezetése alatt álló II. számú sebészeti klinikumának 1892/93. évi betegforgalmát egybeállítottuk és azon eseteket

kivánjuk a következőkben ismertetni, melyek ezen idő alatt klinikumunkon megfordultak, felemlítve együttesen azon elveket és eljárásokat is, melyekkel azok gyógyítását elérni igyekeztünk. Ha itt-ott szárazabb adathalmaznak tűnnék is fel közlésünk, azt hisszük mégis, hogy a szakértő ki fogja vehetni a statisztikai adatokból azt, mit azok mondani képesek.

Összeállításunkban azért választottuk az 1892/93. évet, mert ezen kimutatással meg akartuk kezdeni az évi kimutatások sorozatát, melyek rendszeresen fognak következni, s így legtermészetesebbnek mutatkozott azon időponttól kezdeni azt, melyben a klinikum új főnöke — Réczey Imre tnr. — működését megkezdette, azaz 1892. évi szeptember hó 1-jétől. Ezen kimutatásunk 1893. évi december hó 31-ig terjed, minthogy az évi betegedési kimutatások a nm. m. kir. belügyministerium számára is a naptárévvel záratnak le s így egyszerűbb volt ezen időszakot felhasználni, mint a tanévvel lezárni összeállításunkat.

\*\*\*

A budapesti k. m. t. egyetem II. számú sebészeti klinikuma 1881/82. tanév óta áll fenn s a székes fővárosi sz. Rókus-kórházban van elhelyezve, melynek hajdan I. sebészeti osztályából alakítottatott át. A klinikum ez idő szerint összesen 102 és a felállítható pótágyakkal együtt 111 ágygyal van felszerelve, melyek közül 65 illetve 70 férfiak és 37 illetve 41 nők számára rendelvék. Ezen ágyszám összesen 9 kisebb és nagyobb kórteremben van elhelyezve, melyek a százados kórházi épületben a mennyire lehetett, a székes főváros hatóságának (melytől a nm. m. kir. vallás- és közoktatásügyi ministerium a klinikum helyiségeit és ágyfelszereléseit bérletben bírja) áldozatkészsége s a balparti kórházak igazgatójának Müller Kálmán tanárnak előzékenysége folytán 1893-ban a modernebb kívánalmak szerint helyreállítottak. Az összes kórterem falai és mennyezete, ép úgy padozata olajfestéssel mázolt, minden terem ezélszerű mosdóasztalokkal és vízvezetékekkel van ellátva, új szerkezetű Meidinger-féle kályhakkal fűthető, vaságyakkal, vaságysekrényekkel, a kötszerek eltartására vasszekrényvel és horganyládákkal, üvegedényekkel stb. van felszerelve. A klinikum tanterme, melyben a műtétek is végeztetnek, két emelet magasságú, mintegy 180 ülőhellyel; oldalvilágítását egy óriási ablakon át kapja, mely a műtői térre néz. A tanterem egészen olajjal mázolt falakkal bír, és 22 Auer-féle gázlánggal világítható. A műtőterem felszerelése egészen modern s 1893. évben beszerzett vas- és üvegszerkezetű két műtőasztalból, hasonló kézi kötöző szertartó szekrény, műszersekrény, 3 kerekeken tolható mosdóasztalból, műszersterilisator, kötszersterilisator s a többi ehhez szükséges mellék-alkalmozatokból áll. Padozata cement-téglalapokkal fedett a terem közepén alkalmazott lefolyó csatornanyílással, mely siphonkészülékkel van ellátva. A klinikumon jelentkező, évente mintegy 5000 járóbeteg számára külön rendelő helyiség van, úgy hogy a járóbetegek a műtőteremmel nem érintkeznek, szintúgy az orvostanhallgatók számára is külön bejárat van, nehogy a műtői térrel érintkezzenek.

\*\*\*



A II-dik sebészeti klinikumon 1892. szeptember 1-től 1893. december 31-ig összesen 1574 beteg ápolatott (1080 férfi és 494 nő), kik közül elbocsátatott:

Gyógyulva	1033	(719 férfi 314 nő)	= 69.07% <sup>o-a</sup>	} az elbocsá- tottaknak
Javulva	214	(137 férfi 77 nő)	= 14.26% <sup>o-a</sup>	
Gyógyulatlantul	184	(123 férfi 61 nő)	= 12.18% <sup>o-a</sup>	
Meghalt	59	(42 férfi 17 nő)	= 4.49% <sup>o-a</sup>	

Összesen ... 1490 (1021 férfi 469 nő)

1893. decz. 31-ken maradt 84 (59 férfi 25 nő)

Együtt ... 1574 (1080 férfi 494 nő)

Ezen betegforgalom az egyes hónapok szerint következőképen oszlott meg:

Év	Hónap	Elbocsátatott					
		Maradt	Felvétezt	Ápolatott	Kilocsátatott	Meghalt	Maradt
1892.	Szeptember	76	89	165	84	1	80
	Október	80	104	184	98	2	84
	November	81	89	170	75	2	93
	December	93	81	174	70	4	100
1893.	Január	100	94	187	94	—	93
	Február	93	103	196	96	3	97
	Márczius	97	100	197	94	7	96
	Április	96	94	190	86	6	98
	Május	98	101	199	89	3	107
	Junius	107	74	181	90	4	87
	Julius	87	75	162	88	3	71
	Augusztus	71	83	154	69	6	79
	Szeptember	79	93	172	67	6	99
	Október	99	114	213	130	2	81
	November	81	117	198	91	5	102
	December	102	87	189	100	5	84
1892. augusztusról		76					
Az egész idő alatt		1498	1574	1431	59		
1894. január				1490		84	

Az összesen ápolott 1574 beteg összesen 43,628 napot töltött az osztályon, egy betegre átlag 28 ápolási nap esik; egy ágyon átlag 15—16 beteg feküdt.

A klinikumról elbocsátott 1490 beteg a betegség székhelye — az egyes testtájak — szerint csoportosított, részint azért, mert így legegyszerűbben áttekinthetők, részint mert így csoportosítja azokat minden sebészeti tankönyv, és ezek alapján minden sebészeti osztály kimutatása is, ezen csoportosításhoz tehát minden sebész alkalmazkodva lévén, legkönnyebben tájékozódhatnak.

Az egyes testtájékok szerint ezen 1490 beteg következőképen oszlik meg.

Csoportok testtájak szerint	Felvételt		Elbocsátatott								
			gyógyult		javult		gyógyulatlantul		Meghalt		
	össze- sen	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
I. Fej, arcz, száj	290	218	72	178	55	16	8	13	8	11	1
II. Nyak	77	43	34	27	21	7	6	6	5	3	2
III. Mell, hát	131	67	64	40	55	19	4	5	2	3	3
IV. Törzs csontváza	43	31	12	8	6	15	3	4	2	4	1
V. Has	147	117	30	95	18	5	—	11	9	6	3
VI. Végbél, gát	53	32	21	23	14	2	2	6	5	1	—
VII. Férfi húgy- és ivarszervek	38	38	—	30	—	5	—	3	—	—	—
VIII. Női húgy- és ivarszervek	21	—	21	—	10	—	1	—	8	—	2
IX. Felső végtag	251	176	75	119	50	21	18	35	6	1	1
X. Alsó végtag	390	266	124	184	75	42	31	32	13	8	2
XI. Általános bajok	30	22	8	11	4	5	—	2	1	4	2
XII. Nem sebészeti bajok	19	11	8	4	6	—	—	6	2	1	—
Összesen	1490	1021	469	719	314	137	77	123	61	42	17
		1490		1033		214		184			59

Az 59 halálesetben a halál oka s a betegség neve következő volt:

Csoport	Betegség neve	Férfi		Nő	Halál oka
		Férfi	Nő		
I.	Periostitis mandibulae	1	—	—	Septihaemia. <sup>1</sup>
	Carcinoma faciei	—	1	—	Agyhűdés. <sup>2</sup>
	Contusio capitis	1	—	—	Apoplexia subcranialis.
	"	1	—	—	Commotio cerebri.
	Fractura baseos cranii	3	—	—	Commotio cerebri.
	"	2	—	—	Meningitis purulenta.
	Vulnus contusum capitis	1	—	—	Meningitis.
	Vulnus sclopetarium capitis	1	—	—	Agyhűdés. <sup>3</sup>
	Epistaxis	1	—	—	Nehpritis chronica.
			11	1	
II.	Carcinoma colli	1	—	—	Exhaustio.
	Lymphoma colli	1	—	—	Phthisis.
	Struma cysticum	—	1	—	Szívűdés. <sup>4</sup>
	Vulnus scissum colli	—	1	—	Pneumonia crumposa.
	Corpus alienum laryngis	1	—	—	Fuladás.
			3	2	
III.	Empyema thoracis	—	1	—	Phthisis.
	Carcinoma mammae	1	—	—	Pleuritis purulenta.
	Vulnus sclopetarium thoracis	1	—	—	Elvérzés.
	"	1	—	—	Haemathorax.
	Cicatrix ventriculi	—	1	—	Exhaustio.
	Strictura oesophagi	—	1	—	Exhaustio.
		3	3		
IV.	Osteomyelitis ossis ilci	—	1	—	Peritonitis diffusa.
	Fractura costarum	1	—	—	Haemathorax.
	"	1	—	—	Pleuritis.
	Fractura vertebrae	1	—	—	Pneumonia hypostatica.
	"	1	—	—	Haldokolva hozatott.
		4	1		
V.	Hernia inguinalis incarcerata	4	1	—	Peritonitis. <sup>5</sup>
	Hernia cruralis incarcerata	—	1	—	Phthisis.
	"	1	—	—	Bélperforatio. <sup>6</sup>
	Hernia umbilicalis	—	1	—	Exhaustio. <sup>7</sup>
	Incarceratio interua	1	—	—	
		6	3		
VI.	Strictura recti	1	—	—	Peritonitis.
			1	—	
VIII.	Ektopia vesicae	—	1	—	Pyelitis purulenta.
	Cysta ovarii	—	1	—	Szívűdés. <sup>8</sup>
		—	2	—	
IX.	Fractura aperta humeri	1	—	—	Shok.
	Luxatio cubiti	—	1	—	Septihaemia. <sup>9</sup>
		1	1	—	
X.	Abscessus frigidus femoris	1	—	—	Exhaustio. <sup>10</sup>
	Osteomyelitis tibiae	1	—	—	Phthisis.
	Osteomyelitis genus	1	—	—	Phthisis.
	Phlegmone cruris	—	1	—	Exhaustio. <sup>11</sup>
	Coxitis purulenta	—	1	—	Phthisis.
	Conquassatio femoris	1	—	—	Elvérzés. <sup>12</sup>
	"	1	—	—	Shok.
	Fractura femoris	1	—	—	Zsírembolia.
	"	1	—	—	Shok.
	"	1	—	—	Shok.
	"	1	—	—	Exhaustio.
			8	2	
XI.	Mallens humidus	1	—	—	Exhaustio.
	Osteomyelitis multiplex	1	—	—	Exhaustio.
	Combustio majoris gradus	1	—	—	Exhaustio.
	"	1	—	—	Pyaemia.
		4	2		
XII.	Epilepsia	1	—	—	Shok.
	Összesen	42	17	—	

Jegyzet: <sup>1</sup> Súlyos tünetek közt vétetett fel. — <sup>2</sup> Metastatikuss gőcz az agyban. — <sup>3</sup> Agyroncsolás. — <sup>4</sup> Műtét után 12-dik nap. — <sup>5</sup> Műtét után. — <sup>6</sup> Műtét után. — <sup>7</sup> Műtét után 8 héttel. — <sup>8</sup> Műtét után. — <sup>9</sup> Műtét után. — <sup>10</sup> Paralysis progressiva. — <sup>11</sup> Marasmus. — <sup>12</sup> Haldokolva hozatott.



A halál okai tehát következőképen oszlanak meg: Agy-hüvés 2. — Apoplexia suberianialis 1. — Commotio cerebri 2. — Meningitis 2. — Exhaustio 10. — Shok 4. — Szív-hüvés 2. — Elvérzés 2. — Haematothorax 2. — Haldokolva hozott 2. — Fulladás 1. — Bélperforatio 1. — Zsírembolia (ezombtörés után) 1. — Peritonitis 3. — Pleuritis 2. — Phthisis 6. — Pneumonia 2. — Nephritis 1. — Pyelitis 1. — Septihaemia 2. — Pyaemia 1.

(Folytatása következik.)

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

Az epeutak megbetegedésének hat esete. Műtét. Gyógyulás.

Közli *Imrédy Béla* dr., tanársegéd.

(Folytatás.)

2-dik eset. P. L.,<sup>1</sup> 52 éves, magánzónó, leszámítva egy-két könnyebb megbetegedést, mindig egészséges volt. Két ízben esett teherbe és két egészséges gyermeket szült.

1893. október havában a máj tájékán nagy fájdalmak lepték meg, sokat hányt, nagy láza volt és állítólag elvesztette eszméletét. Orvosi beavatkozásra fájdalmi megszüntek ugyan, de következő napon már sárgaság jelei mutatkoztak, vizelete sötétsárga lett, széke pedig agyagszürke színt vett fel. Betegsége folytán 14 napig ágyban fekvő beteggé lett. Azóta sárgasága nem hagyta el és párszor a máj tájékán fájdalmakat érzett. 1893. december elejéig állapota mégis javult, a ményiben a sárgaság némileg alábbhagyott, széke ismét sárgás színűvé vált, vizelete pedig világosabb lett. Ekkor azonban egy igen heves májtáji fájdalommal járó roham jelentkezett, mire állapota ismét rosszabbra fordult, a sárgaság a betegsége kezdetén lévő fokát nyerte vissza. Mivel állapota nem javult, 1893. december 28-dikán a II-dik számú belklinikára vétette fel magát.

A beteg felvétele alkalmával kissé lesoványodott és élénk citromsárga színű volt. Tüdő, szív ép volt. Has felett semmi rendellenest nem találtunk, a máj nem volt nagyobb, csak kissé tömöttebb tapintatú, miért is széleit jól körül foghattuk, kivéve az epehólyag tájékának megfelelő részén, a hol csekély kiterjedésben nagyobb fokú ellentállást éreztünk. Széke agyagszínű volt, vizelete igen élénk epefesteny-reactiót adott. A hőmérő rendszeres hőmérsékletet mutatott.

A beteg kórelőzménye és vizsgálata valószínűvé tette, hogy az epeutak valamelyes bántalmával van dolgunk. Különösen a hirtelen, nagy májtáji fájdalommal beköszöntő sárgaság epeköbántalomra hívta fel figyelmünket. Mindezeknél fogva az ilyen bajoknál szokásos gyógykezelést rendeltük el és természetesen a székletek gondos átkutatását sem mulasztottuk el.

A beteg 1893. december 29-dikétől 1894. január 10-dikéig carlsbadi vizet ivott eredmény nélkül. Január 4-dikén és 8-dikán igen heves májtáji fájdalmak voltak, melyek csak opium adagolására szüntek meg. Ezen rohamok alatt a hőmérők rendszeres maradt, az epehólyag táján daganatot nem éreztünk. Sárgaság változatlan maradt.

Január 10-dikén és 11-dikén a beteg rövid idő alatt 200—200 gm. oleum olivareumot ivott meg eredmény nélkül.

Január 11—29 dikéig ismét a carlsbadi kúrához tértünk vissza, mialatt január 17-dikén egy újabb roham lepte meg. Ezután sárgasága múlni kezdett, vizelete világosabb és széke kissé sárga színű lett. De már január 25-dikén ismét erős májtáji fájdalmak jelentkeztek, mire a sárgaság régi fokát érte el és széke agyagszínű lett. Január 29-dikéig állapotában némi javulás állott be. Meg kell még jegyeznem, hogy a beteg székében az egész észlelési idő alatt követ nem találtunk.

Ezen esetben a baj kezdete, t. i. a heves májtáji fájdalommal beköszöntő sárgaság, továbbá a beteg észlelése alatt elég gyakran jelentkező heves kólikák, melyek után a sárgaság összes tünetei súlyosbodtak, az epeköbántalom oly jellemző

körképét nyújtották, hogy semmi kétség sem merülhetett fel az iránt, miszerint ezen esetben fényleg epeköbántalommal van dolgunk, habár a betegnél jelentkező javulások után a székletekben követ nem találtunk. Azonban éppen ezen körülmény, valamint azon észleletünk, hogy éppen ezen javulások időszakában a bélsár színeződése nagyon esekély mértékű volt, azon feltevésre utalt, hogy az epekö vagy epekövek legalább részben a choledochusban vagy a ductus hepaticusban foglalnak helyet. Mert csak így értelmezhetjük a bélsár csekély színeződését és a sárgaság kisértékű alábbhagyásait a rohammentes időszakban. Ha ugyanis az epe nagy vezetékai a rohammentes időben teljesen átjárhatókká váltak volna, úgy a bélsár okvetlenül rendszeres színét nyerte volna el és a sárgaság is rohamosan csökkent volna. Így azonban mentől tovább volt alkalmunk a beteget észlelni, annál inkább meggyőződünk arról, hogy rohammentes időben a kő vagy kövek a nagy epevezetőkben maradtak vissza és — a mint első esetünkben bőven leirtam — ide-oda való vándorlásuk közben az időnként fokozódó angiocholitis segítségével rohamokat váltanak ki.

Egy jellemző tünet hiánya mindig megoldásra várt még. Ha ugyanis az epekö a choledochust szűkíti és roham alkalmával elzárja, mért nem sikerült egy ízben sem a megnagyobbodott epehólyagot roham alatt kitapintani, holott az epehólyagnak, mint tudjuk, legalább a roham alatt ki kellett volna tágnia. Ennek két magyarázatot adhattunk. Az epehólyag az előrement esetleges lobos folyamatok folytán annyira megváltoztathatta helyzetét, hogy tágnult állapotában sem lehet kitapintani, vagy az epekövek vándorlása által felidézett lobos folyamat az epehólyag és a ductus cysticus obliterációjára vezetett. A műtét mint látni fogjuk ezt is kiderítette.

A fentebb elmondottak alapján epeköbántalmat vettünk fel és az epekövek egy részét vagy a choledochusban, vagy a ductus hepaticusban sejtettük. Így azután valószínűvé vált, hogy az epekö vagy epekövek hihetőleg nagyságuknál fogva természetes úton nem távozhatnak el, mivel a belső kezelés eredménytelen maradt. Másrészt a folyton ismétlődő fájdalmak, a folyton tartó sárgaság a beteget kimerítették és minden percében a beteg életét veszélyeztető szövödménytől is kellett félnünk, ennél fogva Kétli tanár a művi beavatkozást hozta javaslatba. A beteg szenvedéseitől szabadulandó, ehhez beleegyezését megadta és így Dollinger tanár, ki a beteget szintén hosszabb ideig észlelte, 1894. január 30-dikán délelőtt a műtétet elvégezte.

Dollinger tanár a műtétet következőleg írja le: „A has megnyitása a jobb oldali egyenes hasizom külső szélét mellett történt. Az epehólyag helyén egy tömött heg volt, a melyhez a cseplesz és a duodenum erősen oda volt növe. Ezen utóbbinak a külső fala az összenövés helyén a hegbe egészen bele volt olvadva, úgy hogy előre látható volt, hogy az a szétválasztás alatt be fog szakadni, a mi meg is történt, mire a duodenum ezen heges részét kíméltem és kettős szűcsvarrattal, selyemmel egyesítettem. Az epehólyag üres volt, a choledochus ujjnyi vastagra volt kitégítve és benne egy mogoró nagyságú kő volt érezhető, a mely a choledochus hosszanti bemetszésén át el lett távolítva. A kő két végén lévő facettákból arra kellett következtetni, hogy még egy, esetleg több kő is van jelen és ezért a nagy epeutakat a leggondosabban megvizsgáltam és a májban fekvő epeutakat megkutatoltam, de második követ nem találtam és így a choledochus sebét kettős szűcsvarrattal bevarrtam.“

A kocka alakú epekö súlya 244 gm. volt és átmérői minden irányban 17 mm.-nek felelték meg.

A műtét utáni napokban a javulást súlyos, 39° C. lázzal járó, diffus hörghurut zavarta meg, mely négy nap alatt lefolyt. Azután a beteg láztalan lett, sárgasága és annak tünetei rohamosan csökkentek, a hasseb per primam gyógyult. A beteg 1894. márczius 5-dikén a klinikát gyógyultan hagyta el és jelenleg is jó egészségnek örvend.

A műtét abbéli feltevésünket igazolta, hogy a tünetek alapján az epekö helyét a choledochusban tétéleztük fel. Ugyanekkor kiderült az is, hogy a ductus cysticus és az epehólyag előrement lobok folytán obliteráltak, miért az epekölika-rohamok alatt a pangó epe nem juthatott bele és természetesen a tágnulás elmaradván, az epehólyagot nem is tapinthattuk.

<sup>1</sup> Bemutattatott az orvosegyesület 1894. április 14-diki rendszeres ülésében Kétli tanár által.



Végül a kő nagyságát véve tekintetbe, kétségtelen, hogy az természetes utakon nem távozhatott el, miért is a beteg érdekében a műtét annál is inkább jogosult volt, mert a hosszasan fennálló súlyos icterus a beteg életét is kockáztatta.

3-dik eset. St. M.-né, 30 éves nő 6-szor szült. Jelen baja kezdetéig egyes jelentéktelenebb bajoktól eltekintve, mindig egészséges volt. 1894. augusztus havában elrontotta gyomrát, mire gyomor és máj tájékán igen heves göresöket érzett és nemsokára rá sárگا lett. A sárgasága alatt, mely két hétig tartott, lázai voltak és „gyomorgöresei” sokszor ismétlődtek. Sőt a gyomor és máj tájékára szorító fájdalomai még azután is gyakran jelentkeztek, miért is a Rókus-kórházba vétette fel magát. 5 hét múlva hazament, de már 1894. december elsején ismét visszament, mert fájdalom-rohamai másodnaponként jelentkeztek. 1895. január 4-dikén a Rókus-kórházból a II-dik sz. belklinikára tétetett át.

Felvételkor a vézna termetű nőn a következőket találtam. A has elődomborodott, a máj alsó szélé 3 harántujjnyival meghaladta a bordaívét és legömbölyített, a máj tömött. A lép a 7-dik bordánál kezdődik és a bordaívét jól meghaladta, tömött és sima felületű volt. A többi szervek eltérést a rendestől nem mutattak. Mindjárt felvételét követő napon a beteget a máj és gyomor táján igen heves fájdalmak lepték meg, ez alatt a nyomásra egyébként is kissé fájdalmas máj tájéka oly érzékenynyé vált, hogy alig lehetett e tájékot érinteni. Daczára ennek, a fájdalom-roham alatt a megnagyobbodott epehólyagot ki lehetett tapintani. A következő napokon a fájdalom-rohamok úgy mint az előző napokon ismétlődtek, de láz is és igen kifejezett sárgaság csatlakozott hozzá. 1894. január 7-dikén délután 1/2 órákor kellő aseptikus cautelák mellett 38.1 C. fokú láz mellett a jobb vena medianából bacteriologikus vizsgálatra 2 kem. vért vettünk, a vizsgálatok negatív eredményűek voltak.

A betegség kezdete és lefolyása, nevezetesen a jellemző fájdalom-rohamok, az ehhez csatlakozó icterus és epehólyagtágulás a cholelithiasist kétségtelenné tették, miért is a betegnél szigorú carlsbadi kúrát rendeltem el. Azonban a beteg állapota nem javult, a fájdalom-rohamok majdnem naponta jelentkeztek, hébe-korba láz is kísérte, a bélsárban pedig követ nem találtunk. Mivel a belső orvoslás több hónapon át eredménytelen maradt és a klinikai észlelés ideje alatt sem vezetett a kívánt eredményhez, többé tőle nem várhattunk javulást és a további várakozás a betegre nézve veszélyessé válhatott volna, főnököm Kétli Károly tanár Dollinger tanárt a művi beavatkozásra kérte fel, melyet D. a beteg beleegyezésével 1895. január hó 19-dikén végzett.

D. leírása szerint a műtét következőképpen folyt le: „Bemetszés a jobb egyenes hasizom külső szélé mellett. Az epehólyag türes volt, összenövéseket nem találtam, a choledochus rendes ürterének körülbelül 4-szeresére volt kitérítve, benne könnyen meg lehetett találni a cseresznyemag nagyságú követ (hossza 10 mm., szélessége 7 mm., súlya 30 cgm.), a mely rögzítettén, a choledochuson akkora sebet ejtettem, a melyen át a követ kitolhattam, mire a sebet kettős szűesvarrattal, selyemmel bevarrtam.”

A kő eltávolítása előtt D. a choledochus középső részéből Pravaz segélyével körülbelül másfél köbcentiméter epét vett ki, melyből igen sok bacterium coli commune fejlődött. A kő szemölcsös felületű, átmérője 7—10 mm., súlya 30 cgm.

A műtét után a beteg gyorsan javult, láza nem volt és 1895. február 15-dikén a kórodát gyógyulva hagyta el.

A betegnél az irregularis, majdnem naponta ismétlődő epekólika-rohamokat a choledochusban lévő aránylag nem nagy epekó okozta. A baj hosszas tartama alatt máj- és lépmeagnagyobbodás állottak be, és bár a lázas roham alatt vett vérből bacteriumokat nem találtunk, az epeutak már inticiálva voltak, a mennyiben a choledochus középső részéből vett epében bacterium coli commune sikerült tenyésztetni. Rendes viszonyok között csakis a choledochus legalsó részében leljük ezen bacteriumot. Ezen lelet már magában véve is a műtét beavatkozás jogosultságát kétségtelenné teszi, de indokolttá tette az is, hogy a folyton ismétlődő rohamok a szegény sorsú beteget már hónapok óta munkaképtelenné tették, és hogy a belső orvoslás ezen hosszú idő alatt semmi eredményt sem tudott felmutatni.

(Folytatása következik.)

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

### Méhenküüli terhesség esetei a II. szülészeti és nőgyógyászati klinika gyakorlatában.

Közlő: Tóth István dr. egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

Az e csoportban leirt 6 esethez műtétet illetőleg hozzá kell vennünk a 9. számú esetet is, a mennyiben ennél is kiviselt halott magzat mellett operáltunk.

Így összesen 7 esetről lesz e csoportban szó.

Öt esetben kétséget kizárólag megállapíthattuk a méhenküüli terhesség diagnózisát: a 12. számú esetben bizonytalan diagnossal operáltunk; egy esetben — 14. sz. — még csak gyanunk sem volt méhenküüli terhességre, sőt már elvégeztük a műtétet, a mikor kitért, hogy a fibromának tartott daganat, melynek vastag falzatán át semmi magzatrészt megkülönböztetni nem lehetett, nem egyéb, mint egy petezsák, mely egy kiviselt magzatot rejt magában; a petezsák intraligamentaris elhelyezkedése, a méhhez való széles összefüggése, tapintata, mindenben utánozta egy intraligamentaris fibroma képét. Előbb nem volt alkalmunk a beteget észlelni, a magzat 9 hó előtt elhalt, a petezsák falzata erős, vastag volt s így egyetlen jel: a menstruatio 1 éven át való kimaradása utalhatott volna a helyes diagnossra. A nagy mértékben leromlott betegnél a huzamos amenorrhoea önmagában azonban nem jogosított volna a méhenküüli terhesség felvételére, hisz hány-szor látunk amenorrhoeát vérszegény, satnya táplálkozású betegeknel; sőt ha felkelt volna is figyelmünk e körülményre, a méhenküüli terhesség csak gyanítás lehetett volna, mert pozitív jel egy sem volt fellelhető; eklatánsul bizonyítja ezt az is, hogy még a kiirtott s közvetlenül kezünk között levő daganatban sem ismertük azt fel egészen a szák megnyitásáig, a mikor nagy meglepetésre egy kifejlett magzat lába bukkant elő.

Érdekes, hogy míg a klinika előbbi éveiben, 13 év alatt, csak 3 esetben találkoztunk e nemű esetekkel, addig az 1894. év folyamán 4 esetet észleltünk s operáltunk, köztük kettő (a 9. és 15. számú eset), mely csaknem azonos kifejlődésű, 2 heti időközben került műtét alá. Az esetek ismert duplicitása!

2 esetben (9. és 13. sz.) láttuk volt a beteget még élő magzattal, a 9. számút plane már a 3-dik hóban, azonban mindkettő csak már akkor bizta sorsát reánk, midőn magzata elhalt volt.

A 11. sz. eset a magzat elhalása után 4 hóval, a 14. sz. 9 hóval, a 15. sz. 2 hóval, a 16. sz. 5 1/2 hóval került szemünk elé; mindezen esetekben tehát már egy befejezett folyamattal állottunk szemben s így számíthattunk az edények obliterációjára, az operálást nem halasztgattuk. A 20. sz. eset részletes leírásánál elmondoztuk, hogy itt mások tapasztalataira s különösen Werth ajánlatára támaszkodva, a mely nézetet utóbbi időben csaknem általánosan elfogadtak, a már elhalt magzat mellett bevártuk az ajánlott 10 hetet, elérendő a halasztás által az edények obliterációját; ez esetben el is értük azt, bár véleményünk szerint ez eset épen anatomiai viszonyainál fogva már előbb is operálható lett volna; a kifejlődés minőségét azonban előre alig lehet meghatározni s így az óvatosság, a várakozás e nézet szerint helyén volt.

A 13. sz. esetben a magzat elhalása után mintegy 5—6 héttel végeztük a műtétet, operáltunk mihelyt a beteg állapota megengedte. A műtét nagy vérzéssel járt, a számos összenövés leválasztása újabb és újabb vérzési forrást nyitott meg; a beteg szervezete, a mely már régi hydronephrosis és nephritis miatt sem volt egészséges, a nagy vérvesztéssel járó műtétet nem bírta ki.

Vajjon, ha várunk még pár hétig, ha bevárjuk a Werth ajánlotta 10—12 hetet, megmentjük-e a beteget? Annyival kevesebb lett volna már akkor a vérzés? Kérdéses! Másrészt a beteg nephritise s hydronephrosisa ekkor sem lett volna jobb állapotban.



A 7 eset közül 5-ször ép volt a petezsák, 2 esetben (9. és 15. sz.) rupturált s a magzat a szabad hasürben belek között fektett.

A 9. sz. esetben a repedés idejére vonatkozólag jeleztem véleményünket, mely szerint az a terhesség korai idejében történt. A magzat ép amniosában burkoltan fovább élt, fejlődött a szabad hasürben s csak a köldökzsinór lefűződésével halt el.

A 15. sz. esetben azt hisszük, azon időpontban történt a repedés, midőn a terhesség végén ama göresös fájdalmak jelentkeztek, melyeket a beteg a beálló szülésnek vélt, orvosa is annak tartotta s a beteget a szülés siettetése végett többször fürdőtette. E feltevésünk a következőkön épült fel: a petezsák üre a hasmetszésnél is még tatóngó volt s bár zsugorodott, mégis elég nagy arra, hogy egy kiviselt magzatot befogadjon; a repedés nagy volt, 11—12 cm. hosszú, tatóngó volta ellene szól annak, hogy a terhesség korai idejében történt volna a repedés, mivel ez esetben hasonlóan a 9. sz. esetben talált képhez, a zsugorodás, a záródás többé-kevésbé megtörtént volna; de az anamnesisben sem találunk más időpontot a ruptura idejére, annak tüneteivel. Véleményünk tehát az, hogy a szülési fájásokhoz hasonló göresök, contractiók hatása alatt a terhesség végével repedt meg a petezsák s ott a magzat rövid ideig még tovább élt.

Csodálatos, hogy ily nagy terjedelmű repedés daczára az anya el nem vérzett. Magyarázatát leli e tény abban, hogy a repedés a placenta tapadási helyével szemben a lig. latum felemelt hátsó lemezének mélyebb részletén történt.

5 eset közül, melyekben ruptura nem történt, 4 esetben intraligamentaris volt a petezsák elhelyezkedése, 1 esetben (16. sz.) kocsányos (ovarialis).

A 2 rupturált eset egyike intraligamentaris (15. sz.), másika kocsányos kifejlődésű (9. sz.).

Tehát az e csoportba tartozó 7 eset közül 5 intraligamentaris, 2 kocsányos.

E megkülönböztetés rendkívül fontos a műtét s annak kimenetele szempontjából.

A 2 kocsányos petezsák könnyen operálható, teljesen kiirtható volt; mindkét beteg gyógyult.

Az 5 intraligamentaris petezsák közül 4-et kihozunk teljesen, egészen; egy beteg meghal (13. sz.), a többi meggyógyul; 1 esetben (11. sz.) a petezsákot részben bennhagyjuk, a hassebbe kivarrtuk volt; beteg gyógyult.

A 7 eset közül 1-et vesztettünk tehát el; intraligamentaris elhelyezkedését, melynél nagy vérzés között, de teljesen kiirtottuk a petezsákot.

A mint a fenti 7 eset tanulsága is mutatja, az előrehaladottabb méhenkivüli terhesség eseteinek műtete a magzat elhalása után nem nagyon kedvezőtlen eredménnyel jár; a siker mindenekelőtt függ a petezsák anatómiai elhelyezkedésétől, s csak kevésbé függ attól, hogy mennyi idő mult el a magzat elhalása óta. Werth-Litzmann a magzat elhalása után 10—12 hét leteltével ajánlja a műtétet, a mikor már az edények obliterációja biztosan várható. Úgy látszik, hogy a fentieknek meggyőző statisztikai adatai alapján, melyeket az 1884-diki koppenhágai congressuson adtak elő (melyek szerint a terhesség végén élő magzat mellett operált 17 anya közül csak 2 maradt életben, míg 23 esetben a magzat elhalása után operáltak közül csak 5 esett áldozatul, 18 gyógyult), megállapodás s mintegy megnyugvás jön létre abban, hogy a terhesség végén a magzat életében csak végső szükség esetén operáljunk, várjuk meg a magzat elhalását, avagy sietessük azt (morph.-injecciónok, electromosság alkalmazása által) s még ckkor is várjunk, s csak az elhalás után 10—12 hét múlva operáljunk. Mindezt csak azért, hogy a műtét alatt fellépő vérzés csekélyebb, könnyebben csillapítható legyen.

Újabb azonban e nézet sem áll már oly szilárdan. A hassebészetnek újabb rohamos fejlődése, a hasürben a vérzéssel való elbánni tudás különösen megingatja e tant, s remélhetőleg meg is fogja dönteni. Hiszen a kérdés pointja a körül forog, hatalmunkban áll-e a vérzést a műtét alatt csillapítani? Ha igen, úgy minden esetre kedvezőbb kilátást nyújt egy friss

pete, érintetlen, nem inficiált tartalmával, mint egy már macerált, szennyezett, gyakran bűzös, genyes petezsák.

A vérzés csillapításában mennyire haladtunk az említett idő óta? Mily, mondhatni, biztossággal operálunk ma multiplex fibromákat olyan anatómiai elhelyezkedéssel, a melyeket azelőtt alig voltunk képesek kifejtetni, s ha igen, úgy a beteg elég sokszor a nagy vérvesztés folytán nem bírta ki a műtétet.

Mennyi volt azelőtt a befejezetlen műtétek száma? Ma alig találkozunk ilyennel. Pedig állíthatjuk a klinikán lefolyt közel 800 hasmetszés statisztikája alapján, hogy nemesak nem rosszabbodott az utóbbi időben a hasmetszési műtétek mortalitási statisztikája, de sőt nagyot javult; különösen mutatkozik e javulás a műtétek után közvetlenül, vagy rövid időre bekövetkezett halálozásokra vonatkozólag, a vérzés okozta halálozásokra.

Bár a magzatok életbenmaradása nem a legkedvezőbb statisztikát nyújtja (Harris 27 élő gyermek mellett végzett laparotomiát gyűjt össze: 2 gyermek torz volt, a többi 25 közül 13 az első 50 óra alatt meghalt), sok a gyengén fejlett, gyakori a torz, mégis az anya épsége, élete mellett, mely első sorban veendő számba, nem szabad teljesen elhanyagolnunk a magzatot sem.

Láttuk, hogy változott meg a műteti technika tökéletesedésével az élő magzat perforációjának kérdése, mint lépett előtérbe, még a legeconservatívabb iskoláknál is a sectio caesarea s nyert a perforációval szemben polgárjogot!

Az utolsó évek statisztikája jelentékenyen javult is a Werth-féle közlés óta.

Olshausen<sup>1</sup> (1890-ben) újabb 10 esetet közöl, illetőleg gyűjt össze, melyekben élő magzat mellett hasmetszést végeztek különböző műtők (1. Hofmeier, 2. Vedeler u. Normann, 3. Netzel, 4. Goodell, 5. Matthieson, 6. Breisky, 7. Treub, 8. Williams, 9. és 10. Olshausen), ezek közül 6 anya meggyógyult (40% mortalitás). E statisztikát részint Pozzi tanácsára, részint az irodalomból összeszedve a következőkkel egészíthettem ki: *Lazarevicz*<sup>2</sup>: 1 eset, anya gyógyult, gyermeke 21 napig élt; *Eastmann*<sup>3</sup>: 1 eset, anya gyógyult, gyermek él; *Braun von Fernwald*<sup>4</sup>: 1 eset, anya gyógyult, gyermek operatio után meghalt; *Lawson Tait*<sup>5</sup>: 3 eset, 2 anya gyógyult, 3 gyermek él; *Champneys*<sup>6</sup>: 1 eset, anya meghalt, gyermek él; *Josef Price*<sup>7</sup>: 1 eset (peritonitis mellett operálta), anya, gyermek elhalt; *E. Braun*<sup>8</sup>: 2 eset, egyik anya meghalt, mindkét gyermek él; *Lihotzky*<sup>9</sup> *Chrobak* klinikájáról: 1 eset, anya, gyermek él. *Negri*<sup>10</sup>: 1 eset, anya gyógyult, gyermek? *Roche*<sup>11</sup>: 1 eset, anya, gyermek él. *Köster*<sup>12</sup>: 1 eset, anya gyógyult, 7 hónapos magzat (?); *Sippel*<sup>13</sup>: 1 eset, anya meghalt, 7 hónapos magzat (?); *Roquier*<sup>14</sup>: 1 eset, anya gyógyult, gyermek asphyctikus, fel nem éleszthető.

Összesen tehát ezen 16 operált anya közül gyógyult 11, meghalt 5 (31'25% mortalitás); életben maradt 10 magzat, meghalt 3, ismeretlen sorsú 3.

Összevetve e statisztikát az Olshausen által gyűjtött 10 esettel, azt találjuk, hogy az összes 26 eset közül 9 esetben meghalt az anya, 17 esetben meggyógyult (34'61% mortalitás).

A mint látjuk, mindinkább több a megmentett anya s gyermek is; míg a Litzmann-Werth-féle statistika az anyáknak 88% mortalitását mutatta ki, addig az 1886 óta gyűjtött statisztikában már 34'61% mortalitást mutathatunk ki. Elég nagy százalék még ez is, s kedvezőtlenebb mint a Litzmann-Werth-féle statisztikában a halott magzat mellett végzett has-

<sup>1</sup> Deutsche med. Wochenschrift 1890.

<sup>2</sup> Vrach, St. Petersburg 1886.

<sup>3</sup> Americ. Journ. of Obst. 1888.

<sup>4</sup> Centralblatt f. Gynaek. 1889. Nr. 36.

<sup>5</sup> Americ. Journal of Obst. 1888.

<sup>6</sup> Brit. med. Journal 1887.

<sup>7</sup> Americ. Journal of med. Science. 1888.

<sup>8</sup> Archiv f. Gynaek. XXXVII.

<sup>9</sup> Wiener klin. Wochenschrift 1891. 10—11.

<sup>10</sup> Centralblatt f. Gyn. 1891. Nr. 32.

<sup>11</sup> Centralblatt f. Gyn. 1892. Nr. 7.

<sup>12</sup> Centralblatt f. Gyn. 1892. Nr. 50.

<sup>13</sup> Centralblatt f. Gyn. 1892. Nr. 50.

<sup>14</sup> Centralblatt f. Gyn. 1893. Nr. 50.



metszések mortalitása (27%), bár az utolsó 4 év 8 esete (25%) valamivel kedvezőbb eredményt ad. De egyszermind javult a halott magzat mellett végzett hasmetszések mortalitása is az említett közlés óta; így pl. mi is 7 esetünk közül csak egyet veszítettünk (14,2% mortalitás); ehhez viszonyítva bizony sokkal rosszabb az élő magzat mellett végzett műtétek fenti eredménye.

Bár tudjuk azt, hogy a sikerrel operált esetek inkább vannak közölve, s így talán több sikertelen operatio közlése maradt el, mint sikerülté, ezért a fenti eredmény talán még kedvezőtlenebb, azonban ez áll úgy az élő mint a halott magzat mellett operált esetekre; míg nem szabad elfelejtkeznünk azon esetekről, melyek letalisan végződtek műtét nélkül — a magzat előzetes elhalása nélkül —, vagy annak elhalása után is ama bizonyos várakozási idő alatt. Ez utóbbira vonatkozólag Olshausen 2 esetet ír le saját tapasztalatából; mindkettő szeme előtt halt meg klinikáján, mialatt várták az operálásra kifizűtt hetek leteltét.

A várakozó eljárás éppenséggel nem veszélytelen: első sorban a ruptura veszélye folyton fennáll, sőt napról napra növekszik és pedig különösen a magzat életében, de azután is megvan, épen a placenta esetleges leválása után a petezsákban létrejövő vérömleny által okozva, a mikor a petezsák falzata a hirtelen növekedett feszítésnek ellentállani nem képes.

Másrészt a petezsák elváltozása, elgenyvedése, az ez által megindított hashártyalobok következtében létrejött összenövés, különösen belekkel, mind rosszabbítja a műtét kilátásait s állandó veszélyben tartják az anyát. Maga a magzat elhalása különösen veszélyes időpont; eseteink leírásánál többszörösen előfordul annak súlyos megbetegedés alakjában való megjelenése.

Élő magzat mellett végzett operatióknak a terhesség II. felében csak egy van, ez is a 6-dik hóban (e beteg meggyógyult). Nem rendelkezünk ez oldalról bizonyító adatokkal. Egy másik esetben is észleltünk még élő magzatot (9. sz.), de ez esetben az anya ellenkezése megghusította a beavatkozást, bár őszintén megvallva, mi a Litzmann-Werth-féle elv alapján állva, nem szándékoztuk a magzat életében végezni a hasmetszést, hanem előbb morphium-injectiók által akartuk a magzat elhalását siettetni s csak ezután hetek múlva végezni a műtétet. Jórészt akaraton kívül így is történt a dolog. S ma, végig gondolva az említett eset műtétét, a melyet a magzat elhalása után 10—11 héttel végeztünk volt, s tudva azt, hogy ez esetben a tubaris graviditás mellett a petezsák nagyobb nehézség nélkül alá volt köthető s így majdnem vérzés nélkül eltávolítható, másrészt másoknak ez irányú tapasztalatait olvasva, utólagosan aligha bíráljuk tévesen ez esetet, ha azt véljük, hogy ez esetben a magzat életében is sikerre vezetett volna a műtét, kivitele sem nehezebb, sem veszélyesebb nem volt volna, s esetleg még a magzatot is sikerült volna életben tartanunk.

Nem mondhatunk határozott véleményt ma még, de remélhetjük, hogy a közel jövőben itt lesz az idő, a mikor a terhesség végén levő méhenkívüli magzat halálát bevárni vagy siettetni nem fogjuk, hanem operáljuk a beteget, s megmentjük esetleg a magzat életét is. Ez az ideális eljárás, melyhez közelednünk kell, s úgy látszik közeledünk is.

Természetesen ezzel nem azt mondtuk, hogy egy korábbi időszakban várni fogjuk a magzat kifejlődését, hogy életképes magzatot nyerhessünk, de igenis nem fogjuk bevárni, avagy plane siettetni az életképes magzat elhalását.

Más kérdés az, hogy ha már elhalt a magzat, várjunk-e annak operálásával a Werth ajánlotta 10—12 hétig. Mi nyom többet a mérlegben, az az előny, a mit nyerünk az edények teljes obliterációja után a vérzés esillapításában, vagy az a hátrány, a mit okoz a várakozás ideje alatt fennálló veszély?

Azzal nyerünk-e, avagy ezzel veszünk-e többet? A várakozással járó veszély elhárítása hatalmunkon kívül esik; a vérzés esillapítása a mai még minden esetre tökéletesbedő műtéti technikai tudásunk mellett a legtöbbször kezünkben lesz.

(Folytatása következik.)

## Dolgozat Laufenauer Károly ny. r. tanár idegkórtani klinikájáról.

### Adatok a hypnotikus suggestiv therapia kérdéséhez.

Irta: Ranschburg Pál dr., ideg- és elmekórtani h. tanársegéd.

(Vége.)

IV. F. M., 19 éves, rk., szabó leánya. A rendelésre jött 1893. július 8-dikán. Előzmény: egy év előtt megijedt, azóta hetenként göresös rohamai vannak clonico-tonikus rángásokkal, fogait esikorgatja, kiabál, néha énekel; a rohamokról teljes emlékezete marad. Hysterikus stigmák, íz- és szag-paraesthesiák, szívdobogás. Könnyen összerezzen; nagyon labilis kedélyhangulatú. Utóbbi időben a rohamok hetenként többször, néha egy napon több ízben jelentkeznek. Két heti faradizálás, tinct. coca után állapota változatlan. Hypnózisra rendeltetett be. Hypnózis fixatióra (Braid) első kísérletnél prompt bekövetkezik, de nehéz légvételek állanak be mintegy egy attaque bevezető tünetei gyanánt, melyek azonban erélyes suggestióra megszűnnek. Beteg nyugodt lesz, 5 perc múlva suggestióval dehypnotizáltatik.

Másnap altatás Bernheim szerint, hypnózis minden kellemetlen melléktünet nélkül beáll. Rapport. A beteg csak nehezen beszél, de mindent megért. Suggestio, hogy a héten nem lesz roham. Dehypnotizálva bágyadt, de jól érzi magát.

Beteg 2 héten át naponként hypnotizáltatik, mely idő alatt egy roham sem volt. Később csak hetenként 3-szor, majd kétszer hypnotizáltatik, a roham másfél hónapon át nem jelentkezik. Közben beteg újból foglalatossága után jár, főzni tanul. Több mint 3 hónapon át roham nem jelentkezett, míg szeptember 22-dikén főzést rosszul lett, utána ismét göresöt kapott. Újból hypnotikus suggestiók alkalmaztatván, több roham nem jelentkezik.

V. Str. M., 14 éves, rk., napszámos leánya, jelentkezett a rendelésen 1893. október 4-dikén.

Négy hét óta görcsei vannak, melyek tonico-clonikus jellegűek, közben kiabál, hallucinál, nevet, sir, csuklik. Eleinte a rohamok hetenként, újabban másodnaponként jelentkeznek. Még nem menstruált. Láták tágultak, bal tágabb. Térdtünet fokozott. Ijedékeny, rendkívül ingerlékeny kedélyű. A legesekélyebb behatásra magánkívül lesz dühében. Jobboldali ovaria. Egyébként stigmák hiányzanak. Csúcs-infiltratio jobb tüdőcsúcsban.

Két heti villamozás (tinct. coca) eredménytelen alkalmazása után, a mennyiben a rohamok még mindig naponta vagy harmadnaponként jelentkeznek, hypnózis alkalmaztatik. Suggestióra a leány november 16-dikán gyorsan hypnózisba esik, rapport fennáll. 17-dikén görcse volt. Hypnotikus suggestio.

18-dikán nem volt görcse. Hypnotikus suggestio.

A suggestio hatása eleinte csak egy napról más napra terjed. Mihelyt egy nap a hypnózis elmarad, aznap vagy másnap reggelén a roham beáll, azonban esekélyebb intenzitású s rövidebb tartamú.

A második hét végén a suggestio már 2—3 napra is hatásos marad, a harmadik héttől roham egyáltalán nem volt. A suggestio nemesak a roham, hanem a kedélybeli labilitás, különösen az ingerlékenység ellen irányult, még pedig, mint a leány anyja beszélte, teljes sikerrel.

VI. O. Cz., 17 éves, Jászberény, 1891-ben megijedt, azóta hysterico-epileptikus rohamokban szenved. F. é. júniusban ismét felléptek a rohamok, másod-harmadnaponként jelentkeznek.

Július 3-dikán hypnotizáltatott első ízben. Felületes hypnózis áll be; nagyon suggestibilis. Az első héten naponként, azontúl, minthogy a therapia kezdete óta görcse nem volt, harmadnaponként hypnotizáltatik. Az eleinte felületes hypnózis mind mélyebbé lesz. Nehezebben ébred fel, hypnózis után bágyadt, kissé szédül, de ezek a tünetek negyedóra múlva elmúlnak. Július 21-dikéig görcse nem volt, mikor is haza utazott.

VII. D. A.-né, 1894. július 3-dikán jött rendelésünkre. Atyja szélhűdésben halt meg. Havi baját 12 éves korában kapta meg, mely rendszeren, 4 heti időközökben fájdalmak nélkül, 6—8 napi tartammal jelentkezett. Egy év óta a havi vérzés kevesebb, 2—3 napig tart, fájdalmakkal jár. 1876-ban ment férjhez. Egy gyermeke volt, mely eklampsiában halt el 11 hónapos korában.



El nem vetélt. Két év előtt egy hónapig Zimonyban malariában szenvedett.

Hysterikus stigmák egyébként hiányoznak. Harmadnapja (junius 28-dikán) beteg, a ki egy fővárosi szállodában mint eseléd szolgált, a folyosón állt, midőn egy nő, ki ott szállva volt, kedvesére revolverrel beteg előtt reálott. D.-né ijedtében összeesett, sírógöresöket kapott, melyek 2 óra hosszat tartottak. Egész éjszaka álmában fel-felijedt. Reggel, mikor felébredt, azt vette észre, hogy egész testében remeg. Mindazonáltal felkelt, nagy nehezen felöltözött, kávéját azonban már nem bírta felvinni az emeletre, mert karja annyira reszketett, hogy a eséséből a kávé kiömlött.

Azután hányt, nem evett semmit. A reszketés azóta folytonosan tart. Beteg 2 nap óta semmit nem aludt, sokat sír.

Pupillák középtágak, jobb tágabb. Jobb facialis kissé gyengébben innervál. Morel fülek. Kékellő sklerák. Térdtünet igen fokozott. Hysterikus stigmák egyébként hiányoznak. A remegés a fejre, törzsre és végtagokra kiterjedő középhullámú kilengésekből tevődik össze s teljesen megfelel a Dutil által leírt tremblement de rythme moyen-nak, még pedig a tremblement rémittent intentionnel (type Rendu) exagéré par les mouvements volontaires al-fajának, mely közel áll a mercurialis reszketéshez és — bár csak megközelítőleg — a selérose en plaques remegését utánozza. Az eset a legesékélyebb részletekig hűen megfelel Dutil következő mesteri leírásának: Si l'on examine un de ces sujets, alors qu'il est assis sur une chaise, les pieds posés à plat sur le sol et les avant-bras reposant sur les genoux, voici ce que l'on peut constater: la tête oscille avec un mouvement de va et vient dans le sens antéro-postérieur; les avant-bras et les mains sont animés de légers mouvements de flexion avec pronation et d'extension en sens inverse, qui se succèdent régulièrement; les doigts suivent aussi ces mouvements, mais d'une manière passive: ils ne tremblent pas pour leur propre compte. Aux membres inférieurs les avant-pieds ne quittent pas le sol, mais les talons se soulèvent et s'abaissent alternativement, frappent le parquet de petits coups secs régulièrement espacés, imitant le bruit et le mouvement de trépidation d'une personne assise et qui s'impatiente. Les choses étant ainsi, si l'on ordonne au malade, d'élever une de ses jambes en la maintenant étendue, ou de placer ses bras dans l'attitude du serment, le tremblement prend aussitôt une amplitude notablement plus grande dans les membres soulevés.

De plus, si l'on vient à lui commander un acte qui nécessite de sa part de l'attention et de la précision dans les mouvements, si on lui ordonne, par exemple de saisir un verre rempli d'eau et de le porter à sa bouche, on voit, dès que la main s'approche du verre, les oscillations s'accroître progressivement et croître rapidement en étendue et en énergie de sorte que le contenu du vase est bientôt projeté de tous côtés.

Megjegyzem még, hogy a reszketés a jobboldali végtagokban nagyobb hullámú, mint a baloldaliakban, a felsőkben nagyobb, mint az alsó végtagokban.

Julius 6-dikán a betegen megpróbáltam a hypnosist suggestiv elaltatással, melyre az gyorsan és tipikusan beállott. Az egyén nagyon suggestibilis, bár a hypnosis nem mély. Hypnosis alatt a reszketés intenzitása csökkent. Ébresztéskor a beteg szemeit csak nehezen tudja felnyitni, kissé bágyadt. A reszketés visszanyeri eredeti intenzitását. Amnesia nincs.

Julius 7. Beteg az éjjel jól aludt. Suggestióra a reszketés azonnal csökkent, majd annak tökéletes megszűnését suggerálva, a reszketés pár másodperc múlva teljesen megszűnt úgy a fejben, mint a végtagokban. 10 perznyi alvás után dehypnotizálva a beteget, a reszketés teljességgel megszűntnek mutatkozott s intenziós mozgások véghezvitelénél sem jelentkezett. Kifeszített kezében szétterpesztett ujjaknál finom hullámú tremor, mely azonban beteg megjegyzése szerint nála mindig fennállott.

A következő napokban — megjegyezvén, hogy a tremor többé egyáltalán nem jelentkezett — a hysterikus suggestio az elért eredmény megerősítésére és az étvágytalanság megszüntetésére irányult, a mi szintén teljes mértékben sikerült. Az álmatlanság már az első elaltatáskor megadott suggestio óta megszűnt.

Negyednapon az egyénnek semmi panaszja nem volt, teljesen gyógyultnak mondotta magát. Hypnosis, és villamozás másodnaponta váltakozva. 2 hét múlva elboesáttatott.

VIII. F. L.-né, 28 éves, ref., molnár neje, I. Budapest. Mult év november havában holt magzatot szült. Azóta hasában mozgást érez, mintha magzatmozgások volnának.

Tudja ugyan, hogy ez nem áll, de nem tud a gondolattól szabadulni. Azóta igen emotiv, labilis kedélyű. Folyton megőrüléstől fél. Öngyilkossági kényszerképzetek vannak.

Beteg 1894. május 17-dikén jelent meg rendelésünkön, honnan a nőgyógyászati klinikára utasított megvizsgálás végett. Itten semmi kóros tünetet nála nem észleltek. Különböző étvágya, álma jó.

Beteg május 17-dikétől július 9-dikéig villamozva lett, minden eredmény nélkül. Ekkor hypnosist kísérlettem meg, mely első napokban felületesen, később mélyebben beállott. Amnesia nincs. A suggestio a kényszerképzetek ellen és oda irányult, hogy beteg mozgásokat ritkábban érez s azokat pusztán bélmozgásoknak minősíti. Egy hét multán beteg ugyan még érez időnként mozgásokat, de azokkal nem törődik. A kényszerképzetek teljesen megszűntek, kedélyállapota rendkívül megjavult. Julius 15-dikén beteg üdülésre falura utazott.

IX. Gr. J., 19 éves, tanítónő. *Hysteria simplex*. Panaszai: ijedős, labilis, csökkent munkakedv és munkaképesség. Nyugtalanul alszik. Fülzúgás, szívdobogás, szédülés, főleg mindennapos fejfájás.

1894. augusztus 14-dikén első ízben kombinált methodussal a hypnosis gyorsan beáll. Rapport. Nagyon suggestibilis. Felébredés után a suggestióknak megfelelőleg teljesen jól érzi magát, fejfájása megszűnt.

Másodnaponkénti kezelés mellett az összes tünetek pár hypnosis alatt megszűntek. A beteg augusztus 30-dikáig bejárt, a második héten már panaszai egyáltalán nem voltak, jól nézett ki, étvágya, munkakedve fokozott, szellemileg rugékonny, jókedvű, fejfájások teljesen megszűntek.

Azontúl a következő hetekben a patiens még 1—2-szer megjelent magát megmutatandó az ambulatoriumon. Visszaesés be nem állott, a mit egy fél évvel később keltezett levele is megerősít.

Pr. Fülöp, 29 éves, szabó. *Hysteria virilis*. Panaszai: Általános neurastheniás panaszok. Különösen azonban kínos globus, nyelési nehézségek, nagyfokú szédülés, öngyilkossági kényszerképzetek. Baja két év óta tart.

1894. július 14-dikén. Fixálásra pár másodperc múlva első ülésben elalszik. Hypnosisból felébresztve, teljesen jól érzi magát.

Ettől fogva a beteg másodnaponta járt be hypnosistra. A hypnosis nála rendkívül könnyen előidézhető akármely methodus szerint. Nagyon suggestibilis. Hypnosis beálltakor beszélni nem tud, míg gégetáját nem dörzsölöm. A globus és nyelési nehézségek, valamint a szédülés jelentékenyen javulnak; augusztus 18-dikától szeptember 3-dikáig egyáltalán panaszja nincs, ez időtől fogva a tünetek újból felléptek s a hypnosis csak napról napra szerez enyhülést a betegnek. Villamozás teljesen eredménytelennek mutatkozott, úgyszintén fürdők is.

X. V. B. Diagnosis: neurasthenia sexualis.

Éveken át onanizált; 1 év óta hetenként körülbelül 2—3-szor vannak pollutiói. Lesóványodott, vértelen, nagyfokú psychikus depressio, öngyilkossági kényszer gondolatok, álmatlanság, munkaképtelenség. 1 év óta nem közöszült, azelőtt sem tudott rendes coitust végezni időelőtti ejaculatio miatt. 1894. augusztus 21-dikén első kísérletre (fixatióra) a beteg prompt hypnosisba esik. Psychikus megnyugtató.

Augusztus 22. Beteg jól aludt, könnyebben érzi magát. Hypnotizáltatott.

Augusztus 23. Hypnosis prompt beáll, amnesia nem áll fenn.

Augusztus 25. Jobban érzi magát, szédülése csökkent, jobban alszik. Hypnosis negyedórán át.

Augusztus 27. Hypnosis 20 percen át. Pollutiója a kezelés megindítása óta nem volt.

A beteg szeptember 11-dikéig másodnaponta hypnotizáltatik, mely idő alatt egy ízben sem volt pollutiója. Közérzete jelentékenyen megjavult, „más embernek érzem magamat“ mondja. 11-dikén acut bronchitis miatt azt javasoljuk, hogy maradjon otthon, feküdjék le, de a beteg ellenkezik, nem akarja félbeszakítani a hypnotikus kurát.

14—20 dikáig ismét hypnotikus kezelés. Pollutio nem jelentkezett. A beteg egész karakterében megváltozva érzi magát, munkaereje visszatért. Vidékre utazik egy állást elfoglalandó.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

## A német nőorvosok VI. congressusa.

(Bécs, 1895. június 5-7.)

(Vége.)

*Theilhaber* (München). A retroflexiók gyógyításáról beszél és soknak tartja a műtéteket, melyeket ez okból végeznek. Belső kezelés, hasmassage stb. megszüntetik a legtöbb panaszt, melyet a retroflexióra fogtunk.

*Klein* (München). A húgycső anatómiája és szövettana. Nagyon szép és nagyon lelkiismeretes tanulmányok alapján, melyeket 18 húgycsővön végzett (és pedig a negyedik foetalis hónapostól kezdve 92 éves asszonyéig), kimutatja, hogy a *Skene*-féle mirigyek nem a Wolf-járatok származékai, hanem analog képletei a férfi prostatájának; a *Bartholini*-mirigyek a *Couper*-féléknek, a sinus-mirigyek a *Littre*-féléknek felelnek meg, és így a női ivarszerv e részeiben is a férfiéval teljes analogiát talált.

*Temesváry* (Budapest) *Adatok az ovarialis sarcomák körtanához.* Saját esetei és az irodalomban felemlítettek alapján gyors műtétet ajánl; az egyoldali sarcomák kiirtása metastasis tekintetében jó prognosztist nyújtanak.

*Amann jun.* (München). *Magszerkezet az uterus carcinómában.* A laphám- és hengerhámok magszerkezeteit ismerteti.

*Tuszkai* (Budapest). *A hyperemesis gravidarumról tart előadást két jól megfigyelt esete kapcsán.*

Az összegezésben a következő eredményekre jut:

1. A terhesség által okozott hyperemesis a legritkább terhességi complicatiók egyike.

2. Egyes általános betegségek, mint a hysteria vagy gyomorhajok, peritoneális lobok stb. a terhesség alatt és által igen kedvezőtlenül érintenek és könnyen lehet ténnetük valamely makacs hányás. Az ilyen hányásokat azonban nem a terhesség vagy csak részben a terhesség által okozottaknak kell tekintenünk (ellentétben *Kaltenbach* és *Ahlfeld* nézeteivel).

3. A valódi terhességi hyperemesis diagnózisának felállításánál mindenekelőtt minden olyan bántalmat ki kell zárunk, mely hányást, vagy makacs hányást okozhat.

4. A valódi terhességi hyperemesis tüneteit ezek után nem a hányások intenzitása, száma stb. adja, hanem:

a) a biochemiai vizsgálat, mely szerint a meglévő klinikai tünetek, a testsúly fogyása mellett fogy a vizelet napi mennyisége és *chloroform* tartalma, ellenben:

β) megnövekszik a vizelet fajsúlya, megnövekszik a vér alkalicitása, midőn ezzel egyidejűleg a későbbi (súlyosabb) stadiumokban: 1. a vizeletben fehérnye és göresői elemek; 2. a vérben normoblastok és mononuclearis megaloblastok jelennek meg.

Mind e tünetek természetesen egyúttal az eset súlyosságának tünete, miután, mint a kísérletek mutatják, egyúttvéve a robamos *inanitio* jelei is.

5. A terhességi hyperemesis oka lokális peritoneális izgalom (*affectio*, tehát nem lob), mely származtatható a perimetrium trophikus zavarából, mely előáll, ha a rugalmas elemekben nem igen gazdag peritoneum, mely a terhességi elváltozásokban nem vesz részt, a concentric és gyorsan megnövekedő uteruson annyira megfeszül, hogy edényei összenyomatván, anaemikussá lesz.

6. A biochemikus tünetek határoznak nemesak a diagnózisra, hanem a terápiára nézve is. Ezek szerint, ha helybeli (perimetrialis) érzékenység, lemérhető de nem túlröhamos testsúlyfogyás, a vizelet napi mennyiségének  $\frac{1}{3}$ -ával való fogyása, fajsúlyának növekedése, kevés fehérnye és semmi veséalakalem, chloroformosított van jelen, akkor helybeli erős hideg (jégtömlő a hasra, jeges vízzel való hüvelyhűtés az általa ajánlott gummihólyag hüvelyhűtővel) vagy meleg a hasra és a hüvelyen (ugyanesak az előbbi készülék útján) fogják sikeresen ellensúlyozni a helyi ingert. Az *inanitio* tüneteinek lassítását pedig nagy adag *opium* (per anum) fogja legegyszerűbben elérni (8-10-12 centigramm pro die).

7. Ha ellenben a fenti tünetek mellő tekintet nélkül a hányás fennállásának idejére és intenzitására a fenti tünetek fokozódása és veséalakaleme megjelenése, a vér alkalescentiájának növekedése, a normo- vagy a mononuclearis megaloblastok fellépése is járul (mely biochemikus vizsgálatokat igen egyszerűen lehet az általa ajánlott módokon a betegágyánál is megtenni), úgy egy pillanatig sem szabad a műti abortus műtétével késedelmezni, nehogy annyira előre haladjon az *inanitio*, hogy a terhesség megszüntetése már e folyamatot megállítani nem tudja.

8. E célból a már fentebb leírt kettős járatú zárt kathetert, melyen át 50-60° C. fokú víz circulál, használta igen jó sikerrel a cervix, a méhszájak gyors tágítására és olyan contractiók elérésére, melyek folytán még igen korai pete (egyik eset 2 hónapos gravidánál fordult elő) is in toto kinyomult az uterusból.

*Wiedow* (Freiburg). *Az emlők állapota a szoptatás alatt.* 525 gyermek-ágyas közül csak 286 tudott szoptatni; 99-nél semmi tej nem jelentkezett, 49-nél a bimbók voltak alkalmatlanok, 46-nál pedig hegek vagy friss mastitis akadályozta a szoptatást.

*Kolischer* (Bécs). *A női ivarszervek bántalmái és a cystoskopia* czímen mondja el ide vágó tapasztalatait. A hólyag, ha tumor van valahol a környezetében, akkor elvonálja a hólyagfalat, mivel az uterusal a vesica csak laza összeköttetésben van, tehát nem eltolja; terheseknél is a hólyag, ha telt, felemelkedik, de nem a fej tolja el, ha ez a kis medencébe ér. Exsudatum jelenlétének sajátságos elváltozást mutat a hólyaghám, olyat, a melyet bullosus oedemának szoktunk nevezni. Mibelyt áttör az exsudatum, azonnal megszűnik az oedema. Ezen eseteket sokszor hólyagbéli tumornak tartják az endoskopolizálók. Pericystitisnél pontoszerű petechiák lépnek fel a belhámra. Relativ incontinentiánál az orif. intern. úgy néz ki, mint egy erodált portio. Mindezekből látható, hogy a cystoskopia fontos segédeszköz egyes genitális affectióknál.

*Latzko* (Bécs). *Az osteomalacia gyógyítása és az abductio akadályozása osteomalaciánál.* 36 osteomalaciás közül 2 Porro-műtétet, 2 chloroform-narkosissal kezelt, kettő spontán gyógyult. 28 esetet phosphorral gyógyított, kezdetben 0.004 pro die, később csak 0.001-0.002 pro die, mert egy phosphor-mérgezés-esetet észlelt az előbbi adag után. Ily kezelés mellett egy meghalt phosphor-mérgezés folytán, egy kivonta magát a kezelés alul, 15 meggyógyult és 11 jelentékenyen javult. E szerint nemesak a castratio panacea. Az abductio azért akadályozott, mert az acetabulum karimája kórosan elváltozott és akadályozza az egész alsó végtag excursióját általában.

\*\*\*

A bemutatások közül érdekesebbek voltak: *Prochownik* éleynihaláló eljárása, melylyel a narkosis-asphyxiát szünteti meg klinikáján; *Rosthorn* (Prága) *experimentalis pyosalpinx* készítményét mutatja be (kutyakisérlet), továbbá egy tubaris medullarcarcinómát (59 éves nőtől származót).

*Sänger* néhány érdekes tubaris készítményt mutat be, ú. m. fibromyxoma cystoides (teratom); primaer papilloma tubae, carcinoma ovarii et tubae; papillaris tubacarcinoma és extrauterin (tubaris) tömlőket. *Rein* (Kiew) két rupturált méhet és egy kyphotikus medencét demonstrál, mely egyik esetben a ruptura oka volt.

*Herff* (Halle) bemutat: torquált haematosalpinxot, köldökzsinór-haematómát, véleszületett ovarialis haematómát, decidua sarcomák készítményeit: castrált nők arcképeit, kik a castratio következtében egészen férfias habitust kaptak (szakáll, széles, formátlan, izmos idomok stb.); egy aluminium-táskát szülészeti eszközök befogadására és sterilizálására. *Skutsch* praktikus kézmosó asztalt, *Hennig* moulage-készítményeket stb. mutatott be.

\*\*\*

Ha most visszpillantunk az egész congressusra, úgy mindenekelőtt constatálnunk kell, hogy Bécs ezen a téren is teljesen háttérbe szorult és a gynaekológiának is, mint majdnem minden tudományos vívmány nak, vezérei Németországban vannak. Igaza volt *Chrobak*nak, midőn színte szomorúan mondta megnyitó szavában, hogy Bécs ma már örül, ha lépést tud tartani.

Csak hogy mint e téren is látjuk, nem igen örülhet ennek, mert kevesen vannak közöttük, a kik lépést is tudnak a haladó, a rohanó tudománnyal tartani.

Másodszor okvetlenül feltűnik azon nagy szám, melyet valamely operatióval mint esetet felhozunk a német orvosok. Mi nem akarjuk ezt másként magyarázni, mint hogy a német orvosok tényleg veszedelmesen sokat operálnak. Addig míg egy esztendei berlini tanulmányaim alatt magam nem láttam azt a mesés operálási ténykedést, bizony magam sem hittem volna el ezen óriási számadatokat.

Azonban ezen túlságos polypragmasia, melynek *Martin* vagy *Dührssen* méltó hirdetője, nemesak tudományos okokra vezethető vissza, hanem mint *Sänger* igen találóan mondta egy magántársalgás alkalmával, társadalmi okokra is. Óriási a verseny a sok professor között és azért hamar megoperál az egyik mindent, mert ha ő nem teszi, úgy okvetlenül megteszi a másik!

A mi pedig végül az összes tárgyalásokra elmondható, úgy látuk, hogy a lelkiismeretes szorgalomnak, munkakedvnek, routinnak legkiválóbb képviselői gyűltek össze és hozták legjobb alkotásaikat ide és mégis... Színte kivétel nélkül mind csak a meglévő alapok kibővítését, hogy ne mondjam elnyújtását produkálta elaboratumában, de hiába keresünk egy új, áttörő eszmét vagy csak egy szigorúbb kritikát is, mely reményleni engedné, hogy újabb irányok fognak a közel jövőben megnyílni, melyek mérsékelni fogják a kés túlkapásig ment hatalmát, a bakteriumok oly sokszor meddő egyeduralmának keresését és átsegítenek egyes nagy therapeutikus sikertelenségeinken.

„Cogito, dubio ergo sum“ mondá *Cartesius*. Tudományos világnak vezetői gondolkodnak, de nem kételkednek és azért maradunk a régi alapon.

*Tuszkai Ödön dr.*

## IRODALOM-SZEMLE.

## I. Könyvismertetés.

*Therapie der Harnkrankheiten.* Zehn Vorlesungen von Prof. Dr. C. Posner. (1895. Berlin. 4 Mark.)

Posner tíz előadásban tárgyalja a húgyszervi bajok gyógyításmódját; minthogy azonban egy-egy előadás alig terjed 8-10



oldalra, természetesen, hogy az olvasó nem hatolhat be a gyakorlatra annyira fontos thema mélyébe. A rövid, hogy úgy mondjam, szövegekben tartott előadás e szerint a szerzőnek inkább csak saját gyógyító eljárását tükrözi vissza, bár lépten-nyomon kiemeli honfitársai törekvéseit, azoknak juttatván könyvében a domináló részt. Hogy példát említek, az antiseptikus irány tárgyalásánál az asepsisre tereli a figyelmet, de nincs szava e törekvés méltatására, holott Kovács tnr. volt az egyedüli, ki vaskövetkezéssel még azon időben vitte azt be a praxisba, midőn a maró antisepticumok elhagyása kriminális dolog volt; a veseműködés tárgyalásánál mellőzi Högyes tnr. korszakot alkotó tanulmányait az epithelium aktiv szerepléséről, holott csak ez időtől tekintjük a vesét aktiv működéssel bíró szervnek, mely themát Heidenheim csak három évvel később dolgozott ki; a vese és hólyagkövek analysisénél mellőzi Récezy tnr. fáradságos buvárlatait, holott a legtöbb kőanalízist ő végezte, sőt Antal buvárlatait, nemkülönben Bókai Árpád prof. kísérleteit is elhallgatja s így, minthogy újabb ugyancsak hangoztatják a tudomány internationalis irányát, jogos volna, ha ez epitheton alatt nemzetünk szakférfiai is helyt találnának, plane, ha kutatásaikban másokat jóval megelőztek.

Mindezeket eltekintve, Posner e könyvével is bebizonyította, hogy jó orvos, szavahihető szakember s kiváló kutató, ki e rövidre szabott előadásokban is velős rövidségben képes tárgyát kimeríteni. Mint exact tudós neve nem ismeretlen előttünk s kitünő buvárlatai számottevő tényezők. Könyvében látjuk, hogy a kankónak juttatja a legtöbb tért, mert azt I—V. fejezetben tárgyalja complicatióival együtt, mely törekvését csak diesérnünk lehet, ha meggondoljuk, hogy e bántalmak következményeikben milyen súlyosak. Az urethritis posterior a II-dik fejezetben tárgyalja, tehát — az újabb kutatásoktól eltekintve — azt complicatio számba veszi, a hogy azt a francia iskola még a 70-es években tanította s mai napig is fentartja. Úgy látszik szerző különben nagyban a francia buvárlatok irányát követi könyvének többi fejezeteiben is s csak elismeréssel kell adoznunk az írónak, hogy ez irány mellett oly kiváló tapintattal képes a praktikus és hasznosra terelni az olvasó figyelmét. A hátsó acut kankó orvoslását nem tartja szükségesnek: „In früherer Zeit... ist den Patienten... jeglicher locale Eingriff erspart geblieben, und sind... zu vollständiger Heilung gelangt...“ A hátsó kronikus kankóra vonatkozólag helyes általános szabályokat állít fel s a lokális orvoslást ekként kezdi be: „...und man wird dann vor die Frage gestellt, ob man... auch eine energischere locale Therapie einzuleiten hat“. S ez így megy tovább az egész könyvön át s szerző a 144 oldalra terjedő könyvecskében érvényre igyekszik juttatni — a lokális therapia áldásos voltának gyakori hangsúlyozása mellett — a noli tangere elvét. A VI. fejezetben a daganatokról szól s a vizsgáló módszerek között a tükrözvizsgálatnak nagy fontosságot tulajdonít. Érdekes ama megjegyzése, hogy a papilloma az elülső húgycsőszakaszban ritka (74. l.), holott a gyakorlatban lépten-nyomon találkozunk vele. A prostata túltengését is daganat számba veszi s nagyban Guyon felfogásához esatlakozik. A hólyag daganatainál az operatiós kystoskopot is felemlíti s elhallgatja, hogy per vias naturales az első operatiót a sebészet szabályai szerint Antal tnr. végezte, mely miatt Nitzével rendkívül heves és éles polemikája volt, melynek tüzeit még inkább fokozta azon körülmény, hogy Antal véletlenül a Leiter által készített kystoskopot használta. A VII. fejezet a vizelet megbolygatott chemismusáról szól s az orvoslásban nagy szerepet juttat az ásványos vizeknek — természetesen a német forrásoknak. — A VIII. fejezetben 7 lapon át a kőbajokat írja le in nuce, elhallgatva itt is azon szép eredményeket, melyeket Antal az általa módosított sectio altával elért. A vese- és hólyagkövek után 10 sorban méltatja a húgyesőbe ékelt idegen testeket, mondván, hogy az orvoslás az extractióra irányuljon az urethroskopia segítségével. Az Antal-féle aréo-urethroskopot itt sem említi fel, holott látjuk, hogy kiváló szakférfiak, mint az angol Ogilvie, az amerikai Otis, Henle s mások mily szép eredményeket értek el e vizsgáló módszerrel. A IX. fejezet a húgyszervek ideges bajait említi fel 5 lapon; míg végre 4 lapon a X. fejezet a húgy mérgező tulajdonságáról szól. Az eddigiekből látjuk, hogy a könyv inkább ú. n. Schlagwortokban tárgyalja a terapiát; de elég ügyesen, mit különben Posner-től el is vártunk.

Novotny dr.

## II. Lapszemle. Belgyógyászat.

**Tüdővérzések aortaaneurysma eseteiben.** *Hampeln*, a ki már régebben figyelmeztetett azon habitualis, az aortaaneurysma halálos perforatióját hosszabb időn át megelőző tüdővérzésekre, melyek véleménye szerint úgy keletkeznek, hogy az aorta és a légutak között minimalis communicatio jö létre: újabb ismét leír egy ide tartozó esetet. A 48 éves férfinál aortaaneurysma tünetei voltak jelen, egyidejűleg pedig haematothorax és profus tüdővérzés. Daczára ez utóbbi súlyos tüneteknek, az általános állapot mégis tetemesen javult, a mely körülmény fel volt használható a szóba jöhető differential diagnózis megállapításánál, a mennyiben álképlet jelenléte ellen szólt. A másfél évig tartott észlelés alatt kiscokú tüdővérzések voltak jelen, melyek nagyon sok alveolaris hámszövetet tartalmaztak. Ebből az a következtetés volt vonható, hogy a perforatio nem a tracheába vagy valamely bronchusba, hanem a tüdőszövetbe történt. A boncolás teljesen megerősítette a kórismét: a vérzés a tüdőszövetbe történt, a mely az aortafalzat egy részének tönkremenése után az aneurysma-zsák képzéséhez hozzájárult; e mellett egy harmadrendű bronchus inkább közvetlen összefüggésben állott az aneurysmával. Egy másik perforatiós nyílás a bal pleurazsák mediastinalis részében a pleuraurbe történt vérzéshez vezetett. (Berlin, klin. Wochenschrift, 1894. 52. sz.)

## Bőrkórtan.

**Primula obconica** által előidézett *dermatitis* egy esetét közli *Riehl*; mely *dermatitis* könnyen összetéveszthető egy igen heves hólyagcsákkal járó *erysipelással*. Egy 30 éves kertészsegéd jelentkezett nála, a kinek mindkét kézháta az alkarokra is felterjedve erősen duzzadt, tömött tapintatú és világos-vörös volt, a kéztök felett a radialis tájon borsónyi egész galambtojásnyi átlátszó exudatummal megtöltött erősen feszülő hólyagok láthatók, mindkét tenyér kevésbé duzzadt és vörös. A bal felső szemhéj tetemesen duzzadt, úgy hogy beteg nem képes szemét kinyitni. A kézhez hasonló elváltozások a bal arcfélén is láthatók. Betegsége 2 nappal felvétele előtt viszketéssel és égési érzettel kezdődött, mely a lezajlásig tartott. Néhány napi hideg borogatásra és a hólyagok eltávolítása után a bántalom gyorsan elmúlt. A *primula obconica* hazája China, mely azonban most már nálunk is erősen tenyésztetik. Beteg ezen növénynek átültetésével foglalkozván, erre vezette vissza bántalmának keletkezését. R. segédorvosának takarítónője, ki a betegtől hozott egy példánnyal szintén érintkezésbe jött, a bőrnek hasonló megbetegedésebe esett. A növény számos szőröcskével ellátott, melyek egy része hosszabb és a levélnyélén és a levélerezeten ül, a másik része rövidebb, magán a levelen fordul elő és csak jó megvilágítás mellett látható szabad szemmel. És ezen utóbbiak okozzák a *dermatitist*. Ezen rövid szőröcsék 3 egymás felett álló sejtből állanak, melyeknek legfelsőbbike a legrövidebb, és egy szintelen vagy sárgás folyadékot tartalmaz. A növény megérintésénél ezen sejt szétpattan és tartalma az emberi bőrön az előbb leírt elváltozásokat idézi elő. Ezen hatás úgy látszik legjobban érvényesül, midőn a növény már teljesen kifejlődött. Ezen bántalom a kertészeknél eléggé jól ismert, úgy hogy igen sok kertész ezen növény tenyésztésével teljesen felhagyott. Azonban az irodalomban még kevésbé ismertetett.

Aschner Arthur dr.

## Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Kenyér diabetikusok számára.** Az Ebstein által ajánlott aleuronat-kenyér készítéséhez tudvalevőleg elég nagy mennyiségű közönséges liszt is szükségeltetik, úgy hogy az aleuronat-kenyér nem egészen kifogástalan tápszert diabetesben szenvedőknek. E bajon segítő, *Williamson* a kenyeret következő módon készíti: 60 gramm porrá tört *cocus-diót* egy kevés élesztővel és vízzel összegyúrva meleg helyre tesz, azután pedig ugyanolyan mennyiségű aleuronatliszttel és egy kevés vízben felolvasztott *saccharin*-nal tésztát készít, mely megsütve nagyon izletes kenyeret ad. (Brit. med. journal, 1895. ápr. 27.)

2. **Ozaena** makacs eseteiben *Mackenzie* jó eredménnyel használja az ornyákhártya enyrtetését. (Brit. med. journal, 1895. ápr. 27.)



## TÁR C Z A.

## Moos S. tnr. †

(1831—1895.)

Nagy veszteség érte a fülészetet s ezzel az orvostudományt Moos-nak, habár előrehaladott férfikorában, mindnyájunk részére azonban nagyon is korán bekövetkezett halálával. Ismét eltűnt szaktudományunk láthatáráról egy az utolsó pillanatig is erősen fénylő csillag. A heidelbergai Ruperto-Carola egyetem benne fakultásának kiváló tagját, az orvostudomány a szó legszorosabb értelmében vett humanus bajnokát, a fülorvostan pedig egyik pótolhatatlan oszlopát veszítette, ki folytonos munkálkodás és teremtés folytán, évről évre mindinkább jobban és jobban magaslott ki a többi közül.

Moos 1831. július 15-dikén Randeggben született és orvosi tanulmányait Heidelbergában, Prágában és Bécsben végezvén, 1856-ban mint orvos telepedett le Heidelbergában. Miután *Henle-nél* a bonczattannal, *Moleschott-nál* az élettannal, *Hassen-nél* a belgyógyászattal és *Chelius-nál* a sebészettel behatóbban foglalkozott, már 1859-ben a heidelbergai egyetemen „a vena portae elzáródásának befolyásáról a májban létesülő ezukorképződésére” című dolgozata alapján docenssé habilitálta magát és további irodalmi munkássága alapján 1866-ban a rendkívüli tanári címet is megkapta.

A fülészetet speciálisan 1876-ban kezdte Moos művelni. 1889-ben az „udvari tanácsosi”, két évvel később pedig „professor honorarius” címet kapta, melyet egész Németországban csak egyedül ő birt, de csupán négy éven át viselhette azt, miután f. é. július 15-dikén, rövid ideig tartó szenvedés után, alig 65 éves korában halt meg.

Moos legelső izben az 1874-ben megjelent nagyobb fülorvosi munkája „*Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie und zur Physiologie der Eustach'schen Röhre*” által vonta magára a közfigyelmet, mely dolgozatban, az őt már akkoriban is jellemző, s életének utolsó perczéig is megtartott, szerénysége folytán, tulajdonképpen csak további vizsgálatokra kívánta a szakembereket buzdítani. Többi dolgozatait, melyekben gyakran megmutatta, miként lehet egy egyetlen esetnek alapos kidolgozása által értékeset maradandó becsesüléssel írni, majdnem mind az általa és *Knapp* által alapított „Archiv für Augen- und Ohrenheilkunde” című szakközlejtőben publikálta, mely folyóirat a 8. kötet óta mint „Zeitschrift für Ohrenheilkunde”, tehetséges szaktársak egész seregének közreműködésével, általa szerkesztetett s legutóbb ennek már 27-dik kötete is megjelent.

E lap számos hasábját kellene megtöltenem, ha csak névleg is felsorolnám akarnám mindama dolgozatokat, melyeket Moos az általa szerkesztett „Zeitschr. f. Ohrenheilk.”-ban állandóan, itt-ott azonban más orvosi lapokban is írt. Ezen dolgozatok legnagyobb részében a hallószerv egyes részeinek *kórszövet-tani* vizsgálataira találunk, legalaposabban kimerítvén azokat úgy a fül legkülönbözőbb helybeli bántalmait, mint pedig az általános megbetegedések — typhus, scarlatina, variola, diphtheria, morbilli, meningitis, pneumonia, erysipelas, parotitis, tuberculosis, lupus, syphilis, diabetes stb. — képesen fellépett fülbajokat illetőleg. Hasonlóan között Moos felette tanulságos *bonczleleteket* különféle fülbetegekről, továbbá 1881-ben egy monographiát a *meningitis cerebrospinalis epidemica*-ról, különös tekintettel az ezután visszamaradni szokott kapcsolatos hallási és egyensúlyi zavarokra. Utolsó nagyobb munkája az 1892-ben megjelent *Schwartz*-féle fülorvosi kézikönyvben írt 12-dik fejezet, „*Allgemeine Aetiologie und Beziehungen der Allgemeinerkrankungen zu Krankheiten des Gehörorgans*” eziművel, mely fejezetnek megírására *Schwartz* alig találhatott volna alkalmasabb egyént mint Moos, ki itt egyrészt saját tapasztalatai alapján, másrészt pedig az ide tartozó irodalom teljes fellelölésével a kórboncz-tani, kórszövet-tani és bakteriologikus változásokat, egyetemben az egyes tünetek méltatásával, szóval a fülbetegegeknek legmodernebb s egyúttal legrealisabb *körtanát* nyújtotta.

Látható tehát, hogy Moos, irodalmi működése alapján, a *Trölsch* által alapított *modern fülorvostan* legszorgalmasabb művelőinek egyike volt. Minden egyes közleményéből kiviláglik, hogy a

fülorvostan tudományos ápolásáról csak akkor lehet szó, ha az *aetiologikus* alap kórtanilag lesz motiválva.

Ezeket kivül azonban alig van a manapság minden irányban fejlesztett szakmának egy fejezete is, melynek műveléséhez Moos nem járult volna, úgy a physiológiát és diagnostikát, mint pedig a gyógyszerekkel történt vagy operatív gyógykezelést illetőleg. — A „*Zeitschrift f. Ohrenheilk.*”-ban továbbá sok dolgozatnak Moos által írt kritikai méltatásával is találkozhatunk, melyek mindegyikében teljesen tárgyilagos módon ítélő bírálónak mutatkozik.

Congressusok és a fülorvosok tudományos ülései alkalmával, előadásaiival kapcsolatban számos makro- és mikroszkopikus készítményt szokott volt bemutatni azon rengeteg gyűjteményből, melyet az évek hosszú során át maga készített és összegyűjtött. Gyakran részt vett más szakember előadását követő vitatkozásban is, mely alkalommal mindig az illető kérdésben szerzett saját tapasztalatait tárta élénkbe.

A már fennebb említett szerénység, melylyel Moos mint igazi és nagy tudós bemutatkozott, egyaránt szeretetre méltóvá tette őt úgy fiatalabb, mint idősebb szaktársai körében, és állandóan komoly arczkifejezése már első tekintetre is elárulta a nagy tudós mély és alapos tudományát.

S habár Moos körünkől kidült, emlékét mindig szeretettel és a legnagyobb tisztelettel fogjuk megőrizni; az utókornak becsületes és élte utolsó perczéig fáradhatlan munkás képe gyanánt fog örökre megmaradni. Hiszen nemeset tett a szenvedő emberiség érdekében, maradandót alkotott a tudomány számára és határozottan közreműködött a modern fülészet fejlesztésében.

Szenes Zsigmond dr.

Az orvosi pálya Franciaországban.<sup>1</sup>

(Folytatás.)

A beteg jogot formál az ingyenes rendeléshez, és követeli a felvételt: *mais je tiens à entrer!* Ha az orvos pl. büntetéképen megfenyegeti, a beteg gúnyosan felel: *avec ça! va pas si vite!* A rendelésre már sokszor diagnosissal jön, és sohasem mulasztja el megkérdezni bajának nevét.

Mi otthon „*rendelünk*” a betegnek; a francia orvos csak „*consultál*” és a receptjét, melyet mindig francia nyelven s nem latinul írja, mert a betegnek, nem pedig a gyógyszerésznek eziműzi, így kezdi a Rp. helyett: *le médecin soussigné conseille...* Jellemzi a beteg intelligenciáját, hogy sokszor megkérdi, minő alakban van tervezve az orvosság, és pl. pilulákról oldatra stb. kéri átváltoztatni az expeditiót. Különösen meglepett a betegápolók — *infirmier* — nagy szabadsága. A visitnél ugyanis az orvossal együtt végig megy az ágyak előtt, és sokszor csak általános utasításokat kap: egy vagy két gramm jodkalit...; talán egy morphium-injectio lesz szükséges...; adjon neki valami hashajtót... stb. A nap többi részében azután csaknem egészen magára van hagyva, mert a *contre-visite*, melyet az interne délután végez, rendszerint nagyon hiányos.

A beteg lehetőleg több orvosnak is kikéri a nézetét, és erélyesen fellép, ha megrövidítettnek hiszi magát. Kereken megmondja, ha kevesli az elért eredményt: *ça ne me fait rien...; je ne suis pas bien soigné...* stb. Ha pedig valami baj történt, rögtön pört indít. Egy *Driot* nevű ember meghalt narkosis közben, egy interne (2 éves szigorló) és egy externe (4. éves hallgató) keze alatt, miközben a főorvos nem volt jelen. Az özvegy rögtön pört indított az *Assistance Publique* ellen, mint a melynek szabályzatai megengedik az orvostanhallgatóknak a saját belátásukhoz képest való ellenőrzés nélküli operálást. A törvénytörésért 20,000 frank kártérítést ítél meg az özvegynek!

Nem lehet esodálni, hogy ily viszonyok között az orvosi állás delikát volta mellett ritkán jövedelmező. A szegény eo ipso nem fizet, a gazdagok nagy része először a gyógyszerészhez fordul, a ki rendes praxist üz; azután hihetetlen arányban rontják a praxist a *somnambule*-ök, holdkórosok, jósnők, magnetizőrök stb., a kik kiténően prosperálnak Franciaországban; végre a közönségnek sokkal nagyobb kontingense keresi fel itten az ingyenes

<sup>1</sup> L. Orvosi Hetilap 28. sz.



kórházi rendelést, mint a mennyinek szemérme ezt tenni nálunk megengedi.

Az átlagos honorarium, mint a hogy azt a collegáktól hallottam, egy címekkel nem bíró orvosnál tett látogatásért, Párisban, 3—5 frank. Már egy *médecin des Hopitaux* legalább 10 frankot kér pályája kezdetén, és 20 frankot, ha már kezd hírnévre szert tenni, és egy-egy professor 200 frankot is elkér egy consultatióért külföldi betegektől. Ez a consultativ praxis az, mely legtöbbet jövedelmez; így *Fourniernak* 300,000, *Besniernek* 100,000, *Brocqnak* 80,000 frankra becsülik jövedelmét a collegái. Nagy jövedelme volt *Dujardin-Beaumetznek*, *Hayemnek*, *G. Sének* stb., míg *Potain*, a ki talán a legelső koripheusa a francia belgyógyászoknak, sokkal kevesebbet keres, mert végtelenül jószívű és collegiális. Egy szegény sorsú orosz orvossal történt meg, hogy tüdővése ellen G. S. tanárt consultálta. Ez csak felületesen vizsgálta meg, tüneteket nem talál és a doktort egészségesnek nyilvánítva, 200 frank honorariumot kér. Az orosz ezt megfizeti, és nem lévén megelégedve a vizsgálat alaposágával, *Potain* is felkereste. Ez constatálja a bajt, ellátja tanácsokkal és erősen megharagszik, a mikor a kartárs neki fizetni akar, s még hozzá ily magas összeget. Az orosz elmondja az előzményeket, mire *Potain* a francia orvosi kar nevében boesánatot kért collegája kapzságáért.

A belgyógyászoknál persze még többet keresnek a sebészek, a kik közül egyesek valósággal fejedelmi jövedelemmel bírnak, ha átlag talán nem is érik el a londoni recordokat. Így *Guyon* a kiállítási év alatt állítólag egy millió frankot keresett. *Pean* a nagyobb műtétekért annyit szokott kérni, a mennyi házbért a beteg családja egy évre fizet; ritkán ugyan, de már előfordult 40,000 frankos számlája is. Hozzá kell venni ehhez, hogy Franciaországban nincsen progressiv kereseti adó; minden orvos egyformán és csak keveset fizet a patenseért; a jövedelemből tehát csak azt veszíti el, a mit a consiliumra hívó orvosnak fizet, s a mi azonban az itteni szokásoknak megfelelőleg igen gyakran tetemes, néha 50 százalékot szokott elérni.

Persze, ilyen kiváltságos helyzetben a francia orvosoknak csak nagyon kiesiny része, a *grand médecin*-ek szerencsés csapata van. A hivatalos kimutatás szerint 10 év előtt 12,000 orvos practizált Franciaországban; ezek közül 200 is aligha ért el 100,000 frankra rugó jövedelmet, 4—5000 pedig nem keres annyit, a mennyire kiadásai rúgnak.

Ez a jövedelemkülönbség azután visszahat az orvos életmódjára és külső megjelenésére. A keresett rész minden reklamot gondosan kerül, tábláját sem teszi ki sem a kapuba, sem lakása ajtajára, úgy hogy kérdezősködni kell utána a *concierge*-nél, és valósággal nyomozni kell tartózkodási helyét. A szerényebb helyzetben levő csak ennyit ír ki egy octáv ív nagyságú utcai táblára: *Docteur-médecin*. A név még mindig hiányzik.

Persze a nyomorral küzködő ember, vagy a kit a meggazdagodás vágya hajt, az félretesz minden álszemérmét, és csak úgy hirdeti magát a lapokban, plakátokon, gyógyszerárakban, mint nálunk némelyek. Sőt a még életrevalóbbak hordárokkal osztogattnak ezédulákat a járó-kelőknek, és a pissoirok belső falait ragasztják tele esodahirdetéseikkel. A hirdetés vágyának nagy fokát mutatja az, hogy a *Société anonyme des ardoisières*, mely e közhasznú tornyokat emelte, s melynek egyedüli jövedelmét e hirdetések képezik, 20—25%-ot fizet részvényeseinek osztaléknak.

Abból a két végletből, melyre rá mutattam, — a *grand médecin*től a *pissottierig* — kitűnik, hogy az orvosi positio épen oly heterogen Franciaországban, mint pl. a jogászoké, s épen oly úr választja el a végleteket, mint a milyen a minister és a szolgabíró között van.

Nem is késett a francia nép osztályokat, fajokat felállítani a rendnek általános keretén belül. Lehetetlenség is volt egy névvel nevezni azt a szegény éhenkórászt, a ki a népkonyhában ebédel négy *sou*ért, és a muzeumokba jár melegedni, azzal a celebritással, a ki a köztársasági elnököt szokta meghívni ebédjeire és széles vörös szallagon viseli nyakán a becsületrend *commandeuri* keresztjét.

Eltekintve tehát a politikustól, a kinek orvosi minősége mellékes; a *tubuliste*-től<sup>1</sup>, a *necrophague*-től<sup>2</sup>, a *bidocheur*-től<sup>3</sup>, a

kiknek foglalkozása *manger les cadavres*<sup>4</sup> és munkája „*cochonerie*“<sup>5</sup>, de a kikkel a nagy közönség nem jut érintkezésbe, tehát csak a tulajdonképeni practikus orvosok sorában a következő fő fajokat különbözteti meg a párisi:

A *médecin des dames* divatosan öltözött, csevegni tudó, a semmi ellen is nagy recepteket irni képes, előkelő fürdőhelyeket ajánlani kötelees világi, a ki nőgyógyászattal foglalkozott, és a szülészetben specialista és a mi fő dolog, többnyire tényleg jeles orvos. Egy ilyenről mondotta egy *marquise*: ... lehetetlen, hogy ne szült volna már ő is, olyan jelesen segédkezett... Alig érthető, hogy honnan veszi szakismereteit, mikor nincs ideje dolgozásra, hiszen minden concerten ott van, mindenkit ismer, mindenben részt vesz. Az orvosok azt hiszik róla, hogy világi, a világiak hogy tudós, de a betegek meg vannak elégedve. Nálunk ismeretlen faj.

A *medicus familiaris* az az orvos, a kit fix fizetésért a család minden olyan alkalomkor consultál, a mikor semmi baj sincsen. Hetenként egyszer a családdal ebédel. Keresztapja a 3. vagy 4. gyereknek.

Egy tipikus alakot láttam egy párisi orvosegyületi gyűlésen. Egy felnőtt kisasszonyt mutatott be *secundaer syphilis* tüneteivel, melyeket ő „*rheumatikus és erythematopapulosus angina*“<sup>6</sup>-nak minősített. Persze senki sem fogadta el e *hypothesist*, és mindenki *syphilist* diagnostizált ellenében. „De uraim, már hogy gondolhatnak itt *syphilisre*! Gyermeckora óta ismerem és karjaimon hordoztam mint csecsemőt! Egy perczig sem engedhetem meg e botrányos felleveést ez ártatlan kis beteggel szemközt! Ugyan miképen is lehetne ez lehetséges! Vagy talán létezik a *generatio aequivoca*?!“ *Denique* a beteg nem kapott higanyt!

(Folytatása következik.)

*Nékom.*

## Heti szemle.

Budapest, 1895. július 25-dikén.

**Pályázat.** Körösi József úr, a székes fővárosi statisztikai hivatal igazgatója a Budapesten tartott VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus alkalmából három pályadíjat tűzött ki, melyek a 3 következő congressus alkalmával fognak kiosztatni. E három pályázat a következő kérdésekre vonatkozik:

1. A népszámlálások kritikai története és függelékkel: a demologia lényegének tárgyalása.
2. A születési statistika és a Malthusianismus fejlődésének kritikai története.
3. A halálozási statistika és a halandósági tabellák fejlődésének kritikai története.

Az első 1500 frankos díj az 1897-ben tartandó legközelebbi congressus alkalmával adatik ki. A pályamunka tüntesse fel alaposággal ama fejlődést, melyet a népszámlálás az utolsó félszázadban az európai nagyobb államokban és városokban, valamint az észak-amerikai Egyesült-Államokban elért, méltassa kritikailag ama törekvéseket, melyek e tekintetben szakegyesületekben (congressusokon stb.), statisztikai hivatalokban és az irodalomban kifejezésre jutottak, ezenkívül legyen figyelemmel arra is, hogy a nagy népszámlálások eredményeinek összehasonlíthatósága mennyire fejlődött. A függelékben a demologia feladata, terjedelme és állása, valamint az e tekintetben felmerült különböző nézetek kritikai méltatása kívántatik.

A beérkezendő pályamunkák megbirálására a következő urak voltak szívesek vállalkozni: *Bertillon Jakob* dr., a városi statisztikai hivatal igazgatója (Páris); *Bodio Luigi*, az olasz kir. statisztikai hivatal főigazgatója, a nemzetközi statisztikai intézet főtükára (Róma); *John Vincze* dr., egyet. tanár (Innsbruck); *Körösi József*, a székes fővárosi statisztikai hivatal igazgatója (Budapest); *Lexis W.* dr., egyet. tanár, a nemzetközi statisztikai intézet alelnöke (Göttinga); *Ogle W.* dr., a Registrar general of births, deaths and marriages volt főnöke (London).

A pályamunkák angol, francia, magyar, német vagy olasz nyelven írhatók.

A díj csak abszolút becsü munkának adatik ki. A kézirat a szerző nevét tartalmazó lepecsételt borítékkal együtt 1896. december 31-dikéig Körösi József úr címére névtelenül küldendő be. A pályadíj a legközelebbi congressus ünnepélyes megnyitói ülésén adatik át.

\*\*\*

**Budapest székes főváros közegészségi állapota 1895. évi május hóban.** *Gebhardt Lajos* t. főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota viszonyítva a múlt havhoz, általános halálozás tekintetében javulást tüntet fel. (Elhalt a múlt hónapban 1450, e hónapban 1310 egyén.) A heveny ragályos kórok közül annyiban mutatkozik eltérés, hogy a kanyaró számbeli növekedést tüntet fel, s néhány esettel a himlő is szaporodott. Az influenza-esetek száma

<sup>1</sup> Górcsövész. — <sup>2</sup> Kórbonecznok. — <sup>3</sup> Anatomus.

<sup>4</sup> Boneczolni. — <sup>5</sup> Bacteriologia.



oly annyira csökkent, hogy megszűntnek tekinthető. Élve született e hóban 1728, meghalt katonák nélkül s az útról jött s itt elhalt 129 egyén levonásával 1310; így a születési esetek 418-czal multák felül a halálozásokat. Május hóban a székes főváros összes nyilvános és magán-kórházaiban gyógykezeltetett 6733 fekvő és 7464 járó beteg; vagyis 634-gyel kevesebb mint az előző hóban. A kerületi orvosok által gyógykezeltetett 555 fekvő- és 2105 járó-beteg, összesen 2660; kórházba küldetett 116 egyén. A lelenez és dajkaságba adott gyermekekre nézve: szaporodás volt e hóban 33, csökkenés 37. Beteg volt e hóban összesen 20, meggyógyult 4, gyógykezeltek 13, meghalt 3 egyén. Halál-okok voltak: tüdővész 1, béllób 1, bujakór 1 esetben. Hét éven alóli gyermekeknel elmaradt a gyógykezelés 15 esetben és pedig veleszületett gyengeség, ránggörcs, hirtelen halál s hanyagság miatt. Beoltott 741 fiú, 553 leány, összesen 1294. Újraoltott 1700 fiú, 923 leány, összesen 2623. Ebmarás előfordult 6, vesztetségre gyanús 1 esetben. A köztisztaság általában véve kielégítő volt. A vízvezetési víz szintje jó volt. Orvosrendőri bonczolás végeztetett 39, orvostörvényszéki 18 esetben. Öngyilkosság 25 esetben fordult elő és pedig: lövés 12, akasztás 3, mérgezés 4, egyéb módon 6. Dunából 9 hulla fogatott ki. Az állat-egészségügy nem volt kedvező, miután a lovak között szórványosan még mindig előfordult takonykór eseteken kívül, a kőbányai sertés-szállásokban a sertésvész ütött ki, mely az egész ott lévő sertés-állományt veszélyezteteti. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Fischof Jakab Károly, Varga Géza, Lenkei Béla, Hajós Henrik, Kulcsár Henrik, Fried Lipót, Takács Ferencz, Reichenberg Miksa, Feller József, Váli Dezső és Kőszeg Miksa egyet. orvostudorok, Kardos Lipót sebész, Kopetzky József állatorvos és 8 szülésznő.*

**Vegyések.**

Budapest, 1895. augusztus 2-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. július 14-dikétől július 20-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 420 gyermek, elhalt 252 személy, a születések tehát 168 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápolgatott e hét elején 2037 beteg, szaporodás 719, csökkenés 807, maradt e hét végén ápolás alatt 1949. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1895. július 22-dikétől július 29-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 4, himlőben 2, bárányhimlőben 7, vörhenyben 11, kanyaróban 40 (meghalt 1), roncóló toroklobban 16 (meghalt 2), torokgyíkban 1, trachomában 9, hökhurutban 1, orbánczban 8, gyermekági lázban 1.

— **Böke Gyula** dr. egyetemi tanár lakását augusztus 1-től reáltanoda-uteza 18. szám alá tette át.

— **Hazai fürdők személyforgalma.** *Balaton-Füred* (VII. 23.): 3594; *Bártfa* (VII. 23.): 2092; *Buziás* (VII. 15.): 745; *Csorbai-tó* (VII. 21.) 1776; *Korymbéca* (VII. 22.): 801; *Lubló* (VII. 20.): 603; *Siófok* (VII. 18.): 903; *Szolyva-Hársfalva* (VII. 21.): 435; *Tátrafüred* (VII. 27.): 2101; *Alsó-Tátrafüred* (VII. 22.): 1014; *Új-Tátrafüred* (VII. 20.): 935; *Vihnye* (VII. 24.): 730.

† **Elhunyt: Góth Manó** dr., kolozsvári egyetemi rendkívüli tanár 47 éves korában. Benne a kolozsvári egyetem orvosi kara egy szorgalmas és a tudományok iránt buzgólkodó tagját, Kolozsvár városa pedig egyik odaadó és lelkiismeretes gyakorló orvosát veszítette el. A megboldogult, míg hosszas betegeskedése abban nem gátolta, buzgóan részt vett az orvosi kar tudományos irodalmi működésében is.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősor 5. sz.** — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiűző ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra 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 kőfürdők stb. Zárt folyosók a lakásokból a fürdőbe. Pensio. Lift. A fürdő főorvosa: **Bosányi Béla** dr. Prospektust díjmentesen küld az igazgatóság.

**Heti kimutatás**

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-kórházban 1895. július 25-től egész 1895. július 31-ig ápolat betegekrol.

1895.	Felvett			Elbocsátott			Moghalt			Maradt			Az ápolat között			
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülendő	az álló-úti kórházban	
Július 25	61	47	108	37	46	83	4	3	7	1001	934	1935	992	40	61	842
" 26	32	37	69	35	31	66	3	4	7	995	936	1931	986	40	59	846
" 27	51	44	95	37	47	84	5	3	8	1004	930	1934	991	40	54	849
" 28	46	43	89	50	44	94	6	2	8	994	927	1921	966	40	54	861
" 29	69	58	127	77	76	153	7	4	11	979	905	1884	961	40	54	829
" 30	61	67	128	65	24	89	3	2	5	972	946	1918	979	45	56	838
" 31	56	41	97	57	26	83	4	1	5	967	960	1927	966	45	61	855

**HIRDETÉSEK.**

**TERMÉSZETES**  
**BILINI SAVANYUVIZ!**  
Legkiválóbb képviselője az alkalicussavanyu-  
vizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint  
gyógyforrás évenként növeli elismert jó hírnevét s azonkívül a  
legkiválóbb diätikus italt képezi. **EDESKUTY L. úr ivó-  
csarnokában** a nyári hónapokban pohárszámra is kapható.

**Pastilles digestives de Bilin**  
(Bilini emésztési cukorkák) biztos szer min-  
dennemű emésztési zavarok ellen, mindig friss  
minőségben van készletben a foraktárban.

**EDESKUTY L.** cs. és kir. és szerb kir. udv.  
szállítónál **BUDAPESTEN.**

Kapható azonkívül minden gyógyszerárban, fűszerkereskedésben,  
szállodában és vendéglőben. Pastilles de Bilin a legtöbb gyógy-  
szertárban és gyógyszerárú-kereskedésben.

**DR. DOLLINGER GYULA**  
TESTEGYENÉSZETI  
ÉS  
SEBÉSZETI INTÉZETE  
BUDAPEST  
VII., KERESPESI-ÚT 52.

Vegy-, górcsovészeti és bacteriologiai  
**ORVOSI LABORATORIUM**  
Budapest, V. ker., Váci-körút 60. sz.  
Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajka-  
tej-, ex- és transsudatum valamint bakteriológikus vizsgálatokkal.  
**Dr. MÁTRAI GÁBOR**, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

VÉDŐJEGY.  
**TEHÉNIMLŐ** **TÜRKEVE** **INTÉZETE**  
Univ. med. Dr. PÉCSI DANI  
nyilvános  
**TEHÉNIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE**  
TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)  
tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltó-  
anyagot, a közretkesz árakon szállít:  
50 egyénre (kb. 1 gramm) ..... 3.—  
100 " (kb. 2 gramm) ..... 6.—  
1 phiola 2-3 egyénre ..... -60  
10 vagy több ilyen phiola á ..... -50  
1 phiola 15 egyénre ..... 2.50  
Csomagolásért 20 krajczár

**Dr. Keleti és Kulpin**  
min. engedélyezett nyilvános borjuhimlőnyirk-termelő intézete  
**Békés-Csabán.**  
Szállít biztos utóbajok nélküli fogamzásért vállalt kezesség  
mellett kitiűző oltóanyagot a következő árakon:  
1 phiola 3 egyénre —40 kr. | 1 phiola 10 egyénre 1.— frt  
1 " 5 " —.60 " | 1 " 50 " 2.50 "  
1 phiola 100 egyénre ..... 5.— frt.  
Oltó-eszközök ugyanitt beszerzési áron kaphatók. Megrendeléseket postafordultával expedílnak. 13  
Sürgőnyozím: **KELETI CSABA.**



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÖRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Az epeutak megbetegedésének hat esete. Műtét. Gyógyulás.

Közli *Imrédy Béla* dr., tanársegéd.

(Folytatás.)

### II. *Epekövek az epehólyagban.*

4-dik eset. Özv. K. J.-né, 60 éves, eseléd, a ki különben egészséges családból származik és 10 ízben volt terhes, 1893-dik év nyarán lett beteg. Akkor minden különös ok nélkül a beteg mája tájékán igen heves fájdalmak jelentkeztek, melyek egy egész napon át tartottak és igen hevesek voltak. Vajjon ezen roham alatt vagy után volt-e sárgasága? azt a beteg nem tudja. 1893. október havában egy hasonló roham lepte meg őt és azóta minden 2—3 hétben egy-egy újabb roham kirozta. 1894. február vége felé sárga lett és azóta állandóan megtartotta ezen szint.

1894. márczius 14-dikén vettem fel a beteget a klinikára, mely alkalommal a sárgaság összes jelenlevő tüneteinek kivül a máj kistökü megnagyobbodását és érzékenységét tudtam kimutatni.

A nagyon kifejezett és jellemző epekólikákra és sárgaságra való tekintettel epekő-bántalomra gyanakodtunk, miért is a beteg felvétele után azonnal a megfelelő és az előbbi eseteknél bőven leirt gyógyszereléshez fordultunk. A beteg állapota azonban semmi javulást sem mutatott. Epekólika rohamai csakúgy jelentkeztek mint azelőtt, az állandó és súlyos sárgaság ilyenkor fokozódott. Ilyen rohamok alkalmával a máj tájéka nyomásra mindig rendkívül érzékeny volt, azonban az epehólyagot egy ízben sem tudtuk kitapintani.

Mindezeknél fogva, habár a gondosan átvizsgált székletétekben epekövet nem találtunk, mégis a jellemző epekólika-rohamok, a sárgaság nagyon valószínűvé tették, hogy epekő-bántalommal van dolgunk. Mivel egyrészt a némi eredménytelenségű kecségető gyógyszereket hosszú időn keresztül sikertelenül alkalmaztuk, másrészt a rohamok mind sűrűbben jelentkeztek és 39° C. lázzal jártak, tehát súlyos, a beteg életét esetleg kockáztató szövödményektől is tarthattunk, ennél fogva Kétli tanár Dollinger tanárral egyetértve, az elég jó karban levő nőnek műtéti beavatkozást ajánlott, a mibe a beteg szívesen beleegyezett.

A műtétet 1894. április 27-dikén végezte Dollinger tanár és alább következő leírása szerint a műtét következőképen folyt le: „A hasüreget a jobboldali egyenes hasizom külső széle mellett nyitottam meg. Az epehólyag helyén egy erős heget találtam, a mely egyrészt mintegy gyermektenyényi kiterjedésben reáterjedt az epehólyagot fedő májszövetre, másrészt pedig a vastagbelet és a duodenumot olyan szorosan és oly erősen kötötte össze az epehólyaggal, hogy e szervek szétválasztása hosszadalmas és igen gondos praeparálást tett szükségessé. A cseplesz az epehólyag alsó felületéhez friss rostonyás izzadmánnyal volt odatapasztva. A hegszövet átterjedt a choledochusra, a mely mintegy mutató-ujj vastagságra volt kitérítve s innen a pancreas fejére, a melyben egy erős, kemény heges esemőt találtam. A kpraeparálás

előtt tapintásra az úgy tünt fel, mint a choledochus végébe szorult kő. Az epehólyag kpraeparálása után benne több követ éreztem s miután az epeutak gondos végigtapintása által kétségtelenné lett, hogy csupán a hólyagban vannak kövek, ezt megnyitottam s a benne talált 17 darab cseresznyemag nagyságú követ eltávolítottam. Az epehólyag sebet ezután szűcsvarrattal bevarrtam és a hasüreget elzártam.

A beteg ezután 11 napig jól érezte magát, ekkor május hó 8-dikán délután igen gyenge lett, úgy hogy a gyenge szív működés miatt camphor-injectiót kapott. Május 10-dikén, azaz 13 nappal a műtét után lett a beteg lázas, másnap szűrésokról panaszkodott a hátában, 12-dikén a jobb 5—6. borda magasságában a bimbóvonal és a mellő hónaljvonal közt hörgei légzés volt hallható. A hőmérséklet ekkor 38°6—38°9° C. közt változott. 14-dikén e helyen tompulat volt kimutatható. A 17-dikén végzett probapunctiónál véres, eves szagú folyadék ürült ki, mire másnap tekintettel a beteg igen nagy gyengeségére, bordaresectió helyett troicarral egy vastag drainsövet vezettem be a mellürbe, a melyen át mintegy 500 kem. véres, eves szagú folyadékot bocsátottam ki és a mellüreget naponként sublimat-oldattal kimostam. Később a kiürülő csafatok igen megnehezítették a kiöblítést, úgy hogy a teljes kiürítés lehetővé tétele végett a 7-dik bordát resekáltam. E közben május 24-dikén a has sebvonalában egy tályog fejlődött, a melyet szintén megnyitottam. Mindkét sebüreget hosszas gyógyulás után gyógyult meg.

A beteg 1894. november 18-dikán gyógyultan hagyta el a klinikát.

Ezen esetben is egyrészt a belső orvoslás sikertelensége, másrészt a bántalommal járó súlyos tünetek, ú. m. súlyos icterus, tetemes és gyakran ismétlődő fájdalmak, lázak, melyek már hosszú idő óta a beteget munkaképtelenné tették és a beteg életét is veszélyeztették, a műtéti beavatkozásra terelték a figyelmet. A műtétnél talált 17 kő pedig valószínűvé tette, hogy a beteg erőbeli állapotát véve tekintetbe, ezeknek természetes úton való eltávolítását nem bírta volna ki.

A betegnél két különös dologra akarom a figyelmet felhívni, melyek érdeklődésünkre méltók. A kórtörténetből kiviláglik, hogy a beteg a műtét előtt klinikai tartózkodása alatt állandóan súlyos icterus tüneteinek mutatta, mely a rohamok alatt még kissé fokozódott is. Az észlelés tartama alatt a bélsárban követ nem találtunk, műtét alkalmával pedig csak a hólyagban voltak kövek. Tehát az állandó sárgaságot, mint a műtét is mutatja, nem kő-beékelődés okozta és valószínű, hogy a rohamok alatt a sárgaság súlyosbodását hasonlóképpen nem a choledochusba ékelt kő hozta létre, mert ez esetben a bélsárban kellett volna a távozott követ megtalálnunk. Az nem valószínű, hogy a kövek a choledochusból ismét az epehólyagba visszaestek volna. Mindezeknél fogva azt kell hinnünk, hogy a Dollinger tanár műtétről szóló leírásában felemlített, a choledochusra átterjedő heges szövet nyomása volt az epepangás állandó oka. A sárgaságnak a rohamok alatt bekövetkező súlyosbodását pedig legvalószínűbben az időnként megújuló cholangitisre vezethetjük vissza, melynek következtében a choledochus nyákhártyája időnként erősebben duzzadt meg és ez elég volt arra, hogy a choledochust szűkebb részeiben egészen elzárja. Ez bizonyítéka annak, hogy epekőbajnál az icterust



nem mindig a choledochusba vagy nagyobb epeutakba beékelt és azokat teljesen kitöltő kő hozza létre.

A másik tény a műtét után való időből származik. A beteg ugyanis a műtét után 10 napig jól érezte magát, csak 13-dik napon lett lázas és akkor a műtét helyétől elég távol a jobb pleura-üreg lett beteg. Az kétségtelen, hogy műtét alkalmával a beteg fertőzve lett, dacára annak, hogy mint mindig, úgy ezen esetben is a legszigorúbb asepsissel igyekeztünk eljárni, és hogy a jobb mellüreg eves lobja innen indult ki. Azonban hogy jutott a fertőző anyag a műtét helyéről a jobb mellüregbe? Per continuitatem semmi esetre, mert hiszen a peritoneum vagy máj hasonló megbetegedésének nyoma sem volt. Tehát vagy a nyírkutak, vagy a vér útján kerülhetett a lobot okozó anyag a jobb mellüregbe.

5-dik eset. J. G.-nek, 43 éves járásbirónak mint vézna gyermeknek jobb karján több évig tartó ontszúja volt. Jelenlegi baját 17 v. 18 éves korára viszi vissza. Ezen időben a gyomor táján igen heves fájdalmak lepték meg, melyek azután egész testére is kiterjedtek. Azóta ezen fájdalomrohamok igen szabálytalanul jelentkeztek, néha évekig elmaradtak, máskor évente többször megjelentek. Rendszeresen éjjel állottak elő s néha nagyon rövid ideig, máskor napokig eltartottak. 22 éves és 28 éves korában a rohamhoz sárgaság is társult. 1888-ban használt karlsbadi kúra nem sokat javított állapotán. 1894. szeptember 2-dikán ismét egy újabb fájdalomroham jelentkezett, mely mind hevesebbé vált, úgy hogy orvosa tanácsára karlsbadi kúrát kezdett meg, mire a fájdalmak ugyan enyhültek, de már október 2-dikán annyira megundorodott a karlsbadi víztől, hogy abba kellett hagynia a vizívást. Ugyanakkor vette először észre magán a sárgaságot, mely azóta folyton fokozódott.

1895. november 8-dikán felvételekor a következőket találtam. Súlyos icterus. Mellkasi szervek épek. A máj nagyobb, tömöttebb tapintatú, sima felületű, alsó széle a bordaívot mindentűt körülbelül 3 harántujjal meghaladta. A lép tompulata már a 8-dik bordánál kezdődött, de a lépét kitapintani nem lehetett. Szék agyagszínű volt, a vizelet kifejezett epefesteny-reactiót adott.

A máj és gyomor tájékára szorító és időnként fellépő fájdalmak, melyekhez sárgaság is esatlakozott, nagyon valószínűvé tették, hogy a beteg epekőbajban szenved, miért is karlsbadi kúra rendeltetett el. A beteg 1895. november 27-dikéig tűrte a vizet, azonban ekkor ismét oly undor fogta el, hogy a kúrát abba kellett hagyni. Ezen idő alatt a beteg állapotában semmi lényeges változás sem állott be, a székletében követ nem találtunk. Meg kell jegyezni, hogy az észlelés utolsó napjaiban az epehólyag tájékán a máj alsó szélénél egy gömbölyded tömött daganat volt érezhető, a mely fekvésénél, alakjánál fogva az epehólyagnak felelt meg.

Mivel a betegnél a belső kezelés leghathatósabb eszköze sikertelen maradt és a beteg undora miatt tovább alkalmazható nem volt, továbbá a körülbelül két hónap óta fennálló súlyos sárgaság a beteget mindinkább elgyengítette és a makaes étvágytalanság a beteg nagyfokú erőhianyát még elősegítette. Kétli tanár a művi beavatkozást hozta javaslatba. Ezen időben a beteg erőbeli állapota még olyan volt, hogy a súlyosabb művi beavatkozást jól eltűrhetette, továbbá olyan szövödmény, mely a műtét sikerét már magában véve is kockáztathatta volna, minden valószínűség szerint ki volt zárható.

Dollinger tanár sebészi szempontból a műtétet szintén javaltnak tartván, a műtétet 1894. november 29-dikén végezte, mely alább következő leírása szerint ekként folyt le.

„Bemetszés a jobb egyenes hasizom külső széle mellett. A cseplesz friss rostonyásizzadmánnyal volt az epehólyaghoz tapasztva. Az epehólyag a rendesnél jóval nagyobb, fala vastag, erősen belövelt. A hólyagban és a d. cysticusban nagy kő érezhető. Miután a hólyag falán észlelhető lobos tünetek arra vallanak, hogy a hólyagban geny és lob van, a hólyagot a megnyitás előtt vízmentes szücsvarrattal a hassebbe kivarrtam úgy, hogy a sebben a felületéből mintegy ezüstitörtnyi rész maradt látható. E helyen bemetszettem, mire a hólyagból mintegy 15—20 cm. geny és utána egy kő ürült ki, a mely 42 mm. hosszú, 25 mm. széles és 16,5 gm. súlyú volt. A kő centralis végén két csiszolt felület látható, a melyek a kitágított d. cysticusban levő második kőnek peripherikus

végétől származnak. Ezen második kő előtt, a d. cysticus és a hólyag közötti határon, valószínűleg a valvula Heisteri maradványa gyanánt egy gyűrűszerű erős redő van, a mely által körülfogott nyílásban a második követ éreztem. Azonban ezen gyűrű megátolja azt, hogy a második kő megfogassék és kihuzassék. Egyelőre tehát le kellett mondanom a 2-dik kő eltávolításáról. A gyógyulás per primam történt. A nyitva tartott sipolyon át kevés geny epe ömlött. 2 hét múlva, a midőn a hólyag sebe a hasfallal összenőtt, újra megkísérlettem a 2-dik kő eltávolítását, de azt sehogysem sikerült fogóval megfogni s ezért december 20-dikán a hasüreget az előbbeni metszéstől befelé újra megnyitottam. Ekkor a követ a hasüregben levő egyik kezemmel rögzítettem és így igyekeztem azt az epehólyag sipolyán át bevezetett fogóval megfogni és kihúzni. Ezen módon az 1-ső esetünkben sikerült a követ eltávolítani, ezen betegnél azonban a fentebb leírt redő miatt a követ még így sem lehetett fogóval megfogni, miért is a hassebet kitágítottam és a d. cysticust megközelíthetővé tettem. Itt erős összenövéseket találtam. Az erősen kitágult choledochus szögletet képezve, a d. cysticusra reánőtt, a honnan, hogy a cysticusba bemehessek, azt le kellett választanom. Ezen összenövés helyén a kő a d. cysticusnak a choledochus felé tekintő falát usurálta. Ezen nyílást kitágítottam, rajta a követ, mely 28 mm. hosszú, 20 mm. széles, 7,4 gm. súlyú volt, kihúztam. A d. cysticus sebének összevarrása a lobosan fellazult, heges, szakadékos falzat miatt csak úgy sikerült, hogy előbb a sebszéleket a falak egész vastagságán áthatoló varrattal összehúztam, azután voltam csak képes ezen varrat felett egy Lambert-varratszerű szücsvarratot alkalmazni. A gyógyulás zavartalan volt, a sárgaság gyorsan elmúlt.“

A beteg 1895. február 13-dikán gyógyulva hagyta el a kórodát.

A műtétből kiviláglik, hogy ezen betegnél belső kezeléssel gyógyulást a kövek nagysága miatt nem várhattunk. Az epehólyagban levő geny, a cysticus falán mutatkozó usuratio pedig határozottan a mellett tanuskodnak, hogy a műtét beavatkozása még éppen kellő időben történt. A további várakozás a betegre nézve életveszélyes lett volna.

Ezen betegnél a két hónapon át tartó állandó icterust vagy a d. cysticusba beékelt kő nyomása a choledochusra idézte elő, vagy — a mint a műtét leírásában olvasható — a choledochus szögletbetörése hozta létre. E mellett szól az is, hogy a sárgaság csak a 2 dik műtét után szűnt meg, melynél a d. cysticusban levő kő eltávolított, illetőleg a choledochus fel lett szabadítva.

(Folytatása következik.)

## Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem II. számú (Réczey Imre tnr.) sebészeti klinikumáról.

### Betegforgalom az 1892/93. évben.

Közli Gönczy Béla dr., műtő.

(Folytatás.)

#### Járulékos sebbántalmak.

Az osztályon két esetben volt pyaemia, két esetben septicaemia, valamenyen halálos kimenetellel. Ezen esetek egyikében lépett fel a sebfertőzés műtét után egy könyökficzam esetében, mely idült lévén, véres beavatkozás útján akartuk a rögzítő szalagokat felszabadítani. A beteg septicaemiában halt meg. A másik eset egy periostitis mandibulae volt, ki már 40<sup>o</sup>-os lázzal vétette fel magát az osztályra, s a kínél tályognyitást végeztünk. Pyaemiának két esete égés után keletkezett, nagy felületű bőrrészletek gangraeneskálása közben.

A könyökresectió következtében beállott septicaemia idejében az osztályon igen sok genyedés volt, mely dacára minden elővigyázati szabályunknak, néhány hétig makaesul fentartotta magát. Miután ezen időszak összeesett a malleus humidus következtében beállott halálessetel, ezzel hoztuk a tömeges fertőzést kapcsolatba annál is inkább, miután ezen idő előtt minden genyedés nélkül gyógyult.



A malleus esete osztályunkra november 26-dikán került s 16—17 napot töltött ott, december 13-dikén végeztünk rajta tracheotomiát s következő nap végeztük a szóban lévő könyök-resectiót. Nem zárkozhattunk el tehát azon feltevés elől, hogy a két eset s a többi genyedés között oki összefüggés van.

\*\*\*

Az elbocsátott 1490 betegen összesen 790 kisebb nagyobb műtét hajtatott végre, melyek a fentebbi táblázatban felállított csoportok szerint következőleg oszlanak meg.

Csoport	Műtét neve	Műtét száma
I.	Incisio : periostitis	23
"	" phlegmone	11
"	Scarificatio furunculi	1
"	Excochleatio ossium	4
"	Exstirpatio carcinomatis labii inferioris	21
"	" " " plastikával	2
"	Exstirpatio neoplasmatis	27
"	" " " plastikával	2
"	" " " transplantatióval	1
"	Cheiloplastika	3
"	Rhinoplastika	1
"	Operatio labii leporini	1
"	Resectio nervi infraorbitalis	1
"	Staphylorhaphia	2
"	Tonsillotomia	3
"	Trepanatio cranii	2
"	" processus mastoidei	1
	<b>Összesen</b>	<b>105</b>
II.	Incisio : phlegmone	5
"	Scarificatio furunculi	1
"	" carbunculi	1
"	Exstirpatio neoplasmatis	3
"	" lymphomatis	30
"	" strumatis	1
"	Operatio ranulae permaquae	1
	<b>Összesen</b>	<b>42</b>
III.	Scarificatio furunculi	1
"	" carbunculi	1
"	" mastitidis	14
"	Onkotomia abscessus frigidi	22
"	Exstirpatio carcinomatis mammae	28
"	" neoplasmatis	8
	<b>Összesen</b>	<b>74</b>
IV.	Excochleatio ossium	9
"	Resectio costarum	4
"	Resectio sterni	1
	<b>Összesen</b>	<b>14</b>
V.	Onkotomia : abscessus parietis abdominis	3
"	" " hepatis	1
"	" " perinephritici	1
"	" " perityphlitici	2
"	Excochleatio parietis abdominis	1
"	Operatio ani praeternaturalis	1
"	Herniotomia inguinalis	82
"	" cruralis	17
"	" umbilicalis	3
"	Laparotomia : incarceratio interna	1
"	Echinococcus műtété	1
"	Punctio abdominis	2
	<b>Összesen</b>	<b>115</b>
VI.	Incisio : abscessus periproctitici	9
"	" furunculi	1
"	Exstirpatio polypi recti	1
"	" carcinomatis recti	2
"	Excochleatio fistulae ani	24
"	Sphincterotomia	8
"	Nodus haemorrhoidalis : thermocauterisatio	3
"	" " écrasseur	1
	<b>Összesen</b>	<b>49</b>
VII.	Incisio : abscessus periurethritici	4
"	Castratio	2
"	Hypospadiasis, urethroplastika	1
"	Hydrocele : operatio radicalis	6
"	" punctio	3
"	Amputatio penis	1
"	Epicystotomia	1
"	Urethrotomia externa	1
	<b>Összesen</b>	<b>19</b>
	<b>Átvitel</b>	<b>419</b>

Csoport	Műtét neve	Műtét száma
	<b>Áthozat</b>	<b>419</b>
VIII.	Exstirpatio carcinomatis clitoridis	2
"	" fibromatis uteri (laparotomia)	2
"	Curettement carcinomatis uteri	2
"	Ovariectomia	5
"	Operatio fistulae rectovaginalis	2
	<b>Összesen</b>	<b>13</b>
XI.	Incisio : periostitis	18
"	" phlegmone	18
"	" lymphadenitis axillae	10
"	" panaritium	4
"	" bursitis	1
"	Scarificatio furunculi	1
"	Exstirpatio lymphomatis axillae	16
"	" neoplasmatis	9
"	Excochleatio ossium	14
"	Necrotomia	2
"	Amputatio antibrachii	4
"	Resectio cubiti	3
"	" antibrachii	1
"	Enucleatio digitorum	31
"	Repositio luxationis humeri	8
"	" cubiti	9
"	Izomvarrat	4
"	Idegvarrat	3
"	Csontvarrat	1
"	Plastica (Syndactyliánál)	1
"	Transplantatio	2
	<b>Összesen</b>	<b>160</b>
X.	Onkotomia : Absc. psoae	6
"	" " pericoxiticus	3
"	" " femoris	7
"	" " praepatellaris	14
"	" " cruris	3
"	Incisio : lymphadenitis inguinalis	3
"	" panaritium	1
"	" phlegmone	33
"	" periostitis	8
"	Evidement : fistulae coxitis	6
"	Exstirpatio : neoplasmatis	12
"	Excochleatio ossium	16
"	Necrotomia	8
"	Amputatio femoris	6
"	" cruris	7
"	Enucleatio Chopart	1
"	" Lisfranc	1
"	" Pirogoff	1
"	" digitorum	4
"	Resectio femoris	11
"	" fibulae	2
"	" pedis	3
"	Osteotomia : genu valgum (Mac Ewen)	5
"	" genu varum	1
"	" pes varus	1
"	" fractura inveterata cruris	1
"	Repositio luxationis femoris	2
"	Transplantatio	16
"	Brisement forcé	4
"	Tenotomia	2
	<b>Összesen</b>	<b>188</b>
XI.	Scarificatio furunculosis	4
"	Tracheotomia (ulcus laryngis, malleus)	1
"	Transplantatio (combustio)	2
"	Exstirpatio keloidis	1
"	Corpus alienum dorsi (extractio)	2
	<b>Összesen</b>	<b>10</b>
	<b>Főösszeg</b>	<b>790</b>

Sebkezelésünkönél általában a sublimat-oldatot használjuk ugyan, de e mellett az aseptikus kezelésnek is elég tág teret hagyunk, a mennyiben az a régi kórházi épületben lehetséges. Kötőszereinket Lautenschläger-féle gőzsterilizátorban teszszük aseptikusokká, valamint a sebbel érintkezésbe jövő kendőket, lepedőket s kötényeket is; műszereinket pedig forró szóda-oldatban sterilizáljuk.

A sublimatot 1:1000 oldatban használjuk, melynek készítésére az Angerer-féle sublimat-pastillákat használjuk. A száj, orrtüreg, hüvely irrigálására, laparotomiáknál, herniotomiáknál bóroldatot alkalmazunk.



Carbol-oldatot 5%-os oldatban csakis műszereink fűrésztésére használunk, míg az éllel bíró eszközeinket műtét alatt abszolút alkoholban tartjuk. Eves váladékú sebeknél 10%-os chlorzink-oldatot alkalmazunk.

A jodoformot igen kis mértékben és csak oly helyeken alkalmazzuk, hol a sublimat felszivódása toxikus hatást idézhetne elő; ilyen helyek a nyálkahártyával borított physiologikus üregek, az orrüreg, a végbél, hüvely.

Varratokat, leköteéseket selyemmel és catguttal végezzük, melyeket Moldoványi helybeli kötszergyárából szereztünk be, melyekben épen csak annyi fonál van, a mennyi 1—2 műtét-hez elegendő.

Selymet leginkább csak bőrvarratokra vagy oly helyen alkalmazzuk, hol azokat ellenőrizhetjük. Elsülyesztett varratokra mindig catgut-fonalat használunk.

A sebek törlésére és tisztítására műtét alatt vagy kötészváltoztatásnál sublimat-oldatba áztatott törlőket használunk, melyek használat után eldobatnak.

Műtét előtt a műtő kezei előbb mechanikus úton szappan és állandóan sublimat-oldatban tartott kefe segélyével dörögletnek le; a köröm alját körömtisztítóval tisztítjuk ki, azután kezünket alkoholban zsirtalanítjuk, s végre sublimat-oldatba mártjuk.

A műtétre való előkészítés mindig a betegszobán történik, hol szappan s kefe segélyével a bőrt tisztára mossuk, a szőrzetet leborotváltjuk, majd sublimat-fedőkötéssel látjuk el a műteendő teret. A műtőteremben ismételtük még egyszer ezen eljárásunkat, mely után még aetherrel is lemossuk a bőrt, s az így sterilített területet egy sublimat-gaze darabbal fedjük be és steril kendőkkel vesszük körül.

Műténél könnyökig erő ujjakkal ellátott vászon műtő-kabátokat használunk, melyek felé még steril kötényt veszünk fel.

A műtét befejezte előtt a sebet a vérzés megszüntetése után irrigáljuk, majd gondosan kiszáritván, ha nyíltan akarjuk kezelni, egyszerűen gaze-csikokat helyezünk beléje, vagy ha prima gyógyulást várunk, varratokat alkalmazunk, s így látjuk el a kötész, mely egy réteg sublimat-gazeból, felette zsirtalanított wattából áll, s ez mullpólyával rögzítetik.

Az első kötészváltoztatást 8 nap multán eszközöljük, mikor is a varratokat eltávolítjuk. Ha azonban a beteg lázas lesz, kötészét már hamarabb leveszük s 1—2 varratot eltávolítván, a sebszéleket szétválasztjuk s az esetleges vérömlenyt vagy genyvet kibocsátjuk. A készített nyíláson át a sebet irrigáljuk s egy gaze-csikot vezetünk be.

Draint általában csak a legszükségesebb esetben használunk sebkezelésünkben, ott t. i. hol prima egyesülés nem várható és a seb genyvedése bőséges lesz; így használjuk pl. empyema thoracisnál, resectio costae vagy pl. echinococcus műtét után stb.

A drain használatát tiszta műtétéknél kerüljük, azon okok alapján, melyeket Réczey I. tnr. már 1890. évi közleményében részletesen kifejtett.<sup>1</sup>

Száraz varratokkal szeretjük kezelni a fejtető sebeit, hol a csontos alapra nyomhatók s könnyen helyben tarthatók.

Sértüléseknél fő gondot fordítván a seb desinfiálására, igen sokszor értünk el még zúzott sebeknél is prima gyógyulást azok bevarrása után; míg oly esetben, hol a zúzott sebek szélei nagyon ezafatosak, a sebszéleket csak azok felfrissítése után varrjuk össze.

Bár némelyek kárhoztatják azt, hogy sértüléseknél a sebbe hatolva végezzük a seb vizsgálatát és desinfiálását, tapasztalataink szerint bátran végezhetjük azt, ha kellő módon hajtjuk végre, de másrészt nem nélkülözhetjük ezt, mert a sebzés kellő elhárítására nem közömbös annak tudása, hogy mily állapotban vannak a mélyebb szövetek. A kutatást csak ott kerüljük, hol a beteg életének veszélyeztetésével járna, pl. a mellkas, has sértüléseinél, hol míg egyrészt a beteg veszélyeztetésével ugyan biztos diagnosist állíthatunk fel, másrészt annak

felállítása után amúgy sem avatkozhatunk be addig, míg fontosabb tünetek erre nem kényszerítenek.

Ellenben ott, hol gyanunk van pl. egy lövet vagy idegen test jelenlétére, pusztán azon aggodalom miatt, hogy kutatás által sebfertőzést okozhatnánk, nem szabad arról lemondanunk, hogy gyanunk felől meg is bizonyosodjunk, mert a sebfertőzés lehetősége ép úgy fennáll akkor is, ha az idegen test a sebesatornában bennmarad. Vastag lágyrészekkel fedett testrészek (végtagok) zúzott sebeinél igen gyakori az, hogy a felületnek látszó borseben át bevezetett ujjunk által a mélyebb részek nagyobb fokú roncsolásáról győződhetünk meg, s így a borseb tágitása után azonnal elvégezhetjük a mélyebb szövetek egyesítését is, és nem várunk a borseb bevarrása után addig, míg a fellépő genyvedés azt lehetetlenné teszi.

\*\*\*

A klinikumról elbocsátott 1490 esetet részletes ismertetés céljából a már közölt táblázatos összeállítás alapján az egyes testtájékok szerint fogjuk áttekinteni, az egy-egy testtájékhoz tartozó csoportot következő 4 osztályba sorozva: I. *Lobok betegségei* s ezek következményei. II. *Sértülések* és ezek következményei. III. *Daganatok*. IV. *Vegyések*, azaz olyan betegségei, melyek az első 3 osztályba beoszthatók nem voltak.

#### I. Fej, arcz és szájj.

Betegség neve	Felvétetett		Elbocsátott						Megtartott		
			gyógyult		javulva		gyógyultlan				
	összesen	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
<b>I. Lobok.</b>											
a) lágyrészekben	25	13	12	12	9	1	1	—	2	—	—
b) csontokban	38	29	9	24	7	2	1	2	1	1	—
<b>II. Sértülések.</b>											
a) lágyrészekben	116	92	24	83	19	5	5	—	—	4	—
b) csontokban	8	7	1	1	1	1	—	—	—	5	—
<b>III. Daganatok.</b>											
a) lágyrészekben	87	68	19	51	15	6	1	11	2	—	1
b) csontokban	5	1	4	1	1	—	—	—	3	—	—
<b>IV. Vegyések</b>											
	11	8	3	6	3	1	—	—	—	1	—
Összesen	290	218	72	178	55	16	8	13	8	11	1

#### 1. Lobok.

a) *Lágyrészekben* 25 eset (13 férfi 12 nő).

*Empyema sacci lacrymalis* egy eset (nő), a könnycsatorna heges zsugorodása következtében. Sondázás után javult.

*Erysipelas* egy eset (nő), az orr sebzéséből eredt, arcra, hajás fejborra áttért. Áttétetett a fertőző kórházba.

*Furunculus labii superioris* egy eset (nő), bemetszés után gyógyult. *Gumma syphiliticum faciei* egy eset (férfi); az orrgyökön a két szem között mogorónyi rugalmas daganat, melyen fillérmagyságú fekély volt. Jodkalium belső használata alatt a fekély gyorsan behegedt s utóbb a gumma is felszivódott.

*Lupus faciei* két eset. 1 férfinél, hol az egész bal arczfélre elterjedt, éles kanállal kikaparás és a sebfelületnek kali causticum-mal étetése után gyorsan gyógyult; 1 nőnél, hol az orrsúcon volt nagyobb göbös területen, hasonló hosszas kezelés dacára csak lassan javult.

*Lupus ellen* a test felszínének bármely részén klinikumunk tapasztalatai szerint legsikeresebb azon eljárás, hogy a lupus területén a göböket, esetleg fekélyeket a műtétí tér előleges desinfiálása után éles kanállal melyen kikaparjuk, a fekélyek széleit Cooper-ollóval lementszük az ép bőrszínig s a sebfelület azután kalium causticum rudakkal erőlyesen megégetjük. A képződő szivós fekete-barna pörk alatt azután többnyire ép és erőteljes sarjadzás indul meg, mely a pörknek 3—8 nap mulva bekövetkező leválása után gyorsan hegesedésnek indul. A pörk leválását siettethetjük az által, hogy 10% bórvaselinkenősesel kötjük be a műtétí területet. A lupus ezen gyógyításmódja sikeresebb, mint a tűzes fémmel kiégetés vagy más edző szer alkalmazása, s ezenkívül alkalmazásában is legtöbb biztosítékot nyújt az iránt, hogy minden kóros szövet el van távolítva.

<sup>1</sup> Lásd: Réczey tnr. Sebgyógyítás draineső nélkül. Orvosi Hetilap 1890. évf. 8., 9. sz.



*Phlegmone faciei* 12 eset (9 férfi, 3 nő). Valamennyi gyógyult bemetszés után. A phlegmone gyógyításmódjáról még alább fogunk említést tenni.

*Stomatitis simplex* egy eset (férfi). Kalium chloricum használatára gyógyult.

*Ulcus lueticum* két eset. Egyik (nő) esetben a felső ajak közepén fillérgyógyulást okozó kemény fekély; a másik esetben (férfi) a bal külső szemzúg alatt koronás darab nagyságú fekély. Mindkettő kalium jodatum belső használatára gyorsan gyógyult, más lueticus tünetek jelentkezése nélkül.

*Ulcera tuberculosa faciei* 4 eset (nő). Gyökeres kikaparás és sublimat-kötés mellett gyógyult 3. A negyedik beteg műtétbe nem egyezett.

#### b) A csontokon, 38 eset (29 férfi 9 nő).

*Periostitis purulenta* 28 eset; közülök egy eset (férfi) a fogmeder-nyujtványon, egy (férfi) kalapácsütés után diónyi terjedelemben a homlok bal oldalán, 21 eset (15 férfi, 6 nő) az állkapcsón, 3 eset (férfi) a felső állsonton, egy (férfi) a falcsonton, egy (férfi) a halántéktájékon volt. Valamennyi heveny lobos természetű és bemetszésre gyógyultak egynek kivételével, ki (állkapocs-periostitis) már 40° C. lázzal vétett fel sepsis tünetek között s rövid idő múlva sepsisben meg is halt.

*Osteomyelitis proc. mastoidei* 2 eset (férfi). Egyik esetben a csecstyűnyű trepanatioja végeztetett sikerrel, másikban bemetszés a csecstyűnyűnyára.

*Necrosis* 8 eset. Közülök 3 esetben az alsó állsont üszkösödése volt, s ezekből 2 (1 férfi, 1 nő) necrotomia után gyógyult, a harmadik műtétbe nem egyezett (nő). 3 esetben a felső állsont üszke, melyekből egy eset kicanalizálás után gyógyult (férfi), egy eset műtét nélkül távozott (férfi); a harmadik pedig arczorbáncz után fellépett periostitis következménye volt, mely a felső állsont testének részletes elhalását okozta, úgy hogy az arcz bőrének mintegy fillér terjedelmű részlete a pofa mellső részén hiányzott s ezen nyíláson át a Highmor-üregbe és lefelé a szájrégbe lehetett jutni. A még meglevő elhalt alveolus-részlet eltávolítottán, az arczon levő bőrhiány képző műtéttel (meloplastika) pótoltatott a szomszédos bőrből vett lebenyek által. Gyógyult (nő). Egy esetben a homlokcsont üszkösödése gumma syphiliticum miatt (nő); jodkalium használtatt. Egy esetben a nyakszirtecsont üszke volt (férfi), mi sequestromia után gyógyult.

### 2. Sérülések.

#### a) Lággy részeken. 116 eset (92 férfi 24 nő).

*Contusio capitis* 22 eset (18 férfi, 4 nő). Zuzódások és kisebb nagyobb kiterjedésű vérkiömlések a koponya bőre és a koponyasisak alá magasról leesés, vagy ütődés és ütés következtében. Ezek közül 14 egyszerű eset meggyógyult 8–14 napi időközben; 8 esetben a zuzódás agyrázódással volt szövődve s ezek közül 6 gyógyult, 2 pedig meghalt rövid idővel a sérülés után, s pedig egyik shock-ban, a másik subcranialis vérömlés következtében.<sup>1</sup>

*Vulnus contusum capitis et faciei* 62 eset (53 férfi, 9 nő). A fej hajás részén s az arczon kisebb nagyobb kiterjedésű zárt sebek verekedések, esés és gépsérülés következtében. Egy részük a sérülés után, más részük néhány nappal később hozatott be a klinikumra s kellő fertőtlenítés után, a régibb esetek a szélek felrészítése után vagy száraz varratokkal (a koponyaboltozaton), vagy véres varratokkal egyesítették. Valamennyi 6 eset kivételével genyedés nélkül 8–14 nap alatt gyógyult. Ezen hat eset közül 5-nél genyedés állott be és egyhez kisebb kiterjedésű s enyhén lefolyt orbáncz csatlakozott. Ezenkívül a zárt seb szövődve volt egy esetben koponyahorpadással, mely azonban semmi agytünetet nem okozott; egy esetben agyrázódással s egy esetben genyes agyhártyagyuladással; ez utóbbi eset meghalt.

*Vulnus combustum capitis et faciei* 7 eset (2 férfi, 5 nő). Első és másodfokú égési sebek, melyeket 3 esetben égő borszesz, 3 esetben leforrázás és 1 esetben maróluval való leöntés okozott. Gyógyultak.

*Vulnus morsum* 5 eset (1 férfi, 4 nő). Az alsó ajak (egy eset), a nyelv mellső harmada (egy eset) és az orrsúcs voltak ezen sérülések helyei. Az utolsók közül kettő egyszerű véres varrat alkalmazására gyógyult; a harmadik pedig, hol a jobb orrszárny 1 cm. magasságban hiányzott, képlő műtéttel pótoltatott, úgy hogy az olasz mód szerint a jobb felkar mellső felszínéről vétett a bőrlebeny. Gyógyult.

*Vulnus punctum capitis et faciei* 7 eset (férfi), melyekben késszúrás verekedés alkalmával okozta a sérüléseket. Egyesítés után mind zavartalanul gyógyult.

*Vulnus scissum capitis et faciei* 8 eset (7 férfi, 1 nő), hasonló okból eredő sérülések, melyek simán gyógyultak.

*Vulnus sclopetarium capitis et faciei* 5 eset (4 férfi, 1 nő). Ezek közül 3 öngyilkossági szándékból közvetlen közelből ejtetett, valamennyi 7 mm. kaliberű forgópisztolylyal. Egyik esetben ezek között a halántécsont és homloklebenyek átfurása után a golyó az ellenoldali halántécsont belső felszínén akadt meg és az egyének néhány nap

múlva halálát okozta. A második esetben a kilőtt 3 golyó közül egyik a halántécsonton ollapult, kettő pedig a pofa izomzatába fúródott s onnan távolítottatott el. A harmadik esetben a golyó a külső halljáratba fúródott és a nervus facialis bénulását okozta. Végre egy esetben a lövés nagyobb távolságból történt véletlenségből s a golyó a halántécsonton fennakadt és ott ellapult. Ezekon kívül egy esetben 12 mm. kaliberű pisztolylyal a szájrégbe történt a lövés, mely azonban csak a szájpaddíveket s a nyelv hátát sértette s más bajt nem okozott.

#### b) Csontokon 8 eset (7 férfi, 1 nő).

*Fractura baseos cranii* 5 eset (férfi). Mind az 5 esetben magasról leesés volt a törés oka, mely nagyfokú agyrázódással volt szövődve és két esetben (a középső scala törésénél) genyes agyhártyagyuladás járult hozzá. Mind meghalt.

*Fractura aperta cranii* egy eset (férfi), melyben bortal beütötték verekedésnél a koponyát. A törés a falcsonton tallérnyi nagyságú behorpadást okozott, mely agygyulladás tüneteket és bénulásokat idézett elő. A behorpadt esontrészlet kiemelése végett trepanatio végeztetett, mely után teljes gyógyulás állott be.

*Fractura maxillae superioris* egy esetben (nő), *fractura maxillae inferioris* egy esetben (férfi) észleltetett. Mindkettő egyszerű törés és gyógyult.

(Folytatása következik.)

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

### Méhenküvi terhesség esetei a II. szülészeti és nőgyógyászati klinika gyakorlatában.

Közlő: Tóth István dr. egyetemi tanársegéd.

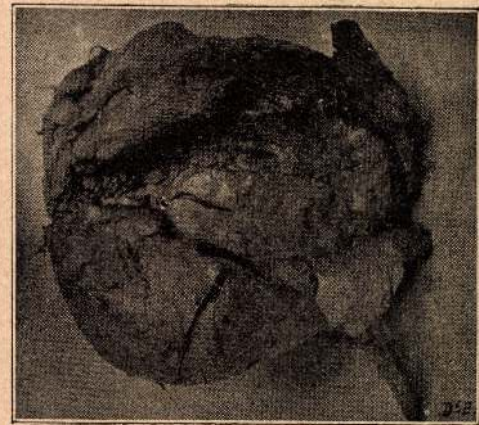
(Folytatás.)

#### \* S most áttérek a III. csoportra:

Azon esetekre, melyekben vagy más megbetegedés miatt végzett műteteinknél akadtunk régi eltokolt méhenküvi terhességre, avagy pedig folyamatának végső fejezetében láttuk azt. 17. sz. (ábrával). *Lithopaedion. Angiofibroma uteri miatt laparotomia. Mors.*

Özv. T. M.-né, (1891.) 45 éves, utolsó szülés 20 év előtt. Menstruatio előbb, a mennyire visszaemlékezni tud, rendes; 1½ év óta klimax. Hat év óta hasdaganat. E miatt műtét.

Laparotomiánál (1891. október 6.) egy a méhből kiindult s később angiofibromának bizonyult subperitonealis daganattal



17. sz. eset. Lithopaedion.

találkoztunk, mely nagy nehézséggel s igen erős vérzés között volt csak kifejthető. A baloldali ligamentum latum lemezei között egy szívós, helyenként elmeszesedett, álhártyák közé burkolt lithopaediont találtunk, melyen a végtagok, a koponya, valamint a mellkas, az álhártyás összenövés okozta difformitások dacára jól kivehetők. Az egész képlet elmeszesedve nem volt, hanem a szöveteiket mintegy zsugorodva, kiszáradva találtuk.

Az ügyis igen gyönge beteg a II-dik napon szívhűdés tünetei között meghalt.

Ez esetben véletlenül találtuk meg a régi méhenküvi magzatot, mely eltokolódva semmi tünetet nem okozott s csak a másnemű megbetegedés miatt végzett műtét adott alkalmat felfedezésére.

<sup>1</sup> Sajnálunk kell, hogy a sérülések miatt elhaltak boncolásának eredményei, mivel azok részint rendőrorvosi, részint törvényszéki orvosi vizsgálat tárgyát képezvén, más egyetemi intézetben végeztetnek, nem állnak rendelkezésünkre s így épen sok érdekes sérülés lényege iránt nem kapunk felvilágosítást.



A méhenkívüli terhesség idejére stb. az anamnesis felvilágosítást nem ad.

18. sz. 32 évig viselt méhenkívüli terhesség. *Carcinoma omentis* miatt laparotomia. *Mors.*

L. Á.-né, (1891.) 49 éves, XI P. rendes, 1 abortus; utolsó rendes szülés 6 év előtt.

Első terhességére vonatkozólag, mely 32 év előtt volt, előadja, hogy magzatát teljesen kiviselte, mozgásait rendszeresen érezte; a 9-dik hó leteltével szülőfájdalmak lepték meg, de szülésre nem vezettek. E fájdalmak állítólag 6 hétig tartottak.

A kolozsvári egyetem több tanára vizsgálta akkor, kik egyértelműleg méhenkívüli terhességnek tartották baját, halott, kiviselt magzattal. A javalt műtétnek beteg magát alá nem vetette. Az említett 6 hét alatt súlyos betegen feküdt, majd miután felkelni is képes volt, hasa állandóan kisebbedett. A hasban levő fájdalmak, bár nem nagy fokban, ezután is időnként előállottak, mintegy 14 éven át. Ez idő alatt is többször szült. Azóta teljesen egészséges volt egészen 3 hó előttig, a mióta hasában állandó nyiláló fájdalmak kinozzák, alig tud aludni; étvágytalan, folytonos székelési bajokban szenved; igen legyengült.

Felvételnél (1891. október 16.) ascitest s a hasban több osztatú daganatot találunk, ezenkívül a méhhez bal oldalon összefüggő golyószerű, különálló daganatot, melyben pergamenszerű recsegés érezhető.

Hasmetszésnél (1891. október 29.) egy a esepleszből kiindult s a belekkel, hasfallal összekapaszkodó cancert találunk; ezenkívül egy köcsányos, a bal lig. latummal összefüggő daganatot, melyet eltávolítottunk. Tartalma sárga kenőcsszerű massa, melyben egy teljesen kifejlődött magzatnak mintegy lepraeparált esontváza szétomolva foglal helyet. A tumoron rajta a baloldali tubának hüvelykujnyira duzzadt abdominalis részlete. A méhenkívüli terhesség így tubaris volt, melyet a terhesség végéig kiviselt volt; a magzat elhalása után maceratio állott be, eltolódott teljesen s így viselte a beteg 32 éven át, közben világra hozva 10 élő gyermeket.

Ha a különálló carcinomatosus megbetegedés közbe nem jő, aligha került volna szemünk elé a beteg.

A beteg a műtét V. napján inanitio folytán halt meg.

19. sz. Régi eltokolt méhenkívüli pete. *Kystoma ovarii* miatt laparotomia. *Gyógyult.*

L. J.-né, (1890.) 45 éves. II P., utóbbi 3 év előtt.

Tisztulás göresöktől kisérvé, 2 terhességén kívül mindig rendszeresen jelentkezett, kivéve, hogy 10 év előtt 3 hóig kimaradt volt, nagy göresei voltak ez idő alatt, hosszú ideig beteg volt, orvosa sósfürdőzéssel gyógyította.

2 év óta daganat nő hasában, melyet ovarialis kystomának ismerünk fel, s e miatt operáljuk (1890. október 6.) s egy baloldali dermoidot irtunk ki.

Toilettnél észrevettük, hogy jobb oldalon a medenczecsont mellett egy diónyi peritonealis tasakban kemény test érezhető; felmetszszük s ott találjuk egy körülbelül 3 hónapos magzatnak álhártyák között eltokolt esontjait.

A beteg gyógyult.

Az anamnesis érdekesen utal a méhenkívüli pete keletkezési idejére, t. i. 10 év előtt 3 hóig kimaradt a tisztulása, meg voltak a méhenkívüli terhességet kísérni szokott göresök. Valószínűleg megrepedt az eredeti petezsák, vérömleny keletkezett, a melyet orvosa sósfürdőzéssel kezelt, s melynek felszívódása után a magzat esontjai eltokolódtak.

Mily szerepet játszik a baloldali petefészkek dermoidja az aetiologiában, kérdéses. A jobboldali petefészkek ép volt, s a méhenkívüli terhesség óta szült is a nő élő gyermeket.

20. sz. Genyedés folytán a végbélen át kiürülő méhenkívüli terhesség.

M. M.-né, (1892.) 43 éves, I. P. 23 év előtt, rendes. Tisztulása 11 hó előtt elmaradt, mely idő alatt sok fájdalom, szenvedésen ment át. Utóbbi időben nagy fájdalmai vannak, végbeléből geny ürül.

Ambulanter jelentkezik a klinikán a következő állapottal: Lesóványodott nőbeteg. Portio kicsiny, normalis méh anteflexióban. A baloldali medenczefélben nagy daganat. A végbélből bő, zöldes, genyes, bűzös váladék ürül. A sphincter tertius magasságában

koponyacsontokhoz hasonló kemény lemezek tapinthatók, melyekből csípővel egy darabot kihozva, az foetus koponyacsontjának bizonyul. A diagnosis: biztos méhenkívüli terhesség, mely elgenyedve a végbélen át ürül ki.

Fel akarjuk venni. Beteg nem marad; eltűnik szemünk elől.

A mint a leírásban olvasható, mind a 4 eset más-más alakja a régi méhenkívüli terhességnek, akként fejlődve, a mint magukra hagyatva a sors kedvezett.

A 17. sz. egy lithopaedion, melynek keletkezési idejére nézve az anamnesis homályban hagy.

A 18. sz. esetben az anamnesis pontos adatai szerint 32 év óta hordozott méhenkívüli magzatot találtunk eltokolódva; a magzat kifejlett, érett volt; elmeszesedés nem történt; esontjai hullaviaszhoz hasonló massában foglaltak helyet. Érdekes, hogy e beteg első terhessége a méhen kívül volt, s ezután még XI. rendes szülése s egy abortusa folyt le. Miben nyerjük itt a méhenkívüli terhesség aetiológiájának magyarázatát? E két beteget, más hasürri, rosszindulatú daganat miatt operáltuk; mindkettő meghalt.

A 19. sz. esetben dermoid kystoma műtete közben akadunk a 3 hónapos embryo eltokolt esontvázára, mely az anamnesis utasítása szerint valószínűleg 10 év előtt jött létre.

Végre a 20. sz. esetben a nem régi méhenkívüli terhességnek elgenyedés után a végbélen át való kiürülését volt alkalomunk futólag észlelni.

#### IV. *Haematokele retrouterina.*

*Haematokele* nem egyéb, mint eltokolt vérömleny a hasürben. Megkülönböztetendő tőle a *haematoma*, mely név alatt általános használat szerint a kötőszövetbe történt vérömlenyeket értjük. Ugy aetiológiája, mint jelentősége más e két dolognak, azért is kívántam megkülönböztetni.

E közlemény keretében az elsővel foglalkozom. A haematokele eredetére a legkülönbözőbb megbetegedéseket vették fel, találták ki, a melyek nagy része hypothesiseken alapul, beigazolva nincs.

Igy varix-repedést, ovarialis vérzéseket, tubaris menstruatiót, pachyperitonitist (Virchow) stb. s végre méhenkívüli terhességet: s pedig vagy a petezsák megrepedéséből, vagy tubaris abortusból származtatva a haematokele létrejövetelét.

Kétségtelenül beigazolva csak a méhenkívüli terhességből való eredés van, úgy hogy vannak, kik tagadják is a haematokenek más módon való létrejövetelét. Igy *Fritsch* (lásd tankönyvét); *Wertheim* (Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien 1894) állítja, hogy *Schauta* klinikáján a legtöbb haematokele esetben sikerült kimutatnia a méhenkívüli terhességből való eredést s egyetlen esetben sem lehetett azt kizárnia.

Ezzel szemben mások az eseteknek csak egy csekély százalékában vélik a méhenkívüli terhességből való eredést. *Veit* (Die Eileiterschwangerschaft. Stuttgart, 1884) 28%-ot vesz fel, de még ezekben sincs kétséget kizárólag bizonyítva a méhenkívüli terhesség. *Thorn* (Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien) szintén *Fritsch* álláspontja ellen van, hasonlóan nyilatkozott *Winckel* is. *Zweifel* (Vorlesungen über klinische Gynaekologie) plane csak 12.5%-ban találja a méhenkívüli terhességet beigazoltnak. Ő ugyanis eskis azon eseteket tartja méhenkívüli terhességből eredett haematokenek, a hol vagy a petét magát, vagy legalább *chorion* bolyhokat kimutatni lehet. *Decidua* sejteket, *deciduaszerű* sejteket annak bizonyítására elegendőnek nem tart.

Kérdés tehát elfogadjuk-e e megkötést? Vajjon az anamnesis, tisztulás kimaradása, a terhesség jelei nem elegendők-e haematokenél méhenkívüli terhesség felvételére? még akkor is, ha petét, *chorion*-bolyhokat kimutatni nem tudunk. A legtöbb esetben igen nehéz a vizsgálat; a ruptura után lényegesen megváltoztak a viszonyok, s különösen a hüvelyboltozat megnyitása után kibocsátott véralvadéknak peterészletek kimutatása lehetetlen lesz. Ki tudja, nem tokolódott-e valahol el a pete, a nélkül, hogy kiürülne? nem maradt-e a megrepedt vagy abortált tubában? de meg a leggyakrabban előforduló tubaris abortus rendszeren a terhességnek oly korai idejében szokott bekövetkezni, a mikor egyrészt felszívódik a pete, más-



részt a nagyobb mennyiségű vérben fel nem található, ki nem mutatható.

Igaz, hogy pl. chorion-bolyhok feltalálása kétséget kizárólag bizonyító erővel bír arra nézve, hogy a haematokele méhenkívüli terhességből eredett, de másrészt, véleményem szerint, annak hiánya a méhenkívüli terhességből való eredést ki nem zárja, különösen nem akkor, mikor más magyarázata a haematokele eredésének jóformán bizonyítva nincs s mikor az anamnestikák s a helyi tünetek is a méhenkívüli terhesség felvételére felhívják.

Tudományos tekintetben igen is nagyon helyén van e kérdés praecisiozása, mint azt Zweifel kívánja, hogy csak azon esetet tekintjük méhenkívüli terhességnek, hol annak tárgyi bizonyítéka feltalálható is, de úgy vélem, minél többször lesz alkalmunk vizsgálni haematokelet s pedig különösen hasmetszésnél, a mikor az összes genitáliák, az adnexák állapotáról is pontos meggyőződést szerezhetünk, annál kevésbé kell majd teoriákra építenünk, s látjuk majd az igazságot, a mely valószínűleg abban concludál, hogy a legtöbb haematokele méhenkívüli terhességből ered.

A mikor tehát a méhenkívüli terhességnek klinikánkon megfordult eseteit gyűjtöm össze, akkor egyszersmind leírom valamennyi tiszta haematokele képét, s pedig úgy azokat, a melyeknek méhenkívüli terhességből való eredése kétségtelenül bizonyított, mint azokat, a melyekben csak az egész körkép utal ennek felvételére, de peterészletek kimutatása részben nem sikerült, részben lehetetlen is volt volna (nem volt megnyitva a haematokele), avagy nem is történt vizsgálat.

a) Haematokele retrouterina esetei, a melyekben a méhenkívüli terhesség beigazolt:

21. sz. *Haematokele retrouterina. Megnyitás a hüvelyen át. Peterészletek távoznak. Gyógyult.*

D. J.-né (1881), 23 éves; I. P. 4<sup>1/2</sup> év előtt, rendes szülés és gyermekágy; egy év óta fluor. Menstruatio rendes, utolsó 10 hét előtt. Ez idő óta csaknem mindig beteg, hasában fájdalmai vannak; 12 nap előtt egyszerre összeesett, orvosa nagy anaemia, collapsus közepette találta; ezóta fekszik, lázas.

Felvételnél (1881. október 9) beteg vérszegény, igen elesett. A méh mögött a hátsó hüvelyboltozatot mélyen ledomborító s az egész medenczét kitöltő mérsékelten fluctuáló daganat tapintható: a haematokele retrouterina kifejezett képe. Magas lázak állandóan, 39°0—40°0 C.

Diagnosis: méhenkívüli terhesség rupturája után haematokele retrouterina.

Tekintettel a beteg lázas állapotára, a daganat nyomása által okozott fájdalmakra, punctio után megnyitjuk a hátsó hüvelyboltozatot (1881. október 10); büzös vér, véralvadék ürül, czafatos hárttyakkal; az ürt drainezzük s naponként tisztogatjuk, de erőlyesebb kitakarítást, tekintettel a feltételezett nem régi eltokolt-ságra, nem végezzük. A beteg hőmérséke valamit esik, de a láz desiniciáló kiöblítések dacára fennáll; beteg igen gyönge. A műtét 8-dik napján a kifecskendés alkalmával egy 6 cm. hosszú magzat ürül ki macerálódás jelei nélkül, ugyancsak több burok-részlet is távozik. Ezzel a diagnosis kétségtelen megerősítést nyert. A beteg pár napig még lázas, majd láztalanná lesz, összeszedi magát a szervezet, s egy hó mulva gyógyultan hagyja el a klinikát.

22. sz. *Haematokele retrouterina. Decidua távozása. Spontan gyógyulás.*

S. J.-né (1889), 32 éves; VII P. rendes; utolsó 5 év előtt; menstruatioja előbb mindig rendes, 6 hétig kimaradt, majd egy 12 napig tartó vérzés áll be, e vérzés 5-dik napján állítólag meghülés folytán hirtelen rosszul lesz, elájul, majd heves göresöket kap, miközben tenyérynél *decidua* távozik el. Ezóta beteg, hasában nagy fájdalmai vannak, e mellett vizeleti zavarok.

Egy csaknem a köldökig érő daganatot találunk hasában, mely a méhet mellfelé szorítja, a Douglast teljesen kitölti, rugalmas, ujjbenyomatot nem tart meg; beteg láztalan.

Diagnosisunk: haematokele retrouterina, mely méhenkívüli terhességből származott.

Észlelés alatt a beteg teljes nyugalma mellett a daganat gyorsan szívódik fel, fájdalmak alább hagynak. 2 hó mulva látjuk

ismét, jobboldalon van még egy kis ökölnyi daganat, mely mérsékelten lenyomja a Douglast, alig fájdalmas. Az egész medenczét kitöltő nagy tömeg tehát nagyrészt felszívódott.

Az anamnesis, a *decidua távozása* nem hagy kétséget az iránt, hogy a haematokele méhenkívüli terhességből eredett.

(Folytatása következik.)

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egyesület.

1894. októberi szakülés.

1. Grósz Menyhért dr. „*Dystrophia muscularis progressiva (Erb)*“ czímen tart előadást az érdekes beteg bemutatásával. A ritkább eset egy 29 éves férfúra vonatkozik, kinek családjában idegbeteg nem volt. Jelen betegsége hat év előtt vette kezdetét. Előbb jobb czombjában zsibbadás és gyengeség jelentkezett, majd karjainak erőtlensége. Ekkor már a járás és hajlás nehezebbé esik. Bemutatáskor feltűnő jelenségek: nagyfokú lordosis, a lapocscsontok szétállása. Feltűnő a következő izmok atrophijája: a pectoralisok, cucullaris, rhomboideus és serratusok, latissimus et longissimus dorsi, a sacrolumbalis izmok, a felkar és czomb izmai főképp a hajlító oldalon s végre a gluteusok. Az arezizmok s a kezek kis izmai változatlanok. Beteg járása sajátságosan ringó. Fibrillaris rángások nem észleltek, az érzési körben eltérés nincs. Villamos vizsgálatnál elfajulási reactio nem mutatkozott, csak mindkét áramra csökkent ingerlékenység. A patellar-inreflex kimutatható. Hólyag és székleteti zavarok nincsenek.

Miután előadó elkülönítés útján a fent jelzett kórismét felállítja, áttér a bemutatott kóralak kórbonecztoni ismertetésére s ezek alapján a bántalmat peripherikusnak jelzi.

2. Berkovits Miklós dr. „*Hashártya-tuberculosis és peritonealis carcinoma esete*“ czímen tart két észlelt esete kapcsán nagyobb szabású előadást.

Első esete egy 18 éves hajadonra vonatkozik, ki két év előtti időig a szülők állítása szerint még beteg nem volt, csupán mirigyei voltak a nyak két oldalán. Havi vérzését 15 éves korában kapta meg, mely egy évi tartam után másfél évig szünetelt s azután ismét jelentkezett, de szabálytalanul. Két év előtt tüdőbaja volt, melyről csak annyit tudnak, hogy lázas volt, oldal-szúrásokat érzett és sokat köhögött. A legközelebbi tavasz javulást hozott, sőt hizásnak is indult.

A környezet előtt azonban feltűnt halványsága. Az előhívott orvos sápkórt constatált s ennek megfelelőleg tette rendelkezéseit. Az ősz (1893.) végén beteg a fővárosba utazott, honnan néhány heti ott tartózkodás után hazajövén, áliapotában lényeges rosszabbodást érzett. Észrevette, hogy lábai a délutáni, illetőleg esti órákban megdagadtak, lélegzete rövidebb, hasát puffadtnak érzi s feltűnt, hogy szeméi sárgás színűek, sőt bőre is. E jelenségeket a beteg a sápkór következményének tartva, a rendes vaskészítménytől várta javulását, de hasztalanul, sőt a légzési nehélyek fokozódtak, a has térfogata nagyobbodott. Ekkor fordult előadóhoz, ki f. é. február hó folyamán a következő jelenállapotot találta.

A beteg gyönge csont- és izomrendszerű, rosszul táplált. A szemek tülkhárttyája intenzív sárga, ugyanilyen a bőr is. Nyelv száraz, a baloldali állalatti mirigyek megnagyobbodottak. Mellkas bal felső részében kissé lelapult, légzésnél visszamarad. Kópogtatási viszonyok csak abban eltérők a rendestől, hogy a májtompulat már az 5-dik bordán kezdődik, tehát a rekesz feltölt. A bal infraclavicularis árokban kissé rövidebb a kontaktási hang. Szívtompulat már a 3-dik bordánál kezdődik, kifelé a szívesücs-lökés helyéig terjed, mely a bimbóvonalon kívül esik, befelé a szegycsont bal szélén kissé túlterjed. A szívnek tehát haránt állása constatálható, mi nem dilatációra, hanem a diaphragma magasabb állására vezethető vissza. A mellkas bal felén, hátul a spina scapulaetól lefelé intenzív tompulat található, mely felett légzés nem hallható s a mellrezgés és bronchophonia gyengült. A supraspinalis árokban érdes legzés mindkét oldalon. Légzés felületes, szapora.



A has teriméjében jelentékenyen nagyobbodott, tágult bőr-visszerekkel. A köldök elsimult. Valamivel a köldök felett húzott vonaltól lefelé mindenütt tompa kopogtatási hang nyerhető, mely azonban változik a beteg helyzetének változásával. Egyidejűleg kifejezett hullámozás constatálható nagy hullámokkal.

Az alsó végtagok a térdekig vizenyösek.

A vázolt észleletek alapján két kórfolyamat vehető fel: 1. tompulat a bal tüdő felett, mely részben szervült, részben még fennálló mellhártya-izzadmány által okoztatik, 2. nagy mennyiségű folyadék a hasürben, ily gyülem minden jellemző tünetével. Transsudatum-e a folyadékgyülem vagy pedig exsudatio eredménye? Mechanikus kórszarmazás tekintettel a szívre kizárható. Ép így valamely elsődleges májbaj, daczára az icterusnak. Kizárható valamely circulationsis zavar a vena portae törzsében is, mert véres hányások, székleték nem voltak s a baj lassanként fejlődött, a caput Medusae hiányzott. Cirrhosis ily korban, alkohol-abusus nélkül alig lehetséges, epekövek, melyek az epentakat elzárták, ascitessel nem járnak s más jellel is elárulják jelenlétüket. Bujakór, mely amyloid-folyamatok útján általános vizenyöt okozhat, jelen esetben szóba nem jöhetett. Hasüri dag felvételére, mely a máj felé növekedve, a vena portae nyomná és ascitist így okozna, nem volt támpont. A figyelem tehát a peritoneum felé fordult. Két eshetőség közt volt választás: chronikus idiopathikus „savós peritonitis” és hashártya-tuberculosis. Hogy a mellhártyabántalom óta (ez volt a két év előtti baj) volt-e a beteg lázas, érzett-e fájdalmakat a hasban, nem volt megállapítható, s miután a talált mellhártyalobos izzadmányt a látható nyirkmirigyek alapján tuberculotikus alapon fejlődöttnek vehetjük fel, okunk van a talált szabad folyadékgyülemet a hasban nem transsudatio eredményének, hanem exsudativ folyamat eredményének tartani, kiindulva a hashártya gümökóros megbetegedéséből, azaz hashártya-tuberculosisból. Ez joggal feltehető, miután sikerült egy primaer góczot találni. A kérdést biztosan eldönthette volna a punctio, de annak kivételét a beteg nem engedte meg.

Az icterus magyarázatát az adhatja, hogy a fokozódott hasvízgyülem hurutos tüneteket okozott a bélhuzamban, így a duodenumban is. Innen a choledochusra áttérjedve, létrehozta az icterust. Számbaveendő a hasvízgyülem által okozott fel- és eltoltatása s így némi compressiója is a májnak.

A beteg az észlelés után 3 hóval vérbomlás, cholaemia tünetei közt meghalt.

A második eset egy 42 éves nőre vonatkozik, ki utolsó (VI.) terhessége alatt nyolcz hét előtt vette észre (normalis szülés), hogy hasa a terhességnek meg nem felelőleg megnagyobbodott.

Egyidejűleg a hasban fájdalmakat érzett, melyek a szülés s rendes lefolyású gyermekágy után sem szüntek meg. A has térfogata sem csökkent. Légzése akadályozott volt, s ha fennjárt, gyengeség és kimerültség érzete lepték meg. Étvágya és emésztése romlott. Főképp a has folytonos nagyobbodása aggasztotta s ezért is kereste előadó segélyét, a mikor a következő jelenállapot vétetett fel:

A gyengébb alkatú beteg feltűnően lesoványodott, nyákhártyák halványak, arc fájdalmas kifejezésű, bőrszíne fakó-szürkébe hajló. A rekesz feltolt, egy bordával magasabb. A has teriméjében jelentékenyen nagyobbodott, a köldökön át húzott vonal alatt teljes tompulatot ad, mely a beteg helyzetváltoztatásával változtatja színvonalát. Kifejezett fluctuatio. A máj kissé kitapintható, széle keményebb. A hasüregben a folyadékgyülem miatt semminemű resistencia vagy tumor ki nem tapintható. Ezek alapján a hasürben szabad folyadékgyülem jelenléte volt felvehető. Cysta, circulationsis zavarok, a máj lobos megbetegedése ki lévén zárhatók, chronikus savós peritonitis, a peritoneum tuberculosis vagy carcinomája felvétele körül forgott a kérdés. Miután a tuberculosis primaer góczát kimutatni nem lehetett, tekintettel a beteg korára, a gyorsan beállott általános senyvre, a carcinoma felvétele volt a legplausibilisebb. A diagnosis biztosítása céljából, de meg hogy a beteg a kínzó feszüléstől megszabaduljon, a folyadék kibocsátása határozottatott el. Ez meg is történt, a midőn közel 14 liternyi folyadék ürült. A mint a folyadék kibocsátatott, a megvékonyodott hasbőr alatt, főképp a köldök tájon egész csomó, tojásnyi, söt

nagyobb, dudoros feltűtű, kemény mozgatható tumorok tapinthatók. Néhol vastag, zsinegszerű képletek, melyek a gyomortáj felé húzódtak. Ezek tapintásra, de spontan is fájdalmasak voltak. A lejobb toltult májban dudorok nem voltak tapinthatók. A dagok légzésnél helyzetüket alig változtatták.

Tehát a nagy cseplesz álképletével van dolgunk. Hogy a peritoneum tuberculosisával vagy rákos elfajulásával állunk-e szemben, még eldöntendő volt.

A baj fejlődése alatt beteg nem volt lázas, de a betegség lefolyásában sem. Elsődleges gümökóros gócz nem volt található. A hasban tapintható tumorok jellege sem vallott gümökórra, az egyén feltűnően senyves külleme sem. Igaz, a cseplesz is megvastagodhatik tömeges tuberculom-fejlődés esetén s ez által, de zsugorodás következtében is, ha lobfolyamat is csatlakozott, szívós köteggé alakulhat, de izolálható tumorok nem lesznek tapinthatók. A beteg kora is figyelembe veendő. A pungált folyadék minősége nem adott felvilágosítást (a bacteriologikus vizsgálat negatív eredményt adott), de következtetései fonalán előadó a tuberculosis felvételét elejtette.

A carcinoma felvétele is nehézségekbe ütközött. Primär hashártya-carcinoma a lehető legritkább. Többnyire másodlagos, áttérjedt folyamattal van dolgunk. Az elsődleges góczot nem sikerült feltalálni, de azért a hashártya elsődleges rákos folyamatát sem vehette fel. Nem lehetetlen, hogy a rákos elfajulás a hashártya mögötti mirigyekből indult ki.

Később még két ízben kellett a beteget pungálni, a malignus folyamat felvétele mindinkább indokoltabb lett. A fájdalmak és a senyv fokozódtak s 6 heti kinlódás után a beteg elhalt.

Az előadás után *Grósz Menyhért* dr. tett néhány észrevételt, főképp a beteg haláláig tartó icterusra vonatkozólag. Elfogadja ugyan előadó diagnosisát mindkét esetben, de figyelmeztet annak lehetőségére, hogy organizálódott rostonya elzárhatta a choledochust chronikus peritonitis esetén, létrehozva az állandó icterust.

*Előadó* szerint az icterus haematogen eredetű is lehetett, mit igazolni látszik az a körülmény, hogy a beteg vérbomlási tünetek közt halt el.

*Konrád Márk* dr. maga is észlelte előadó második esetét, a midőn csak az ascitist lehetett megállapítani. Ekkor ajánlotta a pungálást, főképp diagnostikus célból. Akkor mindenre inkább gondolt, mint carcinomára.

**3. Goldstein Sándor dr. „Hasi hagymáz ritka lefolyású esete”** czímmel tart előadást.

A beteg, kiről előadásában szó van, f. é. április 8-dikán jelentkezett nála ambuláner s 20-dikáig gastricismusnak tartva baját, ily módon kezeltetett. E napon beteg ágyba került, a midőn a hasi hagymáz tünetei már kifejezettek voltak. Feltűnő volt lesoványodása és elgyengülése. Hőmérsék 40°8' volt, eszméletlen állapotban feküdt. Arca kissé cyanotikus volt, légvételei egyenlőtlenek, kihagyók (Cheyne-Stokes légzés), érlökések száma 140. Május 8-dikán meglepő fordulat állt be, a midőn a beteg néhány napra láztalan lett.

A javulás nem volt tartós. Május 19-dikén visszaesés állt be, a beteg annyira lesoványodott, hogy az azelőtt izmos ifjú czombját a hüvelyk- és középujjal körül lehetett fogni. Junius 3-dikáig tartott e visszaesés, mely időtől kezdve folyton javult, annyira, hogy junius 20-dikán haza akart utazni. De ugyanez nap délutánján hidegrázást kapott s utána 39°5' hőemelkedés lépett fel. A magas hőmérsék junius 31-dikéig volt kimutatható.

A második recidiva alatt bár magas lázai voltak, az eszmélet tiszta maradt, kedélye jó volt, sőt folyton éhségről panaszkodott.

Az eset ismertetése után előadó fejtegeti a recidivák okára vonatkozó nézeteket, s mint legvalószínűbbet kiemeli azt, hogy a gyengült szervezetben a belekben visszamaradt bacillusok újra elszaporodnak, újra erőre kelnek s betegséget okoznak. Végül előadó felsorolja azon irodalmi adatokat, melyekből a recidivák statistikájáról nyerünk tudomást.

*Berkovits Miklós* dr. figyelemre méltónak tartja előadó tanulmányában, hogy egymás után és rövid időközben két recidiva



lépett fel s egyúttal megragadja az alkalmat annak tudomásul hozatalára, hogy jelenleg városunkban bár nem nagy mérvű typhus-járvány van, s hogy az esetek napról napra szaporodnak. Figyelmeztet továbbá a diazo-reactio jelentőségére, mely kétséges esetekben némi útbaigazítást adhat.

*Grósz Menyhért* dr. utal arra, hogy recidivák esetén a diazo-reactio majd mindig positiv eredményt ad.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

**A magyar szent korona országai balneologiai egyesületének 1895-diki évkönyve.** Összeállította Löw Sámuel dr. egyesületi főtitkár. Budapest, Boruth E. könyvnyomdája, 1895.

Az országos balneologiai egyesület, mely hazánk fürdőügyének fellendülése körül már rövid fennállása óta is oly áldásos tevékenységet fejtett ki, legújabb évkönyvében ismét becses adatokkal járul a balneologia fejlesztéséhez, egész terjedelmében közölve az V. balneologiai congressuson tartott, jobbra magas tudományos színvonalon álló előadásokat. Ezenkívül pedig még arról is biznysággal szolgál a gondosan szerkesztett évkönyv, hogy az egyesület az elmúlt évben is élénk tevékenységet fejtett ki fürdőügyünk fejlesztése körül; e mellett szól az a körülmény is, hogy míg az 1894. évkönyvben Boleman István még csak 118 magyarországi gyógyhely táblázatos összeállítását közölhette, addig a mostaniban már 146 fürdőhelyünk látogatottsági viszonyának és a tett meteorologiai megfigyeléseknek kimutatását találjuk. Végül még csak azt jegyezzük meg, hogy az egyesület tagjainak száma a múlt évben is gyarapodott 16-tal, úgy hogy az összes tagok száma ma már 312-re rúg.

### II. Lapszemle.

#### Sebészet.

**Hajtű a húgyhólyagban.** A gyengén fejlett alig 12 éves leány három hó előtt hajtűvel játszva, húgycsövén át a hólyagba csúsztatta. A beálló vizelésnehézség s fájdalomhoz nemsokára súlyosabb tünetek, büzös vizelet, erős pyuria s lázas állapot esatlakozott, mely a kis beteget teljesen lesoványította. A vizsgálat kivitele a nagy érzékenység miatt csak nehezen sikerült, mely azonban nem várt eredményre vezetett, mert a hüvely elődudorodásán egy hajtű vége volt tapintható és látható megkövesült részek között. A tü és conerementum eltávolítása miatt ily körülmények között legcélszerűbbnek látszott a septum vesico-vaginale bemetszése, melyen át könnyen volt a corpus alienum eltávolítható. A lesoványodott, vézna gyermek — bár láza teljesen megszűnt — az operatio 6-dik napján elhalt. A halálos lefolyást a boncolásnál könnyen meg lehetett fejteni, mert az ureterek a gyermeknél majdnem ujjnyi vastagok, a praevesicalis kötőszövet heggé alakult, az ureterekben és a vese medencéjében diphtheritises szétesés; a kő phosphátokból összetett, 8 cm. átmérőjű s a kő a hajtűvel a hüvelyboltozatot átfúrta.

[A hajtű nőknél gyakran szolgál a masturbatio alaposabb kivitelére. Az urethrába tolt tompa vég ugyanis a clitorist egész hosszában izgatja s így megesik, hogy az exaltatio tetőfokán, midőn a vulva az ujjakkal is erősen dörzsöltetik, a tü beljebb és beljebb nyomatik, míg végre egy szerencsétlen momentumban egyszerre csak a húgycsőbe s onnan a hólyagba jut. Antal tr. egyik esete — melyet Kerekes dr. ungvári kartárs juttatott hozzá — történelmi nevezetességre emelkedett, mert ez esetben lett a hólyagnak belseje az idegen testtel egyetemben először lephotographálva. (Ezzel a tekintélyes Burekhardt munkájában részletesebben is foglalkozik.) Nem lesz talán érdektelen — már csak a historikus eset érdekében is — felemlíteni, hogy a photographálás technikáját Antal tr. útmutatása s az én segédkezésem mellett Hermann dr., Plósz professor akkori segédje végezte. A hólyag belsejének photographálását azóta Nitze sok esetben végezte s atlasa könyvárúsi úton be is szerezhető. Referens.] (Deutsch. med. Wochenschr. 1895. Dr. Hochmann). *Novotny* dr.

**A koponya üregében végzett trigeminus csonkolásról** tartott előadást *Krause* a berlini sebészeti congressuson. Azon eljárás, a melyet már három év előtt ajánlott a czélből, hogy a trigeminus zsábák legsúlyosabb és másképp nem gyógyult eseteinél végeztessék s a mely a Gasser-dúcznak eltávolításából áll, jól bevált. A míg az egyes ágak csonkolása nem biztosítja az eredményt, mert nem biztos, nincs-e távolabb a baj székhelye, addig a Gasser-dúczezal a benne elváltozott idegelemeket távolította el, mint a zsábák kiinduló okát. 8 esetben végezte a saját methodusa szerint a műtétet, áthatolva a halántékesonton, keresi fel a koponya-alapon a dúcot. 7 esete meggyógyult a nélkül, hogy valami súlyosabb utótünemények mutatkoztak volna. A műtétet komplikálta néhányszor a kemény agykéreg vivőeres vérzése, a mit azonban könnyen lehetett tamponálni, míg az agynyomásból eredhető tünényeket azzal kerülte ki, hogy az agynak emelését a segéd könnyű lemezzel és csekély nyomással végezte. Az esetei 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—2 évesek és semmiféle kiújulás nem jelentkezett a betegeinél. Egyedüli physiologikus zavarok a műtét után abban állottak, hogy a porczhártya és a szemgolyó-kötőhártya érzéketlenné lett, nemkülönben az azoldali arczbőr, a száj- és orrüreg nyákhártyája. A féloldali rágóizmok hűdése nem okozott táplálkozási zavarokat. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1895. 22. sz.) *Ch. dr.*

**A vesék physikai vizsgálata** alkalmával, mondja *Litton*, a palpációval sokkal többre megyünk, mint a kikopogtatással. A vizsgálatokból kitért, hogy a vese ép úgy követi a légzésmozgásokat, akár csak a máj és a lép. A vese kitapintását akként célszerű kivinni, hogy a beteget hanyatt fektetjük, egyik kezünket hátul a bordák alá, elül pedig másik kezünkkel erősen a gerinc felé nyomjuk tenyerünket, midőn ily elhelyezés mellett mély belégzést véteve a beteggel, a vese a bordák alá s így természetesen a két tapintó tenyér közzé jut, melyet csakhamar kisikamló nyelv alakjáról fogunk felismerni. A vesék természetesen asszonyoknál, különösen multiparáknál, könnyebben kitapinthatók, mert a hasfalak ezen esetekben erősen lazák. A vesék kikopogtatása szintén megbecsülhetetlen, mert a vesedaganatok félreismerhetetlenül tompítják e tájéknak megfelelő területet. *Litton* szerint a vesék egészséges férfiaknál 6—8%-ban kitapinthatók. Nőknél a szám már sokkal magasabb, mert a nőknél a terhesség s a gyakrabban fellépő enteroptosis miatt a has inkább petyhüdt. Szerző szerint nőknél baloldalt 30%, jobboldalt pedig mintegy 75%-ban tapinthatók ki a vesék. [Természetesen a megnagyobbodott vese kikopogtatása sokkal könnyebb, sőt gyakran ujjaink között a vesemedenczében levő kövek összeütődését is kiérezhetjük. Refer.] (Allgem. med. Centralzeitung. 1894.) *Novotny* dr.

**A fejütőér időleges lekötése mellett végzett felső állcsonti csonkolásról** ír *Senger*. Eleinte állatkísérleteken mutatta ki, hogy a kikeresett fejütőeret 1—3 óra tartamára lefűzhette a nélkül, hogy valami súlyosabb bajt okozott volna ezen dolog, majd élő egyéneken végezte azt, s abból arra a következtetésre jut, hogy más testrészeken is végezhető volna mindenütt, a hol vérteleníteni akarunk, de Esmarchot nem használhatunk. Így vese- vagy lép-műtéteknél ajánlható volna, habár a parenchymás szerveknél attól tart, hogy esetleg az epithel- vagy a mirigysejtek elhalása állhatna be, ha valamivel hosszabb időt igényelne a műtét. (Deutsche med. Wochenschrift, 1895. 22. sz.) *Ch. dr.*

#### *Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.*

1. **Diabetes insipidus** egy esetét közli *Clark*, melyben mellékvese-etetéssel gyors javulást ért el; minden 2. napon este a lefekvés előtt egy fél borjú-mellékvesét fogyasztatott el a 39 éves nőbeteggel, kinél e kezelés mellett a 24 órai 18 liter vizeletmennyiség rövid idő alatt 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> literre szállott alá és az erőbeli állapot is tetemesen növekedett. Mihelyt azonban elhagyta a mellékvese-etetést, az előbbi tünetek ismét mutatkoztak. (Sem. méd. 1895. 31. sz.)

2. **Delirium tremens** ellen nagyon jó eredménnyel használja *Hascovec* a chloralose-t; 0.6 gramm bevétel és a bekövetkező alvás után a delirium megszűnt és gyors reconvalescentia következett be. A chloral felett az a nagy előnye van a chloralose-nak, hogy a szívre épenséggel nem hat károsan. (Compt. rend. de la soc. de biol. 1894. decz. 21.)



## TÁR C Z A.

## Az orvosi pálya Franciaországban.

(Vége.)

A *médecin des morts* örökké gyászruhát hord, kesernyész arcza és pompes funébres kinézése van. Mindig elégedetlen; többnyire szegény praxist üz, néha papoknál házi orvos. Kiveszöben lévő ritka példány. A *médecin commis voyageur* a consiliaris orvos, a ki a párisi nagy távolságok miatt örökké kocsin ül, és mindig magával czipeli műszereit. A *m. d'Athènes* akadémiai tag; praxist nem üz; elefántesontfejjü bottal, elmélyedve, szórakozottan jár hosszú fekete kabátban, melyet még nyáron sem vet le. Terve, hogy a theoretikus tudományok művelői számára a *docteur és sciences médicales* címet alapítsák, a mit a practizálók sohasem fognak megengedni, mert ez a cím azt hitetné el a közönséggel, hogy ezek a nem practizálók magasabban állnak a tudomány terén a többinél.

A *médecin democrate* sajnós, már nálunk is képviselt faj. Ez a jó ember a munkásokat összehívogatja *mectingekre*, sztrájkra buzdítja őket, beszédeket tart a választásoknál stb. Ingyen rendeléssel törekszik népszerűséget szerezni, hogy majdan képviselő lehessen és az állam által fizettesse meg az elégedett honorariumokat. A *m. d'administration* Franciaországban felette gyakori; a francia csak azt az orvost respectálja, a ki valamely hivatalban ül, a többi csak *cityen*.

A *lanceur des spécialités* rendszerint valamely gyógyszerésznek ügynöke és reclámot csinál az új gyógyszerek számára. Naponként ingyen rendel, fix fizetésért a gyógyszerész elienel számára, de a megirt receptet nem adja a betegnek, hanem a gyógyszerésznek, és a beteg csak az expedíált anyaggal együtt kapja azt meg, természetesen bús árak lefizetése mellett.

Ha most elképzeljük, hogy mindezek a társadalmi típusok még alfajokra is oszlanak az egyes specialitások szerint, mindjárt kifűnik, hogy általános solidaritásról az orvosok között szó sem lehet. Nem ismerik, nem látják egymást a különböző szakmákat művelők, nincs semmi közös tér, a hol találkozhatnak. Élénk kifejezése ennek az a *souverain megvetés*, melylyel egy specialista a saját szakmájában egy nem specialista rendelése iránt viseltetik. *Quel est l'imbécil, qui vous a conseillé cela...* gyakori kérdés, melyet az ambulans élé tesznek, ha nem szakemberrel kezdette el gyógyíttatását. Annál szebb azonban a viszony a szoroson vett szakcollegák között. Nemcsak az állandó kölcsönös udvariasságok a vitatkozásban, *mon savant confrère... mon excellent ami... notre collègue très distingué... cette description magistrale stb.*, de különösen az a folytonos meleg érintkezés a kartársak között, mely Párisban található, igazán meglepő, s rám nézve egészen új volt. A collegák látogatásokat tesznek egymás klinikáin; meghívják egymást egy-egy ritka eset megvizsgálására; egymáshoz utasítanak, átengednek érdekes betegeket, ha tudják, hogy a collega különösen érdeklődik valami iránt. Cursust tart valamelyikük. Mindegyik párhuzamosan gazdagítani törekszik az előadási anyagot, hogy legyen mit bemutatni, legyen mivel illusztrálni szavait az előadónak. Soha, még Bécsben sem találtam ilyen meleg viszonyra rivalisok között.

Persze, nincs szabály kivétel nélkül, s e kivételek néha nagyon is drastikusok. Nemrég *Gautier* és *Béchamp* között volt egy rút veszekedés az *Académie de Médecine*-ben, legutóbb pedig két világhírű sebész, *Péan* és *Verneuil* veszték össze egy csipesz prioritása felett és a laicusok nagy gaudiumára izléstelenül összeszidták egymást. Csak a viszonyok illusztrálására jegyzem meg, hogy az enyhébb kifejezések között ilyenek voltak: *en quel état cérébral particulier se trouvait M. Péan... la plus pitoyable camelote historique... ressasse sans cesse les mêmes balivernes stb.* Miféle agyi állapotban volt akkor Péan... a legnyomorúságosabban összelopkodott férezmunka... örökké azokon az ostobaságokon kérődzik. Egy hasonló esetben azt mondta *Ricord*, hogy bizonyos dolgokat gondolhat az ember, sőt egész halkán még suttozhat is, de soha le nem írhat...

Az ilyen affaire azonban ritka kivétel, és bizvást elmondhatjuk, hogy az orvosok közötti érintkezés általában véve felette collegiális. Ez azonban talán nem annyira az egyes embereknek,

mint a városok nagyságának tulajdonítható. A clientela óriási, erősen consultativ jellegű. Az egyes orvosok kevésbé ismerik, tehát jobban respectálják concurrensüket; távol laknak egymástól, tehát nem zavarják kölcsönösen érdekköreiket. Azután, hogy valaki vezérszerepet vigyen a többi között, arra amazok fölé kellene emelkednie, ez pedig kivihetetlen, mert a praepotentiának nagyon sok ellenféllel gyűlnék meg a baja. Belátja tehát mindenki, hogy előnyösebb gyűlölködések helyett kölcsönösen támogatni egymást és a többivel együtt, azok között, nem pedig azoktól külön és azok ellen irányítani működését. Nálunk nyilván ninesen elég nagy város arra, hogy az egyes individuum eltörpüljön, és az érvényesülést csak az egyesülés által érhesse el. Nálunk nagyon sokszor a relativ emelkedés a cél... az együtt practizáló collegák felé jutni, még azoknak kisebbitése árán is; mi a niveaudifferentiát nemcsak a magunk felemelése, de a többiek lenyomása által is keressük; ezért a viták gyakran személyes jellegűek, az érdek által dictáltak; a beszélő nem azt törekszik mutatni, hogy ő mit tud, hanem hogy a másik mihez nem ért. Ugyan mit használna egy párisi gégecszék vagy bőrgyógyásznak, ha ötven riválisa közül kettőt tönkre tenne? A megmaradó negyvennyolc meggyűlölné, collegiálatlanok, marakodónak tartaná és kerülné a vele érintkezést. Mindenki tudja itt, hogy ma amaz hibázott, holnap ő tévedhet, s jól fog akkor esni, ha itéletük mértéke lesz *homo sum, humano nil a me alienum puto!*

Az egyes specialisták egyesületekbe állnak, discussiókat rendeznek, könyvtárt vásárolnak, és teszik ezt tapintattal, dolgozási kedvből, collegiális modorban, s ha mégis éles kezdene lenni a vita, rögtön elsimitja azt az elnök.

„*Claudite jam rivos, pueri, sat prata biberunt...*“ A viták direct ezélja önmaguknak és a többinek instrualása. A fiatalok kérdéseket intéznek az esetek kapcsán a tapasztaltabbakhoz, a kik ezután jóindulattal, nem atyáskodó hangon, nem fölényük éreztetésével, de magvas modorban mondják el, a mit az esetről tudnak.

De van egy távolabbi ezélja is ennek az összetartásnak. Minden francia előtt ott lebeg a nemzeti iskola eszméje. Függetleníteni magukat az idegenektől; új ágakat fakasztani a francia tudományosság fáján, mely máris annyi dicső és értékes gyümölcsessel ajándékozta meg az emberiséget. Visszavívni a hegemoniát a francia nemzetnek, melyet *Bichat*, *Cloquet*, *Alibert*, *Cruveilhier* idejében osztatlanul bírt — az orvosi tudomány centrumává tenni Párist — ez az a *missio*, a melynek eléréséhez minden francia orvos contribuál.

Minő távol állunk mi magyarok ezektől? Micsoda rideg ezélok, minő merev tudományos élet jellemeznek minket? Van-e a magyar orvos szeméi előtt nemzeti, culturális, socialis hivatás? Lesz-e olyan idő, a mikor magyar orvosi iskoláról fognak beszélni? Olasz, orosz, spanyol, sőt román collegáink is életezélul tüzték ki maguk elé összeegyeztetni nemzeti aspirációikat tudományos kötelezettségeikkel; az ő viszonyaiknak megfelelő, külön medicali világot teremteni, hogy ne fiókjai legyenek külföldi központoknak, tükrei idegen napoknak... Minálunk ez az áramlat ki fog-e törni valahára? *Nékám.*

## Külföldi fakultásokból.

## Bordeaux.

A bordelais. Környék. Fakultás és intézetek. Boncztan. Kórboncztan. Társaság. Felesleges tanszékek. Dermatologia. Hospice Pellegrin. A poliklinika. Mentőegylet. Társaságok és szaklapok.

(Vége.)

A fakultás intézetei mellett, s némileg azokkal rivalizálva egy poliklinika is van Bordeauxban, melynek szervezete egészen a budapestiéhez hasonló. A nyolcz főnök — *Geudron* (orthopaedia), *Gument* (laryngologia), *Frèche* (dermatologia), *Lagrange* (szemészet), *Loumeau* (urologia), *du Magny* (tüdő és szív), *Mesnard* (ideg), *Monod* (gynaekologia) — contribuál az intézet fentartásának költségeihez, és ennek fejében *professeur libre* címet vesz fel, előadásokat tart, assistens (*chef de clinique*) címet ad a segédjének stb. Minthogy ezek a szakmák többnyire ninesenek képvi-



selve az egyetemen, természetesen, hogy nagy népszerűséggel bírnak a hallgatók előtt.

Egy másik és bennünket különösen érdeklő intézménye a városnak az *Ambulance urbaine*, mely nagyrészt a budapesti mentőegyesület mintájára hozott létre. A város ugyanis 1888-ban európai körútra küldte főorvosát, dr. *Mauriac Emil*-t, a ki hosszú időt töltött nálunk is az első segély, az életmentés és az ambulátori rendelés tanulmányozásával; abban a munkájában, melyet az utazásán látottakról kiadott, melegen emlékezik meg rólunk.

Az egyesület, melyet *Mauriac* fáradhatatlansága hozott létre, jelenleg kitűnően prosperál. 500 tagja 16,000 frankot, a város és társulatok 4000 frankot adnak rendelkezésére. E kis összegből három állomást (*Bacalan, Chartrons, École navale*) tartanak fenn, 1893-ban hétezer segélyt nyújtottak és még 2000 franknyi fölöslegük volt. Az inspectiókat szigorlók tartják, a kik egy évig sebészeti klinikán voltak alkalmazva; ezért napi 8 frank díj jár nekik. Az egészet kitűnő rend és ügyszeretet jellemzi, melyért a díszet *Mauriacot* illeti.

Említettem már, hogy a lakosságot bizonyos nyíltság, bizonyos jóindulat jellemzi. E tekintetben az orvosok sem képeznek kivételt. Soha collegiálisabb embereket nem láttam, mint itt. Az egyletek disputái szigorúan objectiv irányúak és soha az érdeknek és a collega kisebbitésének tendenciája nem nyilvánul.

Egyleteik számosak; a *Soc. de médecine et de Chirurgie* a legelőkelőbb; minden ágra kiterjed; mások speciálitások kultiválására alakultak és szintén igen látogatottak.

Hasonlóképen barátságos, objectiv hang jellemzi a szaklapokat, melyek közül az egyik, *Mauriac* lapja (*Journal de médecine de Bordeaux*), főleg a hygiénát szolgálja; a másik a *Gazette hebdomadaire*, kisebb orvosgyakorlati közleményeket ad; a fakultás tudományai közleményei az *Archives cliniques de Bordeaux*-ban jelennek meg; ezeken kívül van sok kisebb szakfolyóirat, jellemzésére annak az érdeklődésnek, melylyel az orvosi és a laikus közönség a tudomány iránt viseltetik.

Nékám.

## Heti szemle.

Budapest, 1895. augusztus 9-dikén.

**Körrendelet 54,919. sz. Az állami anyakönyvvezetés behozatala tárgyában.** (Valamennyi törvényhatóságnak.) F. évi október hó 1. napjától kezdve az állami anyakönyvvezetők vannak kötelezve a népmozgalmi adatoknak és ezek között a halálzási statisztikai adatoknak szolgáltatására is. Az állami anyakönyvvezetők által szolgáltatott adatokat az orsz. statisztikai hivatal dolgozza fel.

Az ügy ily állásában folyó évi október hó 1-től fogva felmentem a törvényhatóságot a halálzási és a halálokok nyilvántartásától, összeállításától s évi kimutatásától.

Minthogy azonban az állami anyakönyvvezető a halál okának az anyakönyvbe való bejegyzésnél azt tartozik alapul venni, a mit e részben a halottkém által kiállított halottvizsgálati bizonyítvány tartalmaz, a végből, hogy a halottkéme által nyújtott adatok az állami anyakönyvvezetők által kellőleg felhasználhatók, az országos statisztikai hivatal által könnyen feldolgozhatók, a közegészségügy javára pedig előnyösen értékesíthetők legyenek: a halál okának a halottvizsgálati bizonyítványba bejegyzését illetőleg következőleg rendelkezem.

Az országos közegészségügyi tanács javaslata alapján a halálokoknak kétféle elnevezési sorozatát állapítottam meg.

Az egyikbe csak oly fontosabb halálokok vétettek fel melyek bárki által is könnyen felismerhetők s a halott környezetétől kikérdezés útján is megtudhatók. Ez a sorozat a nem orvos halottkéme számára való.

Ha tehát a nem orvos halottkéme, vagy a halottkémi teendőt teljesítő előjárásági tagnak sikerült a halál okát megtudni s az megfelel az ezen elnevezési sorban található betegségek vagy halálokok valamelyikének, úgy a halottvizsgálati bizonyítványba ezen megnevezéssel jegyezze azt be; ellenkező esetben írja oda, hogy a halál oka ismeretlen.

A másik elnevezési sorozat az orvos-halottkéme számára való. Ez azon czélból állapítottam meg, hogy a hazánkban előforduló betegségeket, gyakoriságukat és egyéb viszonyaikat megismerhessük s hogy ennek alapján okaikat s ezek elhárítását tanulmányozhassuk.

Az orvos-halottkéme feladata leendő a halálokok bejegyzésénél egyöntetűség okáért mindig az ezen sorozatban megállapított elnevezéseket használni. Azon esetben, ha az orvos, ki a halottat utolsó betegségében gyógykezelt s ki a halál okáról az 1876-diki 31,025. számú körrendelet 18-dik pontja szerint az előírt minta szerinti bizonyítványt kiállítani s azt a halott hozzátartozóinak kiszolgáltatni köteles, oly kórismét jegyeztesse fel, mely ezen névsorozatban nem foglaltatik, az orvos-halottkém feladata leendő ezen névsorozatból a kezelő orvos kórisméjének leginkább megfelelő elnevezést kikeresni s ezt jegyezni be a halál okául, zárjelbe odáírván a kezelő orvos diagnózisát is.

A halálokok névsorozatának az országos közegészségügyi tanács által megállapított mind a két csoportját függetlenül ide- /- alatt csatolva azon felhívással küldöm meg a törvényhatóságnak, hogy az I. /- alatti névsort a nem orvos halottkémeikkel és a halottkémi teendőket teljesítő előjárásági tagokkal haladék nélkül közölje s utasítsa őket, hogy folyó évi október hó elsejétől fogva a halál okának a halottvizsgálati bizonyítványba való bejegyzésénél csak ezen elnevezéseket használják. Magában értendő, hogy ha a halál okát kideríteni nem képesek, a halottvizsgálati bizonyítvány megfelelő rovataiba azt jegyezzék be, hogy a halál oka ismeretlen.

Az orvos-halottkémeeknek kézbesíttesse mind a két névsorozatot, az elsőt egyrészt tudomásvétel végett, másrészt a végből, hogy azok az orvos-halottkéme, kik egyes nem orvos halottkéme felett ellenőrzést gyakorolni hivatva vannak, azt megfelelően gyakorolhassák, — a másodikat mihez tartás végett azon utasítással, hogy folyó évi október hó elsejétől a halál okának megnevezésére az ezen sorozatban előírt betegségi neveket használják.

Az orvos-halottkéme ezen intézkedés szükségét és fontosságát minden további magyarázat nélkül megértik, nekik tehát jelen körrendeletem egyszerűen kiadandó.

A nem orvos halottkémeeknek a halottkéme helyettesítő előjárásági tagoknak azonban, azon alkalommal, a midőn velők ezen körrendelet közöltetni fog, a megfelelő kör- vagy járásorvosok magyarázzák meg a körrendelet tartalmát, az intézkedés czélját s a teendők mi módoni teljesítését, világosan kijelentvén nekik, hogy a halottkémlésre vonatkozó minden egyéb rendelkezés továbbra is érvényben marad.

A fentiek után tetszésére bízom a törvényhatóságnak, hogy az 1876-diki 31,025. számú körrendelet 22-dik pontjának azon intézkedését, mely szerint az elsőfokú hatóság a hozzá beérkezett halottvizsgálati jelentésekből szakközve közbejöttével a halálzási viszonyokat kimutató D. alatti kimutatást készíti s azt évnegyedenként a törvényhatóságnak betérjeszi, beszüntethesse, miután a fentieknek megfelelően ugyanezen körrendelet 23-dik pontját, valamint az 1877-diki 13,331. szám alatti kelt itteni egész rendelet és a közegészségügyi évi jelentés szerkesztését szabályozó 1894. évi 104,341. számú körrendelethez mellékelv utasításnak „Halálzási” czímű fejezetét ezennel hatályon kívül helyezem.

A mennyiben azonban a folyó év első három negyedének halálzási viszonyai s ugyanezen időszakra a halálokok is még a törvényhatóságok kimutatásaiból lesznek összeállítandók, felhívom a törvényhatóságot, hogy a halálzási kimutató D. mintát és a halálokokat az 1895. évi január hó 1-től október hó elsejéig még az eddig szokásos módon összeállítva, folyó évi október hó végéig mulhatlanul terjeszse fel.

Végül tekintettel arra, hogy az állami anyakönyvekről szóló 1894. évi XXXIII. törvénycikk 70. §-a szerint a halottkém által kiállított halottvizsgálati bizonyítványt a haláleset bejelentésekor az állami anyakönyvvezető előtt fel kell mutatni s az állami anyakönyvvezetőnek, az anyakönyvi bejegyzés megtörténtét a felmutatott halottvizsgálati bizonyítványra rá kell vezetnie, az anyakönyvvezető munkájának megkönnyítése érdekében utasítom a törvényhatóságot, hogy a halottvizsgálati bizonyítványokra nyomtatásban vezettesse rá a következő záradékot:

Bejegyeztetett a ..... i anyakönyvi kerület 1 ..... évi halotti anyakönyvébe.

Kelt ..... n, 1 ..... évi ..... hó ..... napján.

anyakönyvvezető.

Ezen rendelkezésem azonban csak akkor alkalmazandó, ha a halottvizsgálati bizonyítványokból jelenleg meglévő készlet elfogy és a törvényhatóság új készletet szerez be.

Budapesten, 1895. évi július hó 19-dikén.

Perczel s. k.

\*\*\*

**VIII. kimutatás. A Semmelweis-Emlék javára 1895. január 1-étől július 31-dikéig befolyt adakozásokról.** Hoffenreich dr., Marilla 5; Neederl. gyn. Vereinigung, Amsterdam 50; Steiner Róza,\* Kapusvár gyűjtése 10; Dirner Gusztáv dr. útján, Budapest 7; Petro Lajosné,\* Kolozsvár 5; Bartos M.-né,\* A. Nyék 7; Saxlehner Árpádné, Budapest 5; Hofbauer dr., Hódásgh gyűjtése: Pivni ca, Parabutz, Rác-Militics, Filipova községek a 5, gróf Széchenyi Emil 5; Hofbauer dr.; Korukava, Bács, Bács-Újfalú, Deronya községek a 3, Haning dr., Ertl, Hódásgh községe a 2, Furmano, Hipp, Lendy, Korényi, Rausch, Trischer, Willmann, Legrand, Szabó, Vissy, Mihajlovits, Kubesch, Dormics, Csiba, Tripolszky, Ertl P. a 1, = 62; Dirner G. dr. útján: Poszet, Kovácsné, Réthy, = 250; Földy Béláné,\* Miskolcz 23.10; Hankó Judit,\* Békés-Csaba 10; Hirschenhauser,\* Budapest 6; Bauer Anna,\* Pápa 1; Benekiser dr., Karlsruhe 9.60; Kiewi gynaeck. társaság Rein tanár által 75; Szigethy dr., Széll 3; Eröss Gyula dr., Budapest gyűjtése: Lichtenberg C.-né, Palotai R., Palotai Ö., Svarz L., Karsai Zs., Stein G., Bischitz A.-né, Schreyer dr., Samuel dr., Brüll A., Arányi dr., Schlesinger P.-né, Linker a 5; Dillmont 3, Erdélyi dr., Herzog L.-né, Mau dr., Berats, Szives & Társa, W. B. a 1, Szeitlbach L.-né 0.50 = 73.50. Az Erzsébet sós-fürdőben rendezett hangverseny jövedelme: Kán G. igazgató, Bruck dr. fürdőorvos és Grünwald Ilona ö. ns. által = 50; az *Orvosi Hetilap* útján: Schottola Ernő úr, a buziási fürdőben rendezett jóték. cz. műkedv. előadás jövedelme 73.60; Kézmárszky tanár úr, az I. szülészeti és nőgyógy. klinika 1894/95. évi gyűjtése = 150 frt. Összesen 628 frt 30 kr. Az I-VII. kimutatás összege 13,330 frt 27 kr. Főösszeg 13,958 frt 57 kr. o. é. Elischer Gyula dr., mint a Semmelweis-Emlék v. b. pénztárosa. Budapest, IV., Petőfi-tér 1. sz.

\* A „Bába-Kalauzban” részletesen kimutatva.



## Vegyesek.

Budapest, 1895. augusztus 9-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. július 21-dikétől július 27-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 430 gyermek, elhalt 262 személy, a születések tehát 168 esettel múlták felül a halálozásokat. — A fővárosi közpórházakban ápolatott e hét elején 1949 beteg, szaporodás 802, csökkenés 707, maradt e hét végén ápolás alatt 2044. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1895. július 29-dikétől augusztus 5-ikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymában 11 (meghalt 3), himlőben 1, bárányhimlőben 3, vörhenyben 14 (meghalt 1), kanyaróban 17 (meghalt 2), ronesoló toroklobban 18 (meghalt 2), trachomában 11, vérhasban — (meghalt 2), hökhurutban 9 (meghalt 1), orbáncban 4 (meghalt 2), gyermekágyi lázban 1.

— Gergő Samu dr., nyug. állom. m. k. honvédezed-orvosnak ő Felsége a király a czimzetes törzsorvosi jellegét adományozta.

— Kitüntetés: ő Felsége dr. Fabriczius Józsefnek, Brassó város főorvosának, sok évi buzgó szolgálatai elismerésül a Ferencz-József-rend lovagkeresztjét adományozta. E jól megérdemelt kitüntetés alkalmából fogadják t. kartársunk szives üdvözlőlevelét.

△ Korányi Frigyes tur., az országos közegészségi tanács elnöke, a fővárost egészségi okokból elhagyta; távollétében az orsz. közegészségi tanács elnöki tennivalóit f. é. szeptember 1-éig Müller Kalmán tanár, az országos közegészségi tanács másodelnöke lett volna hivatalban teljesíteni, minthogy azonban Müller tanár is fűrdőre utazott, az ő távollétében az elnöki tennivalókat Fodor József tanár látja el.

∞ Kinevezések: A m. kir. belügyminiszter Kaiser Károly dr.-t, a belügyministeriumi bakteriologiai intézet ideiglenes vezetőjét, ezen intézet vezetőjévé véglegesen kinevezte. — Bihar vármegye főispánja Deme Béla dr. nagyszalontai járásorvost, ezen állásától való egyidejű felmentése mellett érmihályfalvi járásorvossá, Deák Jakab dr., budapesti gyakorlati orvost, egészségügyi tanárt vaskohi járási orvossá, Grossmann Mór dr. beéli körorvost, a tisztí orvosi vizsga letételének kötelezettségével beéli járási orvossá nevezte ki.

△ Figyelmeztetés. Azon orvos uraknak, a kik a f. év őszén tartandó tisztí orvosi vizsgán résztvenni óhajtanak, emlékeztetjük hozzájuk, hogy az 1893. évi 80.099. sz. a. kiadott BM. szabályrendelet 6. §-a értelmében a folyamodványok augusztus hó folyamán nyújtandók be a vizsgáló-bizottsági elnökhöz intézve. A folyamodványban, melynek felszerelésére ugyanazon szabályrendelet 7. §-a adja meg a szükséges útmutatást, megemlítendő, hogy a kérvényező a budapesti vagy a kolozsvári bizottság előtt kívánja-e a vizsgát letenni.

○ A tisztí orvosi vizsgálatra előkészítő cursust gyógyszer-tan és méregtanból (elegendő jelentkezés esetén) Kóssa Gyula dr. egyet. m.-tanár augusztus 28-dikán fogja megkezdeni a Rottenbiller-utcai állatorvosi akadémia élettani osztályán.

— Hazai fűrdők személyforgalma. Buziás (VII. 28.): 1023; Korytnicza (VII. 30.): 985; Tátrafüred (VII. 31.): 2359; Új-Tátrafüred (VII. 28.): 1193; Vihnye (VIII. 1.): 858.

— Megjelent és a szerkesztőségnek beküldött munkák: A poszonyi orvos-természettudományi egyesület közleményei. 1892—1893. Új folyam. — K. Buday: Beiträge zur Lehre von der Osteogenesis imperfecta. Aus den Sitzungsberichten der kais. Akademie der Wissenschaften in Wien. — Chotzen: Alumnol, ein Antigonorrhoeum. Wien, 1895.

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

## „Szt. Lukács-fűrdő“ részvény-társaság Budapestben.

Az Iszapfűrdő kiváló roppant vízbősége által 4300 □ m. nyitott és 120 □ m. zárt medenczében a kénes források a vizet naponként négyszer megújítják. Douche massage. Kád- és közfűrdők stb. Zárt folyosók a lakásokból a fűrdőbe. Pensio. Lift. A fűrdő főorvosa: Bosányi Béla dr. Prospectust díjmentesen küld az igazgatóság.

### Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-közpórházban 1895. augusztus 1-től egész 1895. augusztus 7-ig ápolott betegekről.

1895.	Felvett			Elbocsátott			Megtelt			Maradt			Az ápoltak közül			
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülendő	heveny fertőz.	az álló-úti kórházban
Aug. 1	43	52	97	41	33	74	2	3	5	967	976	1943	969	45	64	865
" 2	48	45	93	41	31	72	5	4	9	969	986	1955	971	45	63	880
" 3	52	46	98	64	46	110	4	4	8	953	982	1935	955	45	64	871
" 4	35	36	71	53	32	85	3	1	4	932	985	1917	943	45	58	871
" 5	57	46	103	56	37	93	4	2	6	929	992	1921	922	45	56	888
" 6	47	48	95	34	46	80	9	4	13	933	990	1923	947	45	51	880
" 7	58	45	103	40	33	73	6	2	8	945	1000	1945	953	45	51	896

## TERMÉSZETES

# BILINI SAVANYUVIZ!

Legkiválóbb képviselője az alkalikusavanyu-vizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenként növeli elismert jó hírnevét s azonkívül a legkiválóbb diaetikus italt képezi. EDESKUTY L. úr ivó-csarnokában a nyári hónapokban pohárszámra is kapható.

## Pastilles digestives de Bilin

(Bilini emésztési cukorkák) biztos szer mindennemű emésztési zavarok ellen, mindig friss minőségben van készletben a főraktárban.

## EDESKUTY L. cs. és kir. és szerb kir. udv. szállítónál BUDAPESTEN.

Kapható azonkívül minden gyógyszerárban, fűszerkereskedésben, szállóházban és vendéglőben. Pastilles de Bilin a legtöbb gyógyszerárban és gyógyszerárú-kereskedésben.

## Vegyí, görcsövészeti és bacteriologiai

# ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

## MATTONI

# ERZSÉBET SÓSFÜRDŐJE

Gyógyhely Budapestben (Budán).

Megnyitás április hó 28-dikán.

A gyógyhely forrásai ajánlhatók: a belek bántalmainál, alhasi és általános vérbőségnél, májbajoknál, aranyérenél, túlságos elhízásnál, köszvénynél és női bajoknál.

Rendelő fűrdőorvos: Dr. Bruck J. (Nagykorona-utca 23. sz.)

Egészséges fekvés, jutányos lakások, jó vendéglő. Pontos közlekedés a társaskocsikon, reggeli 5 órától kezdve. Állomási hely: Ferencz-lószef-ter, a régi Lloyd-épület közelében.

Tulajdonos: Mattoni Henrik.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyí-, görcsői- és bacteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

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

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

## Dr. Overlach-féle Migränin.

Oroszlán védjegy.

(Czitromsavas Antipyrin-Coffein.)



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

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

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

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

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



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KORBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Neusser tnr. bécsi belklinikájáról.

A húgysav szerepéről nephritisnél.

Fodor Géza dr.-tól.

Nephritikus betegek húgysav kiválasztását illetőleg eltérők egyes szerzők adatai.

Noorden „Pathologie d. Stoffwechsels“ munkájában összeállította az erre vonatkozó irodalmat. Bartels, Wagner E., Fleischer szerint nephritikusoknál a húgysav-kiválasztás csökkent, sőt teljesen fel is lehet függesztve. Frerichs, van Ackeren, Stadthagen szerint a húgysav-kiválasztás normalis.

Garrod és Jaksch<sup>1</sup> voltak az elsők, a kik nephritikusoknál a vérben vizsgálták a húgysavat. Garrod oly módon vizsgálta, hogy a vérben fonalat helyezett el, melyre a húgysav lerakódott; Jaksch az érmetszés útján nyert vért felhígította, defibrinálta, s a defibrinált vérben Salkowski-Ludwig szerint végezte a húgysav meghatározást.

Ugy Garrod mint Jaksch azt észlelték, hogy nephritisnél a húgysav-kiválasztás csökkenésével a húgysav a vérben felszaporodik, tehát retentio jön létre.

Haig A.<sup>2</sup> szintén végzett vérvizsgálatokat nephritikusoknál, de abban húgysav-felhalmozódást sohasem talált, s ebből azt következtette, hogy a húgysav nem a vérben, hanem egyes szervekben (májban, lépben) halmozódik fel.

Legújabbban Kolisch és Dostal<sup>3</sup> az irányban végeztek vizsgálatokat, hogy különböző kóros viszonyok közt miképen alakul az alloxurtestek kiválasztása.

Alloxurtesteknek Kossel és Krüger<sup>4</sup> az alloxursavat (húgysavat) és az alloxurbasisokat nevezik. Az alloxurbasisok a xanthin, hypoxanthin, paraxanthin, adenin, guanin, carnin, heteroxanthin stb.

Kolisch és Dostal nemesak azt vizsgálták, mennyi az alloxurtestek összkiválasztása, hanem azt is, hogy mily viszony áll fenn a húgysav és az alloxurbasisok közt; két csoportot állítanak fel, melyek a következők:

I. Az alloxurtestek in toto megszorodtak:

1. leukaemiánál,
2. uratikus diathesisnél.

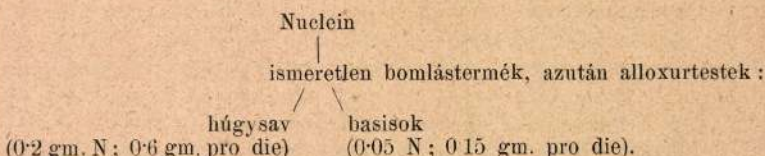
II. Az alloxurtestek összmenyisége normalis, de a basisok szaporodtak, húgysav csökkent:

1. vérbomlásnál,
2. nephritisnél.

Nephritikus betegeknél, kivétel nélkül, csökkent húgysav-kiválasztást észleltek. Fontosabb ennél az a körülmény, hogy az alloxurtestek összkiválasztása normalis, s csak a két componensnek: a húgysavnak s az alloxurbasisoknak egymáshoz való viszonya változott meg; míg ugyanis normalis viszonyok között a húgysav nitrogénje úgy viszonylik a basisok nitrogénjéhez, mint 4 vagy 5 az 1-hez, ez a viszony nephritisnél megfordulhat, de legalább is megváltozik oly módon, hogy a húgysav-kiválasztás csökken, a basisok kiválasztása növekszik, míg az alloxurtestek összkiválasztása változatlan vagy a normalistól alig tér el, kivéve természetesen az uratikus nephritist, hol az alloxurtestek összkiválasztása rendszeren fokozott; más szóval nephri-

tiseknél a nuclein-bomlás normalis, csak a bomlástermékek nem képeztek oly arányban, mint ép viszonyok között.

A nuclein bomlásmódját a következő vázlat tüntetheti fel



Uratikus nephritisnél, hol a nucleinszétesés fokozott, az alloxurtestek kiválasztása is növekszik, de a componensek aránya olyan mint nephritiseknél általában, tehát csökken a húgysav-kiválasztás, s növekszik a basisok kiválasztása.

Nyilvánvaló, hogy a componensek nem a normalis módon képeztek, s hogy a húgysav helyett nagyobb mennyiségben képződnek a basisok.

De ez a feltevés maga után von egy másodikat; ha nephritikusoknál csökkent a húgysav-kiválasztás, akkor húgysav-retentióról szó se lehet; Jaksch-nak, Garrod-nak vizsgálatai tehát hibásak.

Hogy a kérdést tisztázhassam, egyidejűleg vizelet- és vérvizsgálatokat végeztem nephritikus betegeknél. A vizsgálatokat Neusser tnr. bécsi klinikáján Kolisch dr. szives útbaigazításai szerint kezdtem meg, s a budapesti I. belklinikán folytatni fogom; egyelőre az eddigi eredményekről óhajtok beszámolni.

Ez ideig három nephritikus beteget vizsgáltam; kórtörténeteik kivonata a következő:

I. M. J., 47 éves, zenész; felvétetett június 20-dikán. Apja egészséges, anyja apoplexia folytán halt el; több testvére egészséges; ő maga mindig egészséges volt, eltekintve egy 10—12 év előtti gonorrhoeától. Az elmúlt év december hónapja óta könnyen kifárad, arczszíne halvány; keresztjáji fájdalmai vannak; ugyanezen idő óta látása rosszabbodik és szeme kidülledt; ütérlokés feszes, szapora, percenként 102; ütérfal kanyargós, merev; szívcsücslokés az V-dik bordaközben a bimbóvonalban tapintható; az aorta II-dik hangja erős. Struma, exophthalmus.

A szemtükrü kép neuroretinitisnek felel meg. A vizelet megszorodott, fajsúlya 1012—1018, gyengén savi kémhatású; 0.5<sup>o</sup>/<sub>oo</sub> fehérjét tartalmaz; üledéke főleg bacteriumokból, lapos hámszejtekből és kevés szemésés hengerből áll.

II. Č. T., 48 éves, napszámos; felvétetett július 3-dikán. Szülei és 7 testvére egészségesek; 13 éves korában himlőt, 20 éves korában typhust állott ki, azóta egészséges volt. Mult hó 28-dikán meghült; azóta bágyadtnak érzi magát, vizelete megkevesbedett, alvégtagjai megdagadtak.

A klinikai vizsgálatnál az összes szervek épeknek találtak, eltekintve az alvégtagok csekély anasarcajától.

A vizelet n. m. 800—1000 cm<sup>3</sup>, gyengén savi kémhatású, fajsúlya 1017; üledékében néhány vörös vérsajt, leukocyták, kevés, részben degenerált vesehám, továbbá kevés hyalin és szemésés cylinder látható.

III. K. H. Ez ideig egészséges volt; egészséges szülőtől származik; június 28-dikán vette észre, hogy lábai dagadtak; lüest, potust negál.

Status: Arcz pöffedt; különösen a szemhéjak; alvégtagokon anasarca; bőr- és nyákhártyák halványak; tüdő ép; az aorta



II-dik hangja ékelt. Máj, lép rendesek. Útérlökés feszes; száma percenként 80—90.

Vizelet n. m. 900—1400 cm<sup>3</sup>, fajsúlya 1013—1014, 20/00 fehérjét tartalmaz. Az üledék vörös és fehér vérszettek, hámsejtekből és hyalin és szemcsés cylinderekből áll.

Mind a három eset — mint a kórtörténetekből látható — a nephritis kórképének felel meg; az I. esetben zsugorodó vesét, még pedig, mint látni fogjuk, uratikus vesét, a II. és III. esetben parenchymatosus nephritist kell felvennünk.

A vizeletvizsgálatnál következőképen jártam el: Krüger és Wulff<sup>4</sup> szerint meghatároztam az alloxurtestek összmenyiségét (A) és Salkovsky-Ludwig szerint a húgysavat. Krüger és Wulff szerint az alloxurtesteknek *nitrogenje* határozható meg, tehát a húgysav 3-mal való elosztással nitrogénre számítható át; a húgysav nitrogénjét levonva az alloxurtestek nitrogénjéből, kapjuk az alloxurbasisok nitrogénjét, vagy képlettel:  $A - \frac{U \text{ gm.}}{3} = \text{az alloxurbasisoknak megfelelő N.}$

A meghatározás minden esetben a következőképen történt:

A vizeletet főzéssel és néhány csepp híg ecetsavval fehérjementessé téve, tovább Krüger és Wulff szerint kezeltem. 100 cm<sup>3</sup> forró vizelethez 10 cm<sup>3</sup> tömény natriumbisulfit és 10 cm<sup>3</sup> cuprum sulfuricum oldatot adtam (CuSO<sub>4</sub> 65.00, H<sub>2</sub>O 500.00); hogy a csapadék gyorsabban s jobban leülepedjék kevés BaCl<sub>2</sub> oldatot adtam hozzá, s 3—4 órára sötét helyre állítottam, azután filtráltam; a csapadékot ötször mostam forrárt és 60° C-ra lehűtött destillált vízzel, azután Kjeldahl szerint meghatároztam benne a nitrogént.

A húgysavat szintén a fehérjementes vizeletben határozta meg (Salkovsky-Ludwig szerint), megjegyezvén, hogy a húgysavas ezüst csapadékot csak 3—4 óra elteltével filtráltam.

A vizeletvizsgálatok eredménye a következő:

Vizelet n. m.	F. s.	Alloxurtestek N-je	U	U N-je	Basisok N-je	
I.	1600	1018	0.50672	0.624	0.208	0.2987
	2200	1012	0.3916	0.682	0.227	0.1646
	2300	1012	0.3818	0.529	0.176	0.2058
II.	800	1017	0.12832	0.1864	0.0621	0.06632
	1000	1017	0.19536	0.20	0.0666	0.1287
III.	800	1017	0.17776	0.1936	0.06453	0.11323
	—	1014	0.20196	0.2412	0.0804	0.12156

Tekintsük közelebbről a táblában foglalt adatokat.

Az I. esetben az alloxurtestek kiválasztása jelentékenyen szaporodott, úgy mint az az uratikus diathesisnál lenni szokott, de másrészt a húgysavnak s basisoknak egymáshoz való viszonya a nephritisnek felel meg; a húgysav, mint látható, ennek megfelelőleg nem is csökkent a normalishoz képest, hanem csökkent az alloxurtestek összmenyiségéhez és a basisokhoz viszonyítva.

A II. és III-dik esetben az alloxurtestek összmenyisége közel áll a normalishoz, a mint nephritisnél lenni szokott, de észlelhető az abnormis viszony a húgysav és a basisok közt, a mi ismét a nephritisekre jellemző. Az egyik esetben (II. 1.) az alloxurtestek összmenyisége, valamint a basis N igen csekély; e két számadat nyilván kísérleti hibának tulajdonítandó; tényleg ez esetben a kénsavas ammonium bontása (a Kjeldahl-féle meghatározásnál) korán szakított meg.

Ha most a tabella adatait összevetjük, általánosságban azt mondhatjuk, hogy csatlakozunk kell Kolisch és Dostal felfogásához, azaz fel kell vennünk, hogy nephritisnél azért csökkent a húgysav-kiválasztás, mert kevesebb húgysav képződik; a húgysav helyett alloxurbasisok képeztenek oly módon, hogy a húgysav és az alloxurbasisok összege a normalis számnak vagy teljesen, vagy legalább igen megközelítőleg megfelel.

Ezeknek alapján Kolisch és Dostal azt következtetik, hogy a húgysav vagy egészben, vagy legalább jó részben a vesékben képződik.

Ezt a felvételt igazolják a vizeletvizsgálatok is. A kiindulási pont a következő: ha a húgysav tényleg a vesékben képződik, akkor nephritis esetén, a mikor nemesak húgysav-kiválasztás, hanem a húgysavképződés is csökkent, a vérben húgysav-retentio nem mutatható ki.

Vizeletvizsgálataimat következőképen végeztem: az I. esetben kétszer, a II. és III. esetben egyszer eret vágtam; mind

a négy alkalommal valamelyik oldali vena mediana nyitott meg; a kiboecátott vér mennyisége 32—100—80—100 cm<sup>3</sup> volt.

A vért destillált vízben fogtam fel, s minden esetben 300 cm<sup>3</sup>-re hígítottam destillált vízzel, azután vízfürdőn főztem; a mint a coagulatio megindult, néhány csepp híg ecetsavat adtam hozzá s forrón filtráltam, a csapadékot forró vízzel mostam s a filtratumhoz ismét néhány csepp ecetsavat adtam, ismét főztem, filtráltam, s ez eljárást minden esetben addig ismételttem, míg a fehérje teljesen ki nem vált.

A filtratumot végül bepárologtattam körülbelül 100 cm<sup>3</sup>-re s ebben végeztem a húgysav-meghatározást.

Az üvegyapot-filter 2 esetben semmi súlyváltozást nem szenvedett, 2 esetben súlyszaporodás volt észlelhető 0.0005, illetőleg 0.0023 gm.-mal, de a csapadék a murexid-próbát egyik esetben sem adta, kalilúgban nem oldódott, s mikroskoppal nézve nem húgysavnak, hanem amorph tömegnek bizonyult, mely szénkénegeben lassan feloldódott (kén).

A vizeletvizsgálatok tehát egész határozottan bizonyítják, hogy nephritisnél a vérben húgysav-retentio nincs.

Garrod oly kevésbé megbízható módszerrel dolgozott, hogy a hiba könnyen elgondolható; Jaksch ha nem is teljesen, de legalább lényegében úgy járt el, mint azt fentebb megírtuk; majdnem minden nephritikus betegénél kimutathatta a húgysavat a vérben, de azt nem írja meg, hogy megvizsgálta-e, vajjon az üvegyapot filternek az a súlyszaporodása, a melyet ő húgysavnak vett, tényleg húgysav által volt-e feltételezve, s nem volt-e, mint a mi két esetünkben, *kén által okozott tisztátalanság?*

Általános érvényű következtetéseket eddigi eseteimből nem vonhatok, s azért a vizsgálatokat folytatni fogom.

Az eddigi meghatározások azt mutatják, hogy húgysav-retentio nephritisnél vagy egyáltalában nincs, vagy nincs minden esetben, még akkor sem, ha a nephritisnél a pangásnak egyéb jelei volnának jelen.

Sokkal plausibilisebb az a felfogás, hogy a nephritikusoknál észlelhető csekélyebb húgysav-kiválasztás a csökkent húgysavképződésnek következménye, s azzal magyarázható, hogy épen a vesének, tehát a húgysavat készítő szervnek szövete beteg, s egyéb functiói mellett a húgysav készítése is szenved.

Ezt a felfogást igazolja az, hogy nephritikusok vérében húgysav nem mutatható ki, de az is, hogy az alloxurtestek összkiválasztása nephritisnél normalis, csak a két komponensnek viszonya változott meg.

Köszönetemet fejezem ki Neusser tnr. úrnak és Kolisch dr. úrnak szives útbaigazításukért, és Burián dr.-nak, ki az egyik esetre vonatkozó adatok egy részét rendelkezésemre boesátani szives volt.

#### Irodalom:

- <sup>1</sup> Jaksch: Zeitschrift f. Heilkunde 11.
- <sup>2</sup> Haig A.: The formation and excretion of uric acid. Oxford, 1888.
- <sup>3</sup> Kolisch u. Dostal: Wiener klin. Wochenschrift 1895. Nr. 23. és 24.
- <sup>4</sup> Krüger és Wulff: Zeitschrift f. physiol. Chemie XX.

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

Méhenküli terhesség esetei a II. szülészeti és nőgyógyászati klinika gyakorlatában.

Közli: Tóth István dr. egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

23. sz. (ábrával). *Haematokele retrouterina. Hasmetszés. Tubaris abortus. A mikroszkop a méhenküli terhességet igazolja.* S. I.-né (1895), 25 éves. I. P. 10 év előtt, rendes. Menstruatio rendes, utolsó 2 hó előtt.

1 hó előtt hirtelen rosszul lett, heves göresök lepték meg hasában, széke csak erős hashajtás után volt. Azóta fekvő beteg, rendetlen vérzései vannak. Fájdalmai állandók.

Felvételnél (1895. január 3): gyöngye, vérszegény nőbeteg. Emlékben kevés savó. Méh nagyobb, antepontál; mögötte egy felső határaiban elmosódó, a Douglast ledomborító, ökölnyi rugalmas



daganat; e mellett jobb oldalon az uterus szarvával összefüggő tojásnyi rugalmas képletet tapinthatni.

Diagnosis jobboldali adnex-daganat mellett vérömleny, esetleg baloldali torsiót szenvedett daganat.

Az emlékekben levő savó, a menstruatio kimaradása a méhenkívüli terhesség gyanuját hívják fel.

Bár a Douglasban levő képlet a hüvely felől könnyen hozzáférhető, tekintettel a jobboldali tumorra, laparotomiát végeztünk.

Hasmetszésnél (1895. január 9): a nagy puha uterus mögött állhártyák által eltokolt vérömleny, haematokele retrouterina, összenöve körülette az egész környezet: belek, mesenterium stb. A jobboldali tuba, mely maga is tojásnyi daganatot képez, e vérömlenybe folytatódik, illetőleg szájadzik, akként, hogy abdominalis ostiuma mintegy be van ágyazva a vérömlenybe; e tubának uterinalis vége elzáródott, a baloldali adnexák lenövések között ugyan, de épek.

A haematokelet iparkodunk kifejteni a környezetből, állhártyás burka bereped, s kátrányszerű vér ömlik elő; kitisztogatjuk; a jobboldali tubaris daganatot felváltva ovariumával együtt eltávolítjuk.

A tuba kitágult része alvadt vérrel van kitöltve; uterinalis végéhez közel, hol az elzáródás van, hártás képlet tapad. Ez oldali ovariumban egy nem régi corpus luteum.

Mindezek alapján már makroszkopice is valószínű, hogy ez esetben egy tubaris graviditással, illetőleg tubaris abortus után létrejött haematokelével volt dolgunk.

A beteg láztalanul gyógyul s a 19-dik napon gyógyulva hagyja el az intézetet.

Pertik Ottó tanár a következőkben adja a kiirtott képletek részletes leírását:

„A kimetszett jobboldali tuba uterinalis végének mintegy 2.5 cm.-nyi darabja felmetszetlen állapotban kisujnyi vastag; felszínét kötőszövetes vascularizált hártás borítja; falzata vastagodott (5 mm.-nyi); lumene fémsondát befogad, a méh felé elzár.

Ezen tubarészlet distalis irányban szabálytalan, hosszúka elipszis-szerű tömlővé tágul, melynek legnagyobb kerülete 4.5 cm.-nyi, falzata egyenlőtlenül vastag (2—4 mm.-nyi), lefutásában a vázolandó haematomás zsákba látszik folytatódni; nyákhártyája hosszirányú ráncokba szedődött, vékonyodott; üre a méh felé zárt és feketés-vörös, nedvdús laza véralvadékkal kitöltött, mely az uterinalis tubarészlet felé erősebben összefügg, a hol az elzárt helyhez közel hártás képlet ül.

A tuba abdominalis vége egy szabálytalan gyermekököllyi, friss véralvadékkal telt üreges képletbe szájadzik, melynek belsínét rozsdás-barna, száraz, régibb törmelék véralvadékréteg borítja; kívülről kötőszövetes hártás határolja, melyet czaftos kötőszövetes állhártyák borítanak.

A jobb ovarium mandulányi (4.5 cm. hosszú), tömött egyenetlen felszínű; benne néhány kölesnyi tiszta savós bennékű tömlő és benne mintegy mogyorónyi frisebb sárga test.

**Mikroszkopikus lelet:** Több helynek eredménytelen vizsgálata után, melyekben nagy endothel- és plasmasejtek fészkei keltek gyanut, végre a jobb tuba tágult, elzáródott részletében, az elzáródáshoz közel, az uterinalis vég felé duzzadt s véralvadékos nyákhártyászerű részletek görcsöi vizsgálata adott pozitív eredményt.

Itt ugyanis 1. chorion-bolyhok myxomás kötőszöveti vázzal és hámborítékkal;

2. decidua serotina (plac. materna) szövete;

3. vérüregek találtak.

A bolyhok részben teljesen decidualis szövettől környezetek, részben vérürökbe lógnak; utóbbi esetben itt-ott a boholyhám felett, a vérür felé, egyes festett vonal (hihetőleg a maternalis vérüregek endothelének sorvadt maradéka) is látszik.

Ezek szerint tubaris terhesség esete forog fenn, melynek tömlője repedve (?), hihetőleg a vázolt vérömleny zsákot létesítette.

Úgy a műtéti leírásból, mint a pontos szöveti vizsgálatból nyilvánvaló, hogy ez esetben egy korai tubaris graviditással, illetőleg tubaris abortussal, s ennek következményeképpen haematokelével volt dolgunk.

A vérömleny nem repedésből származott, hanem csakis tubaris abortusból, bizonyítja a tubafalzatnak egész lefolyásában ép volta.

A fent leírt eset egyetlen, a melyben haematokele mellett laparotomiát végeztünk, tettük pedig azt, mint már említettem, a jobboldali különálló daganat miatt.

Szépen illusztrálja ez eset a tubaris abortust, annak egész kórképét, s a mikor a következő haematokele-eseteket olvasuk, még inkább, ha észleltük, a mely eseteket a hüvely felől operáltuk volt, s a hol a véralvadékok vizsgálata részint nem történt meg, részint negatív volt, minden esetre feltűnő az összes eseteknek azonos tünetesortja, s valószínűvé teszi a feltevést, hogy azok is hasonlóképpen méhenkívüli terhességből erednek, annál is inkább, mivel más úton való eredés bizonyítva nincsen.

Hiszen, ha ez esetben is csak egyszerűen a hüvelyboltozaton át hatolunk be, s csak a haematokelet ürítjük ki, úgy ez esetben sem tudtuk volna bizonyítani a méhenkívüli terhességet, a mely pedig ekként kétségtelen.

E leírt három kétséget kizárólag méhenkívüli terhességből eredett haematokele leírása után rövid képét adom itt még más 8 haematokelének, a mely esetekben objectív bizonyíték nem áll ugyan rendelkezésünkre, de úgy az anamnesis,



23. sz. Tubaris abortus. Haematokele retrouterina. Metszet a tubából (mikrophotographia). a tuba falzat; b chorion bolyhok.

mint az egész kórkép legalább is megengedik annak felvételét, hogy a haematokelének alapoka méhenkívüli terhesség volt.

b) *Haematokele esetei*, a melyekben a méhenkívüli terhesség bizonyítva nincsen.

24. sz. *Haematokele retrouterina. Hüvely felől megnyitás. Gyógyult.*

G. J.-né (1885), 34 éves, VI P., rendesek, gyermekágyak normalisak. Első menstruatio 16 éves korában, mindig rendes időben, de görcsöktől kísérve jelentkezik; utolsó 2 1/2 hó előtt. 1 hó előtt rosszul lett, elájult, összeesett s ezóta hasában görcsös fájdalmakat érez. Vérzik. Étvágytalan, lesóványodott, gyakran lázas.

Vizsgálatnál (1885. január 21) emlékekben savó, hason pigmentatio; nagyobb anteflectált méh odaszorítva a symphysishez; a medence hátsó részlete kitöltve egy rugalmas tömeg által, mely igen fájdalmas.

Megfigyelésünk alatt a végbélen át geny ürül, olykor bőven; állapot láztalan. Daganat kisebbedik; fájdalmak fennállanak. Időközben távozik, majd 3 hó múlva jelentkezik ismét lesóványodottan, nagy fájdalmakkal; daganat valamivel kisebb.



Punctióra (1885. április 3) a Douglason át sűrű, kátrány-szerű szagtalan vér ürül; hüvelytamponade. Pár nap múlva lázas lesz, majdnem folytonos magas hőmérsék, folyás bűzössé válik, ezért a hüvelyboltozati nyílás tágitása s drainezése, mire bélsárszagú véres geny ürül. Állapot lassan javul s hosszú idő után távozik a klinikáról a kezelést otthon folytatandó. A méh mögötti tömeg jórészt eltiint, zsugorodott.

A megbetegedés haematokele retrouterina volt, mely, a mint erre a menstruatio kimaradása s a többi terhességi jelek mutatnak, méhenkívüli terhességből eredett volt, vagy egy petezsák-repedés vagy egy tubaris abortus után. A tömeg egy része elgenyedt s pedig magától (láz, végbélből jövő geny) s áttört a végbélbe. A hüvelyi punctio úgy látszik a genyedő részlet összeköttetésbe hozta a főtömegeg (nincs kizárva ugyan a hüvely felől jövő infectio lehetőség sem).

Vége a hüvelyboltozaton át eszközölt alapos feltárás s drainezés gyógyulásra vezetett.

25. sz. *Haematokele retrouterina. Megnyitás a hüvely felől. Gyógyult.*

W. M.-né (1886), 32 éves, VIII P., utolsó 1 év előtt, abortus IV. Rendes gyermekágyak. Első tisztulás 12 éves korában; azóta rendes. Semmi genitalis megbetegedés. Utolsó menstruatio 3 hó előtt. 6 hét előtt egy reggel felkeléskor nagy fájdalmak lepték meg, melyek azóta kisebb szünetekkel állandóan fennállanak; ez idő óta rendetlen vérzés.

Vizsgálatnál (1886. november 3) antefectált méh kissé jobbra kitérve, mögötte nagy ökölnyi elastikus daganat, mely mozgathatlan, a Douglast mélyen ledomborítja. Hosszabb megfigyelés alatt láztalan állapot mellett nagy fájdalmak, rendetlen vérzések, vizeleési nehézségek. Daganat változatlan.

Valószínűségi diagnózis: méhenkívüli terhességből eredett haematokele retrouterina.

A hátsó hüvelyboltozaton át megnyitás; sötét véralvadék távozik, egészen kátrányszerű; a betapintó ujj vékony membranosus falzatot érez, egy helyen ellentállóbb vastagabb, placenta (?) benyomását tevő képletet. Kimosás; drainezés.

Láztalan állapot mellett teljes kiürülés után zsugorodik ez ür s a beteg a műtét 35-dik napján gyógyulva távozik. A menstruatio kimaradása, a daganat tartalma, ha nem is kétséget kizárólag, de valószínűvé teszi, hogy a haematokele méhenkívüli terhességből eredett.

(Folytatása következik.)

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

### Az epeutak megbetegedésének hat esete. Műtét. Gyógyulás.

Közli *Imrédy Béla* dr., tanársegéd.

(Vége.)

#### III. Álhártyás összenövések és megnagyobbodott nyirokmirigyek mint az epelefolyás akadályai.

6-dik eset egy F. A. nevű 24 éves cselédleányra vonatkozik, a kit 1893. február 11-dikén vettünk fel a kórodára.

A beteg előadása szerint egészséges családból származik. 1892. márczius havában rendes terhesség után szült, gyermekágya rendes lefolyású volt, gyermeke él. Jelen baja kezdetéig semmi különösebb betegsége nem volt. Ez a baja állítólag 1892. május havában, szülése után két hónappal kezdődött. Ekkor ugyanis egy éjjel hirtelen gyomorgöresöket kapott, gyomráról jobbra egy diónyi daganatot érzett, hányt és nagy láza volt. Az igen heves fájdalmak morphiumeseppekre enyhültek, de még kisebb mértékben pár napig eltartottak. Állítása szerint ekkor kiscokú sárgasága is volt. 6 hét múlva egy újabb hasonló roham és erre rövid idő múlva egy harmadik roham fogta elő. 1892. szeptember havában a Rókus-kórházba vétette fel magát, hol állítólag magas láztól (40° C.) kísért hashártyalob miatt egy hónapig feküdt. Ebből ki-gyógyulva ismét szolgálatba állt, de mivel gyomorgöresei mindig gyakrabban és gyakrabban kínozták, 1893. január hóban a Rókusba ment. Akkor állítása szerint lázas volt, bőrszíne sárga, vizelete

sötét zöldesbarna és székletete agyagszínű volt. Míg a Rókus-kórházban feküdt, rohamai naponta kétszer is felléptek és csak morphiium-injectiókra enyhültek. A székletében követ nem találtak.

1893. február 11-dikén a jelen állapot következő volt: a jól fejlett csont és izom-rendszerrel bíró nő bőrszíne kissé sárgás, tüdeje és szíve ép volt. Hasa mérsékeltén elődomborodott és a jobb hypochondrium alatt nyomáskor kissé érzékeny volt. A máj alsó szélét belégzéskor kitapinthattuk, de sem a májon, sem a lépén a rendestől eltérő viszonyokat nem találtunk. A kiscokú fehér-folyásnak megfelelő elváltozásoktól eltekintve, a vizelet rendes volt. Hőmérsék felvételkor 38° C.-nak felelt meg. A beteg felvételétől kezdve minden székletét a legpontosabban átvizsgáltuk, azonban egy izben sem találtunk követ. Meg kell egyszersmind jegyeznem, hogy a székletét némely alkalommal, különösen akkor, midőn a kórelőzményben leírthoz hasonló rohama volt, valamivel világosabb színűvé lett, de az epe a bélsárból sohasem hiányzott egészen.

A beteggel rögtön a felvételt követő napon 200 gm. oleum olivarumot vétettünk be eredmény nélkül, majd 10 napon keresztül 5%-os natrium salicylicum-oldatot használt, végül körülbelül 8 héten át a legszigorúbban keresztülvitt carlsbadi kúrát kíséreltünk meg minden eredmény nélkül. A betegnek nap mint nap 2, esetleg 3 rohama is volt, melyek alatt a májtájra szorítókozó igen heves fájdalmak voltak, néha kiscokú sárgaság társult hozzá, ilyenkor a szék világosabb lett, a vizeletben pedig kevés epefestenyt mutathattunk ki. A rohamok alatt a máj fájéka nyomásra a rendesenél érzékenyebb lett, azonban daganatot egy izben sem leltünk. A fájdalmakat csak morphiium-injectiók enyhítették. Éppen ezen oknál fogva azon gyanu merült fel, hogy az egyén morphinista és simulál. Tehát megkezdtük a morphiium-elvonást és egy időre a leszoktatás sikerült is, de ez alatt a beteget a fájdalmak majdnem teljesen kimerítették.

1893. április elején a beteget egy igen heves, sárgasággal és lázzal járó roham lepte meg, mely a beteget a végsőig kimerítette. Ennélfogva főnököm Kétli Károly tanár művi beavatkozás ajánlatára határozta el magát.

A beteg kórtörténetében leírt tünetek: u. m. a rendkívül heves, a májtájra szorítókozó fájdalmak, az ezt kísérő sárgaság és a székletét, valamint a vizelet színváltozásai szintén az epeutak valamely megbetegedésére engedtek következtetni. Mivel pedig az ilyen epekólika-rohamokat köztudomás szerint leggyakrabban epekövek idézik elő, ennélfogva epekőbantalomra gyanakodtunk. A beteg állapota a tartós és szigorúan keresztülvitt belső kezelésre semmit sem javult, sőt a rendkívül heves kínok egyrészt a beteg erejét merítették ki, másrészt a betegre nézve már oly tűrhetlenekké váltak, hogy folyton öngyilkosságra gondolt. Mindezeknél fogva további várakozástól és belső kezeléstől már eredményt nem várhattunk, de esetleges kellemetlen szövödmények bekövetkezésétől is tarthattunk, tehát más, nevezetesen sebészi beavatkozás vált jogosulttá. A műtét végrehajtását a beteg erőbeli állapota is megengedte, ennélfogva Kétli Károly tanár Dollinger tanárt kérte fel. Dollinger tanár a megejtett vizsgálat után a műtétet sebészi szempontból is jónak látta és így a beteg beleegyezésével 1893. április 13-dikán délelőtt végezte a műtétet.

A műtét lefolyása Dollinger tanár leírása szerint következő volt: „A hasüreg felnyitása után kitűnt, hogy az epehólyag a környezetével, különösen a duodenummal erősen összenőtt és a rendesenél jóval kisebb. Az összenövések széjjelválasztása után sem az epehólyagban, sem az 1—2 cm.-nyire összetöpörödött d. cysticusban kö nem volt érezhető. A choledochus a rendesenél körülbelül 3-szor öblösebb volt, a mely körülmény a mellett szolt, hogy az epelefolyás akadályai a choledochus bélfelöli végének közelében van, azonban mivel egész hosszában álhártyákkal össze volt növe a körülvevő szervekkel, előbb ezen összenövéseket szét kellett választani és ekkor a choledochus bélfelöli végének közelében, a choledochussal összenöve 2 mogyoró-nagyságú nyirokmirigyet találtam, a melyeket, miután lehetségesnek látszott, hogy ezek képezik az epelefolyás akadályait, el is távolítottam. Az epeutakat ekként egészen szabaddá tevén, a hasüreget elzártam.“

A beteg a műtét után collabált, hőmérséke erősen leszállt, érverése igen szapora és gyenge lett, gyakran hányt, csak pezsgőt



tírt meg, a hasa erősen be volt húzódva. A beteg ezen állapotában 4 napig eszméletlenül feküdt, ez alatt pezsgővel és camphor-injectiókkal tartottuk és végbélen át tápláltuk. Az ötödik napon állapota javulni kezdett és ettől fogva a gyógyulás zavartalanul haladt előre. A hasseb per primam gyógyult és a beteg 1893. május 30-dikán meghizva hagyta el a korodát. 1893. november 17-dikén újra láttuk a beteget, ki igen jó színben volt és jól érezte magát.

A műtét után bekövetkezett és 4 napon át tartó súlyos collapsust a legnagyobb valószínűséggel az idegrendszer, nevezetesen a splanchnicus shockjára lehet visszavezetni. Ugyanis a betegnél egyrészt a súlyos tüneteknek kimutatható oka nem volt, másrészt nem lehetetlen, hogy a műtő mindig a hasür mélyében dolgozva, a splanchnikusra ez által erős ingert gyakorolt, melynek visszahatásaképen súlyos collapsus lépett fel. Azonban a többi eseteinknél is a műtő szintén hosszú ideig dolgozott a hasür mélyében, tehát ezen betegek is hasonló behatásnak voltak kitéve, még sem észleltünk ilyenmő collapsust. Ennélfogva a collapsus okát adni biztosan nem lehet.

Tekintettel arra, hogy a betegnél műtét alkalmával csakis összenövéseket találtunk, továbbá két nyirkmirigyét, melyek helyzetüknél fogva a choledochusra talán nyomást gyakorolhattak és így az epe zavartalan lefolyását akadályozhatták, fel kell vennünk, hogy ez esetben az epeutak összenövésai a szomszéd szervekkel hozták létre az epekólikaszerű rohamokat. És ha ez így áll, akkor a belső orvoslással semmi szín alatt eredményt nem értünk volna el és feltétlenül sebészi beavatkozásra volt szükség. A műtét feltétlen és tartós sikere bizonyítja azt, hogy az összenövések voltak az epekólika okozói. Különben az eset nem áll egyedül az irodalomban. Mióta az epeutak sebészetével többen foglalkoznak, több hasonló eset ismeretes, melyeknél hosszabb időn keresztül epekólika-rohamok állottak fenn, a bélsárral kövek nem távoztak, a műtét alkalmával pedig köveket nem, csak összenövéseket találtak. Ezek szétválasztása után a rohamok többé nem jelentkeztek. Mindezeknél fogva kétségtelen, hogy az epeutak összenövésai a szomszéd szervekkel epekólika-rohamokat válthatnak ki.

Az ilyen összenövéseket, melyek körülírt hashártyalobok következményei, leggyakrabban epekólika hozták létre az által, hogy vándorlásaik közben az epeutak hurutját fokozzák, miközben a lob az epeutak egész falzatára, majd innen a peritoneumra terjed át. És ha epekóbaj mellett ilyen összenövések állanak elő, akkor az epekólika szerencsés távozása után is az epekólika-rohamok állandóan megmaradnak mindaddig, míg műtét által szét nem lesznek választva. Ezen esetek tehát csakis sebészi úton kezelhetők sikerrel.

A felsorolt kórtörténetekre visszatekintve, azt látjuk, hogy 3 esetben a choledochusban, 2 esetben az epehólyagban feküdt a kő és egy esetben összenövéseket találtunk. A műtét csakis a 3-dik esetünkben folyt le gyorsan, mivel itt összenövések nem voltak. A többiekben az utóbbiak a műtétet nagyon megnehezítették és súlyossá tették. Két esetben, az első és 5-dikben már cholecystitis purulentát találtunk. Ugyanezen esetekben két műtetre volt szükség. Az 5-dik esetben épen a genyes epehólyaglob miatt a d. cysticusban fekvő követ már az első műtét alkalmával annak veszélye nélkül nem lehetett eltávolítani, hogy a genyes epehólyagtartalom a hasürbe ne folyjon. Már pedig ezen esetben feltétlenül halálos végű hashártyalob következett volna be. Meg kellett várni, míg a genyes cholecystitis meggyógyul s akkor a 2-dik kő veszély nélkül távolítható el. Azonban még azon reményünk is volt, hogy a kő esetleg a d. cysticusból a hólyagba visszaesik, a mint ezt *Riedel* saját eseteiben több ízben tapasztalta. Ez ugyan nem következett be és mivel a követ eltávolítani a sipolyon át nem sikerült, a 2-dik műtét-hez kellett fordulnunk.

Az első esetben szintén két műtetre volt szükség, mert az első műtétnél az epekólika műtő figyelmét kikerülte. Ezen kórtörténet már ezért is igen tanulságos, mert azt bizonyítja, hogy műtét alkalmával a nagy epeutakat egyszerűen heges szöveten keresztül kitapintani nem elégséges. Ilyenkor a nagy epeutakban könnyen ide és tova sikló kő elűnhet egyik

vagy másik epevezetékben és így a műtő figyelmét kikerülheti. A nagy epeutakat óvatosan ki kell választani az alhártyákból, hogy tökéletesen átvizsgálhassuk és végig tapint-hassuk őket.

Az eltávolított kövek az 5-dik esetben voltak a legnagyobbak és számra nézve kettő volt. Az 1-ső és 2-dik esetben szintén egy-egy nagy követ találtunk, melyek természetes úton nem mehettek el. A 3-dik esetben csak egy kis kő okozta a súlyos bajt, míg a 4-dikben 17 szintén kisebb kő.

A tüneteket illetőleg az 1-ső, 2-dik, 3-dik, 4-dik és 6-dik esetben a nagymérvű és gyakran ismétlődő fájdalmak uralták a kórképet, azonkívül a 2-dik, 4-dik és 5-dik esetben az állandó súlyos icterus. A rohamok alatt az 5-dik esetet kivéve minden egyes esetben egyszer-máskor lázat is észleltünk.

Ha már most azon indokokra tekintünk vissza, melyek a sebészi beavatkozást sürgették, akkor először is abból indulhatunk ki, hogy valamennyinél a hosszas és pontosan keresztüli vitt belső orvoslás sikertelensége adta meg az első impulst. Továbbá valamennyien hosszas betegségük miatt munkaképtelenek voltak, és ha nem segítünk rajtuk hamarosan, úgy nemcsak maguk, de hozzátartozóik is anyagilag tönkre jutnak. Végül a betegek, eltekintve a bajukhoz társulható complicatióktól, részint a folyton ismétlődő fájdalmak következtében, mint az 1-ső, 3-dik és 6-dik esetben, kimerülve elpusztultak volna, részint az állandó és súlyos sárgaságban, mint a 2-dik, 3-dik esetben, melyeknél a fájdalmak is számottevők voltak és az 5-dik esetben tönkre mentek volna. Tehát a türethetetlen fájdalmak és a súlyos sárgaság szintén már magukban véve sebészi beavatkozásra utaltak. És valamennyi esetben a mindnyájunk által ismert és esetleg a betegek életét veszélyeztető szövődmények egész sorozata a műtét mielőbbi végrehajtását jogosulttá tette, mert hiszen az 5-dik esetet kivéve, a többinél már lázak is mutatkoztak, melyek éppen ezen szövődmények előjelei.

Az egyes műtétek leletei szolgálnak bizonyosságul, hogy nagy okunk volt ily szövődményekről tartani. Így az 1-ső és 5-dik esetben genyes epehólyag-lobot (cholecystitis purulenta) találtunk, a 3-dik esetben a choledochus felsőbb részeiből vett epében a bacteriologiai vizsgálat pedig *bact. coli communé*, tehát az epeutak fertőzését mutatta ki. És nem veszem figyelembe az epeutak összenövését a szomszéd szervekkel, pedig mint a 6-dik eset mutatja, az ily összenövések állandó munkaképtelenség okozói is lehetnek.

Eseteinkben a további várakozás nemcsak a műtét sikerét, de még a betegek életét is kockára tette volna, mert sokszor az életet kioltó szövődmények hihetetlen gyorsasággal fejlődnek ki. Szolgáljon erre például a múlt év végén a II-dik sz. belklinikán észlelt epekóbajos nő esete, kinek kórtörténetét más helyen bőven fogjuk ismertetni.

Az 54 éves nő, ki 9 ízben volt terhes, 1894. október hó elején lett beteg. Ekkor köldöke táján igen heves, rohamokban jelentkező fájdalmak lepték meg, melyek igen gyakori időközökben kintáltak. Október hó vége felé észrevette, hogy sárga lett, vizelete majdnem fekete színt vett fel, székletétei pedig agyszínűek voltak. Ettől kezdve fájdalmai egy perezre sem szüntek meg, úgy hogy ágyban fekvő beteggé lett. Orvosi kezelésre állapota eleinte javult, majd később ismét rosszra fordult és ezért 1894. december 14-dikén a II-dik sz. belklinikára vétette fel magát. Felvételkor súlyos sárgaság összes tüneteit, tetemes máj- és lépmegegyesülést, 38.4° C. körüli lázat találtam. A máj tája nyomásra különben igen érzékeny volt. Az igen jellemző tünetek alapján epekóbajra gondoltunk, miért is rögtön karlsbadi kúrára fogtuk. A beteg állapota erre nem javult, sőt erősen remittáló láztól kísérve mindinkább egy súlyos infectio képe tárult elének.

1894. december 21-dikén d. u. 5 órakor a beteg jobb karjának egy venájából asepsis szemmel tartásával 2 cem. vért vettem, melyből *staphylococcus pyogenes aureus* és *albus*, valamint *bact. coli communé* sikerült tenyésztetni. A következő napokon a beteg állapota rohamosan rosszabbodott és 1894. december 24-dikén reggel meghalt.

Az esetre vonatkozólag azon véleményben voltunk, hogy epekóbaj folyamán valószínűleg cholangitis és cholecystitis purulenta infectiosa fejlődött, mely a vér bacteriologikus vizs-



gálata alapján septichaemiához vezetett. A boncsolás teljesen igazat adott, mert a boncsoló epeköveken kívül az epehólyag és epeutak genyes lobját találta, de ezenkívül a máj apró tályogokkal mintegy tele volt hintve. Innen indult ki a septichaemia s mint a máj bacteriologikus vizsgálata bizonyította, a májban ugyanazon bacteriumok voltak kimutathatók, a melyeket az élő vérből tenyésztettünk ki.

Ezen eset tehát nagyon élénk színekben festi élénk az epekőbaj súlyos és esetleg halált okozó szövődeményeit. S ha tekintetbe vesszük, hogy a bántalom első tünetei még csak 1894. október hó elején jelentkeztek és már két és fél hónap múlva a beteg meghalt s boncsolásánál oly súlyos elváltozásokat találtunk, okvetlenül arra int ez bennünket, hogy adott esetben a művi beavatkozás ajánlásával ne késsünk. Mert a fentebb leírt betegnél kellő időben keresztülvitt műtét az egyént megmenthette volna. Akkor, midőn észlelésünk alá került, a művi beavatkozás már a beteg állapotánál fogva későnek tűnt fel és a boncsolás igazolta ezt, mert a műtét a máj szöveti elváltozására való tekintettel hiábavaló lett volna.

Ezen szomorú tapasztalatunk az epekőbajhoz társulható és vészhozó szövődeményektől való félelmet igazolja és mindazon esetekben, melyekben ilyen szövődemények keletkezésére gyanunk van, a beteg érdekében kötelességünk a művi beavatkozást ajánlani. Különösen ha tekintetbe vesszük azt, hogy a műtét jó eredményű. Mind a hat esetünk meggyógyult, bár a műtétek legtöbbszörre igen behatók voltak és 2 ízben egy második műtetre volt szükség. Dollinger tanár tehát 6 esetnél 8 műtétet végzett és azt mondhatjuk, hogy mindannyiszor a lefolyás zavartalan volt. Az eredményeink feltűnően jók.

De mindazonáltal észleleteink száma oly kicsiny, hogy magukban véve végleges ítélet hozására nem elégségesek. Nézzük meg *Gersuny* statistikáját és azt látjuk, hogy ő 22 esetben operált, ezek közül 5-nél carcinomát talált, melyek közül 4 már elhalt; a többi 17 eset közül, melyeket összehasonlítás tárgyává tehetünk, mert az előbbi öt inkább csak próbalaparotomia számba ment, 2 halt el. A halálzási százalék tehát 11.8%. A legnagyobb anyaggal *Riedel* rendelkezik, kinek statistikája szerint a műtét utáni halálozás a következő: *Riedel* 1892-ben megjelent művében 56 esetről referál, ezek közül ismét 5 esetben carcinoma volt jelen, melyek közül 4 a műtét után rövid idő múlva elhalt. A többi 51 eset közül 7 halt el, a mi 13.7% halálzásnak felelt meg. A halálzási százalékot némileg kedvezőbbé teszi az, hogy az elhaltak közül egy-kettőnél már oly elváltozások mentek előre, melyeken a műtét már nem segíthetett s így már szintén nem a művi beavatkozásnak tudhatók be.

A sebészi beavatkozás, *Gersuny* és *Riedel* statistikáját véve alapul, nem nyújt fényes eredményeket, de nézetem szerint a halálzási százalék minden esetre még tetemesen fog javulni, ha az operatív beavatkozás feltételei pontosabban lesznek megállapíthatók és vele együtt a műtétek technikája jobban kifejlődik.

A mennyire eseteinkből következtetni lehet, a sebészi beavatkozás tartós és állandó gyógyulást hoz létre, a mennyiben több mint két éve, hogy az első két műtétet végeztük és a két betegünk azóta állandóan jól érzi magát, nem is szólva a többiekről. *Riedel* tapasztalatai is e mellett szólnak, mert 44 operált és életben maradt betegénél csak két esetben nem volt tartós a gyógyulás.

Bár saját, valamint mások tapasztalatai szerint az epekőbajnak sebészi kezelése elég kedvező eredményeket nyújt, mégis *Riedel* álláspontja, mely szerint ezen bajban szenvedőket mind meg kell operálni, túlzó. Hiszen mint tudjuk, számos beteget kellő szigorral keresztülvitt belső kezeléssel meg lehet gyógyítani. Ezen oknál fogva minden egyes epekőbajban szenvedő betegnél a belső kezelést és főleg a karlsbadi kúrát feltétlenül meg kell kísérenünk, de ha ez sikertelenné bizonyulna és egyéb tünetek vagy körülmények is a művi beavatkozást javallják, a műtétet később nem szabad, hogy a beteg életét hiába ne kockáztassuk.

És részünkről tapasztalataink alapján a következő javatokat állíthatnánk fel.

1. Momentán veszély, ú. m. az epeutak vagy az epehólyag perforációja esetén, a művi beavatkozás feltétlenül megkísérendő.

2. Ha az epekőlika-rohamok igen sűrűn jelentkeznek és a beteg ennek folytán a kimerülés veszélyének van kitéve.

3. Állandó sárgaság esetén. Saját tapasztalatainkra támaszkodva nem oszthatjuk Naunyn azon aggodalmát, hogy ily esetben a sárgaság okozta vérékenység miatt a műtét igen veszélyes, mert 3 esetben a súlyos icterus dacára nagyobb vérékenységet nem észleltünk.

4. Ha a beteget a folyton ismétlődő rohamok munkaképtelenné vagy életét tőrhetelenné teszik.

5. Végül oly esetekben is, melyeknél a még csak rövid ideig tartó belső kezelés alatt oly gyanus tünetek merülnek fel, melyek komoly szövődemények keletkezését jelzik.

Nem mulaszthatom el, hogy e helyen is Kéti tanár és Dollinger tanár uraknak köszönetemet ki ne fejezzem.

## Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem II. számú (Réczy Imre tnr.) sebészeti klinikumáról.

### Betegforgalom az 1892/93. évben.

Közli *Gönczy Béla* dr., műtő.

(Folytatás.)

#### 3. Daganatok.

##### a) Lágyszövetekben 87 eset (68 férfi, 19 nő).

*Angioma faciei* 5 eset részint a homlokon, részint az ajkon. Három esetben (férfi) kiirtás végeztetett késsel s a seb varratokkal egyesítették, gyógyultak. Egy esetben (nő) a daganat a felső ajak jobb felét, az orr hátát és a pofa mellső harmadát foglalta el, beterjedt a pofa nyákhártyája alatt majd az állkapocs felhágó ága tájáig. Ferrum sesquichloratum-oldat befejeszkendezése, ennek sikertelensége után ismételt Paquelin-égetés alkalmaztatott, mire a daganat tetemesen zsugorodott, de teljes gyógyulás előtt a beteg eltávozott. Egy esetben (nő) végre a beteg az ajánlott műtétet nem engedte meg.

*Carcinoma auriculae* 3 eset. Két esetben a fülkagyló mellső felszínén tallérnyi lapos fekély, illetve a másik esetben mogorónyi daganat alakjában (férfi). A harmadik esetben a daganat a helix helyét foglalja el és mogorónyi nagyságú (nő). Kiirtás után gyógyultak.

*Carcinoma buccae* 6 eset (férfi), melyek közül három kiterjedése és a mirigyek elváltozása miatt nem volt műtethető. Egy esetben egyszerű kiirtás és két esetben a kiirtás után képző műtét volt szükséges. Gyógyultak.

*Carcinoma faciei* 19 eset. Ezek közül egy eset halálosan végződött (nő) az agyban fellépett metastatikus gócz következtében. Egy másik eset pedig kiterjedése miatt operálható nem volt. A többi kiirtással gyógyított, kettőnél transplantiatio, kettőnél képző műtét (arcszembéjképzés) volt szükséges. Gyógyultak.

*Carcinoma labii inferioris* 25 eset (férfi). Köztiük 3 eset nem volt operálható. A többi mind a szokásos ékzimetszéssel operáltatott és gyógyult.

*Carcinoma labii superioris* 2 eset (férfi) Kiirtás után gyógyultak.

*Carcinoma linguae* 4 eset (férfi). Három esetben a daganat metszéssel kiirtatott a nyelvből s a kiirtás helyén a sebészleek csomós selyemvarratokkal egyesítették. Ezen műtét pontosabb végrehajtsa czéljából a pofa lágyszövet felhasítottuk s műtét után ismét összevarrtuk. Gyógyultak. Egy esetben a beteg műtétbe nem egyezett.

*Carcinoma maxillae* 3 eset (férfi); valamennyi már igen nagy kiterjedésű és az állalatti mirigyek nagyfokú beszűrődésével szövődött volt és ezért nem operáltatott.

*Carcinoma nasi* 2 eset (nő), melyek közül egyik műtét után gyógyult, másik műtét nélkül távozott.

*Carcinoma palpebrae et orbitae* 4 eset. Egy esetben a daganat az alsó szemhéjből indult ki, beterjedt a szemüregbe, sorvasztotta a szemtekét, innen az antrum Highmori-ba terjedvén. Kiirtás után az antrum felső és részben mellső fala eltávolítottat s a kiirtás teljesen nem levén végezhető, a sebfelszín Paquelin-égetővel érintetett (férfi). Másik esetben a szem enucleatioja volt szükséges (férfi), harmadik esetben (nő) a szemhéj képző műtéttel pótolatott, s a negyedik esetben (nő) a beteg a műtétet nem engedte meg.

*Chondrosarcoma parotidis* egy eset (férfi), mely kiirtás után gyógyult.

*Epulis sarcoma* egy eset (nő), hol a diónagyságú daganat a két praemolaris helyén volt s az alveolussal együtt levéseltetett. Gyógyult.

*Papilloma buccae* egy eset (férfi), hol fillérterjedelmű daganat a pofa belső felszínén kiirtatott; gyógyult.

*Sarcoma faciei* 4 eset. Egy esetben (férfi) galambtojásnyi daganat a fül előtt a járomhíd töve tájékán, két esetben (1 férfi, 1 nő) a halánték és a pofa oldalrészén, kiirtás után gyógyultak. A negyedik esetben (férfi) beteg műtét nélkül távozott.



*Sarcoma capitis* 3 eset, diónyi egész gyermekököllyi daganatok a fejtetőn; kiirtás után gyógyultak (férfi).

*Sarcoma parotidis* két eset (nő), hol diónyi, illetve almanagságú daganat volt a fültömírigyben, mely kiirtás után gyógyult.

*Lipoma occipitis* két eset (férfi); mindkettő gyermekököllyi. Kiirtás után gyógyultak.

b) *Csontokon* 5 eset (1 férfi, 4 nő).

*Osteosarcoma capitis* egy eset (nő). A baloldali margo supra-orbitalis által felezett gyermekököllyi daganat a szemtekét előre tolta s a szemürege mélyen követhető; a bal arczfél s a száypad előre nyomva, illetve lenyomva. Nem operálható.

*Sarcoma maxillae superioris* 4 eset. Egyikben ököllyi daganat a külső szemzúg mellett, mely a járomcsont alá húzódik s a felső áll-esonttal és a halántékesonttal széles alapon összefügg (nő). Nem operálható. Két esetben a daganat kiirtatott az állcsont resectiójával; egyik ezek közül, hol a daganat egy része a szájiüregebe lógott kocsányosan, gyógyult (férfi), másikkal az almanagságú daganat ismét kiújult (nő). Végre a negyedik esetben (nő) a daganat az orrüreg felé nőtt, az orrháta tájékán az orrcsontokat szétfeszítette, az ornyílason ki-lóg s az állcsont üregével szorosan összefügg. Nem operálható (nő).

4. *Vegyesek.*

11 eset (8 férfi, 3 nő).

*Defectus labii inferioris* 3 eset. Sérülés után támadt anyagvesztések és hegesedések eredményei. Egy esetben tallérnyi hiány az alsó ajk külső zugánál, két esetben a külső szájjúg heges félrevonása s így a száj nyitva maradása. Mind három esetben (2 férfi, 1 nő) képző műtéttel gyógyulás éretett el.

*Defectus nasi* egy eset (nő). Az orrcsont alsó széléig el van pusztítva lupus-hegek által az orrcsúcs és orrszáruyak. Orrképzés homlok-lebennyel. Gyógyult.

*Palatum fissum* egy eset (nő), staphyloorrhaphia, melynek varratai korán kiszakadtak s csak az alsó részen történt egyesülés. A maradt hasadék sarjadzással gyógyult.

*Labium leporinum* egy eset (férfi). Képző műtéttel gyógyult.

*Neuralgia nervi infraorbitalis* egy eset (férfi), a trigeminus 2. ágának a foramen orbitale előtt történt resectiója után gyógyult.

*Epistaxis* 4 eset (férfi). Valamennyi oly súlyos orrvérzés, melyek hosszabb idő óta csillapíthatók nem voltak, s melyekben mielőtt a klinikumra felvették, már mindenféle vérzéscsillapítási mód alkalmaztatott. Két esetben Belloque-csővel tamponálás sikerhez vezetett. A harmadik esetben beteg szervi szívhajban szenvedett és helygyógyászati osztályra tétetett át. A negyedik beteg súlyos veselobban szenvedett s ebben nemsokára meg is halt.

II. *Nyak.*

Betegség neve	Felvétetett		Elbocsátatott						Meghalt		
			gyógyulva		javulva		gyógyulatlan				
	össze-sen	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
I. <i>Lobok.</i>											
a) <i>lágyrészeken</i> ...	7	5	2	5	2	—	—	—	—	—	—
b) <i>csontokban</i> ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. <i>Sérülések.</i>											
a) <i>lágyrészeken</i> ...	3	2	1	1	—	1	—	—	—	—	1
b) <i>csontokon</i> ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
III. <i>Daganatok.</i>											
a) <i>lágyrészeken</i>	63	33	30	20	19	6	5	5	5	2	1
b) <i>csontokon</i> ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV. <i>Vegyesek.</i>	4	3	1	1	—	1	1	—	1	—	—
Összesen ...	77	43	34	27	21	7	6	6	5	3	2

1. *Lobok.*

a) *Lágyrészeken* 7 eset (5 férfi, 2 nő).

*Angina phlegmonosa* egy esete incisióra gyógyult (nő).

*Carbunculus colli*, mely gyermekököllyi nagyságú volt, több keresztmetszés által tártuk fel, mely erre gyógyult (férfi).

*Furunculus colli* egy esete bemetszésre gyógyult (férfi).

*Phlegmone colli* négy esetében végeztünk feltárást, három férfi s egy nőbetegnél, mind a négy eset gyógyult.

2. *Sérülések.*

a) *Lágyrészeken* 3 eset (2 férfi, 1 nő).

*Vulnus scissum colli*. Egy esetben férfibetegnél a kulcsesont feletti árokban lévő seb csak a bőrön hatolt át (gyógyult).

A másik két esetben a nyak metszett sebe öngyilkossági szándékból ejtetett, s a gégebe hatolt, úgy hogy mindkettőnél a gégeporczok egyesítését kellett végezni, s míg az egyik férfibeteg, kit elmezavar miatt más osztályra helyeztek át, tudakozásunk szerint egy idő múlva

javultan hagyta el a kórházat, addig a másik, nőbeteg meghalt. Körtörténetét az alábbiakban közöljük:

P. E., 78 éves, izr., maganzónó 1893. február 22-dikén öngyilkossági szándékból nyakát elvágta. A kórházba a következő állapottal hozatott be: A nyak középrészén a pajzsporc alsó szélének magasságában harántul futó, 6 cm. hosszú, éles metszett szélű, a nyak mellső képletein teljesen áthatoló, a pajzsgyűrűszalagot is megnyitó, 4—5 centimetryire tátongó folytonossághiány. A támadt nyílason levegő, s néha erősebb köhögéssel vizes nyálka ürül. Az elvágott képletek, szalag, izom s bőr összevarrattak, a fej a mellkashoz közelített helyzetben rögzített. Már az esti órákban a jobb tüdőben pneumonia fejlődött ki, s következő nap délután oedema pulmonum következtében beállt a halál.

3. *Állképletek.*

a) *Lágyrészeken* 63 eset (33 férfi, 30 nő).

*Carcinoma colli* két esetében nem avatkozhattunk be műtétilag, miután a daganat mindkét férfibetegnél összekapaszkodott az állkapocs-csal, s annyira összefüggött a nyak mélyebb szöveteivel, hogy a géget szűkítette, a nyelvet mozgásában akadályozta, s mindkét oldalt az állalatti mirigyek be voltak szűrődve.

*Carcinoma glandulae submaxillaris* egy esete egy év előtt operált alajkrák után lépett fel. Kiirtása után a férfibeteg gyógyultan távozott.

*Carcinoma laryngis*, diónyi nagyságú, s a cartilago thyroideával volt összenőve, azt a gége ürterébe nyomván. Műtétbe nem egyezett (férfi).

*Cystosarcoma colli*. A regio inframaxillaris elfoglaló tömöttebb terimenagyobbodás, mely a nyelv két oldalán felterjed a szájiüregebe s itt a nyelv alatt fluctuatiót mutat. Az állcsüéstől lefelé vezetett bőrmetszésen át akartuk kifejtetni a daganatot, azonban az ezen alkalommal megsértett daganathól sok sűrű sárga folyadék ürülvén ki, helsejébe ujjakkal behatoltunk s meggyőződünk, hogy solidabb részlete összekapaszkodott a nyak mélyebb szöveteivel, miért a műtétet tovább nem folytathattuk. A sebszélek egyesítése után a műtétet követő napokban a nyelv- és hangszálagok oedemája állott fenn; a beteg a műtétet beavatkozás utáni 10 napon gyógyulatlanul hagyta el a kórodát.

*Lymphomata colli*. 20 esetben végeztünk kiirtást, melyek 3 eset kivételével per primam gyógyultak; 13 esetben kikanalaztuk az elgenyedt mirigyeket; 7 beteg nem várta be a műtétet; 1 beteg, kinél kinalazást végeztünk, phthisis pulmonumban halt meg. Az összes esetek közül 15-nél a műtét másodszeri beavatkozás volt. Az 51 beteg közt volt 15 férfi, 17 nő, kik gyógyultan távoztak, 6 férfi és 5 nő javultan, 4 férfi s 3 nő gyógyulatlanul hagyta el a kórházat; egy férfi meghalt.

*Lymphosarcoma colli*. Az állkapocs szöglete alatt lévő diónyi daganat kiirtása után a férfibeteg gyógyult.

*Ranula* egy esete, mely a végrehajtott műtét után gyógyultan hagyta el a kórodánkat, ritka nagysága miatt bővebb közlésre érdemes. Kórrajza következő:

B. M., 17 éves, hajadon, napszámosnő, két évvel ezelőtt vette észre, hogy nyelve alatt jobboldalt daganata nőtt, mely lassan, fájdalom nélkül nagyobbodott s beszédében zavarta. Daganata növekedése alatt előbb csak nyakának jobb oldala, majd később bal oldala is dagadni kezdett. Felvételekor, 1893. július havában, nyelve alatt jobboldalt egy nagy, szilvamekkoraságú, kékesen elszinesedett, mellfelé éles szélben végződő, dudoros, puha tapintatú terimenagyobbodás volt látható, mely felett a nyákhártya ép. A terimenagyobbodás kevésbé fluctuált. Nyelve alatt baloldalt egy hasonló, de csak mandolanagyságú s alakú terimenagyobbodás, nyelv erősen felemelt.

Nyak konturjai elmosódottak, különösen jobboldalt; a trigonum carotideum kétoldalt kitöltött. Jobboldalt a duzzanat majdnem a claviculáig ér.

Nyak bőre rendes színű, az ujjbenyomatot nem tartja meg. A terimenagyobbodás határai elmosódottak, felszine egyenetlen, puha tapintatú, nyomásra fájdalommentes. Oldal felőli összenyomása mellett a terimenagyobbodás felett fluctuatio volt kimutatható. A szájiüri és nyaki terimenagyobbodás közötti közlekedés nem mutatható ki bizonyosan, valamint a nyak két oldalán lévő terimenagyobbodás közt sem. Körtörténetét a fent leírt jelenállapot után multilocularis ranulára tettük. Műtét 1893. július hó 15-dikén végeztetett.

Műtét terv a tömlő teljes kiirtásából állott, miért is a tömlőhöz való könnyebb hozzáférhetőség végett először is a nyak jobb oldalán eszközöltetett egy körülbelül 5 cm. hosszú, az állkapocs vízszintes ágának szélétől 2 centimetryire ezzel párhuzamosan haladó bőrmetszés. A bőralatti kötőszövet s platysma átmetszése után elődomborodott a vékony, nem igen feszülő falú tömlő, melynek egy részét sikerült megnyitás nélkül kifejtetni. A tömlőből, falának véletlen megrepedése után, kiürült a sűrű, colloidszerű bennéke. A rés tágitása után meggyőződést szereztünk, hogy a tömlő a nyak majdnem egész jobb oldalán terül el, nyulványokat ad fel- és hátfelé egész a processus styloideusig, lefelé majdnem a kulcsesontig; egy további nyulványa alatt a szakcsont volt kitapintható, negyedik nyulványa pedig a nyelv alá terjed, mely azonban a nyelvvalatti terimenagyobbodással összefüggésben nem volt, résmetszés által azonban sikerült tartalmát — hasonlóan colloidszerű kocsnyás bennék — a nyaki seben kiüríteni. Ezen leírt viszonyoknál fogva a leírt tömlő kiirtása nem lett volna czélirányos, miért is a tömlőfal a sebszélhez ki lett varrva. A tömlő falának 10%

<sup>1</sup> Közölve: Kuzmik Pál dr.: Ritkább sebészi kórosatok. (Budapest székes főváros közkörházainak évkönyve. 1893.)



chlorzink-oldattal való edzése után jodoformgaze-val tömetett ki, aseptikus kötés. Beteg este láztalan, fájdalmáról panaszokodik, melyek különösen nyelésnél nyilvánultak.

Julius 16-dikán. Hőmérsék rendes. Fájdalmak, különösen nyelésnél fokozódtak. Kötés. Bő, híg, genyes váladék; sebszék s a nyak jobb oldala kissé duzzadt. Irrigatio 2% carbol-oldattal. Jodoformgaze-kötés. Beteg este láztalan.

Julius 17. Láztalan. Fájdalmak alábbhagytak; kötés. Status et therapia idem.

Julius 20. Beteg állandóan láztalan. Jelentéktelen fájdalom csakis nyelésnél van jelen. Kötés naponta lesz változtatva. Bő, genyes váladék, duzzanat megszűnt. Irrigatio, edzése a tömlőfalnak 10%-os chlorzink-oldattal. Tömlő jodoformgaze-val kitömetik, rendes kötés.

Julius 23. Beteg láztalan, fájdalmak megszűntek. Kötés; bő váladék, varratok eltávolítása. Therapia idem.

Augusztus 10. Sebgyógyulás zavartalan, általános közérzet jó. Tömlő ürege mindinkább kisebbedik, élénk sarjadzás látható. Sűrű genyes váladék mennyisége csökkent. Kötés másodnaponként.

Szeptember 1. Zavartalan lefolyás. A proc. styloideus és állkapocs alá vezető öblösödések teljesen kitöltődtek, csekély ürjárt vezet még a szakcsont és kulcsont felé. Kevés, sűrű váladék, élénk sarjadzás. Therapia idem.

Szeptember 15. Valamennyi ürjárt kitöltődött. A metszés helyén körülbelül 2 cm. hosszú felületen sarjadzó seb. 10% bórvaselin-kötés.

Szeptember 21. Seb teljesen behámosodott. Heg kissé behűződött.

Október 2. Beteg nyakának bal oldalán, hasonlóan a mandibula alsó szélétől körülbelül 2 centiméternyire ezzel párhuzamosan futó 4 cm. hosszú bőrmetszéssel szabaddá tették a tömlő fala, melynek megnyitása után a sárgás-zöldes colloidszerű anyag kiürült. A tömlő fala a sebszélhez csomós varratok által kivarratott. Tömlőfal edzése 10% chlorzink-oldattal. Az üreg jodoformgaze-val kitömetett. Aseptikus kötés. Este beteg láztalan, közérzete jó.

Október 3. Beteg láztalan, fájdalmi jelentéktelenek. Kötésnél bő váladék ürül. Duzzanat nincs jelen, kötés.

Október 6. Kórlefolyás zavartalan. Kötés-változtatás naponta volt. Kötés, egyes varratok eltávolítása, üreg zsugorodott, edzése 10% chlorzink-oldattal.

Október 24. Üreg ujheggyeni, élénken sarjadzik.

Október 28. Beteg kórodáncat majdnem felületen sarjadzó sebbel hagyja el, s a seb teljes gyógyulásáig, november 7-dikéig, mint bejáró beteg kezeltetett.

*Sarcoma colli.* Mindkét daganat a fültő alatt volt, az egyik öklényi s szabadon mozgó volt, s így kiirtatott (gyógyult 1 nő), a másik inoperabilis esetben a daganat gyermekfej nagyságot ért el (gyógyulatlan, férfi).

*Struma cysticummal* négy beteg fektűt osztályunkon, kik között két férfi és két nő volt. Utóbbiak egyikén a daganat kiirtását végeztük, a többiek műtétbe nem egyezvén, távoztak.

A műtét tárgyát képezett eset következő:

Cs. M.-né, 50 éves, ref., napszámosnő nyakának bal oldalán, a középvonaltól egy centiméterrel kezdődőleg, az egész jobboldalt elfoglaló, s a jobb csecsnyulvány irányában meghosszabbított vonalig terjedő daganat van, a daganat felfelé az állkapocs alsó széléig, alá felé a fossa jugularis magasságáig ér. A daganat térsza tapintatú, a jobb lebeny középrészletén, gyermektenyényi területen azonban fluctuatiót mutat. A daganat a nyelési mozgásokat követi.

Műtét alkalmával a fluctuáló hely punctiójánál csak igen kevés véres colloidszerű váladék távozott. Ezután hosszirányban ugyane hely felett egy 10 centimeter hosszú metszést ejtettünk a bőrön és az alatta lévő kötőszöveten. Ezeket a daganat egy részéről lekészítve, metszésünket a daganatban folytattuk, s ez által a cystát feltártuk, falzatából egy darabot eltávolítottunk s széleit a bőrhöz kivarrtuk. Műtét utáni 5. napon 38–38.5° lázak, melyek 4 nap multán megszűnnek; a lefolyás azontúl láztalan, de a műtét utáni 8. napon szívhűdés tünetei közt beáll a halál.

A bonczjegyzőkönyv szerint a pajzsmirigy jobb lebenyének megfelelő tájékon másfél férfiköklényi, előemelkedő, ép bőrrel fedett daganat van, a melynek lateralis részében egy 5 centimeter hosszú, 1 centiméternyire tatonóg nyílás vezet az újképlet tömegébe, hol egy sima falzatú üreg található. A hátsó részletben egy mogyorónyi sárgás-barna, kocsonyanemű tömeggel telt kisebb tömlő, melynek fala elmeszesedett. *Diagnosis: Atrophia brunea musculorum cordis dilatatione passiva affecti. Struma cysticum glandulae thyroideae cum petrificationibus nonnullis. Hyperaemia passiva renum. Oedema cerebri. Vulnus scissum in regione dextra colli. Anemia universalis.*

#### 4. Vegyesek.

4 eset (3 férfi, 1 nő).

*Torticollis* mindkét esetében a sternocleidomastoideus inmetzését végeztük, s egy fiugyermeknél teljes gyógyulást, s egy nőbetegnél javulást értünk el.

*Aneurysma colli.* A nyak jobb oldalán a mandibula széle alatt egy diónyi águlata van az arteria maxillaris externának. Az egyéves fiugyermeket műtétnek alávetni nem engedték meg szülei.

*Corpus alienum laryngis* egy esete halálos kimenetelű volt (férfi). Tóth István, 9 éves, ref. tanuló Gomba pestmegeyi községről 1893. szeptember 18-dikán d. u. 1/25-kor orvosa által kisérve hozatott osztályunkra, kinek előadása szerint a flu mintegy három órával behozatala előtt csontot nyelt, melyet ő próbált eltávolítani, de sikertelenül.

A fiugyermek nagyon halavány, ajkai és körmei cyanotikusak, járása tántorgó, légzése sipoló, légzési izmainak működése fokozott. Behozatala után rögtön tracheotomia végeztetett rajta, de már a bőrmetszés alatt légzése kimaradt, s a műtét hullán fejeztetett be. A bonczjegyzőkönyv szerint a gége nyákhártyája erősen belövelt, oedematosus. A sinus Morgagni alatt egy csontocska van beékelődve, mely alsó legvastagabb részében érdes, porozos, 5 mm. vastag, 9 mm. széles, 13 mm. hosszú, alakja háromszögletű, melynek jobb oldalsó csúcsa a valódi hangszalag alatt a larynx mellső falába furódott, baloldali szöglete a baloldali, általa sérült valódi hangszalagba nyomult be, felső csúcsa pedig a musculus transversus alsó szélére támaszkodik. A beékelődött csont a gége legalsó részének 2/3-át kitöltötte, míg csúcsa a musculus transversusnak közepe tájáig emelkedik. Mindkét mellhártya néhány tűszúrásnyi, élénk vörös vérzéssel ellátott, a tüdők, melyek mellső és alsó részükben puffadtak, léggárna tapintatúak, vérbövek, metszlapjukon kevés finoman habzó savóval. A szív bal felében összehúzódott, jobb felében petyhüdt. A bonczjegyzőkönyv a gége s a hangszalagok nyákhártyájának a csontocska befuródása által okozott vérbősége és oedemája által előidéztet, s a gége-légcsömetszés előtt bekövetkezett fuladási halált constatált.

(Folytatása következik.)

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet.

1894. októberi szakülés.

(Folytatás.)

#### 4. Edelman Menyhért dr. „Bártfafürdő“-ről tart előadást.

Némely általános fürdőgyógyászati fejtegetés után, a melyben a személyes tapasztalatok értékét hangsúlyozza, kiemeli Bártfafürdő előnye közül a hely védett fekvését, szélétől való mentességét, levegőjének tisztát, balzsamos voltát, ritka szép és ritka terjedelmű fenyves erdejét jól gondozott sétatújjaival. E gyógytényezők felemlítése után Bártfafürdő ásványvizeit ismerteti, melyek kiválnak vastartalmuk, azonkívül konyhasó, szénsavas natrium és magnesiumtartalmuk által. A jodnatrium-tartalom meg épen a ritkaságok közé tartozik s főképp oly esetekben válik becsessé, midőn az anaemia scrophulosissal jár együtt, mi elég gyakori. A szénsavtartalom is kiválóan nagy s ez nemesak az élvezett ásványvizet teszi üdítővé, de a fürdőt is, mely a gyenge idegzetűek petyhüdt idegeit kissé felélenkíti.

A fürdésre szolgáló ásványvíz kezelése mintaszerű s dynamo-electrikus gépek segítségével történik. A kezelésben a legnagyobb gond fordítatik arra, hogy a víz kvalitása változást ne szenvedjen, hogy vastartalma ki ne csapódjék és szénsava ki ne szabaduljon s ez annyira sikerült, hogy míg évek előtt a fürdőkádba bocsátott víz sűrű, rozsdaszínű volt az oxydált és kiesapódott, fürdőgyógyászati szempontból már értéktelen vastól, most a kádba bocsátott víz oly színű, illetőleg szintelen, tehát változatlan, mint a forrásnál és szénsavtartalma is annyira megőriztetik, hogy a víz szinte pezseg tőle.

Tökéletesen czélszerű hidegvízgyógyintézete, mely női osztállyal bővül is, csak növeli e fürdő kiváló gyógytényezőinek számát.

Ezek után a fürdő indicióit sorolja fel. Szerinte anaemiás, chlorotikus, csekélyebb mérvben scrophulotikus egyéneket, első sorban serdülő leányokat, asszonyokat és gyermekeket, némely — főképp vérzésekkal járó — női bajokban szenvedőket (ezek adják a vendégek fő contingensét), könnyebb gyomor bajokban sinlődöket, tuberculotikusokat betegségük kezdeti stadiumában, feltéve, ha vérhányási rohamaik nincsenek, és mindazokat, kiknek baját a neurasthenia gyűjtőneve alá foglalják, a siker legnagyobb kilátásával küldhetjük e fürdőre.

Előadó a fürdő hiányait sem hallgatja el. Elmondja, hogy a lakásviszonyok minőségéhez sok szó fér, hogy a források foglalása olyan, hogy lépesőkön kell a csapokhoz lemenni s a vizet nyújtó leány, hogy kevesebbet fáradjon, nyitott korsóban tartja fenn a vizet s abból szolgáltatja és nem a csapból, hogy a kutak és a fősétatér közelében halad a kocsiút s porával rontja a levegőt — mi fontos, tudva, hogy órákat tölt itt a vendég ivás közben —, hogy nincs elég hosszú, fedett s padlózattal bíró sétánya, mi nagy hiány ott, hol néha napokon át tartó eső van, hogy inhalatiós terme nincs, bár a víz gazdag konyhasótartalma miatt áldásos lehetne a felső légutak hurutjában szenvedőknel,



hogy az erdei sétautakon kevés és kényelmetlen a pad, mi a gyenge s a járást alig bíró, főképp női betegeknek nagy hiány, hogy az utak jelzése hiányos, hogy csak — tudtommal — négy fürdőkabin van moorfürdőre berendezve, hogy a fürdősobák nem fűthetők és csak egyikben-másikban van primitív vaskályha, mi e fürdő időjárás viszonyainál fogva s tekintettel sok vérszegény betegére, nagyon kívánatos volna, hogy rendes lepedőmelegítő bádagszelenczékét sem szolgáltatnak, hogy a hidegvízgyógyintézet czéljaira a vizet gyűjtő reservoirban a víz néha békányáltól van ellepve, stb.

Végül utal arra, hogy a midőn fürdőajánlásról van szó, mindig a patriotizmust emlegetik s előadását a következőkkel fejezi be:

A midőn a beteg ember érdekét kell szolgálnom, még a hazafias jelszavak is hasztalanul hangzanak előttem s ha mindjárt rossz hazafinak tartanak is érte — a mint e váddal az orvosokat nem egyszer illették —, én oly fürdőt, melynek gyógyhatásában nem bizom, nem ajánlok, csak azért, mert magyar, de ha bizom benne, ajánlani merem, daczára annak, hogy magyar.

Nem egyszer hangzott az a panasz is, hogy fürdőink berendezés tekintetében azért maradnak oly messze a külföldiek, ausztriaiak mögött, mert nyáron át utóbbiakba hazánkból egész népvándorlás indul meg s a sok magyar pénze idegen fürdők vállalkozóinak zsebébe jut. Erre az a válaszom, hogy a befektetést nem a betegnek vagy üdülni vágyónak kell megkezdenie, hanem a vállalkozónak, a fürdőtulajdonosnak. Ha ők a fürdőt minden szükséges tényezővel ellátják, a vendég lassan-lassan nem kívánkoznék túl hazánk határain. De a beteget, midőn hidegvízgyógy-módban óhajt részesülni, nem lehet azzal vigasztalni, majd lesz a jövő évben, ha gégehurutja ellen belégzéseket akar használni, hogy várjon az új saisonig, mert ezek már az idén óhajtának bajuktól megszabadulni.

A mit hirlapban olvastam, hogy az idegen fürdők aranyakat ígérő és hordó agensei veszik a magyar orvosokat reá, hogy idegen fürdőkre küldjék betegeiket, az mélyen sérthetné az ily rágalman magasan felülálló kart, minő az orvosi, ha nem volna nevetséges. Nem jutalomért, de azért küldjük idegen fürdőbe betegünket, ha oda küldjük, hanem mert a jól berendezett idegen fürdő gyógytényezőitől inkább reméljük betegünk állapotának javulását. Kérdezzék meg Visk fürdő volt tulajdonosát, volt-e azon ígéretnél, hogy a küldő orvosnak minden fürdővendégért egy aranyat juttat, foganatja. Önérzettel mondhatjuk, hogy nem. Ez ígéréttel talán egy beteget sem nyert, ha csak nem a fürdő saját előnyeieért.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

Alumnol, ein Antigonorrhoeicum von Dr. Martin Chotzen, Specialarzt für Hautkrankheiten in Breslau Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller.

Szerző, ki a „Berl. klin. Wochenschrift“-ban (1892. Nr. 48) az *alumnol*-nak (sulphosavas naphthol-aluminiumnak) hatását bőrbajokban és gonorrhoeában fejtegette volt, a jelen dolgozatban válaszul *Casper* és *Samter* dr.-ok kísérletezésük alapján tett azon kijelentésére, hogy az *alumnol* gonorrhoeánál csak oly hatással van, mint az előbb használt szerek, s hogy gonorrhoeánál specifikus hatása nincs. Ezzel szemben szerző fentartja előbbi kijelentését, t. i. azt, hogy az *alumnol* nemesak gyorsan megöli a gonococcusokat, hanem a nyákhártyának gonococcusok által okozott lobja ellen adstringens és antiphlogistikus hatást is fejt ki s e tekintetben sokkal előnyösebb mint az *argentamin*, mely a gonococcusokat gyorsan megöli ugyan, de izgató hatása miatt a lobosodást fokozza. Szerző állítása mellett számos bacteriologikus vizsgálatra és az urethritis gonorrhoeica anterior és posterior, valamint az urethritis non gonorrhoeica ant. és posterior általa észlelt számos eseteire hivatkozik. Így pl. urethritis gon. ant. 104 esete közül, mely *alumnollal* kezeltetett, annak két napi használata után 14, 3 napi használat után 17 esetben gonococcusok a vála-

dékban nem voltak jelen, összesen 90 eset közül 63 esetben az *alumnol* már teljes gonococcusmentességet idézett elő. Az urethritis non gonorrhoeica ant. és posterior eseteiben az *alumnol* használatánál a váladékban fonalak 5—6 instillatio után többé nem találtattak. —r.

## II. Lapszemle.

### Belgyógyászat.

A serosus pleuritis és gümőkór közötti viszonyról ír *Eichhorst* tanár. Noha általánosan elfogadott tény, hogy a serosus pleuritis és a gümőkór között sokszor belső összefüggés létezik: ezen összefüggés gyakoriságát illetőleg a vélemények nagyon eltérők, a mi könnyen is érthető, mert a klinikai megfigyelés, úgyszintén a pleura-exsudatumok bacterioskopos vizsgálata nem is adhatnak erre nézve határozott felvilágosítást. A klinikai megfigyelés állatkísérletekkel kapcsolatban azonban biztos adatok birtokába juttathat s azért *Eichhorst* ez irányban tett megfigyeléseket, illetve kísérleteket. A zürichi klinikán megforduló összes serosus pleuritis-esetekben ugyanis a próbapunctio által nyert folyadékot tengeri malaczkok hasürébe fecskendezi. Eleinte a próbapunctiót egyszerű Pravaz-fecskendővel (1 kem.) végezte és ekkor 11 vizsgált eset közül csak 1-nél voltak gümöbacillusok kimutathatók, a mennyiben a beoltott tengeri malacznál gümőkór fejlődött. Ezen eredmény kételyeket támasztott szerzőben és azért megkísérlette nagyobb mennyiségű punctió s folyadék befecskendezését a tengeri malaczkokba (15 kem.). Az eredmény most már csaknem elijesztő volt. 23 beteg közül, kik legjobb egészség közepette és kimutathatók nélkül betegedtek meg serosus pleuritisben, gümőkóros megbetegedésnek pedig nyomát sem mutatták, 15-nél bizonyult gümös eredetűnek az exsudatum. Noha ezen szám (65.2%) már elég nagy, szerző azon véleményben van, hogy a valóságban még nagyobb. Így egy serosus pleuritisben szenvedő betegnél, a kinél az állatkísérlet nem mutatott gümőkórt, 2 hónap mulva a jobb tüdő kiterjedt tuberculosisa találtott. Mondható tehát, hogy két harmada az összes serosus pleuritis-eseteknek gümös természetű. A tuberculosus serosus pleuritis kiindulási pontját illetőleg szerző azt hajlandó felvenni, hogy nem annyira rejtett gümös góczok vannak a tüdőben, mint inkább a bronchialis mirigyek gümőkórja van jelen. A therapiát illetőleg ezen vizsgálatok azt mutatják, hogy az orvos kötelessége minden serosus pleuritisből meggyógyult beteget nem véglegesen gyógyultnak tekinteni és szervezetét a gümőkórral szemben ellentállóvá tenni. Végül szerző még arra utal, hogy hasonló viszonyok úgy látszik a többi serosus hártýáknál is előfordulnak. Így 27 spontán keletkezett exsudatív pericarditis eset közül 8 bizonyult tuberculosusnak. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1895. 13. sz.)

### Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Nők lágy fekélyének gyógyítására *Herff* több mint 100 esete alapján a következő orvosló eljárást ajánlja. Sublimat- vagy solveol-oldattal történt gondos megtisztítása után a genitáliáknak a fekélyek wattával megszárittatnak és concentrált phenol-oldattal (acidum carbolium liquefactum) gyengén bekenetnek. Ezután a fehérre lett edzési helyekről a felesleges oldatot száraz wattával eltávolítjuk. Ezen eljárás nem igen jár erős vagy hosszas fájdalommal, csupán a elitoris vagy a húgycső közelében levő, úgyszintén nagyon kiterjedt fekélyek esetén ajánlatos előbb cocaint alkalmazni. Az utókezelés egyszerűen tisztogatásban és antisepticumokkal (lysol, carbol vagy kalium hypermanganicum) öblögetésekben áll. 4—5 nap mulva a fekélyek rendszerint már megtisztultak és hegedésnek indulnak. Egyik-másik fekély kétszeri edzést igényel. Ha a szomszédos nyirokmirigyek már meg voltak betegedve, úgy ezek rendszerint rövid idő alatt visszafejlődnek; nyugalom az ágyban és a szokásos bubo-therapia csak ritkán szükségesek. (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1895. jun.)

2. A calcium boricumot jó eredménnyel használja *Alvaro* égetéseknél, nedvező ezemáknál és büzös izzadásnál. Kenőcsalakban következőképen rendelhető: Rp. Calcii borici, Glycerini aa 5'0; Lanolini 20'0; Balsami peruviani 1'0. Belsőleg pedig diarrhoea ellen ajánlja ugyanő a calcium boricumot: Rp. Calcii borici 5'0; Pulv. salep 2'0; Sacchari albi 3'0. Div. in dos. Nr. X. D. S. 3 port naponként. (Allgem. med. Central-Zeitung, 1895. 48. sz.)



## TÁR C Z A.

A XXIV. berlini se.ész-congressus.<sup>1</sup>

(1895. április hó 17—20-ig.)

(Folytatás.)

*Küster a vándorvese és a subcutan vesesérülések* keletkezésének eddigi magyarázatát nem tarthatja elfogadhatónak. Szerinte az *utóbbiak* az által jönnek létre, hogy a két alsó borda a gerincoszlop irányában ismételve lökészerűen addukáltatik s ez alatt a vesékben lévő folyadékok hidraulikus nyomása is lényegesen szerepel.

Ha kísérleteinél a zsírtokjában meghagyott vesét dobta földre, akkor ezen legfeljebb felszínes szakadások jöttek létre. A vesemedenczét kevés vízzel töltve meg s az edényekbe is folyadékot fecskendve, a földre dobásnál mélybe ható radiaer repedések támadtak. Végre ha hullán az alsó bordákra erős kalapácsütést mért, csak akkor látott mély vesesakadást, ha a vese előbb folyadékkal volt megtöltve. Azt hiszi, hogy az alsó bordákon tapadó hasizmok ismételt lökészerű erős contractiója hasonló hatással van. Lassú adductiónál az egyik vese polusa lesz lezúzva, a nélkül, hogy veserepedés jönne létre.

A *vándorvesét* veleszületettnék sohasem tekinthetni s fejlődésére nézve csak azon magyarázatot tartja elfogadhatónak, mely tekintetbe veszi, hogy ez főleg nőknél fordul elő s legtöbbször jobboldali. A baj létrejöttének oka heveny vagy lassú mechanikus behatás a mellkas alsó részletére. Hogy ez férfinnél vesesakadást okozhat, nőnél csak vándorvesét, annak okát a nő testalkatában s védő női ruházatában látja. Férfiaknál a veserepedés 92%-ban jő létre, nőknél 8%-ban. A vándorvese nőknél 94%-ban, férfinnél 6%-ban fordul elő.

*Lindner* a veleszületett hajlamot a vándorvese létrejöttének magyarázatánál nem nélkülözheti s azt tapasztalta, hogy férfiaknál sem oly ritka, mint általánosan felvesszük, pedig itt a fűzőhatás nem szerepel. Egész csekély trauma behatása után is látott vándorvesét, azaz valószínű, hogy a betegnek már régebben volt vándorveséje, s ez csak ezen alkalomkor történt vizsgálatnál derült ki.

*Küster* megengedi, hogy az ő magyarázata nem minden esetre bizonyító, de meggyőződése, hogy az izomcontractiónak a baj létrejötténél igen nagy a szerepe.

*Kölliker* szerint *veserupturák* kóriszűzésénél az eddig javalt műtét a *nephrectomia* volt. Ő azonban egy 12 éves lázas s anuriában szenvedő fiúnál 10 nappal a sérülés után lumbal metszéssel a vesére hatolt, annak felső harmadát csaknem teljesen leválva, szentes váladékkal fedve találva, nem távolította el, hanem jodform-gazevel töltötte ki a sebüreget s a fiú hét hét alatt teljesen meggyógyult. Vesperupturánál tehát csak akkor végezne nephrectomiát, ha a csillapíthatatlan vérzés követelné.

*Körte* a bélhuzam sebészetéhez tartozó több készítményt mutatott be, melyeket a „Deutsche Z. f. Chirurgie“-ban fog bőven leírni, azután az oesophagusból eltávolított idegen testekről s az oesophagus stricturáira vonatkozó tapasztalatairól tett rövid megjegyzéseket.

*Mikulicz* 103 gyomorműtét eredményéről számolt be. Ezek krakkói, königsbergi s boroszlói klinikáin általa vagy segédei által végeztettek, összesen 23 halálesettel. Ezek közül az első 35 esetben a mortalitás 37%; az utolsó 68 esetben 14<sup>3</sup>/<sub>10</sub>% volt. Világos jel, hogy a gyakorlat s a technika tökéletesbedése által az eredmény javul. Természetesen nagy befolyással van a baj neve is, a mely miatt műteszünk. *Nem rákos* bántalomban szenvedőknél s kevés complicatiókkal járó műtétnél igen csekély a mortalitás. 73 *rákos* bántalom miatt műtett beteg közül 16 a műtét kapcsán halt meg.

Negyvennégyeszer végeztet gastrostomiát, 20-szor pylorus resectiót, 26-szor gastroenterostomiát, 6-szor pyloroplasticát, 6-szor gastrotomiát s gastrectomiát; egy esetben pedig epekővel telt hólyagnak a pylorusra gyakorolt nyomása miatt műtett. A 23 esetben bekövetkezett halálozás oka 8-szor collapsus az 1—3. napon,

6-szor pneumonia a 4—12. napon; 2-szer fertőzés az 5—14. napon, 7-szer inanitio stb.

Az esetek kiválasztásában szigorú volt. Sok esetet utasított vissza az ambulatoriumból egyszeri vizsgálat után. Huszonkilenc pylorus-rák-esetet hosszabb klinikai megfigyelés után utasított vissza, 7 esetben csak próba-incisiót végzett.

„Kis próba-incisio“ alatt a linea albán végzett 3 cm. hosszú metszést érti, melyen a mutatóujjal behatol s minden gyakorlott sebész kitapinthatja, hogy műtethet-e vagy nem? Előnye, hogy ezzel a beteg másnap felkelhet s így nincsen kitéve a pneumonia veszélyének.

Nagyon kimerült betegeknél műtét előtt tápláló esőréket ad s intravenosus konyhasó-infúziót alkalmaz.

A végeredmény nem rákos bántalmak után felette kedvező. A rákos bántalmak közül bárzsingrák miatt végeztet gastrostomia által a beteg élete 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—5 hóval hosszabbítható meg; gastroenterostomia után 7<sup>1</sup>/<sub>2</sub> hónappal, pylorus resectio után átlag 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub> évvel hosszabbítható meg a beteg élete, azért, hol ez még kivihető, ne mulasztjuk el ezt végezni.

A belgyógyászok igyekezzenek a gyomorbetegségek diagnostikáját tökéletesíteni, hogy korán műtethessünk s akkor oly radicalis eredményeket érhetünk majd el, mint a milyeneket a mellrák s a méhráknál ma már képesek vagyunk elérni.

*Eiselsberg* 25 gastroenterostomiát végzett 6 halálesettel. Ha a gyomor könnyen emelhető ki s fordítható, akkor Hacker szerint műtesz, súlyos esetekben az eredeti Wöfler-féle eljárást követi.

Gastroenterostomia után a tumor okozta complicatiók s nehélyek engedni szoktak, sőt a tumor gyors növekvésében gyakran hosszabb ideig tartó megállapodás tapasztalható, de azért a gyomortartalom mégis odafér az álképlethez s ezen irritatio által jönnek létre sok esetben a kiújuló heves fájdalmak. Billroth, Kocher a gyomor-resectiót a gastroenterostomiával egyesítették. *Eiselsberg* súlyos esetekben a gyomrot az inoperabilis vak részlet mellett átmetszette, az így létrejött két gyomormetszfelületet *varratokkal vakon elzárta*, csak azután végezte a gastroenterostomiát; így tehát súlyos esetekben is, a hol a pylorus-resectio már nem vihető ki, megakadályozta azt, hogy a gyomortartalom a rákos részletet irritálja. Egy 56 és egy 62 éves férfinnél műtett ezen elv szerint s az eredmény a várakozásnak megfelelő volt.

*Plettner* a Kocher-féle gastroenterotomiánál némi módosításokat ajánl.

*Doyen* azon meggyőződésből indulva ki, hogy az ulcus rotundumnál a gyomor hyperaciditásával s dyspepsiánál a kínzó, heves fájdalmak a pylorus reflectorikus spasmusának tulajdoníthatók, *ulcus rotundumban szenvedő* cachectikus betegnél *gastroenterostomiát végzett* oly jó eredménnyel, hogy utána a kínzó fájdalmak megszűntek. Pyloroplastikát nem végez.

*Fischer* az oesophagus átjárhatatlan *stricturájánál*, miután a zsugorodott gyomrot nem tudta a hasfal elé hozni, a gyomrot a hassebbe rögzítette s beteget 3 napig a végbélen át táplálta. Harmadik napon Pravaz-fecskendő vékony tűjével ferdén a gyomorfalon a gyomorba hatolt s 50—60 gm. tápláló folyadékot fecskendett bele. A tűt kihúzta s 3—5 óra múlva ugyanazon a helyen s módon hatolt a gyomorba, 5 nap múlva már erősebb tűt használt, a melyen pépes tápszert fecskendhetett. Ilyen eljárás mellett ferdén futó csatorna képződik a gyomorfalon. Egy esetében ebbe néhány hét múlva kauszuk-eanult helyezhetett, melynek eltávolítása után a sipoly összeesik s az étel nem szivárog ki.

*Rydygier* a *bélinvaginatio* kezeléséhez szól. Acut esetekben, ha a nem véres úton, szakértelemmel végzett eljárások czélhoz nem vezettek, azonnal laparotomiát végez s a desinvaginatiót kísérli meg. Ha a bél állapota gyanus és a desinvaginatio nem sikerül, akkor az invaginált részlet resectióját végzi saját módszere szerint.

Ha az invagináló részlet mélyebb elváltozásokat mutat, az egész invaginatio resekalandó. Invaginatio esetében anus praeternaturalis képzéssel s enteroanastomosis végzésével a beteg nem segítünk.

A chronikus invaginaciónál sem késik a műtéttel, erre oly időpontot használ, melyben a beteg közérzete javult; a desinvagi-

<sup>1</sup> L. Orvosi Hetilap 25. sz.



natio chronikus esetekben is sikerülhet. Ismerünk az irodalomból esetet, melyben a desinaginatio 10 hét múlva, kettőt, melyben 6 hét múlva s egyet, melyben kilencz hó múlva sikerült teljesen jó eredménnyel. Ha nem sikerül, itt is resectio végzendő.

Ezen előadásokat követő discussio után Hoffa mutatott be betegeket s tett jelentést a *veleszületett csípőizületi ficzamnál végzett műtétekről*, melyet 112-szer végzett. Kétoldali veleszületett ficzamban szenvedő betegnél 9-szer pseudoarthrosist képező műtét-höz folyamodott, mire Lorenz örömmel veszi tudomásul, hogy most már Hoffa a veleszületett csípőizületi ficzam operatív kezelésénél az izmok megkimélésének elvét fogadta el. Lorenz ezen műtétnél narcosisban előbb a fejet hozza le lassan, csavarkészülékek segítségével, az izvápával szembe állítja s azután az előbb kimélyített izvápába illeszti. A pelvicrural izmok átmetszése után az ischiadicus temporaer hűdése jöhet létre.

Négy éven alul még a nem véres kezeléssel is érhetünk eredményt. Kétoldali ficzamnál csak a 10-dik éven túl műtesz s csak az egyik oldal gyógyulása után végzi a műtétet a másik oldalon. Utókezelésnél különösen a 6-dik éven túl kell az adductio contractura ellen küzdeni.

Heussner ezen esetek orthopaedikus kezelésére alkalmas gépet mutatott be.

Mikulicz örül a műtett betegeknél tapasztalt jó eredményeknek, de nagyon egyenlőtleneknek tartja azokat. Szerinte a véres úton elért legkedvezőbb eredmény sem vetekedhetik a nem véres úton gyógyított esetek jó eredményével.

Ép így Schede is az orthopaedikus kezelés mellett emel szót s reméli, hogy gyermekeket, 10 éven túl is, ily módon lesz képes gyógyítani. Mikuliczhez azon kérdést intézi, miért alkalmazza csak éjjel az orthopaedikus apparatust?

A Mikulicz által kezelt esetek 1—2 évesek lévén, portatív apparatusok viselésére nem voltak alkalmasak s az ezeknél elért jó eredmény biztatta, hogy nagyobb gyermekeknél is ezen eljárást kövesse. A fej reductiója után mérsékelt kifelé rotatiót alkalmaz, s nem mint ezt Lorenz érteni látszott, maximalis kifelé rotatiót, mert akkor tényleg a hátsó luxatio mellsővé változtattnék.

Trendelenburg kiemelendően tartja, hogy a szóban forgó bajnál nem a gluteus med. gyöngesége, hanem működési irányának helytelen volta szerepel.

Végre Lorenz hangsúlyozza, hogy reductio után a fejet inkább könnyen befelé rotált állásba kell hozni, hogy az acetabulumba nyomulhasson, s ismételve elismeri, hogy kis gyermekeknél orthopaedikus kezeléssel is czélt lehet érni, de nem hagyhatja fel- említés nélkül, hogy egy esetben 9 évig éjjel nappal hordott egy gyermek Hessing-féle készüléket eredménytelenül; 12 éves korában azután véres műtét után gyógyult.

(Folytatása következik.)

Haberern Jonathan Pál dr.

## Heti szemle.

Budapest, 1895. augusztus 15-dikén.

**Körendelet 54,919. sz. Az állami anyakönyvvezetés behozatala tárgyában.** (Valamennyi törvényhatóságnak.) (Folytatás.)

I. Azon halálokok kimutatása, a melyeket képesített (azaz nem orvos) halottkének, valamint a halottkémi teendők végzésével megbízott községi előjárásági tagoknak a halál okának a halottvizsgálati bizonyítványba való bejegyzés alkalmával használni kell. 1. Veleszületett gyengeség. 2. Görcsök. 3. Gyermekek-aszály. 4. Gyermekek hasmenése. 5. Ázsiai cholera. 6. Vérhas. 7. Roncsoló toroklob (Diphtheria). Torokgyík (Croup). 8. Kanyaró (Véres himlő). 9. Szamárhurut. 10. Vörheny (Skarlát). 11. Hólyagos himlő. 12. Hasi hagymáz (Typhus). 13. Kiütéses hagymáz (Petecses). 14. Orbáncz. 15. Pokolvar. 16. Gyermekek. 17. Veszettség (Víziszony). 18. Tüdőgümőkór (Tüdővész, hektika). 19. Tüdőgyulladás, mellhártyagyulladás. 20. Gutaütés. 21. Vízi betegség. 22. Sérvek (Szakadás). 23. Elmebaj. 24. Aggkori végkimerülés. 25. Öngyilkosság (megnevezendő az öngyilkosság módja is, például: öngyilkosság lövés, vízbeugrás, akasztás, mérgezés által stb.). 26. Gyilkosság (megnevezendő annak módja is, például: lelövés, megfojtás, agyonütés stb.). 27. Baleset (megnevezendő annak módja is, például: vízbefulladás; mérgezés, lezuhanás, elgázoltatás, agyonnyomatás stb.).

II. Halálokok kimutatása az orvos halottkének számára. I. Fertőző betegségek. Himlő. Variola. Be volt-e oltva? Nem volt beoltva? Bizonytalan. Bányahimlő. Varicella. Kanyaró. Morbili. Vörheny. Scarlatina. Kiütéses hagymáz (foltos hagymáz). Typhus exanthematicus. Visszatérő láz. Febris recurrens. Influenza. Szamárhurut. Tussis convulsiva. Fültőmirigylob, járványos. Parotitis epidemica. Diphtheria. Agy- és gerinczvelő-gyulladás,

járványos. Meningitis cerebrospinalis epidemica. Hasi hagymáz, bélhagymáz. Typhus abdominalis. Cholera. Bélhurut (fertőzött), nyári hasmenés. Diarrhoea epidem. Cholera nostras. Gyermekek hasmenése. Cholera infantum. Vérhas. Dysenteria. Váltóláz. Febris intermittens; f. malarica. Malaria. Veszettség (váziszony). Hydrophobia. Takonykór. Malleus. Gümőkór. Tuberculosis. a) Tüdőgümőkór, tüdővész. b) Bélgümősödés. Tabes mesaraica. c) Agyhártagyümősödés. Heveny agyvízkór. Hydrocephalus acutus. d) Csontgümősödés. Caries tubere. e) Bőrgümősödés, bőrfarkas. Lupus. f) Egyéb gümőkóros, görvélykóros betegségek. Bujakór. Syphilis. Fertőző húgyesőlob következményei. Pokolvar, lépfene. Anthrax, carbunculus. Orbáncz. Erysipelas, phlegmone. Genyesvérűség, evesvérűség. Pyaemia. Septicaemia. Gyermekekágyi láz. Febris puerperalis. Dermédés. Tetanus (fertőzésből eredő). Egyéb (névszerint).

II. Érdősdiak-okozta betegségek. Szájpenész. Soor. Sugárgomba-betegség. Actinomyces. Hólyagféreg, burkonyféreg. Hydatides, echinococcus. Más élődi okozta betegség (névszerint).

III. Rosszindulatú daganatok. Rák. Egyéb (névszerint).

IV. Alkati betegségek. Heveny csúsz és következményei. Megrögzött csúsz és következményei. Kőszvény. Angolkór. Purpura haemorrhagica. Anaemia. Chlorosis. Leucocythaemia. Cukorvizelés. Diabetes mellitus. Haemophilia. Egyéb (névszerint).

V. Táplálkozásból eredő betegségek. Gyermekekaszály. Elékezés anyatej hiányából. Atrophia infantum. Süly. Scorbut. Szeszmergezés. Alcoholismus. Delirium tremens. Egyéb (névszerint).

VI. Fejlődési hiányok és betegségek. Koraszületés. Veleszületett gyengeség. Debilitas congenita. Atelektasia. Cyanosis. Spina bifida. Anus imperforatus. Parkastorok. Aggkori végkimerülés, elaggulás. Egyéb (névszerint).

VII. Az idegrendszer betegségei. Agy-, agyhártyagyulladás. Gutaütés, véres agygyuta. Agylágyulás. Féloldali agyi bénulás. Hemiplegia. Gerinczvelő bénulás. Paraplegia. Paralysis agitans. Elmebajosok bénulása. Chorea. Nehéznyavalya. Epilepsia. Görcsök, rángások (csecsemőknél). Convulsiones. Laryngismus stridulus. Dermédés, állgörcs (nem fertőzött). Tetanus, trismus idiopathikus. Basedow-kór. Egyéb (névszerint).

VIII. Érzékszervek betegségei. Füllob, fülfoltyás. Otitis. Otorrhoea. Orrbetegségek, orrvérzés. Szemek betegségei. Egyéb (névszerint).

IX. A vérkeringés szerveinek betegségei. Szervi szívbj. Endocarditis. Szívuroklob. Paricarditis. Szívtúltengés. Angina pectoris. Szívűdés, szívűdés. Syncope. Értágulás, érrepedés. Aneurysma. Aggkori üszök. Gangraena senilis. Embolia. Thrombosis. Phlebitis. Varicositas. Egyéb (névszerint).

X. Lélekzőszerv betegségei. Légcsőgyulladás. Laryngitis. Croup (nem fertőzött). Hörggyulladás. Bronchitis. Tüdőgyulladás. Mellhártyagyulladás. Tüdőlégdaganat. Nehézlégzés. Emphysema. Asthma. Egyéb (névszerint).

XI. Emésztőszervek betegségei. Szájgyulladás. Stomatitis. Bárzsing-elzáródás. Emésztési zavarok. Dyspepsia. Vérhányás. Haematemesis. Gyomorhaj. Bélhurut, béllob. Enteritis (nem fertőzött). Bélfékelyedés. Bélátűródás. Bélzáródás. Bélsárhányás. Ileus Bélesavarodás. Strangulatio intestini. Volvulus. Béliüreg. Intussusceptio. Sérvek. Hernia. Belsőpoly. Fistula intest. Hashártyagyulladás. Vízi betegség. Hasvízkór. Epekövek. Májzsugorodás. Cirrhosis hepatis. Májzorvadás. Atrophia hepatis. Egyéb (névszerint).

XII. Mirigyek betegségei. Nyirkmirigyrendszer betegségei (nem fertőzött). Lépbetegségek. Bi. onchocele. Addison-kór. Egyéb (névszerint).

XIII. Húgyzervek betegségei. Vesegyulladás, heveny. Nephritis acuta. Bright-kór, fehérjevizelés. Morbus Brightii. Albuminuria. Húgyvérűség. Űraemia. Húgyrekedés. Oppressio urinae. Húgykő. Vértelzés. Haematuria. Húgyhólyag és a prostata betegségei. Egyéb (névszerint).

XIV. A nemző szervek betegségei. Petefészek betegségei. Méh- és hüvely betegségei. Havi vérzés zavarai. Medenczetályog. Abscessus pelvis. Gát-tályog. Abscess. perinaei. Mony, herék és herezaesko betegségei. Egyéb (névszerint).

XV. Szülésből származó betegségek. Gyermekekágyban: Elvetélés, koraszülés folytán haláleset. Elvérzés. Placenta praevia. Mania puerperalis. Eclampsia, convulsiones puerperales. Phlegmasia dolens. Egyéb (névszerint).

XVI. Csontok betegségei. Csontszú (nem gümős), csontüszkösödés. Caries. Necrosis. Csont-, csonthártagygyulladás. Ostitis, periostitis. Phosphoros csontüszkösödés. Necrosis phosphorica. Csontlágulás. Osteomalacia. Egyéb (névszerint).

XVII. A bőr betegségei. Felfekvés. Alsózárfekély. Bóralatti kötőszövet lobja (nem fertőzött). Cellulitis. Eczema. Pemphigus. Egyéb (névszerint).

XVIII. Halál baleset folytán. Sérülések, rázkódások, zúzódások. Szúrás, sebzés. Lövés. Égetés, leforrázás, maróanyaggal leöntés. Mérgezés. Vízbefulladás. Egyéb fuladás (névszerint). Villámsújtás. Elékezés. Megfagyás. Egyéb (névszerint).

XIX. Öngyilkosság. Szúrás, sebzés. Lövés. Lezuhanás, legrás. Mérgezés. Vízbefulladás. Felakasztás. Egyéb (névszerint).

XX. Gyilkosság. Sebesítés. Lövés. Mérgezés. Megfojtás. Egyéb (névszerint).

XXI. Birói kivégzés.

XXII. Bizonytalan eredetű erőszakos halál. Sérülés, zúzódás, lezuhanás. Szúrás, sebzés. Lövés. Égetés. Mérgezés. Vízbefulladás. Egyéb (névszerint).

XXIII. Meg nem állapítható halálokok. Rögönös halál, meg nem állapítható okból. Halál, meg nem állapítható betegség folytán.

\* \* \*  
BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM  
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára  
Budapest, VIII. Baross-u. 23-25  
Telefon: 143-600.



Budapest székes főváros közegészségi állapota 1895. június hóban. A székes főváros közegészségi állapota viszonyítva a múlt havihoz úgy az általános halálozás, mint a heveny ragályos kórok számbeli adatai tekintetében javult. Elveszülte e hóban 1825, meghalt katonák nélkül s az útról jött s itt elhalt 123 egyén levonásával 1015, így a születési esetek 810-zel múlták felül a halálozásokat. A heveny-ragályos betegségek közül legsűrűbben mutatkozott a kanyaró, vörheny, ronsoló toroklob, kapcsolatban a torokgyíkkal. Junius hóban a székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 5335 fekvő és 8702 járóbeteg. A ker. orvosok által gyógykezeltetett 2137 fekvő és 1699 járóbeteg, összesen 3896. Junius hóban a lipótmezei orsz. tébolyházban 884, az angyalföldi elmebeteg ápolóban 304, az irgalmasoknál 208, a megfigyelő osztályon 100, Schwartz dr. idegyógyintézetében 127 elmebeteg ápolatott. Beoltatott 1145 fiú, 1077 leány, összesen 2222. Újra oltatott 1456 fiú, 802 leány, összesen 2258. Ebmarás előfordult 10, vesztebmarás 2 esetben. A köztisztaság általában véve kielégítő volt. A vízvezetési víz jó volt. Kéjnő vizsgáltatott 1325 (bordélyos 454, magán 737), ezek közül kórházba küldetett 134. Orvosrendőri boncsolás végeztetett 50, orvostörvényszéki 17 esetben. Öngyilkosság 25 esetben fordult elő és pedig lövés 11, akasztás 6, mérgezés 3, egyéb módon 5. A Dunából 4 hullá fogatott ki. Az állategészségügy nem volt kedvező, noha úgy a lótakonykór, valamint a sertésvész a múlt havinál jóval alább hagyott, de még egészen meg nem szűnt. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Antalik Károly, Steiner Gyula, Schmitzer Salamon, Burger Manó, Zakariás János, Litzkó Lajos, Kronberger Vilmos, Révész Gyula és Leitner Benjamin egyet. orrostudorok, valamint 3 szülésznő.*

### Vegyesek.

Budapest, 1895. augusztus 15-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. július 28-dikától augusztus 3-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 431 gyermek, elhalt 273 személy, a születések tehát 158 esettel múlták felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, ronsoló toroklob 4, hökhurut 1, kanyaró 2, vörheny 2, typhus abdominalis 2, gyermekági láz 2, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 12, agyvérömleny 5, rángások 12, szervi szívbat 3, tüdő-, mellhártya- s hörglob és höghurut 19, tüdőgümő és sorvadás 43, bélhurut és béllob 89, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák 1, Brigh-kór és veselob 7, angolkór —, görvélykór 2, veleszületett gyengeség és alkathiba 18, aszkór, aszály és sorvadás 13, aggkór 6, erőszakos haláleset 14. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2044 beteg, szaporodás 816, csökkenés 813, maradt e hét végén ápolás alatt 2045. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1895. augusztus 5-dikétől augusztus 12-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 16, himlőben 1, álhimlőben 1, bányahimlőben 6, vörhenyben 12 (meghalt 2), kanyaróban 22 (meghalt 1), ronsoló toroklobban 22, torokgyíkbán 1, trachomában 14, hökhurutban 6, trachomában 14, orbánczban 5

— Az iskolaorvosi és egészségtan tanári tanfolyam f. é. szeptember 15-dikétől december 15-dikéig fog tartani. Jelentkezni lehet erre szeptember 1-10-dike között az orvoskari dékáni hivatalban Budapesten.

○ Gyógyfürdő-elnevezés engedélyezése. A m. kir. belügyminister megengedte, hogy a pozsonyi iparbank Pozsonyban a Gröszling-uteza 10. sz. a. létesített fürdőjét, melynek tulajdonosa a gyógyfürdőknek biztosított 20 évi adómentességről lemondott, gyógyfürdőnek nevezhesse. — A m. kir. belügyminister megengedte, hogy a jászóvári premontrai rend tulajdonát képező s Pecze-Szt.-Mártou község határában fekvő *Felix-fürdőtelep* gyógyfürdőnek neveztesse.

— A budapesti Császárfürdőben 1895. január 1-től július 31-ig 778 személy lakott, és 256,134 személy fürdött.

— Hazai fürdők személyforgalma. *Balaton-Füved* (VIII. 4.): 5360; *Korytnicza* (VIII. 6.): 1126; *Tátrafüved* (VIII. 7.): 2718; *Vihnye* (VIII. 5.): 956; *Lubló* (VIII. 7.): 813; *Szliács* (VIII. 8.): 1125; *Alsó-Tátrafüved* (VIII. 9.): 1333; *Új-Tátrafüved* (VIII. 8.): 1615.

— A nyitramegyei „Ágoston“ közkórházban az 1894. évben *Fridrich Alajos* kórházi igazgató kimutatása szerint összesen 730 beteget (444 férfi és 286 nő) ápoltak; a halálozási százalék 9.4 volt; egy beteg átlag 25.23 ápolási nap esett. Nagyobb műtét összesen 39 esetben végeztetett.

— A pesti izr. hitközség kórházában az elmúlt évben 1355 fekvő beteget ápoltak, és pedig a belgyógyászati osztályon 676-ot, a sebészetin 434-et, a szemészetin pedig 245-öt. A bejáró betegek száma volt a belgyógyászati osztályon 4600, a sebészetin 2760, a szemészetin 5616. A rendelő orvosok összesen 1332 betegnek rendeltek; ezek közül volt gége-, orr- és torokbeteg 547, fülbeteg 526 és nőbeteg 259. Az ápolási napok átlaga 24 volt. A halálozási százalék 7.9-et tett.

— A fertőző betegségek elleni kiadások Magyarországon és Ausztriában az utolsó négy évben:

	Összes kiadás		Ebből a choleraelleni védekezésre esik	
	nálunk	Ausztriában	nálunk	Ausztriában
1891-ben	1,204	160,535	—	—
1892-ben	96,753	332,099	96,653	131,500
1893-ban	94,781	386,478	94,105	212,531
1894-ben	120,126	550,529	111,777	384,262

—r. Úgy mint mult évben, ez idén is a *Trencsén-Tepliezi* fürdőben, Felső-Magyarországban szeptember hóban a fürdővendégek teljes pensióba vétetnek és három forintért teljes ellátásban, a szükséges fürdőkben és tisztességes szobában részesülnek.

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

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

Az *Izzapfürdő* 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. Prospectust díjmentesen küld az igazgatóság.*

### Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-közkórházban 1895. augusztus 8-tól egész 1895. augusztus 14-ig ápolat betegekről.

1895.	Felvett			Elbocsátott			Moghalt			Maradt			Az ápoltak közül			
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülendő	heveny fertőző	az álló-ári kórházban
Aug. 8	43	33	76	28	30	58	4	1	5	956	1002	1958	950	45	52	911
" 9	37	31	68	45	29	74	1	1	2	957	1003	1960	958	45	50	907
" 10	40	57	97	66	33	149	8	4	12	923	973	1896	934	45	48	869
" 11	31	28	59	37	36	73	5	—	5	912	965	1877	939	45	49	844
" 12	62	54	116	49	53	102	5	—	5	920	966	1886	939	45	51	851
" 13	54	60	114	38	46	84	5	3	8	931	977	1908	955	45	47	861
" 14	55	38	93	46	23	69	2	1	3	938	991	1929	970	45	50	864

### HIRDETÉSEK.

**DR. DOLLINGER GYULA**

**TESTEGYENÉSZETI ÉS SEBÉSZETI INTÉZETE**

**BUDAPEST VII., KEREPESI-ÚT 52.**

TERMÉSZETES

**BILINI SAVANYUVIZ!**

Legkiválóbb képviselője az alkalicussavanyu-  
vizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint  
gyógyforrás évenként növeli elismert jó hírnevét s azonkívül a  
legkitünőbb diaetikus italt képezi. **EDESKUTY L. úr ivó-  
csarnokában** a nyári hónapokban pohárszámra is kapható.

**Pastilles digestives de Bilin**  
(Bilini emésztési cukorkák) biztos szer min-  
dennemű emésztési zavarok ellen, mindig friss  
minőségben van készletben a főraktárban.

**EDESKUTY L.** cs. és kir. és szerb kir. udv.  
szállítónál **BUDAPESTEN.**

Kapható azonkívül minden gyógyszertárban, fűszerkereskedésben,  
szállodában és vendéglőben. **Pastilles de Bilin** a legjobb gyógy-  
szertárban és gyógyszerárú-kereskedésben.



# 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 fővárosi szt. János-kórház gégeészeti osztályáról.

Irsai Artur dr., egyetemi magántanártól.

Súlyos gégesyphilisnek kezelése intramuscularis sublimat-injectiókkal.<sup>1</sup>

Midőn ma a súlyos gégesyphilisnek a ezimben jelzett kezeléssel tett tapasztalataimról beszámolok, kötelességszerűen fel kell említenem, hogy a syphilisnek ily módon való kezelése nem új, bár a higanykészítmények intramuscularis injectiójának alkalmazása sokkal későbbi keletű, mint azoknak bőr alá fecskendezése. Lewin 1867-ben kísérte meg először a sublimatnak bőr alá fecskendezését, Scarenzio, Flarer, Magni pedig a calomel injectiókat. 1883-ban Smirnof, 1885-ben Soffiantini ajánlották az oldhatatlan sóknak az izmok közé való fecskendezését. Tudvalevő dolog, hogy a sublimat bőr alá fecskendezések, mint azt Lewin körvonalozta, csakugyan igen gyors visszafeloldódásért birják a bujakóros tüneteket, különösen mondhatni biztos eredményt nyújtva még kétségbeejtő eseteknél is, továbbá a recidivák ritkasága, a kezelés egyszerűsége, az adagolás pontossága előnyt biztosít ezen orvoslásnak.

A ritkábban és töményebb higanyoldatokkal végzett bőr alá fecskendezésekkel gyors és intenzívebb gyógyeredményt érve el, nem zárkozhatunk el másrészt azon veszély elől, mely a higanynak cumulativ felhalmozódása által a szervezetben oldhatatlan higanykészítményeknek alkalmazásánál beállhat. Az oldható sókról tudjuk, hogy a mennyit befecskendezünk, annyi fel is szívódik, azon kifogás pedig, hogy kevés higanytartalmuknál fogva gyakran és hosszú időn át kell alkalmazni azokat, manapság már nem állja ki a bírálatot. Az oldhatatlan higany sóknak azon dicséretét pedig, hogy a felszívódás csak lassanként és huzamosan megy végbe a befecskendezés helyéről, legtöbbször tagadják, Róna egyenesen a legnagyobb hátránynak tartja, mert a teljes felszívódás ideje kiszámíthatatlan. Szerinte az oldhatatlan sók adagoláshátránya az oldhatókéval szemben az, hogy „a pontos adag bekebelezése mellett absolute nem tudjuk, hogy a bekebelezett adagból egyszerre mennyi, vagy hogy az egész mikor szívódik fel”. Ha itt a higanynak kellemetlen mellékhatásai jelentkeztek, úgy nem vagyunk képesek többé a betelepített higanynak további felszívódását meggátolni, nem vagyunk képesek tehát egy kezdődő salivatiót vagy profus hasmenést megszüntetni, miután az oldhatatlan higanykészítmény intramusculariter befecskendezése által létrejött higanytelepről folytonosan jut a szervezetbe újabb higany mennyiség.

Azon feltevésből kiindulva tehát, hogy nagyobb adagai az oldható higany sóknak intenzívebben hatnak, dacára annak, hogy ritkábban alkalmazhatók és hogy a higanymérgezésnek veszélye az oldható higanykészítmények gyors kiválasztása miatt nem igen következhetne be, Lukasiwicz 1891-ben nagy töménységű sublimatoldatokat kezdett alkalmazni befecskendezésként a syphilis orvoslásánál. Kezdetben 3%, később

<sup>1</sup> Előadott a magyar fül- és gégeorvosok egyesületének május 2-dikán tartott ülésén.

5% sublimatoldatot használt épp úgy mint Lassar, csakhogy ő mindig intramuscularis injectiókat végzett.

A betegek részéről oly csekély volt a reactió, a gyógy-siker pedig oly ecelatás, hogy Lukasiwicz később csakis az 5%-os oldatot használta. 1892-ben 100 esetről számol be, hol mindannyiszor 5% sublimat intramuscularis injectióját alkalmazta és a melyeknél nemesak az eljárás megbízhatósága, hanem annak teljes ártalmatlansága is bizonyult be. Hetenkint egy injectiót végzett és csakis néhány kiválóan súlyos esetről alkalmazott két injectiót 4—5 napi időközben, a nélkül, hogy az utóbbiaknál is kellemetlen szövődmények beállottak volna. Ugyan Lukasiwicz azon tapasztalati tényről szem előtt tartva, hogy még az oldhatatlan higanykészítményeknek is (calomel, Hydr. oxyd. tannic; Hydr. flav. stb.) a glutensok közé való alkalmazása sokkal jobban türelik el, ezen nagy töménységű sublimatoldatokat szintén a glutealis izomzatba fecskendezte be.

Az általa használt oldat a következő: Rp. Sublimat. corrosiv. Natrii chlorat. aa 0.5, Aqu. dest. 10.0. MDS. Egy Pravatz-fecskendővel (tehát 0.05 sublimat). Szükséges volt, hogy ezeket előre bocsátsam, a midőn a súlyos gégesyphilis orvoslásánál ezen említett eljárást megkísérlettem. Tudtommal a laryngologikus praxisban én használtam először. Eseteimnek legnagyobb része kórházi osztályomon kezeltetett, ezekre óhajtok különösen kiterjeszkedni.

1892. november 19-dikén bemutattam az orvosgyógyászati társaságban két egyént, a kiknél 5%-os sublimat-injectiókat használtam. Azóta m. é. végéig, tehát két év leforgása alatt még 10 súlyos gégesyphilisnél volt alkalom az 5%-os intramuscularis sublimat-injectiók sikerét constatálhatni. Az így kezelt betegek száma igaz nem nagy, de súlyosságukhoz viszonyítva az elért eredményt, azt kell mondanom, hogy erkölcsi kötelességnek tartottam ezzel már most beszámolni, mert meggyőződésem szerint a súlyos gégesyphilis orvoslásában ezen eljárással oly tényezővel birunk, mely kétségtelenül fölényen bir az alkalmazható többi eljárások felett, különösen ott, hol az életveszélyes tüneteknek gyors elhárításáról van szó. Ez alatt értem első sorban azon nagyfokú nehézlégzést, sőt suffocativ állapotot, melyet különböző syphilis okozta gégeelváltozások létrehozhatnak és melyek rendszeren tracheotomia sürgős végzését javallják.

Az első két esetenél a kórházba való felvételkor a garat- és gégesyphilisnek olymértű tünetei mutatkoztak, melyek a nagymértű nehézlégzés miatt a légszomjazásnak szükségességét helyezték kilátásba. A sublimat-injectiók intramuscularis alkalmazása azonban nemesak feleslegessé tette az operatív beavatkozást, hanem a gyógy-siker oly rohamos és intenzív volt, hogy azt ily mértékben és ily gyorsan aligha lehetett volna más eljárással elérni.

A kórtörténeteket röviden ide igtatom.

B. Lajos, 34 éves, zenész, 14 évvel ezelőtt kemény fekélye volt másodlagos tünetekkel. Gyógykezelésre minden tünet elmúlt. Egy év óta ismét rekedt, három hét óta nehézlégzése van, a mely a legcsekélyebb testmozgás alkalmával fuladási rohamig fokozódik. Jelen állapot: a garat erősen belövelt, a gégefödő piros, nagyfokban megvastagodott. Az élénkpiros gége képletei, különösen az állangszalagok annyira duzzadtak voltak, hogy a valódi hangszalagokat látni nem lehetett. A bal kannaporez nagy mogyorónagyságnyi daganattá alakult át és oedemás; a regio interaryt.



infiltrált. A bal gégefél teljesen mozdulatlan volt. Légzéskor erős stenotikus zörejt lehetett hallani. Jellegzetes tarkó- és lágycmirigyek. Minden nehézség nélkül fel lehetett a gégesyphilis — perichondritis — kórisméjét állítani.

Hetenként kapott egy injectiót. Összesen kilenczet, valamennyit a glutealis izomzatba. Az első injectio után néhány napra a stenotikus zörejt már gyengült. A 3-dik injectio után a gége stenosis tünete teljesen megszűnt. A gége képleteinek duzzadtsága alább hagyott. A bal kannaporcznak alakja kezdett kibontakozni. A gégerés, mely felvételkor alig néhány milliméternyi tágságot mutatott, most a légesöbe tekintést megengedte. A javulás minden injectióval előrehaladt, úgy hogy elbocsátásakor a bal kannaporc korlátolt mozgékonyaságán, illetőleg merevségén kívül abnormitás a gége képletein nem volt észlelhető.

A második beteg Z. Mária, 54 éves, kofa; 12 évvel azelőtt tracheotomiát végeztek nála rohamosan fejlődő légzési nehélység miatt, melyek fulladási rohamokig fokozódtak. Ugyanekkor testének és végtagjainak bőrén kiütései voltak. Felvételkor ismét fulladási rohamokban szenvedett. A garatvizsgálat azt mutatta, hogy a gégebemenetet majdnem teljesen elzáró, sima tapintatú, piros nyálhártyával bíró körülbelül nagy diónagyságú daganat székel a hátsó garattal középvonalában.

Ez okozta a nehézlégzést és akadályozta a gégebe való tekintést. A betegnél azonkívül szétszórtan gummák voltak a testen találhatóak. (Egyik a triceps lefutásában.) Ezen beteg összesen 7 injectiót kapott. A gummák a testen teljesen visszafelődtek. A garatbelső terimenagyobbodás eltűnt, a stenotikus légzés magától értetődve e szerint megszűnt.

Behatóbban még további 3 esettel akarok foglalkozni, hol a syphilitikus elváltozások szintén dyspnoé, illetőleg gégestenosis okoztak.

Ezek sorában mint 3-dik esetet S. Gabriella (1892. nov. 27.), 25 éves kéjnot emlitem, ki állítólag 3 évvel felvétele előtt kapott egy kemény fekélyt, mely után 6—8 hétre másodlagos tünetek fejlődtek, kivirágzások a törzs és végtagok bőrén, plaqueok a száj és garatban.

Gyógykezelésre néhány hét múlva teljesen visszafelődtek ezen jelek és a beteg 3 éven keresztül teljesen egészségesnek érezte magát. Felvétele előtt 2 hónappal vette észre, hogy nehezen nyel, orvosi tanácsra különféle gargarismákat használt, ezek daczára napról napra fokozódtak a nyelési nehézségek, úgy annyira, hogy már folyadékából is csak a legnagyobb kinnal bírt magához venni, a mellett légzési nehélységi támadtak. Ily állapotban kérte felvételét.

A garatba tekintve, a garat középvonalában elhelyeződő középen kifekélyesedett terimenagyobbodást lehetett látni, melynek aláfelé folytatódását a gégetükkörrel lehetett constatálni. A terimenagyobbodás határát, mely most nagy diónagyságúnak bizonyult, jól ki lehetett venni. Ezen terimenagyobbodás a gégebemenet előtt foglalva helyet, a gégebe való tekintést nem engedte meg, de annyira előre nyomult, hogy a géget teljes elzáródással fenyegette, innen volt a nehézlégzés. Másrészt ugyanazon terimenagyobbodás, melynek mint említém középső része fekélylyé alakult át, egyszersmind oka volt a nyelési nehézségeknek is. Az anamnestikus adatok megbízhatósága, a diffus mirigybeszűremkedés, továbbá a jellegzetes garatváltozás minden kétséget kizáró módon egy szűes gumának kórisméjét biztosította.

Gyors és erélyes beavatkozásra lévén szükség, az 5%-os intramuscularis sublimat-injectiók alkalmazásához fogtam. És itt is, úgy mint az előbbi esetekben a kívánt és várt gyors eredményt észlelhettem. A 3-dik injectio után úgy a nehézlégzés mint a nyelési nehézségek engedtek. A 7-dik injectio után a beteg elhagyta a kórházat, a légzés teljesen szabadabbá lett, a nyelés minden akadály nélkül ment végbe. A terimenagyobbodás visszafelődött és fekélyesedés helyét heg foglalta el. Úgy ezen, mint a 2-dik esetről szigorúan véve garatsyphilis okozta gégestenosis tünete állott fenn.

A 4-dik eset: B. Gusztáv, 28 éves, vasúti mérnök (1894. okt. 20.) felvétele előtt egy évvel szerzett kemény fekélyt, azóta daczára a folytonos kezelésnek (higany-jód), a gégesyphilisnek olymértű tünetei fejlődtek, hogy stenosis jött létre. Felvételkor az epiglottis megvastagodottnak látszott, szélei kifekélyesedve, a

kannaporcok mogyorónagyságúak voltak, elülső részükön kifekélyesedve. Az álhanszalagok vastagoknak és egyenetleneknek mutatkoztak, a valódi hanszalagok élénk belöveltséget és duzzadtságot küldtek. A bal kannaporcznak mozgékonyasága annyira korlátolt volt, hogy a duzzadt álhanszalagoknak és megnagyobbodott kannaporcok által milliméterekre szűkített gégerés némi tágulását legmélyebb belézéskor is alig lehetett észrevenni. A legesekélyebb köhögési rohamnál vagy testmozgásnál már a nehézlégzésnek oly foka jelentkezett, hogy megfuladástól kellett a beteget féltetni. Ily körülmények között nyilvánvaló lévén a luetikus megbetegedés, nem késtem a sublimat-injectiókkal. És valóban meglepően állott be a javulás. Mit hónapokon át vezetett mindennemű antiluetikus kúra nem bírt létrehozni, az már a 2-dik injectio után szembetűnővé vált, hogy u. i. a nehézlégzés nagy mérvben csökkent. Az infiltratiók, oedemák, fekélyesedések kezdtek visszafelődni. A 6-dik injectio után a beteg elhagyhatta a kórházat. Eltekintve a visszamaradt hegektől és a bal kannaporcznak korlátolt mozgékonyaságától, a betegnek gégejét gyógyultnak lehetett kijelentem.

Az 5-dik eset következő.

N. György, 50 éves, molnár. (1894. december 15.) Felvétele előtt két hónap óta keletkeztek légzési nehélységi, különösen ha hevesebb testmozgást végzett. Felvételekor nagyfokú nehézlégzés található, mely néha fulladási rohamokig fokozódik. A gégerés alig néhány milliméternyi rést képez mély belézés daczára. Mindkét álhanszalag duzzadt, úgy hogy a valódiakat látni nem lehet. A gége hátsó része nagy fokban oedemás. A jobb kannaporc megnagyobbodott. A betegnél teljes nyugalomban is távolról hallható stridor van jelen, mely a legesekélyebb testmozgás alkalmával már fuladozásig fokozódik. Előre ment luetikus infectio, a tarkó-mirigyek beszűremkedése, a megfelelő gégetükri lelet arra vezetett, hogy itt is az erélyes és gyorsan ható sublimat-injectiókat használjam. A mint láthatjuk, teljesen kielégítő eredménnyel. Szintén 7 injectiót kapott. A légzési nehélység megszűntek és azt a mit a betegnél ma a garat és gégebe található hegeken kívül látni lehet, az a jobb gégefélre szorítkozik, a mennyiben a jobb gégefél mozgása akadályozott a crico-aryt.-izület merevsége folytán. Ezen beteget Polyák Lajos barátom utasította kórházi osztályomra, minden bizonynyal azért, mert a nagymértű stenotikus tünetek miatt nem tartotta tanácsosnak őt ambuláns kezelni.

A mi a többi eseteket illeti, hol hosszú ideig fennálló és egyéb szerelésnek daczoló nagymértű fekélyesedések, infiltratiók, továbbá perichondritikus folyamatok szerepeltek, azokra nézve is oda concludálhatok tapasztalataim során, hogy az említett injectiók valamennyinél gyógyulást eredményeztek és pedig oly idő alatt és oly intensive, mint az egyéb szereléssel alig érhető el.

Még néhány rövid megjegyzésem volna az injectiók kivételét illetőleg.

Az injectiókat mindig a gluteusok közé alkalmaztam. Magától értetődik, különös elővigyázattal, váltakozva hol az egyik, hol a másik oldalon (jobban mondva más más helyen) történjék az injectio. Ez injectiók alkalmazása előtt a bőr előbb szappanos vízzel lesz lemosva, utána aetherrel ledörzsölve. A sterilizált fecskendő (Pravatz) egy hosszabb tűvel armozzuk. Függetlenül irányban a tűt gyorsan a glutealis izomzatba szúrjuk be és a fecskendő tartalmát az említett oldattal befecskendeztük. A befecskendezések rendszerint hetenként egyszer végeztettek. Közvetlen a befecskendezés után egyeseknél a befecskendezési hely körül fellépő rövid ideig tartó zsibbadás érzetét fájdalom váltotta fel, mely a hasonoldali végtag felé sugárzott ki. Ez azonban szintén rövid ideig tartott. Az esetek nagyobb számában fájdalmak egyáltalában nem jelentkeztek. Abscessus a befecskendezési helyen egyetlen egyszer sem fejlődött. Salivatio egy-két esetben csakélyebb mérvben lépett fel. Stomatitis egyszer sem. A befecskendezések száma rendszeren 7 volt, de voltak betegek, kiknél 8, 9, sőt 10 befecskendezést is adtam. A 8—9—10-diket már ambuláns kapták a nélkül, hogy ez által foglalkozásukban akadályozva lettek volna.

A vesék vagy a bélhuzam részéről semmiféle complicatio sem mutatkozott.

Hőemelkedést nem észleltem.



Betegeim a kezelés befejezése óta nem kerestek fel újlag, a mi arra enged következtetni, hogy nem recidiváltak, mert hiszen oly szembeötlő és fényes eredmény után ezen kezelés az illető betegek bizalmát bírja, nem hihető tehát, hogy ha kiújulást tapasztaltak volna, ne ismét elhez folyamodtak volna. A valószínűség tehát a mellett szól, hogy ezen kezelés után a recidivák is talán ritkábbak. A sublimaton kívül más oldható vagy oldhatatlan higanykészítménnyel nem kísérleteztem, erre nézve tehát tapasztalataim nincsenek, ha azonban Lukaszewitz statistikáját tekintem, akkor azt kell következtetnem, hogy sem a Lang-féle 30%-os ol. ciner, sem pedig a Schwimmer-féle 8%-os hydr. sozodolite. nem vetekedhetnek a sublimattal, bár azoknak gyógsikere is kielégítő.

Fentebb említettem, hogy az intramuscularis sublimat-injectiók alkalmazása különösen ott van indikálva, hol gyors elhárításáról van szó az életet veszélyeztető stenosisnak a nélkül, hogy tracheotomiát kelljen végezni, nem említve az intubatiót, mely által mint tudjuk adott esetben még a tracheotomiát is képesek vagyunk elkerülni. Azért nem állítottam a tracheotomia mellé az intubatiót, mert ismét tudjuk azt is, hogy tracheotomiát bármely alakú syphilis okozta gégeelváltozásnál végezhetünk, de intubatiót nem. Kiterjedt fekélyesedéseknél vagy infiltrációknál, perichondritis okozta stenosisoknál az intubatio kivihetetlen, de kivihető oly esetekben és azért említtem ezt most fel itt pótlólag, a hol olynemű syphilis okozta gégeelváltozás van jelen, melynél a hangrést tágító izomzatnak működésképtelensége vagy fogyatékosága folytán hűdés áll be. Itt addig míg az erélyes higanykezelés hat, az intubatio jó szolgálatot tesz. Nem ez a helye, hogy itt a syphilitikus gégeelváltozás ezen említett alakjának magyarázatába boesátkozzam, elegendőnek tartom egyebek között Mackenzie tekintélyére hivatkoznom, a ki ezen elváltozások okát az izmok gummás gócaiban véli megtalálhatni.

Ha nyert tapasztalataim alapján tehát most végeztem ismét hangsúlyozom, hogy a súlyos gégesyphilis eseteiben az 5%-os intramuseularis injectiók alkalmazása főlényvel bír az antiluetikus egyéb szereléssel szemben, úgy azt hiszem az elmondottak szerint feljogosít erre azon fényes eredmény, melyet elértem a nélkül, hogy a higanyserelések rossz mellékhatása bármiképen zavarólag befolyt volna.

**Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem II. számú (Réczey Imre tnr.) sebészeti klinikumáról.**

**Betegforgalom az 1892/93. évben.**

Közli Gönczy Béla dr., műtő.

(Folytatás.)

**III. Mell, hát.**

Betegség neve	Felvétetett		Elbocsáttatott								Megg halt	
			gyógyul-tan		javulva		gyógyn-latlan					
	össze-sen	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	
I. Lobok.												
a) lágyrészeken ...	48	28	20	10	15	13	3	5	1	—	1	
II. Sérülések.												
a) lágyrészeken ...	40	28	12	22	12	4	—	—	—	2	—	
III. Álképtetek.												
a) lágyrészeken ...	38	9	29	8	28	—	—	—	1	1	—	
IV. Vegyesek.												
c) különfélék ...	5	2	3	—	—	2	1	—	—	—	2	
Összesen ...	131	67	64	40	55	19	4	5	2	3	3	

**1. Lobok.**

a) Lágyrészeken 48 eset (28 férfi, 20 nő).

*Abscessus frigidus* 20 esetben a háton, 1 esetben a mellen, 2 esetben a keresztcsont felett.

A hideg tályogokat oly módon kezeljük, hogy nagy metszésekkel megnyitva azokat, a kibélelő pyogen hártát kanállal lekaparjuk és ha a szomszéd szövet szürkés színe által kóros minőségűnek tűnik fel, ezt is olló és esipővel eltávolítjuk; ezután a sebet bevarrjuk. Hogy mily fontos a pyogen hártának s a szomszéd kóros szövetnek lekiismeretes eltávolítása, mutatja két esetünk, melyek per primam gyógyultak.

A hideg tályogok képződéséhez legtöbb esetben tuberculosis csontgyulladás vezet, s így nagyon érthető, hogy teljes gyógyulást csak akkor érhetünk el, ha sikerül feltalálni a kóros csontot, s azt el is távolíthatjuk. Ezért a tályognyitás után pontosan megvizsgáljuk a falzatot, hogy egy ürmeneten át hol juthatunk a genyedést okozó beteg esonthoz. Sok esetben ez nem sikerül, de igen sokszor lelkiismeretes vizsgálat a baj forrásához vezet s radikális műtét lehetséges.

Bár ellenmondásnak látszik az, hogy ott, hol folytatólag is genyedést várunk, a sebszéleket egyesítjük, a tapasztalat azt bizonyítja, hogy mégis így érjük el aránylag a legjobb eredményeket, mert a fertőző geny eltávolítása után a sebszélek azonnali összevarrása által külső fertőzés lehetőségének útját szegjük s legalább egy időre jobb állapotot teremtünk a betegnek.

Ha a tuberculosis baj eredeti helyét nem sikerült felderíteni s gyökeres műtétet végezni, akkor az esetek többségében később ismét tályoggal állunk szemben, vagy pedig fungosus sarjakkal bélelt fistulával. Ha sikerül a kórokat feltalálni, azonnal el szoktuk végezni a resectiót.

Úgy mint másutt, itt is kerüljük a drain alkalmazását, s a sebszélek összevarrása után nyomó kötést alkalmazunk.

Eseteink közül ötször jutottunk érdes esontra, és végeztünk bordaresectiót három izben, a szegycsont resectióját egy izben s a keresztcsont resectióját egy izben. Teljes gyógyulást hét esetben értünk el, s ezek közül kettőben a pyogen hártát egész terjedelmében sikerült kifejteni.

23 esetünk közül gyógyult 4 férfi, 3 nő; javult 12 férfi; gyógyulatlan maradt 4 férfi.

*Carbunculus regionis lumbalis* egy esete scarificatióra gyógyult (férfinál).

*Empyema thoracis* három esetében thoracotomiát végeztünk, s drain alkalmazása mellett egy férfinál gyógyulást, két nőbetegnél javulást értünk el. Egy esetben thoracocenthesissel értünk el javulást (férfi). Egy nőbetegnél phthisis pulmonum következtében halt meg.

*Furunculus dorsii* 8 esete incisióra gyógyult 5 férfinál, 3 nőnél.

*Mastitis*nél hét esetben incisio, három esetben nedves carbolkötés alkalmazásával értünk el gyógyulást (10 nő).

*Ulcus tuberculosum pectoris* egy esete javult annak kikaparása után (1 nő javult).

**2. Sérülések.**

a) Lágyrészekben 40 eset (28 férfi, 12 nő).

*Contusio dorsii* 18 esetünkben voltak kisebb-nagyobb zúzódások, melyek hűvös borogatások alkalmazására gyógyultak (8 férfi, 10 nő). Sérültek közül hárman a 3-dik emeletről zuhantak le, s a hát zúzódásain kívül semminemű más sérülést sem szenvedtek.

*Vulnus contusum thoracis* mindkét esetében varratok alkalmazása után genyedéssel gyógyultak a zúzott sebek (1 férfi, 1 nő).

*Vulnus punctum*. Hét esetben a háton, hat esetben a mellen egy mellsérülésen kívül a többi mind verokedésből származott; egy öngyilkossági szándékból zsebkéssel ejtetett. Csak két esetben volt tüdő-sértés is jelen, más két esetben azonban a szúrt seb az egész mellkasfalon áthatott, pneumothoraxot okozva. A többi sérülten a szúrt sebek még az izomzatban veszték el. 13 férfit beteg közül 1 ja ultan, a többi gyógyultan hagyta el a kórházat.

*Vulnus sclopetarium thoracis* 7 esete közül csak egy sérült volt nő, ez valamint egy férfi felgyógyultak, három férfi javultan távozott, kettő meghalt.

Mindkét eset öngyilkossági szándékból történt, s a lövések egyiknek kivételével mind a bal mellkasfélén voltak.

Egy esetben a 4. és 5. borda közt behatolt golyót a hátsó hónalj-vonalban az 5. és 6. borda közt — hol a bőr alatti kötőszövetben akadt fenn — távolítottuk el, azonban a seb nem gyógyult be teljesen, de egy ürmeneten át folyton genyedt, mely miatt bordaresectiót kellett utóbb végeznünk, s gyógyulást értünk el.

Egy esetben a lencsényi lött seben át a baloldali 5. borda lemez-telenített csontjára jutottunk, a golyónak azonban nyoma sem volt.

Két esetben a keletkezett haemathorax felszívódása után, minden complicatio nélkül javultan hagyták el sérültek osztályunkat. Egy esetben genyes mellhártyagyulladás állott be, melyet háromszor csapol-tunk, utoljára is bordaresectiót kellett nála végeznünk, mire ez is gyógyultan távozott el.



Két eset halálos kimenetelű volt, s egyik beteg, kit haldokolva hoztak be, nagyfokú vérhányás következtében elvérzés útján halt meg; a másikon a golyó a jobboldali 1. és 2. borda közt hatolva be, az arteria subclaviát sértette meg, további útjában a jobb tüdő két felső lebenyét fúrván át, a hát bőre alatt akadt meg. A boncolatnál nagymennyiségű vér találtatott a jobb mellkasfalban, mely a tüdőt erősen összenyomván, teljesen légtelenné tette.

3. *Álképletek.*

a) *Lágyrészekben* 38 eset (9 férfi, 29 nő).

*Carcinoma mammae* 29 esete közül csak egy volt férfibeteg.

A műtett esetek egy harmada kiújult mellrák volt. Őt esetben a hónalj mirigyek is be voltak szűrődve, s azok is kiirtattak. A kiirtott daganatok kis alma- egész férfiököl-nagyságúak voltak, 27 esetben kiirtás után sikerült a sebészleket összevarrni, egy esetben a fennálló diastasis miatt transzplantációt végeztünk, egy esetben sarjadzásra hagytuk a seb gyógyulását. Egy férfibetegünk az utókezelés alatt beállott pleuritis purulenta következtében elhalt.

Az emlőrákok kiirtásánál nagy metszéseket alkalmazunk, nem kimélve az ép részeket sem, miután a beálló anyagvesztés pótlására segítségül veszszük transzplantációt. Ily esetekben a sebészleket lehetőleg összehúzzuk, hogy minél kisebb legyen a sebfelület, s egy idő múlva, midőn a sebfelület már sarjadzani kezd, végezzük a transzplantációt. Drain alkalmazását az emlőrákok kiirtásánál is kerüljük, és nyomókötés alkalmazásával kerüljük el a vérömleny képződését. Ily kezelés mellett 27 esetben értünk el prima gyógyulást.

*Carcinoma regionis sternalis.* A sternum és bal emlő közt lévő gyermekfejnyi daganat kiirtása után néhány nappal transzplantációt is végeztünk (1 nő).

*Carcinoma thoracis* egy esete inoperabilis volt, mert a daganat az egész jobb mellkasfélét elfoglalta, helyenként a lecsupaszított bordákig szétesve, nagy anyaghiányokat mutatott (nő).

*Carcinoma regionis lumbalis.* A tojásnyi daganat kiirtása után a férfibeteg gyógyultan távozott.

*Chondrosarcoma pelveos.* A jobb farpofán egy a csonttal egész alapjával összefüggő daganat kiirtásába a beteg (nő) nem egyezett bele.

*Lipoma dorsi* 3. Gyógyult 3 férfibetegünk az alma- egész gyermekfej nagyságú daganatok kiirtása után.

*Lipoma thoracis.* Az ökölyi daganat a mellkas oldalán az emlővonalon volt; kiirtott (gyógyult 3 férfi).

*Sarcoma dorsi.* A diónyi daganatot a férfibetegnél kiirtottuk; gyógyultan távozott.

4. *Vegyesek.*

5 eset (2 férfi, 3 nő).

*Cicatrix ventriculi* egy esetében a nőbeteg kimerülés következtében halt meg. Az előrement marólúg-mérgezés heveny tüneteinek lefolyása után három hónap múlva hozatott be és már akkor alig volt képes beteg folyékony táplálékot magához venni; a beteg igen kimerült állapota miatt műtét nem végezettett s két héten át — a halálig — végbélén át kellett őt táplálnunk.

*Stricturea oesophagi.* Két esetben maró folyadékkal való mérgezés, két esetben bázisringrák okozta a szűkületet.

Eseteink közül háromnál javulást értünk el a bázisring hosszas tágitása után, és pedig míg egy betegnél a bázisring 1-es sondának sem volt átjárható, távozásakor 4-est fogadott be, a másik kettőnél a 4-esnek átjárható bázisringot annyira tágitottuk, hogy távozásakor a 16-ost is betölthattuk (2 férfi, 1 nő). Egy esetben a beteg, kit pár napig szintén végbélén át tápláltunk, kimerülés következtében halt meg.

IV. *Törzs csontváza.*

Betegség neve	Felvétetett		Elboesáttatott						Még-halt		
			gyógyul-tan		javulva		gyógyu-latlan				
	össze-sen	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
I. <i>Lobok.</i>											
b) csontokon	18	11	7	4	4	4	1	3	1	—	1
II. <i>Sérülések.</i>											
b) csontokon	25	20	5	4	2	11	2	1	1	4	—
Összesen	43	31	12	8	6	15	3	4	2	4	1

1. *Lobok.*

18 eset (11 férfi, 7 nő).

*Caries costarum* négy esetében végeztünk borda-resectiót, ezek közül hárman gyógyultak (2 férfi, 1 nő), javultan egy férfi távozott.

*Caries sterni.* A férfibeteg műtétbe nem egyezett bele.

*Osteomyelitis ilei.* Nyolcz betegnél végeztünk e miatt csontkapatást; négyen meggyógyultak (2 férfi, 2 nő), hárman csak javultan távoztak (2 férfi, 1 nő), míg egy nőbetegünk peritonitis következtében meghalt.

*Osteomyelitis sterni* egy esetében javulást értünk el a sternum egy részénck, s a jobboldali 5. s 6. bordapozrcznak resekalása által (férfi).

*Osteomyelitis sacri* egy esetében a folyamat felületes volt, s a kóros csont kikaparása után a beteg gyógyultan boesáttatott el (nő).

*Periostitis claviculae.* Nőbeteg műtét nélkül távozott.

*Spondylitis,* mindkét esetben (2 férfi) hideg tályog volt jelen a lágyékhatáiban, a gerincoszlop fájdalmas volta mellett. A tályogok megnyittattak, de a genyedés fenmaradt, s mindketten gyógyultatlanul távoztak.

2. *Sérülések.*

25 eset (19 férfi, 6 nő).

*Fractura claviculae* 10 esetben, 8 férfi s 2 nő. A törvégek teljes coaptatioja csak két esetben sikerült, a többinél azok eltolódott helyzetben consolidáltak.

*Fractura costarum.* 10 sérült közül egy szenvedett nyílt bordatörést (férfi), s ez a fellépett genyecs mellhártyalob következtében meghalt; egy másikon a halált (férfi) nagyfokú tüdőszéülés következtében beállott haematothorax okozta. Gyógyult 6 férfi, 2 nő.

*Fractura scapulae* egy esetében az acromion volt eltörve, sérült gyógyult állapotban boesáttatott el (férfi).

*Fractura vertebrae* két esetében halál következett be: egyiknél sülyedéss tüdőlob következtében, a másik már haldokolva hozatott (2 férfi).

*Luxatio claviculae* mindkét esetében a kulcsosont acromialis vége ficzomodott. Kemény kötést alkalmaztunk a fájdalomsság megszüntéig, s miután sérültek ekkor karjaikat egész szabadon tudták használni, nem volt indikálva az acromialis végnek resectioja (1 férfi, 1 nő).

V. *Has.*

Betegség neve	Felvétetett		Elboesáttatott						Még-halt		
			gyógyul-tan		javulva		gyógyu-latlan				
	össze-sen	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
I. <i>Lobok.</i>											
a) lágyrészekben	9	8	1	6	1	2	—	—	—	—	—
II. <i>Álképletek.</i>											
a) lágyrészekben	7	1	6	—	—	—	—	1	6	—	—
III. <i>Sérülések.</i>											
a) lágyrészekben	8	7	1	7	1	—	—	—	—	—	—
IV. <i>Vegyesek.</i>	124	101	23	82	16	3	1	10	3	6	3
Összesen	147	117	30	95	18	5	1	11	9	6	3

1. *Lobok.*

a) *Lágyrészekben* 9 eset (8 férfi, 1 nő).

*Abscessus parietalis* két esetében (1 férfi, 1 nő) incisiót végeztünk, egy férfinál magától tört fel a hasfali tályog. Mindhárman gyógyultak.

*Abscessus hepatis.* Két férfibetegnél értünk el gyógyulást feltárás után.

*Abscessus perinephriticus* két esetében (2 férfi) vesemetszéssel a vesekörili tályogot megnyitottuk. Mindkettőnél a metszést a spina ilei posterior superior felett húzott függélyes vonalon ejtettük; a bőr átmetzése után tompán haladtunk az izomzatot át a tályog faláig, melynek megnyitása után egyik esetben a bevezetett kőszonda a spina anterior superiornál a has mellső faláig jutott, itt ellennyilást készítettünk, majd vastag draint alkalmaztunk a sebnyilásba. Eljárásunkkal gyógyulást értünk el.

*Abscessus perityphliticus,* két ízben fordult elő (2 férfi), mindkét esetben a beteg gyógyultan távozott, a tályog feltárása és drain alkalmazása után.

*Ulcera sinuosa* kikanalazá-a után javult a férfibeteg.

2. *Sérülések.*

a) *Lágyrészekben.* 8 eset (7 férfi, 1 nő).

*Vulnus lacerum abdominis* egy esetében a bőr 28 centimetryni ivalakú metszéssel lebenyszerűen le volt szakítva. A sebészleket összevarrattak; a nőbeteg gyógyultan távozott.

*Vulnus punctum abdominis* mind a 7 esetében gyógyultan hagyták el a kórházat betegeink (valamennyi férfi), öt esetben a sebzés csak izomzatba hatoló volt, míg a másik két esetben a hasfalon egészen átható, s ezek egyikénél kis cseplezrészlet is elő volt esve. Előbbiek-nél a sebészleket egyszerűen összevarrtuk, míg az utolsónál a sebet tágitván, a cseplezt reponáltuk: peritoneum-, izom- és bőrvarratokat alkalmaztunk.



3. *Álképletek.*a) *Lágyrészek.* 7 eset (1 férfi, 6 nő).

*Carcinoma pylori* inoperabilis esetében a nőbeteg gyógyulatlanul távozott.

Az erősen lesoványodott, cachectikus betegnél a tüdők rendes határuak, a máj a jobb bordaívét nem haladja túl, a gyomor dobos kopogtatási hangja valamivel lejjebb terjed. A máj jobb szélé alatt férfikölnyi daganat van, melynek tompulata a májába átmegy, s a vele való összenövés miatt mozgathatlan. A beteg nagy mértékben elerőtlenedett, semmiféle táplálékot magához nem vehet. Végbélén át tápláltatott.

*Carcinoma omenti*, két nőbetegnél. Egyiknél más osztályon két hó előtt laparotomia végeztetett, mely alkalommal carcinoma omenti állapított meg nála, a műtét ennek kiirtása nélkül fejeztetett be. Azóta szabad hasvízkórja keletkezett, melynek megcsapolása végett vétette fel magát osztályunkra. Punctio után a beteg gyógyulatlanul távozott; úgy a másik is, ki műtétnek alávetni nem akarta magát. Ennél a bal epigastriumban egy szabadon mozgó almanagyságú carcinoma volt jelen.

*Carcinoma hepatis*. A cachectikus nőbeteg 5 hó óta májtáján daganatot érez, mely vele szorosán összefügg, dudoros felületű, igen kemény, lúdtójsányi, mely nyomásra fájdalmas. A beteg köztakarója, valamint a nyákhártyák ictericusak. Megfigyelés után, mint inoperabilis, más osztályra helyeztetett át.

*Tumor abdominis*, két nő- s egy férfibetegnél fordult elő, kettő műtét tárgyát képezte, s a végzett laparotomiánál kiderült, hogy egyik esetben a daganatot gümösen elfajult mesocoealis mirigyek okozták; a másik esetben pedig a csepleszen és mesenteriumon több alma, egész férfikölnyi carcinomát találtunk. További beavatkozás nem lévén indívalva, a hassebeket bevarrtuk, melyeknek per primam bekövetkezett egyesülése után betegeink gyógyulatlanul távoztak.

Egy férfibetegünkél a hastumor fejlődését kizárt sérv műtété előzte meg. Ugyanis a beteg felvétele előtt egy félévvel lova meg-rúgta, minek következménye sérvének kizáródása lett. Akkor Bassini-féle herniotomiát végeztünk nála. A seb szépen gyógyult, csak egy varratnak megfelelő helyen késlekedett a gyógyulás, s e helyen annyira fokozódtak fájdalmai, hogy ismét felvételre jelentkezett. A megejtett vizsgálatnál kiderült, hogy a hegyonaltól balra a hasfalzattal mozgó, két ökölnyi, élesen körülírt, egyenletes, kemény daganat van, mely próbapunctióra sötét, barnavörös folyadékot adott. A végbélén át végzett vizsgálatnál a kis medence falával összefüggő gyermekfejnyi daganat volt érezhető. Beteg a műtét előtt ügyei rendezése végett a kórházból néhány napra kikiváncozott, és többé nem jelentkezett.

4. *Vegyesek.*

124 eset (101 férfi, 23 nő).

*Fistula abdominis*. L. J., 26 éves izr. hajadon, elárúsító „hasdaganat” miatt Mosetig tanár klinikáján 1893. márczius 2-dikán laparotomiát állott ki. A hasseb teljesen nem hegedt be, a 12 centimeter hosszú hegyonaltól közepén egy lencsényi hámtalan felület maradt, melyből folytonosan geny ürült; a kutató ezen át 6 centimeterre vezethető be a hasüregbe. Szeptember 11-dikén az ürmenet külső nyílását tágitván, kanál segítségével 9 ligaturát távolítottunk el, melyek által a laparotomiánál a hasfalak egyesítettek. Az új seb ismét begyógyulván egy kölesnyi hely kivételével, hol a sonda az izomzatba 3 centimeternyire süllyeszthető be, november elsején ismét feltártuk az ürmenetet, s belőle egy ligaturát távolítottunk el, mire a seb teljesen begyógyult.

Egy másik nőbetegnél a fistula feltárása után, mely a jobb epigastriumban volt, szintén egy ligaturát távolítottunk el, mely a genyedést fenntartotta. Kikanalizás után a sebet összevarrtuk, s az gyógyult.

Egy férfibetegnél az inguinalis hajlatban lévő fistula fennmaradását sérvműtét után visszamaradt selyemfonál tartotta fenn. A fonál eltávolítása után a sebet pár napig nyitva kezeltük, mikor a beteg gyógyultan távozott.

*Fistula stercoralis* két esetben. M. A.-né, 27 éves, róm.-kath., szabó neje, felvételét 1893. július 11-dikén.

Múlt év szeptember havában Pécskán operálták; hasának jobb oldalán régebbi idő óta fájdalmai voltak, folyton székrekedésben szenvedett, két héttel a műtét előtt rázó hidegei voltak. Ekkor orvosa tanácsára a fájó helyre meleg borogatásokat tett néhány napig, ki a keletkezett kis daganatot azután felvágta, melyből sok bélsárszagú geny ürült ki. Sebe lassanként gyógyulni kezdett, miglen f. év áprilisban nagy fájdalom és hascsikarás után a sebnnyíláson át bélsár kezdett ürülni. A kórházba jöttékor a jobb epigastriumban a spina ilei anterior superioritól 5 centimeternyire, a Poupert-szalag felett 6 centimeternyire van egy tallérnyi, élénk piros sarjakkal fedett állományvesztésű, melynek közepén ujnyi nyíláson át a hasüregbe juthatni, s melyen át bélsárszagú váladék ürül. Széke rendes úton, 5-6 naponként van, s ekkor kevés és kemény röggök távoznak el.

Augusztus 3-dikán műtétet hajtott nk végre: A fistulát ovoidis metszésekkel körüljárva, áthatoltunk a hasfalzat rétegein, a fistula falait felszabadítván a csepleszszel való összenövéseitől, azt lekötöttük, a lekötési hely előtt átvagtuk, s falait csomós catgut-varratokkal egyesítettük. (A fistula a vastagbél lehágó ágának legalsó részébe vezetett.) A hasfalzatot két rétegben egyesítvén, a seb 8 nap mulva per primam gyógyult. Azonban augusztus 24-dikén a seb környéke lobosodni kezdett, felső zúga szétvált, s belőle ismét bélsár ürült. Szeptember 1-én a bal epigastriumban egy gyermekökölnyi daganat keletkezett, mely fluctuált, s igen fájdalmas volt. 22-dikén a fájdalom megszűnt, s a daganat

lelohadt, de ezentúl a betegnek gyakori vizeleti ingerei voltak; s a vizelet sárgás, szennyes apró törmelékekkel kevert, üledékét a göresői vizsgálat bélsárnak ismerte fel. A beteg október 2-dikán saját kérelmére elbocsátatott (gyógyulatlan).

Már a műtét alatt azon gyanunknak kellett kifejezést adni, hogy a fistula keletkezése tuberculosus folyamat eredménye lehet, mert a fistula falai fungosus sarjakkal voltak körülveve. Bár a beteg kinézése épenséggel nem támogatta ezen felvételünket, azon körülmény, hogy a seb prima gyógyulása után, a baj újra kifejlődött, s hogy a bal epigastriumban szintén egy valószínűleg parametritikus tályog keletkezett, mely a hólyagba betört, beigazolták feltevésünket. S a mint a keletkezett anus praeternaturalist egy tuberculosus alapon fejlődött perityphlitikus tályog kifelé törése okozta, ép úgy tuberculosus eredetű volt a kiújulás is, melynek kifejlődésére talán épen a hosszabb kórházi tartózkodás volt siettető befolyással.

A másik esetben betegünk (férfi) artificialis anus praeternaturalissal vétette fel magát osztályunkra, hogy magát műtétnek alávesse. Baja felvétele előtt 10 hóval keletkezett, mikor makacs székszorulások álltak be nála. Gráczban operáltatott meg s ezen alkalommal készítették az anus praeternaturalist a bal mesogastriumban. Miután állítása szerint a műtét egy a hasában lévő daganat miatt készítettett, s mi a tumort sem a hasfalakon át, sem a végbélén át megejtett vizsgálatnál nem találtuk meg, e tárgyban kérdést intéztünk Gráczba, de a beteg a feleletet be nem várva, eltávozott (gyógyulatlan).

(Folytatása következik.)

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

## Méhénkívüli terhesség esetei a II. szülészeti és nőgyógyászati klinika gyakorlatában.

Közli: *Tóth István* dr. egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

26. sz. *Haematokele retrouterina. Spontan gyógyult.*

K. R. (1887), 23 éves. I. P. 3 év előtt, gyermekágy után fehérfolyás. Menstruatio mindig rendes, hat hét előtt utolsó; magát terhesnek vélte. Felvétele előtt pár nappal keresztjén erős ütést kapott, azonnal összerogyott, eszméletét veszíté, majd felocsudva szűrő, heves fájdalmakat érzett hasában; gyenge lett, ágyba került. Széke 8 nap óta nem volt.

Felvételekor (1887. szeptember 5) beteg igen anaemikus; hasában csaknem a köldökig érő resistentia tapintható, mely a hátsó hüvelyboltozatot mélyen ledomborítja s a méhet mellfelé szorítja. Székletét igen nehezen idézhető elő. Megfigyelés alatt gyakori hányás, időnként subfebrilis temperatura. Diagnosis: haematokele retrouterina.

Lobellenes kezelés: teljes nyugalom, jégtömlő, majd Priessnitz-borogatások; jodkalium-glycerin tampon; fájdalmak ellen morphium.

A daganat gyorsan szívódik föl; 24 nap mulva a bal parametrium szabad, csak jobb oldalon van még nagy ökölnyi resistentia képlet.

További kezelését otthon orvosa végzi. A gyorsan, láz nélkül fellépő nagy daganat vérömlenyre mutat, mely méhénkívüli terhességből származhatott, erre mutat a menstruatio kimaradása, a terhességi érzet. A keresztjén szenvedett ütés alkalmi ok volt a ruptura létrejövetelére.

27. sz. *Haematokele retrouterina. Megnyitás a hüvely felől. Gyógyult.*

F. E. (1890.), 30 éves. II P., mindkettő abortus II. és III. hóban, utóbbi után lázas volt, hetekig feküdt. Menstruatio előbb rendes, utolsó 3 hó előtt. Egy hét óta beteg, a mikor is hirtelen rosszul lett, nagy fájdalmak léptek fel hasában; majd lázas lett.

Igen legyengült beteg, egész külsejében nagy szenvedés jeleivel. Alhasban csaknem a köldökig terjedő resistentis tömeg, mely a méhet beágyazza, a Douglast mélyen ledomborítja s itt fluctuál, rugalmas.

Diagnosisunk: Haematokele retrouterina és pedig valószínűséggel méhénkívüli terhességből származott.

Beteg lázas: 38.5-39.2° C. Probapunctióra sötét véres folyadék ürül; majd megnyitás a hüvelyboltozatot át (1890. október 15.), mire véralvadékokkal vegyes kátránszerű folyadék ürül. Drainage. Fájdalmak szűnnek, láz alábbhagy; majd 5 hét mulva kibocsájtható beteg az intézetből; a daganat kis ökölnyire zsugorodott össze.



Habár peterészleteket nem találtunk a véralvadékok között, a többi jelenségek méhenkívüli terhességből eredett haematokelere utalnak.

28. sz. *Haematokele retrouterina. Megnyitás a hüvely felől. Gyógyult.*

Sz. P.-né (1890.), 25 éves. IV P., rendes szülések és gyermekágyak. Menstruatio mindig rendes, 3 $\frac{1}{2}$  hó óta kimaradt, terhesnek érezte magát. 3 héttel felvétele előtt göresős fájdalmak lépnek fel hasában, majd vérzés áll be, ereje hanyatlott, étvágytalan lett, olykor hideg rázza, lázas.

Hasban a symphysis felé terjedő rugalmas daganat, mely a méhet mellfelé tolja, a hátsó hüvelyboltozatot mélyen ledomborítja; 2 osztatúnak látszik, egy puhább s egy tömöttebb részlet különböztethető meg rajta.

Diagnózis: Haematokele retrouterina. Beteg álmatlan, nagy fájdalmi vannak, gyengül; mérsékeltén lázas.

A hátsó hüvelyboltozat megnyitása után (1890. február 8.) kátrányszerű, helyenként darabos vér ürül, peterészlet nem található; drainage. Zavartalan gyógyulás.

Ez esetben is valószínű a méhenkívüli terhesség, mely ruptura vagy tubaris abortus folytán haematokelere vezetett.

29. sz. *Haematokele retrouterina. Megnyitás a hüvely felől. Carbol-intoxicatio.*

K. J.-né (1892.), 34 éves. III P., rendes. Menstruatio rendes, utolsó 4 hó előtt. Pár hét óta alhasi fájdalmi vannak, igen erősek. 3 hét óta ágyban fekvő beteg, utóbbi időben lázas.

Hasban egy csaknem a köldökig érő resistentia, mely a nagyobb méhet a symphysishez szorítja s a Douglast mélyen ledomborítja, rugalmas. Beteg lázas: 38 $\cdot$ 5—39 $\cdot$ 5 $^{\circ}$  C. Diagnózis: Haematokele retrouterina.

A hátsó hüvelyboltozat megnyitása után (1892. október 5.) kátrányszerű vér ürül alvadékkal vegyest. Az ür kitapintásánál polypyszerűen belógó hártás képleteket tapinthatni. Drainage.

Megnyitás után beteg láztalan lesz; majd a XII. napon ismét lázas, daczára a desinfiáló öblögetéseknek (bórolattal); váladék genyes; ezért 2% carbollal mossuk az ürt, a láz nem szűnik, beteg gyengül. A XXVI-dik napon egyik intézeti gyakornok, a ki már ezt több ízben végezte volt, végzi az ür kimosását 2% carbollal, mintegy 1 $\frac{1}{2}$  litert bocsátva át a double-courant-on. Az átfecskendés után közvetlenül a beteg rosszul érzi magát, majd elonikus görcsöket kap, elveszti öntudatát, pulsus kihagyó, légzés felületes, minden reflex megszűnik, székét, vizeletét maga alá bocsátja, végtagok hűvösödnék. Izgatokat adunk s mesterséges légzéshez látunk, mintegy  $\frac{1}{4}$  óra múlva a pulsus már nem tapintható, tüdővízenyő tünetei kezdődnek; hosszabb időn át tartunk fenn mesterséges légzést, mondhatni reménytelen állapotban, semmi javulás. Végre 1 $\frac{1}{2}$  órai munka után a tüdővízenyő oldódni kezd, a pulsus érezhető, a pupillaris reflex visszatér, s a beteg öntudatra kél; nemsokára hányás lép fel, s ez a nap folyamán többször ismétlődik. Úgy az eszméletlenség alatt, mint később beteg erősen izzadott. Igen gyenge, nagy fájdalmakról panaszol. A kifecskendés után 6 órával katheterrel vett vizelet az edény széléin ibolyaszínből áttünő, ferrum sesquielor. oldattal ibolyaszíni zavarodást ad, szóval a carbol a vizeletben kimutatható. A kép egy shock képét adta, mely carbolmérgezés folytán jött létre. Alig tehető fel, hogy tisztán az ürben létrejött felszívódás vezetett carbolmérgezésre; valószínűbb hogy vagy a katheter törte át az állhártyák képezte falat, vagy a víznyomást nem tartotta ki a gyenge falzat s a támadt nyíláson át jutott a carbollal a peritonealis ürbe s okozta a shock-ot, majd a carbol felszívódásával az intoxicatiót.

Az eset igen érdekes a szempontból, hogy szakadatlanul folytatott mesterséges légzés által még ily nehéz körülmények között is sikerült a beteg életét megmenteni. Érdekes a betegség további lefolyásában, hogy ez idő óta láz többé nem lépett fel, s pár hét múlva gyógyultan hagyta el a beteg klinikánkat.

30. sz. *Haematokele retrouterina. Megnyitás a hüvely felől. Mors.*

Cs. K.-né (1893.), 29 éves. V P., közte 3 abortus. Menstruatio rendes; 5 hó előtt kimaradt, beteg magát terhesnek vélte. 4 hó előtt hirtelen összeesett, elájult, majd erős fájdalmak lepték

meg, vérzeni kezdett, fekvő beteg lett; orvosai lobos bántalom miatt kezelték. Egy hó óta folyton vérzik, lázas.

Felvételnél az igen legyengült, decrepid szervezetű beteg hasában gyermekfejnyi daganat, mely a nagyobb méhet mellfelé tolja, a Douglast mélyen ledomborítja. Beteg állandóan lázas, 38 $\cdot$ 5—39 $\cdot$ 5 $^{\circ}$  C.

A hátsó hüvelyboltozatot át megnyitjuk a daganatot, melyből büzös-genyes, alvadt vér darabokkal kevert hig váladék ürül, a vizsgáló ujj egy véralvadékkal telt ürbe jut, melyet kiürítése után steril vízzel kimosunk s drainezünk. Műtét chloroform-narkosisban. Beteg láztalanná lett, de műtét után folyton hány, nem táplálkozik; mesterséges táplálás. 3 napon át subnormalis temperatura; majd eszméletlenség, hányás tart, IV. napon tüdő-oedema tünetei között mors, mit pár órával 38 $\cdot$ 2 $^{\circ}$  C., majd közvetlenül 39 $\cdot$ 0 $^{\circ}$  C. hőmérsék előzött meg. Sectiót nem engedtek meg. A megbetegedés, mint a fentiekből kitünik, minden valószínűség szerint méhenkívüli terhességből eredett haematokele volt, mely később elgenyedett.

A decrepid szervezetnél a megnyitás eredményre nem vezetett, úgy látszik a chloroform-narkosis okozta hányás inanitióra vezetett.

31. sz. *Haematokele retrouterina. Megnyitás a hüvely felől. Gyógyult.*

S.-né (1894.), 24 éves (Tauffer tanár magányakorlatából), III P. rendes. Menstruatio mindig rendes; utolsó 2 $\frac{1}{2}$  hó előtt, terhesség tünetei. Semmi előrement genitális megbetegedés.

14 nap előtt hirtelen rosszul, ájulás, nagy fájdalmak a hasban; mérsékelt fokú anaemia tünetei; majd hasban nagy érzékenységgel, magas lázas.

Tauffer tanár a méh mögött s tőle jobbra egy gyermekfejnyi daganatot talál, mely a nagyobb, felpuhult méhet mellfelé s balra tolja; haematokelenek tartja, mely a legnagyobb valószínűséggel méhenkívüli terhességből származott. A nagy fájdalmak s lázak miatt a hüvelyboltozatot át megnyitja a daganatot, melyből bő kátrányszerű vér ürül; drainage. Beteg láztalan lesz, zavartalanul gyógyul.

Bár peterészletet nem találtunk, az anamnesis és tünetek méhenkívüli terhességre utalnak.

A haematokele eredésére, mint már fentebb is jeleztem, a legkülönbözőbb bántalmakat vették fel, a mely hypothesisek között jóformán csak a méhenkívüli terhességből való eredés van kétséget kizárólag bizonyítva.

Lássuk, milyen feltételek, tényezők játszanak közre a haematokele képződésében?

E kérdés még mindig nem teljesen tisztázott; Schröder azt vélte, hogy a vér azért gyűl meg a Douglasban, mivel ez a hasür legmélyebb pontja, s a hasürbe jutott vér feltétlenül követi a nehézkedés törvényét. Ez azonban csak részben áll. A vérnek a Douglasba való jutásában más tényezők is játszanak szerepet; másként mondva nagyon sokszor nem jut a Douglasba, legalább is nem nagyobb mennyiségben a vér; erről magunk is meggyőződünk vérzés közepette operált eseteink alkalmával: a vér szétszórtan foglalt helyet a hasürben s nem is képződött haematokele. A vér még teljesen szabad hasürben, hol összenövés, gát nincs, sem követi egyszerűen a nehézkedés törvényét; a vér nem olyan, mint egy egyszerű savó, ascites; az alvadás, fibrinkiesapodás akadályul szolgál a vérnek egyszerű tovafolyására. Ez irányban *Oth* (Beiträge zur Kenntniss der ectopischen Formen der Schwangerschaft) tett állatkísérleteket; a hasürbe juttatva vért, azt találta, hogy egyetlenegy esetben sem volt a vérgyülem a hasür legmélyebb pontján; a vér az intestináktól volt körülveve, soha nem tapadt a peritoneum parietalnak.

Mikor képződik hát haematokele s szűnik meg a belső vérzés? Miért nem képződik sok esetben s lesz halálösszá a vérzés?

E pontra vonatkozólag csak teoriákkal állhatunk elő.

A vérzés méhenkívüli terhesség esetén vagy tubaris abortusból ered, a mikor a lepény tapadási helyéből jön a vér épen úgy, mint közönséges abortusnál, s a vérzés épen úgy, mint közönséges abortusnál igen nagyfokú, halálos is lehet; vagy ered a petezsák megrepedéséből (ruptura), a mikor a lepényi hely vérzéséhez még hozzájárul a petezsák falának esetleges edényi vérzése, a melynek mértéke kiszámíthatlan;



mi két esetben igen erős edényi vérzéssel találkoztunk volt. (6. és 7-dik sz.)

Ha a vérzés egy teljesen szabad hasúrbe történik nagy vehemenciával, úgy alig képzelhető az, hogy ily körülmények között a vér egyszerűen elfoglalja a Douglas-ürt, mint legmélyebb pontot s ott határolódjék.

E helyen okvetlenül kellett már valamely előzőleg létrejött segítő körülménynek lenni, a mi haematokele képződésre s ezzel a vérzésnek, ha időlegesen is, megállására vezet.

E segítő körülményt abban véljük, hogy vagy már előzetesen valamelyes összenövés volt a medencében, a melyek talán még a méhenkivüli terhességek létrejövételében is szerepet játszottak, vagy legalább is a pete zsákja (rendszerint a tuba) valamely előzetes, vagy a méhenkivüli terhesség folyamata alatt létrejött lobbolyamat által rögzítve volt a Douglasban, vagy ahhoz közel, a mint ezt másnemű tubaris megbetegedéseknél, kisebb ovarialis daganatoknál is látni szoktuk, úgy hogy épen a tubának, petezsáknak, elhelyeztetésénél fogva a vérzés úgyszólván közvetlenül a Douglas-redőbe történik, akár repedés, akár tubaris abortus alkalmával, s éppen az említett összenövés folytán határolódik, avagy a kisebb fokú, de ismétlődő vérzés maga kelt lobbolyamatot, összenövéseket s így vezet eltoltokt vérömleny, haematokele képződésre.

Egyetlen esetben (23. sz.) volt csak alkalmunk egy haematokelet közvetlen szemlélet útján laparotomia alkalmával észlelni s ekkor a fenti teoriát beigazolvva láttuk. A méhenkivüli petét tartalmazó tuba lekanyarodott a Douglasba, ott rögzítve volt, úgy hogy a tubaris abortus alkalmával a vér egyenesen a Douglasba ömlött, s a tuba abdominalis ostiumát egészen körülfogta, úgy hogy a tuba abdominalis vége mintegy be volt mártva a véralvadékba.

A többi 4 esetben, a hol vérzés mellett operáltunk, haematokele nem volt, de nem is voltak meg a fent említett praedisponáló körülmények a haematokele képződésére.

(Folytatása következik.)

## Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

### Alkohol-mérgezés 3 éves gyermeknél.

Felnőtteknél elég gyakran fordul elő alkohol-mérgezésnek heveny vagy idült alakja, szeszese italoknak mértéktelen élvezete folytán; de annál ritkább kis gyermekeknél. Nem lesz tehát érdektelen a következő esetnek közlése.

Folyó évi június 17-dikén d. u. 6 óra tájban szülei Blaskovics Mari, eeseri születésű, jól fejlődött és táplált 3 éves leánykájukat hozták hozzám.

Az atya előadta, hogy ők a felső-halomi gazdaságban kapáltak s a magukkal vitt leánykájukat holmijuk mellett hagyták. D. u. 3 óra tájban az apa gyermekét a földön hanyat fekve, eszméletlenül találta, olykor-olykor görcsösen rángatózott. Kutatva ennek okát, reájött, hogy a tarisznyában levő üvegből körülbelül 1/4 liternyi pálinkát fogyasztott el a leányka. Munkástársai tanácsára embervizeletet, majd vizet és tejet öntöttek a leányka szájába, hogy „a gyomorban égő pálinkát eloltsák”. Így kísérleteztek körülbelül 3 óra hosszat, míg végre, hogy büntetést ne kapjanak, a miért a leányka elhalt a nélkül, hogy orvosnak megmutatták volna, a halottnak vélt leánykát kocsin hozták hozzám a Felső-Halomtól 1/2 órányira fekvő Vecsésre.

Az eszméletlen állapotban levő leányka erős alkoholszagot terjesztett, arcza halott halvány volt, a végtagok petyhüdtek, hűvösek, semmi göresös rángatózás. A szemhéjak nem takarták a szemgolyót, cornea-reflex hiányzott, pupillák tágak. A torkába dugott ujj a legkisebb hányási ingert sem váltotta ki. Lélegzés, szív működés alig észrevehető; pulsus koronként tapintható, gyöngye, fonalszerű, könnyen elnyomható.

Rendeltem Cupr. sulf. 0.50, Aqu. dest. 60.0, Syrup. simpl. 20.0, s 5 percenként adtam be kávéskanalanként. A második kávéskanalra kezdett már hányni; a hányadék erős alkoholszagot terjesztő ételmaradékból állott. Közben folyton mesterséges légzést

végeztem nála. Ismételt hányás után az arcz pirosodni kezdett, a végtagok melegedtek, légzés, pulsus javult, de a mély álmom folyton tartott; csak 9 óra tájban volt gyöngye cornea-reflex már észlelhető.

A gyermeket újra másnap reggel 6 órakor láttam, a mikor nyugodtan aludt, cornea-reflex rendes, szóhításra felébredt, beszélt, tejet, vizet ivott, de magára hagyva tovább aludt. Gyenge has-hajtó adagolását s csak folyékony eledel nyújtását rendeltem e napra.

Harmadnapra jelentette nekem az atya, hogy leánykája már jól érzi magát, eszik rendesen; csak lábaira gyöngye kissé.

Barok József dr., orvos Vecsésen.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet.

#### 1894. Novemberi szakülés.

1. Schiff Ernő dr. egy érdekes fejlődési rendellenességet feltűntető csecsemőt mutat be. Nevezetnél jobboldali nyulajk s farkastorok van jelen; a mi az esetet különösebbé teszi, az alsó ajakból a felső állasonthoz haladó szálogos összeköttetés.

2. Konrád Márk dr. petefészek-tömlő operált esetét közli s a kiirtott dagkésztményt mutatja be a következő kórrajz kíséretében: V. Jánosné, 33 éves, II. para, 11 év óta tartó has-növekedése miatt kereste fel intézetünket, a hova október hó 1-én a következő jelenállapottal lön felvéve: Tengéleti szervekben elváltozás nem mutatható ki. A has teriméjében tetemesen megnagyobbodott, köldök elsimult. A has feletti tompa kontaktási hang a beteg helyzetváltoztatásakor is megmarad. Belső vizsgálatnál a mellső hüvelyboltozatot át egy középtömlőt, ruganyos tapintatú, különösen a baloldalt elődomborító dag tapintható ki. Kórisme: Cysta ovarii, melynek operatív eltávolítását október hó 9-dikén végeztem, Révész, Schiff, Wimmer és Nemes dr. urak segédkezése mellett. A has a szokásos módon lett megnyitva. A tömlő lecsapolásakor 11 liter halványsárga, tiszta folyadék ürült ki. A tömlő a vékonybelekkel való adhaesiótól tompán lett leválasztva s miután a csont kétszeresen erősen le lett kötve, lemetszetett. A megsértett bélperitoneum összevarratott. Hasseb 11 1/2 cm. Beteg a két első napon teljesen láztalan, időnkint hányingere van, 3-dik napon beöntésre széke van s szelek távoztak. A 6-dik napon a varratok kivették, 8-dik napon a keresztitáján a rossz fekvés következtében decubitus támad, mely bórvaselinre gyógyul. A hasseb alsó zugában egy varrat helyén csekély genyedés mutatkozott, mely azonban kellő kezelésre gyógyult. Jelenleg a beteg teljesen jól érzi magát s rövid idő múlva elhagyja az intézetet.

3. Berkovits Zsigmond dr. a Behring-féle serummal gyógykezelt diphtheria-eseteiről referál. Mielőtt az esetek részletes ismertetésére térne át, röviden összegezi azon kísérleteket, melyek e szer felfedezésére vezettek, s melyekben az exact természettani vizsgálati módszer, az inductio diadalát látja. És itt alkalmat vesz magának, hogy visszautasítsa a politikai sajtó egyik-másik organumának azon insinuatíóját, mintha az orvosok e szer létezéséről csak ezek közleményeiből nyertek volna értesülést: évek fáradszó munkásságát kísérte figyelemmel az orvosi világ a szaksajtó hasábjain s várva-várta a pillanatot, a midőn a kísérletek kiléphetnek a laboratorium szűk köréből s egy új, hathatós fegyvert adnak az orvosok kezébe a gyilkoló betegség, a diphtheria ellen. Hiszen közel 100 éve, hogy a nagy Napoleon díjat tűzött ki a diphtheria gyógyítására s röviddel ezelőttig csak ott állottunk, a hol akkor, t. i. tehetetlenül a betegséggel szemben. Úgy látszik, elérkezett a megváltás ideje s mindenikünknek kötelessége e szer kipróbálását minél szélesebb körben eszközölni, annál is inkább, mivel — meggyőződése szerint — a serum-therapiáé a jövő. Nem-e érdekes, hogy az orvosi tudományban is visszamegyünk a multba s előhordjuk onnan a rejtett kincseket? Vagy nem emlékeztetnek-e a mai kísérletek a humoralpathológiára, habár a tökélyesedés mérhetetlen foka választja is el a māt a multaktól?!

Röviden reassumálja Behring alapvető tételeit az immunizálásról, melynek activ és passiv módját s a gyógyító immunizálás



praeventív és acut passiv formáját különböztetjük meg. Ismerteti a diphtheria antitoxin eddig ismert előállításának módozatait, magát a serumot, az egységet, mely szerint a számítás történik. Különösen utal a *Bókai, Behring, Roux, Kossel* közleményeire, melyekből merítette a batorítást a szer alkalmazására s kijelenti, hogy nem kísérlet szempontjából, hanem egyenesen curatív célból alkalmazta a szert, melynek beszerzésére egy philantrop egyleti tag adta a szükséges összeget. Midőn az alább részletezett kórtörténetekkel beszámol, tudja és hangsúlyozni kívánja, hogy kevés számú (6) esetből általános érvényű következtetéseket levonni, e szer hatásáról véglegesen nyilatkozni nem jogosult, korai is volna a szer definitív értékéről beszélni már ma, a midőn még aránylag kevés eset, a járványok természetének különbözősége, sok más egyéb tényezővel kapcsolatban, a kezelt esetek után lefolyt rövid idő akadályoznak a tiszta, előítéletektől ment ítélet kimondásában; de akkor, a midőn azt látjuk, s komoly, teljesen megbízható észleléstől azt halljuk, hogy a serummal kezelt esetek a halálzási arányszám olyan csökkenését mutatják, minőre eddig bármily kezelés mellett sem emlékezünk vissza s a midőn bebizonyult tény, hogy a serumfeeszkendéseknek semmi káros mellékhatásuk nincs: akkor azzal a benyomással, a mit ez a hat, kétségen felül diphtheria eset nyújtott, lehetetlen nem komolyan számolni, s ez a további alkalmazást egyenesen kötelességgé teszi. A mi az esetek kórisméjét illeti, azoknak bakteriologikus vizsgálata nem volt eszközölhető: a magányakorlatban nehéz is azt a postulatumot teljes érvényében keresztülvinni, a mely az egyes eseteknek culturával történő igazolását követeli; de több orvostársával együtt állapították meg a kórismét, szigorúan ügyelve a klinikai ismérvekre, nehogy az alkalmazandó serum javára történjék tévedés. De épen olyan hibának tartaná, ha a fentebb érintett körülményt a gyógyszerum rovására értékesítenék a túlságosan kétkedők. Ezek két csoportba oszthatók: az egyik csoport a bakteriologikus vizsgálat hiányából nem acceptálja a kórismét. Ezzel a csoporttal nem lehet discutálni, hiába a hivatkozás arra, hogy többen észleltük az eseteket, hogy az eseteket nem számlálni, hanem az egyes eseteket latolgatni kell. A kétkedők másik csoportja azt mondja: elfogadom a kórismét; de ugyan biztos-e az, hogy az esetek a serumtól gyógyultak meg? A városban tudunk diphtheria-esetekről, ezek közül is igen sok gyógyult, pedig serumot nem kaptak. Erre az ellenvetésre nincs más teendő, mint hivatkozni a hivatalos statisztikára. Habár concedáljuk is, hogy a Nagyváradon uralkodó diphtheria-járvány általában enyhébb jellegű, különösen hogy a septikus esetek gyéren fordulnak elő, mégis úgy áll a dolog, hogy a lefolyt október hó folyamán 17 diphtheria-eset volt, melyből 6 injiciáltatott. Utóbbiakból eddig egyetlen egy sem halt el; a nem injiciált 11-ből pedig elhalt 7. Az injiciált hat esetből a legidősebb 6 éves; három könnyű, 1 súlyos, kettő felette súlyos eset; az eredmény: 5 végleg gyógyultnak mondható, csak egyenél van utóbj, septikus nephritis s garathüdes alakjában. Utóbbi valószínűleg elhal, de a halálzási arány még akkor is feltűnően kedvezőbb, mint a nem injiciált esetekben.

Előadó meg van győződve, hogy a gyógykines ebben a szerben igen értékes gyarapodásra lelt, annál értékesebbre, mert nem a nyers empiria, hanem a céltudatos vizsgálódás szülte s általa sikerülni fog a diphtheria mortalitását a mai szédületes magaslatról leszorítani. Nem lehet a véletlen műve, bármily sceptikus álláspontra helyezkedünk is, mely álláspontot épen a gyakorló orvos szempontjából tartja jogosultnak, hogy annyi s oly kiváló buvárok nyilatkoznak e szer mellett s hogy az általa észlelt bár kevés számú esetben is oly fényes az eredmény.

Észleleteink conclusiója a következő: Habár az eddigi észleletek e szernek óriási fölényét mutatják is a szokásos eljárások s gyógyító módok felett, habár a szer alkalmazása semmi káros hatással a szervezetre nem jár, a serum abszolút értékéről még egyáltalában sem jogunk, sem módunk végleges ítéletet mondani; de az alkalmazásnak, a széles körű gyógykísérleteknek mi sem állja útját, sőt a szer a legjobb reményekre jogosít, a legbiztosabb kilátásokat nyújtja.

Eseteinkben határozott gyógyszernek bizonyult, a folyamatot megrövidíti, sőt idejekorán alkalmazva, annak kifejlődését gátolja. Az immunizáltak eddigelé a betegséget meg nem kapták; kérdés, mennyit ér a vegyes fertőzések eseteiben s mennyiben képes

megakadályozni ennek létrejöttét? Egy esetünkben a postdiphtherialis hüdes tünetei ugyan korán mutatkoztak; de ez esetről az injectiók meglehetősen későn lettek alkalmazva.

Részletesen ismerteti ezután az általa kezelt 6 esetet, melyeket a következő táblázatban állít egybe:

	Név és kor, hányadik nap s mikor került észlelés alá?	Befesken- dés száma	Egység	Jegyzet
1.	Puskás József, 4 éves 3-dik (?) nap okt. 20.	3	1795	Orr-garat diphtheria. Albuminuria. Nephritis. Garathüdes.
2.	Puskás Julcsa, 2 éves 1-ső nap okt. 20.	1	600	Diphtheria faucium. Albuminuria.
3.	Kaufmann Kornél, 6 éves 1-ső nap okt. 21.	2	1625	Diphtheria faucium. Ecclamptikus rohamok.
4.	Löbl Irma, 4 éves 2-dik nap okt. 21.	1	600	Diphtheritis faucium.
5.	Vida József, 6 éves 3-5-dik (?) nap okt. 23.	2	1360	Croup laryngis. Albuminuria.
6.	Vida Sándor, 19 hónapos 1-ső nap okt. 24.	1	600	Diphtheria faucium. Urticariászerű felpír a 6. napon. Albuminuria.

Röviden összegezni akarja az észleleteket: a lokális lelet 24—48 óra alatt megváltozik, a lepedékek határolódnak, sőt leválást mutatnak. Az injectiók utáni 2—3-dik napon úgy néz ki a dolog, mint a gyógyuló esetek 8—10-dik napján. A könnyebb eseteknél, vagy azoknál, melyeket gyorsan kaptunk kezelés alá, a folyamat mintha coupiroztnak. A lepedékek, úgy mondhatni, a szemünk előtt pusztulnak. A láz nem esik kritice, a pulszám csökken, s ez egyik első jele a serum hatásának. Az immunizált gyermekek közül még egy sem kapta meg a betegséget, pedig elkülönítés nem történt. Legjobb meggyőződéssel foglal állást a serum-kezelés mellett.

Az élénk éljenzéssel s tetszéssel fogadott előadás után *Berkovits Miklós* dr. szólal fel elsőnek s különösen azt a kérdést vitatja: mennyiben van jogunk az észlelt hat, illetőleg általa is látott öt esetet bakteriologikus vizsgálat nélkül valódi diphtheriának tekinteni? Kiemeli a klinikai ismérveket, melyek mindannyian a diphtheria kórismére imperative utalnak. Az 1. és 2. dik esethez kétség sem férhet, orr-diphtheriás gyermek testvére erős lepedékes folyamattal betegszik meg; a véletlenül esodás játéka lenne, ha ez nem diphtheria; hiszen az albuminuria, egyik határozott klinikai kriterium ennél is jelentkezett. Hogy az 5-dik esetet valódi croupnak, illetve laryngitis diphthericának kell tartani, azt megint a 6-dik, ennek testvére mutatja, ha ugyan itt sem elégszünk meg az albuminuria leletével. Előállhatnak azonban azzal az ellenvetéssel, hogy a serum-injectio hozta létre az albuminuriát. Eltekintve, hogy igen számos észlelő egyhangúlag bizonyítja, hogy a serum-injectiónak semmi káros mellékhatása nincs, azaz albuminuriát nem okoz, miért maradt ki ez a 3. és 4-dik esetben, melyek közül a 3-dik plane 2 injectiót kapott, összesen 1625 egységet. Ha felveszi, hogy az első eset, mely positive későn jutott injectio alá, el is fog halni, még akkor is oly kedvező az eredmény, hogy annak meggyőző hatása alól kivonni magunkat nem lehet.

*Schiff Ernő* dr. hangsúlyozza, hogy ne várjunk a serumban egy mindenható szert, mert oly esetekben, melyekben a kóralak nem tiszta, s nem csupán a diphtheria bacillus által okoztatik, azaz a vegyes fertőzéseknel a serum hatása nem érvényesülhet. De tiszta esetekben, még ott is, a hol a gége folyamatával társul, frappans a hatás. Nagy reménnyel nézünk a gyógyserummal elérendő eredmények elé, de gyógyértékét bizonyos korlátok közé kell szorítanunk. Nagy előnynek tartja, hogy míg néha hetekig kellett rettegnie a beteg sorsa fölött, a szer hatása már néhány nap, sőt 24 óra alatt is érvényesülhet. Bármennyire is ellensége annak, hogy szakközlemények a napi sajtó hasábjain is elszámoltassanak, a jelen esetben óhajtana, hogy e felfogásunk a nagy



közönség tudomására jusson, mert a szertől nem lehet s nem szabad mindent várnunk.

*Grósz Albert, Bodor Károly, Sztachó Dezső* s előadó felszólalásai után *Bartha János* dr. még különösen kiemeli a szer ártalmatlan voltát s annyira meg van győződve a sikerről, hogy szerinte most már nem kísérleti, hanem curativ alkalmazásról van szó.

*Fráter Imre* dr. tudományos szempontból szükségesnek tartotta volna, ha bacteriologiai vizsgálatok eszközöltettek volna. Óhajtaná, ha a különben igen jól berendezett járványkórház kiégszítették egy bacteriologikus laboratóriummal.

*Hoványi Ferencz* dr. a legmelegebben nyilatkozik a serum gyógyértékéről. Tudatja, hogy a város által megrendelt mennyiségnek egy jókora része már megérkezett s az orvos uraknak kellő bejelentés mellett rendelkezésre áll. A maga részéről a laboratórium felállítását kilátásba helyezi s erre nézve a szükséges lépéseket megteendi.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

**Friedrich Albin Hoffmann:** *Vorlesungen über allgemeine Therapie, mit besonderer Berücksichtigung der inneren Krankheiten.* Vierte Auflage. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1895.

Hoffmann lipesei tanár méltán nagy hirre jutott könyvéből, melynek fordítása a magyar orvosi könyvkiadó társulat kiadványai között is napvilágot látott s így nálunk is tágabb körben ismeretes, a 4. átdolgozott kiadás az imént hagyta el a sajtót. Nem szándékom a könyvről behatóbb méltatást írni, hiszen ismeretesek jó tulajdonságai az előző kiadások révén. Csupán utalni kívánok arra, hogy az utolsó kiadás óta eltelt idő alatt felszínre kerültek újodonságok az általános gyógytan terén kellő kritikái megrostálás után már helyet találnak a könyvben; így például — hogy többet ne említsek — a bizonyos szervekkel vagy azoknak kivonataival való orvoslásmódot már tárgyalja szerző. De nem csupán bővített ezen új kiadás — melynek beosztása különben a régi maradt —, hanem javított is. Alig van fejezet, melyen az irodalmat folytonosan figyelemmel kísérő és tapasztalatokban napról napra gyarapodó, rendkívül éles kritikával bíró orvos javító keze meg ne látszanék. A német orvosi irodalom ezen egyik legkiválóbb termékét újolag melegen ajánljuk orvostársaink figyelmébe.

### II. Lapszemle. Kórtan.

A bacteriumok együttműködésére vonatkozólag végzett érdekes kísérleteket *Roger*. Házinyulakat és tengerimalaczkokat lépfene-bacillusokkal fertőzött és egyidejűleg bacillus prodigiosus sterilizált tenyészetét is befecskendezte. Az eredmény egészen ellenkező volt a két állatfajnál. Mert a míg házinyulaknál a sterilizált prodigiosus tenyészetek mintegy gyógyító hatást fejtenek ki, a mennyiben a kísérleti állatok későbbben dögöltek meg, sőt életben is maradtak: addig tengerimalaczkoknál a sterilizált prodigiosus tenyészetek még siettették a lépfene-fertőzés bekövetkezését és az állatok halálát. E kísérletek új bizonyítékát adják annak, hogy az állatkísérlet eredménye alapján nem lehet valami gyógymódot azonnal az embernél is alkalmazásba venni. (Sem. méd. 1895. 27. sz.)

A tuberculosis serumtherapiájáról tartott előadást *Maragliano* a „British medical association” imént lefolyt évi gyűlésén. A meglehetősen általánosságban tartott előadásból csupán a következő két dolog felemlítését tartjuk érdekesnek. Az első az, hogy a serum előállítására az állatokat (kutyá, szamár és ló) nem élő gümöbacillus-tenyészetekkel kezeli, hanem a belőlük előállított, erősen toxikus hatású anyagokkal. A második érdekes körülmény pedig az, hogy a serum hatásosságának kipuhatólására oly módon jár el, hogy a serumot tuberculinnal együtt fecskendezi be tuberculotikusok bőré alá. Hatásos serum esetén ilyenkor nem jelentkezik a reactio, a mely csupán tuberculin befecskendezésére szembeötlő. A mi pedig a gyógyeredményeket illeti: előhaladottabb esetekben szerző nem remél sokat a serumtól; nem előrehaladt esetekben azonban jó eredményeket ért el. Minthogy azonban kór-

történeteket szerző nem közöl: semmi támpontunk sincs annak megítélésére, hogy a jó eredmények csakugyan a serumnak tudhatók-e be. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1895. 32. sz.)

### Sebészet.

A peroneus inak luxatiójáról ír *Kraske*, a melyeknek ritkaságáról az tanuskodik, hogy az irodalomban 20 és egynéhány eset van közölve. Ő maga négy esetet észlelt, a melyek létrejöttét Volkmannak magyarázatával nem lehet megfejteti. Egyik tanítványa Scheider kimutatta hullakísérleteken, hogy bokaizületi rándulások eseteiben, mindenféle szálalagok, sőt maguk a bokanyújtványok is leszakadhatnak, s a peroneusok inai nem luxálódnak, hanem ha a lábat könnyedén supinálta és talpi hajlításba hozta s hirtelen kifeszítette a peroneus inak segítségével a lábat és kissé távolította is, akkor az könnyen sikerült. E mellett az is bizonyít, hogy az oka gyakran egy könnyebb táncz lépés volt, és több esetben járás közben támadt. Sokan a csontbarázdának hiányos fejlődéséből magyarázták létrejöttét, azonban ennek ellentmondanak az anatómiai tények. Több esetben ezen luxatio idültté vált, s a betegek csak ilyenkor keresték fel az orvost. Ilyen esetekben a gyógyulást hiába iparkodtak elérni fixáló kötésekkel, enyhíteni lehet a bajt alkalmas kötéssel vagy cipőszárral, de megszüntetni nem. Molière egy esetében úgy kapott eredményt, hogy az inat bőr alatt álmetszette. Albert a csontárkot mélyebbre véste; Lannelongue egy csonthártya lebeny levésésével és kifordításával emelte az árok partját. Minthogy pedig a harántszalag hiánya a luxatio valódi oka, ezt kell pótolni az ő véleménye szerint. E célra nem volna elegendő egy csonthártyalebeny, mert e tájon az csak nagy nehezen tolható le a bokanyújtványról s ez szétrongyolva nem élne meg, hanem a mint utolsó esetében alkalmazta, egy csont és csonthártyából álló lemezt csap át az inak felé s azt oda varrja a sarokcsontot fedő lágyrészekhez. A lágyrészeket e fölött egyesíti. Három hónap mulva teljesen kifejlődött retinaculumot tapintott. Szükség esetében még azt is ajánlja, hogy a csont s csonthártya-lemezt a sarokcsonttól véssük le. (Centralblatt für Chir. 1895. 24. sz.)

Ch. dr.

Az arthrodesisek állandó eredményeiről és testgyógyászati értékéről tartott *Karewski* előadást a berlini orvosegyesületben. Már 1889-ben mutatott be ugyanott számos esetet, a melyek száma jelenleg 53-at elért. A műtétet csak oly végtagon végezte, a mely teljesen hasznavehetetlen volt, s mint ilyenén más módon nem javíthatott. Sokkal fontosabbak természetesen az alsó, mint a felső végtagon végzett műtét eredmények. A legszebb eredményeket a bokaizületi műtétek mutatják, kevésbé szépek a térdizületiek, s csak ritkán adnak eredményt a csipőizületiek, mert az utóbbiaknál, ha a másik végtag ép, ninesen indikálva a műtét, míg ha mind a két oldali végtag hűdött, akkor rendszeren hűdöttek az alsó hátizmok is s a csipőizületben kontrakturát is talált s így arthrodesist nem végezhetett. A bokaizület hasznavehetetlenségénél a géppeli járás sokkal kellemetlenebb a betegre nézve, mint egy merev izülettel járó végtag. Térdizületben csak akkor végezte a műtétet, ha meggyőződött arról, hogy az teljesen képtelen a testsúly hordozására. Ezen esetekben is szépek az eredményei, különösen ha az egyén még fiatal. (Deutsche med. Wochenschrift 1895. 21. sz.)

Ch. dr.

### Apró jegyzetek az orvostudományról.

1. Szamárhurut 323 esetét kezelték *Wells* és *Carré* cocainum hydrochloricummal, melyből gyermeknek 1—2, felnőttnak pedig 6 centigrammot adtak 3—4-szer naponként. Ezen kezelés mellett a betegség átlagos tartama csak 3 hét volt; az esetek közül 2 végződött halálosan. Csekély diarrhoeától eltekintve, kellemetlen mellékhatások nem mutatkoztak. (Lancet, 1895. június 8.)

2. Herpes genitalis száraz alakjánál *Besnier* a következő kenőcsök használatát ajánlja: Rp. Ungu. plumbi, Lanolini aa 30:0; Adipis 8:0. Rp. Ungu. hydrargyri, Lanolini aa 30:0; Ol. olivarum 2:0. A nedves alaknál borsav- vagy gyenge carbolsav-oldattal mosogatás után a következő hintőport alkalmazza: Rp. Pulv. amyli 30:0; Bismuthi subnitrici 0:3; Acidi tannici 0:3. (Practitioner, 1895. június.)



## TÁR C Z A.

## A XXIV. berlini se.ész-congressus.

(1895. április hó 17—20-ig.)

(Folytatás.)

*Rinchevall* Bardenheuer által resekált *coxitis* eseteket mutatott be, minek kapcsán *König* állást foglalt azon eljárás ellen, hogy az acetabulum s környéke egy darabban kifürészeltessék, különben *Volkman* és ő is az izvápát szükség szerint resekálta.

*Schede* a *Billroth* által ajánlott eljárásra utalt, mely szerint megfelelő esetekben csípőizületi resectiónál a fej a functionalis eredmény érdekében megtartandó.

*Krönlein* a *pancreas sebészetéhez* topographikus anatómiai s klinikai adattal szolgált. Primaer pancreas-rák kiirtásának gyógyult esete eddig csak egy ismeretes az irodalomból. *Ruggi* végezte 1889-ben Bolognában. *Krönlein* a pankreas fejéből angiosarcomát irtott ki, beteg azonban a 7-dik napon meghalt a *colon transversum gangraenája* következtében; ez pedig az art. colica med.-nak az art. mesenterica superior *ercdéséhez közel* történt leköltése által okoztatott. Már *Litten* mutatta ki, hogy az art. mes. sup. functionalis értelemben végűtőér.

*Krause* az általa ezelőtt 3 évvel a neuralgiák legsúlyosabb eseteinek gyógyítására ajánlott *intracranialis trigeminus resectiók* végeredményeiről számolt be.

Újabb tapasztalatai szerint a trigeminus törzsszel a ganglion *Gasseri* is resekálható, mert e nélkül a beteg a recidivától nem ment. A vérzést műtét közben temporaer tamponálással mindig képes volt csillapítani.

Az agy compressiója, ha az agy műtét közben széles lemezzel s igen lassan lesz emelve, zavart nem okoz. Az agy sohasem emelendő nagyon magasra.

A csontleány kifürészelésére használt körfürészt biztosság kedvéért kétoldalt rögzítve vezeti s electromotor segítségével hajtja.

Az irodalomból gyűjtött 51 műtét közül a legtöbb a 2-dik, 3-dik ágra vonatkozott a ganglion eltávolítása nélkül. Gyógyult 46, meghalt 5.

Recidiva ganglion kiirtással végzett műtétnél ninesen; legrégibb esete 2 $\frac{1}{4}$  éves.

A cornea és szemteke kötőhártya anaesthesiája bajt nem okozott. A rágóizmok megfelelő oldali hűdése sem hátrányos, mert az egészséges oldal rágóizmai ezeket teljesen pótolják.

*Beck három s König egy esetében* súlyos vérzés complikálta a műtétet.

*Tillmans a carcinoma aetiologiájára s histogenesisére* vonatkozó előadásában az eddigi teoriákról tetszetős átnézetet adott, a maga részéről azonban újabb nézeteket nem szolgálhatott.

Az ezt követő discussióban *Geissler* kutyapraeparatúát demonstrálta, mely a carcinoma sikerült átoltathóságát lett volna hivatva bizonyítani.

*Hansemann* és *Israel* azonban a bemutatott górcsói készítményeket nem tartják ráknak s általában kételkednek abban, hogy állatoknál tipikus rák előfordul-e?

*Geissler* és *Wehr* primaer rosszindulatú álképletek előfordulását elismerik állatoknál.

*Rosenbach* említi, hogy egy patkánynál a hasüregbe eredménynyel implantált sarcomát.

*Czerny* a rák-discussióval kapcsolatban felszólítandónak tartja a házi orvosokat, hogy egyes családokban a rák fejlődési módját, fellépését figyelemmel kísérjék. Így talán kideríthető lesz, hogy a hereditás, infectio, ugyanazon talajon és hasonló viszonyok között való együttlét, mily szerepet játszanak.

*Friedrich Thiersch* megbízásából a *Coley*-féle módszer szerint bacterium-mérgekkel (*streptococcus filtratum v. sterilis. r. streptoc. s bacillus prodigosus filtratum*) kísérlette meg az *inoperabilis rosszindulatú álképletek gyógyítását*. Carcinomáknál teljesen eredménytelenül. Sarcomákra vonatkozólag végleg még nem nyilatkozhatik, de ezeknél is vajmi kevés a radicalis gyógyulásra való kilátás, a mit *Lauenstein* is megerősít.

*Lassar* az epithelialis tumorokra nézve az arsen-kezelést ajánlja ismétlenül és azt hiszi, hogy lapos hámráknál az eredmény kétséget kizáró, mire *Bergmann* s *König* megjegyzik, hogy

a bemutatott esetet faggyúmirigy-adenomának tekintik; előbbi még hozzáteszi, hogy *Lassar*nak több gyógyult betege klinikáján jelentkezett, hogy azután műtét által szabaduljanak a gyógyultnak vélt bajtól.

*Kocher* is megkísérlette a *Coley*-féle injectiókat s sarcománál rövid időre visszafejlődést látott, de radicalis gyógyulást nem.

*Nikoladonin*ak tudomása van rhinoscleroma-esetről, melyben tracheotomiához szegődött erysipelas után a rhinoscleroma teljesen meggyógyult.

*Krönlein* *König*gel együtt óva intenek, hogy ezen állítólagos gyógyulások híre a nem orvosok tudomására jusson, ennek az lesz az eredménye, hogy majd csak inoperabilis esetek jelentkeznek a sebészeknél.

*Lassar* azzal védekezik, hogy csupán tudományos érdekből óhajtott jelezni, hogy ily epithelialis képletek arsenre visszafejlődhetnek.

*Esmarch* ismét kedvező tárgyára akarja a sebészek figyelmét fordítani, a *syphilomák diagnosisjára*, miről néhány évvel ezelőtt ugyancsak a congressuson tartott előadást. Ismételve arra figyelmeztet, hogy a syphilises alapon fejlődött sarcomák s lymphomák milyen könnyen téveszthetők össze más sarcomák és lymphomákkal. Ilyen esetekben az anamnestikus adatokat különös körültekintéssel kell kutatónk, a rokonok hasonló megbetegedéseire tekintettel kell lennünk. Mindig gyanusak a nyelv, sternocleido-mastoideusban, a has, hát s alsó végtag izmaiban előforduló daganatok s azon sarcomák, melyek teljes kiirtás után mindig rövidebb időközökben újulnak ki; gyanusak továbbá az antiluetikus kezelésre kibebbedő tumorok s azok, melyek toxinok behatására (*Coley*) eltűnnek.

*König* sajnálattal constatálja, hogy a tévedések nem oly gyakoriak, mint *Esmarch* előadása alapján gondolhatnók. *Krause*-val együtt hangsúlyozza azonban, hogy tengerpart vidékeken kétségtelenül gyakoribbak a súlyos, elhanyagolt syphilisformák.

*Lindner* szerint ily esetekben fordulhatnak elő a homeopathák gyógyításainak csodás eredményei; mert e tumorok, mint *Esmarch* is beismeri, sokszor spontán is gyógyulnak. *König 300 gümös térdizület* tanulmányozása alapján azon véleménynek ad kifejezést, hogy izületi gümőkórna a primaer csontgőczra vonatkozó nézeteink nem felelnek meg egészen a valóságnak s így az ezekre vonatkozó magyarázat revidéálható.

Előadásának lényege különben nem új, ugyanaz, a mi már tavaly képezte a „Centralbl. für Chir.“ 22. számában (1894.) „Ueber d. pathol.-anatom. Geschichte d. Synovialtuberculose d. menschlichen Gelenke“ című közleményének tárgyát néhány statistikai adattal kibővívte.

Ezek gyógykezelésénél a jodoform-befecskendések mellett újabban ismét a *Hueter*-féle carbol-injectiók felé látszik hajlani.

*Bardleben* az alsó végtag töréseit kevés kivétellel járó kötéssel kezelte s ezen kezelés eredményéről dicsérőleg nyilatkozott.

*Mikulicz* a hosszú csőves csontok diaphysisének rosszindulatú daganatainál kiterjedt resectiót végzett két esetben. Egy 23 éves mozdonyfűtő radiusának kéztőizületi végéből resekált 10 cm. hosszú részletet óriássejtű sarcoma miatt. Műtét után 2 hónapra beteg az alkar radialis oldalára alkalmazott börtök segítségével régi foglalkozásához tért.

Tizenhat éves fiúnál femurjának térdizületi végéből 20 cm. hosszú darabot távolított el, orsósejtű periostal sarcoma miatt. A femur lefürészelt végét a porcjától fosztott tibiába implantálta, műtét óta körülbelül egy év telt el kiújulás nélkül. Beteg a czomb felső harmadáig terjedő prothesissal jár, melybe az equinus állásba hozott láb van beleillesztve.

*König* a periostal sarcomáknál ezen eljárást nem tartja jogosultnak. Bemutatott fiúnál az exarticulatiót tartotta volna indicálnak a lágyékmirigyek kiirtásával. Ezen conservatív eljárás csak óriássejtű sarcomáknál tartja követésre méltónak.

*Czerny* 11 chronikus és 8 acut esetben műtett *appendicitis*-nél. Csekélynek tartja az esetek számát, hogy véglegesen nyilatkozhaték az eredményekről. Aetiologikus momemtumként a streptococcus, staphylococcus, baet. coli, tuberculosis, actinomycoosis szerepeltek. Az acut septikus esetekben azonnal bemetszést végez,



miután ilyenkor incisióval egyebet végezni nem czélszerű, s ezt tenni minden gyakorló orvos kötelessége.

Az idült eseteknél a beavatkozást illetőleg hosszú megfigyelésre, nagy tapasztalatokra van szükség. Összenövések nagyon megnehezítik a műtétet.

*Schuchardt* körülbelül 70 esete közül az esetek felében műtett, légtöbbször az első 10 napban. A processus vermiformis csak akkor resecálja, ha ez a műtétnél könnyen hozzáférhető. Egyszerű incisiót csak súlyos esetekben végez, kevésbé súlyos esetekben csak akkor műtesz, ha opium adagolásra nem enyhülnek a tünetek, a közérzet nem javul, az exsudatum felszívódása nem indul meg.

*Kümmell* főleg a mindig súlyosabb recidivákkal járó esetekben műtesz; az appendixet 45 esetben resecálta.

*Rosenberg*nek műtetre csak alkalmas s kedvező esetei voltak.

*Krönlein* műtét közben 2 esetben nem appendicitissel találkozott, hanem a colon perforatiójára bukkant.

*Sandler* 8 esete gyógyult chronikus appendicitisnél műtét után.

*Küster* is találkozott gyakorlatában colon fistulával.

*Löbker* egy esetben appendicitist diagnosztizálva hatolt be s primaer vakbélrákkal találkozott.

*Körte* gümös coecum fekélyeket metszett ki, varratokat alkalmazott s betege meggyógyult.

*Israel* egy esetében állandó bélsipoly maradt vissza, hasonlóan *Rotter*nek egy esetében is, melynél azonban később a proc. vermiformis resecálta, abban empyemat találva.

Az előadók közül néhányan ily műtétek után néha hassérvet láttak fejlődni.

*Hildebrand* a pancreas haemorrhagikus lobfolyamatainál rendszeresen talált zsír-necrosisok okát kiderítendő, a pancreas lienális részét kötötte le, s néhány esetben az összes vívőereket is, hogy a pancreas váladékának felszívódását meggátolja, s minden esetben a tipikus zsír-necrosist constatálhatta a pancreasban, cseplecsen s mesenteriumon. Ha tiszta trypsin vitt az állatok hasüregébe, a beleken csak haemorrhagiák támadtak, zsír-necrosis sohasem volt látható. E szerint a vérzést a trypsin okozná, a zsír-necrosis a zsír-fermentum által jönne létre.

*Rosenbach* hasonló kísérleteinek felemlítése után, *Körte* 2 pancreas necrosis praeparatumot mutatott be.

*Reichel* a laparotomiák utókezelését tárgyalva, különösen azon kérdésre igyekezett megfelelni, hogy mily körülmények között kell laparotomia után opiumot adagolni s mikor javalt a hasür újabb megnyitása. Szerinte normalis viszonyok között nem kell opiumot adagolni. Már fennálló infectiosus peritonitisnél a septikus anyagok tovaterjedésének meggátolására opiumot ad, ha pedig aseptikus operálásunk dacára microorganismusok hatoltak be, akkor ezek megtelepedése meggátolandó s a peritoneum resorbeáló ereje által gyorsan eltávolítandók; ez pedig a peristaltica fokozása által történhetik: ilyenkor az opium contraindicált.

Laparotomia után hevenyen fellépő ileusnál a korai laparotomiát ajánlja.

*Schnitzler* az Ewalddal végzett ugyanezen tárgyra vonatkozó kísérleteinek egyes eredményeiről tett említést.

*Rydygier vándorlépnél* a kiirtást elkerülendőnek tartja, helyébe a splenopexist — a lép rögzítést. — ajánlja az általa végzett módszer szerint, melynek lényege abban áll, hogy egy peritonealis lemezrészlet leválasztása által tasakot képez, melybe a lépét helyezi.

*Israel* ezen eljárást annál is inkább utánzásra méltónak tartja, mert egy esetben lépkiirtás után az eredmény igen kedvezőtlen volt.

*Wölfler* a húgyvezér beszűkülésének rendellenességeit ismertette.

*Trendelenburg* a húgycső belső orificiumán talált veleszületett billentyűszerű nyákhártyaredő előfordulásáról s gyógykezeléséről tett említést. Ilyen bajban szenvedőknél normalis prostata mellett fokozatosan fejlődnek a vizeleti nehézségek. Beteg nem tud vizelni, mihelyt a hólyag kissé is megtelik. Gyógykezelése abból áll, hogy a billentyűszerű redőt hosszirányba bemetszi s azt harántul egyesíti.

Ezekkel kapcsolatban felemlíti, hogy ezelőtt 16 hóval egy 2 $\frac{1}{2}$  éves leánynál az urethrá, a hólyag egy részét s a bal vesét irtotta ki tuberculosis miatt, azután a hólyag visszamaradt részét távolította el, a jobb uretert a flexura sigmoidesbe implantálta. Beteg állapota jelenleg türhető.

*Rehn anilin-gyárban* dolgozó munkásoknál, kik fuchsin-készítéssel voltak elfoglalva, 3 esetben hólyagtumor képződését látta. Feltűnő, hogy a gyár 45 munkása közül 3-nál, illetőleg valószínűleg egy 4-diknél is, ilyen aránylag ritka bántalom fejlődött.

A hólyagtumrok fejlődését ezen esetben vegyi ingerre vezeti vissza.

Már Grandhome tudta, hogy az anilin acut s chronikus stranguriát, haematuriát s haemoglobinuriát okozhat. A fuchsin-gyárban alkalmazott munkások kezdetben vizeleti ingerben szenvednek, különösen melegebb időben, mikor a fuchsin componensei, a nitrobenzol, anilin s talán a toluidin párolgása is fokozottabb.

Két esetben műtétnél nagyobb papillomát talált az egyik vagy mindkét ureter nyílása mellett; a 3-dik esetben sarcomát, mely miatt az uretert resecálva implantálni kellett.

*Gluck* 1881-ben Zellerrel állatokon teljes hólyagkiirtást végzett,<sup>1</sup> a mit Trendelenburg emlékezetébe akart hozni.

*Lindner* a rákos hólyag kiirtása után az uretereket a húgycsőbe varrta, ezek azonban nem működtek kellőképp s a beteg meghalt.

*Trendelenburg* Glucknak válaszolva kijelenti, hogy az állatkísérletet emberre nem tartja irányadónak.

*Kümmell* 47 éves kereskedőnél gerinczagy-sarcomát irtott ki, kinél 1893. májusban a sacrum egy részét távolította el lány sarcoma miatt. A beteg 1894. márcziusig jól érezte magát. Ezután fokozatosan oly tünetek fejlődtek, melyekből a 2—3. háti csigolya magasságában ülő, talán extraduralis tumorra, valószínűleg szintén sarcomára lehetett következtetni. 1894. novemberben a jelzett magasságban a gerinczesatornába hatolt és diagnosisa helyesnek bizonyult. A kiirtás erős vérzés s egyéb technikai nehézségek leküzdése után sikerült; az előbb teljesen hűdött beteg 2 bot segítségével sétál s a lépcsőn egyedül képes járni.

*Horsley* 1889-ben végezte sikerrel az első, külsőleg nem látható gerinczagy-tumor-kiirtást. Azóta 8 hasonló eset közül 3 gyógyult, 4 a műtét következtében halt meg s egy esetben semmi eredmény sem volt constatálható.

*Narath* retroperitonealis nyírkeystának két esetét ismertette. (Folytatása következik.) *Haberern Jonathan Pál dr.*

## Heti szemle.

Budapest, 1895. augusztus 22-dikén.

### Budapest fő- és székváros egészsége az 1895. év I. felében.

A székes főváros közegészségi állapota a lefolyt félévben viszonyítva a múlt év I. feléhez az alább kitüntetett számbeli adatok szerint lényeges eltérést nem mutat. Csekély emelkedést tüntet fel az általános halálozás és betegedés, míg a heveny ragályos kórok összesen úgy betegedés mint halálozás tekintetében apadtak. Csak szórványosan fordultak elő, járványalakat egyik sem ültött. A születési esetek száma a lefolyt félévben 590-nel szaporodott. A gyermekhalandóság, habár még mindig tekintélyes, mégis az ezen félévben az általános halálozásnak csak 28.6%-át teszi ki szemben a múlt év megfelelő felében előfordult s az általános halálozásnak 31%-át képező gyermekhalandósággal. Az állategészségügy nem volt kedvező részben a nagyobb számmal habár csak szórványosan előfordult takonykór-esetek, részben a kőbányai sertéshizlaldákban fellépett sertésvész következtében. A székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban a félév folyamán 38,149 fekvő és 44,572 járó beteg gyógykezelést. A kerületi orvosok által 4015 fekvő és 10,692 járó beteg gyógykezelést; különösen figyelemre méltó betegedések a következő arányban fordultak elő: gyomorbelhurut 1490, tüdővész 524, tüdőgyulladás 360, váltóláz 208, bujakór 174. Ezekon kívül a fertőző betegségek aránya a következő adatokból tűnik ki: hólyagos himlő 40, állhímő 16, báránymimlő 406, hasi hagymáz 139, vörheny 406, ronsoló toroklob és torokgyík 639, kanyaró 1303, hőkhurut 115, trachoma 321, orbáncz 183, gyermekágyi láz 25, vérhas 6, influenza 498, járványos fültömrigylob 13, járványos agy-gerinczagylob 19. Élve született a félévben 10,822, meghalt 7244. A különösen figyelemre méltó halálokok a következő arányban fordultak elő: hasi hagymáz 38, hólyagos himlő 9, állhímő 1, vörheny 38, kanyaró 30, ronsoló toroklob és torokgyík 111, szamarhurut 9, vérhas 2, tüdőgümő 1312, tüdőgyulladás 977, gyomorbelhurut 406, veleszületett gyengeség 443, göresök 292, gyermekaszály 63, aggkór 285, gutaités 184, elmebajok 108, véletlen eset által halál 131, erőszakos halál 1, gyermekágyi láz 10, öngyilkosság 116, takonykór 1. Az elmebetegek közül a lipótmezei országos tébolydában ápolatott havonként átlag 866; az angyalöldi elmebeteg ápoltságban 308; az irtalmasoknál 205; a fő- és székvárosi megfigyelő osztályban 107; a dr. Schwarzler-féle ideggyógyintézetben 126. A rendőrség részéről a megfigyelő osztályra küldetett

<sup>1</sup> Lásd OHL. Haberern: Sebész-congressus.



45 elmebeteg, közülük székes fővárosi volt 25, vidéki 20. Öngyilkosság 116 esetben fordult elő; ezek közül lövés volt 64, akasztás 18, mérgezés 20, egyéb módon 19. A Dunából 15 hullá fogatott ki. Ebmarás 44 esetben fordult elő, veszett eb volt 2, veszettségre gyanus ebmarás 1, maeskaharapás 4, veszettségre gyanus maeskaharapás 1. Orvosrendőri boncolás végeztetett 349, orvostörvényszéki 102. Lelenez és dajkaságba adott árva gyermek a félév végén volt a fővárosban 725. Ezekon kívül az első gyermekmenhelyben ugyancsak a félév végén volt összesen 389 gyermek, ezek közül a hatóság által elhelyeztetett 135. Az első gyermekmenhelybe ezen félév folyamán 177 gyermek vétetett fel, köztük lelenezt volt 12. Az ápoltak közül 77 megbetegedés és 16 halálozás fordult elő. A jótékony intézetek közül a „József“ fiúárvaházban a félév végén volt 105 gyermek, az egész félévben 3 megbetegedés fordult elő közöttük. Az „Erzsébet“ árvaházban a félév végén volt 0, a félév folyamán nem volt beteg. A „Mayer“-féle árvaházban a félév végén 75 gyermek, köztük ezen félév alatt beteg volt 2. A „Klotild“ szeretetházban a félév végén 59 gyermek volt, köztük 2 betegedés fordult elő. A fővárosi „Erzsébet“ szegényházban havonként átlag 960 egyén volt elhelyezve, köztük elme- és eskóros átlag 177, a betegedés havi átlaga 422-t tesz ki. Ezen félév folyamán oklevélét bemutatta szabályszerű kihirdetés végett 70 orvos, 1 fogorvos, 2 sebész, 35 szülésznő és 1 állatorvos. A tiszti főorvosi hivatalba érkezett 8004 hivatalos ügydarab, ezek közül elintéztetett 7983. A köztisztviség kielégítő volt, bár a nagymérvű építkezések által előidézett por sok helyen nagy hátrányára volt a köztisztviségnek, eltekintve azonban a kültelki kövezetlen részekről, a köztisztviségi viszonyok haladást mutatnak. A vízvezetési víz e félévben úgy minőség mint mennyiség tekintetében kielégítő volt. A ker. tiszti orvosok által beoltatott 3624, ezeken kívül újraoltatott 6160 egyén. A nyilvántartott kéjnök létszáma a félév végén 1325, ezek közül bordélyos 454, magán 737, kórházba küldetett 134. Az állategészségügy e félévben nem volt kedvező, a mennyiben a takonykór-esetek nagyobb számmal mutatkoztak. Ugyancsak fellépett Kőbányán a sertésvész, mely az egész állomány elveszését veszélyeztette. A székes főváros ideiglenes központi fertőtlenítő intézetében összesen 1530 esetben történt fertőtlenítés. Egyéni fertőtlenítés alatt volt 1511 személy. A lakásokban fertőtlenített tárgyak száma 188,045. Gözzel fertőtlenített összesen 68,227 darab.

### Vegyesek.

Budapest, 1895. augusztus 23-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. augusztus 4-dikétől augusztus 10-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 393 gyermek, elhalt 303 személy, a születések tehát 90 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, ronesoló toroklob 1, hökhurut —, kanyaró —, vörheny 2, typhus abdominalis 2, gyermekági láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 4, agykéreg 16, agyvérömleny 5, rángások 5, szervi szívba 13, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurut 13, tüdőgümő és sorvadás 59, bélhurut és béllob 103, carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák 2, Brighth-kór és veselő 9, angolkór 1, görvélkyór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 14, aszkór, aszály és sorvadás 4, aggkór 11, erőszakos haláletet 15. — A fővárosi kórházakban ápolatott e hét elején 2045 beteg, szaporodás 703, esőkken 735, maradt e hét végén ápolás alatt 2913. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1895. augusztus 12-dikétől augusztus 19 dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 9 (meghalt 2), himlőben 2, álhimlőben —, bányhimlőben 5, vörhenyben 17 (meghalt 2), kanyaróban 22, ronesoló toroklobban 9 (meghalt 1), torokgyíkbán 1, trachomában 17, hökhurutban 10, orbáncban 6

— A tiszti orvosi vizsgálatra előkészítő tanfolyam Kolozsvárt folyó hó 21-dikén vette kezdetét.

— Hazai fürdők személyforgalma. Bártfa (VIII. 15.): 3000; budai Erzsébet-sósfürdő (VIII. 13.): 715; Csorbai tó (VIII. 11.): 4452; Parád (VIII. 15.): 905; Tátrafüred (VIII. 14.): 3125; Uj-Tátrafüred (VIII. 12.): 1723.

— Az orvostanhallgatók száma a német egyetemeken az 1895. év nyári felében összesen 8030 volt. Legtöbb volt a hallgató Münchenben (1209) és Berlinben (1080); ezután következnek Würzburg (707), Lipse (617), Freiburg (443), Greifswald (406), Kiel (399), Boroszló (338), Erlangen (332), Bonn (324), Strassburg (300), Heidelberg (275), Königsberg (246), Marburg (245), Halle (241), Göttingen (220), Tübingen (215), Jena (195), Giessen (137) és Rostock (101).

† Elhunyt: Meisner János dr. fővárosi orvos Budapesten 71 éves korában augusztus 16-dikán.

— Hoppe-Seyley, az élet- és körvegytan hírneves tanára a strassburgi egyetemen, folyó hó 10-dikén 70 éves korában hirtelen elhunyt.

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

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

Az Izsápfürdő kiváló roppant vízbősége által 4300 □ m. nyitott és 120 □ m. zárt medencében a kénes 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-kórházban 1895. augusztus 15-től egész 1895. augusztus 21-ig ápolatott betegekről.

1895.	Felvett		Elbocsátott		Megtelt		Maradt			Az ápoltak közül					
	beteg		gyógy.		beteg		beteg			a Rókusban					
	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	összesen	beteg	szülönő	heveny fertőző	az illó-rti kórházban		
Aug. 15	57	39	96	2144	65	6	410	968	982	1950	996	44	55	855	
" 16	89	33	72	3438	72	2	3	5	971	974	1945	981	44	61	859
" 17	51	52	103	4883	131	2	3	5	972	940	1912	971	44	63	834
" 18	22	26	48	3728	65	4	4	8	953	934	1887	979	38	62	808
" 19	45	32	77	7439	113	5	2	7	919	925	1844	945	38	62	799
" 20	47	37	84	2426	50	6	5	11	936	931	1867	958	37	58	814
" 21	66	75	141	4871	119	3	2	5	951	933	1884	976	33	58	817

**DR. DOLLINGER GYULA**

TESTEGYENÉSZETI  
ÉS  
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST  
VII., KEREPESI-ÚT 52.

34

TERMÉSZETES

## BILINI SAVANYUVIZ!

**Legkiválóbb képviselője az alkalikusavanyu-  
vizeknek** (33,6339 szénsv, natron 10,000 részben). Mint  
gyógyforrás évenként növeli elismert jó hírnevét s azonkívül a  
legkitünőbb diaetikus italt képezi. **EDESKUTY L. úr ivó-  
csarnokában** a nyári hónapokban pohárszámra is kapható.

## Pastilles digestives de Bilin

(Bilini emésztési czukorkák) biztos szer min-  
dennemű emésztési zavarok ellen, mindig friss  
minőségben van készletben a főraktárban.

## EDESKUTY L. cs. és kir. és szerb kir. udv.

szállítónál BUDAPESTEN.

Kapható azonkívül minden gyógyszerárban, fűszerkereskedésben,  
szállodában és vendéglőben. Pastilles de Bilin a legtöbb gyógy-  
szertárban és gyógyszerár-kereskedésben.

Med. univ. **Dr. BÁCSKAY BÉLA**

### nyilvános tehénhimlőtermelő intézete

ARADON

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

Egy phiola 50 egyénre (1 gr.)	3.—	100 egyénre való 8—10 phiolába
Két " 100 " (2 gr.)	6.—	osztva
Egy " 3 " "	50	Saját tulajdonyú szabályozható scarifi-
" " 15 " "	1.50	cator (igen kedvelt oltó-eszköz) 1.25

## Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

### Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

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

14