

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem II. számú (Réczey tanár) sebészeti klinikumáról.

### Gyomor-bélműtétek.

Közli *Chudovszky Móricz* dr., tanársegéd.

*Réczey Imre* tnr. szives engedelméből jutottam abba a helyzetbe, hogy az utolsó félévben a II. sebészeti klinikumon végzett jelentékeny számú hasi műtét közül a gyomor- s bél-műtétek néhány esetét közölhessem. Az esetek csoportosításával nem azt kívántam elérni, hogy csupán a gyógyult eseteket mutatva be, hiányos képet közöljek; nem állunk ki a térre a sebészet modern közlési módja szerint, hogy „ime nézzenek és bámuljanak, ez a mi működésünknek eredménye“, hanem bevalljuk, hogy vannak halottjaink is. Azonban ezekből is tanulságot kívánunk levonni, a midőn összehasonlítjuk azokat más közlők adataival. Természetesen statistikai szempontból ez a néhány eset nem bír értékkel, hanem úgy klinikai diagnostikus, mint műtéti, avagy kórboneztani szempontból azok e téren sok tanulságosat tartalmaznak s minden esetre helyet foglalhatnak azon kevés közlemény között, a melyek ilyen műtétekről az utolsó időkig a magyar sebészeti iskolákból közölve lettek.

Gastrostomia két esete, pylorus kiirtásának egy esete, négy gastroenteroanastomosis műtete s egy próba hasmetszés abból a czélból, hogy a duodenalis szűkület okát kikutassuk: elég jól csoportosíthatók úgy, hogy először a két gyomorsipoly-műtétet beszéljük meg s aztán kissé bővebben foglaljuk össze a többi hat beteg kórtörténetét.

### I.

I. B. P. 56 éves tisztviselő, megbetegedett két év előtt, felvételt 1896. augusztus 23-dikán, műtét napja augusztus 25-dike, meghalt 1896. szeptember 15-dikén. A beteg két év előtt vette észre, hogy nyelni nem tud oly tökéletesen mint azelőtt, az étel nyelés közben akadozik. Ezen állapot lassanként annyira fokozódott, hogy a beteg utóbbi időben csak folyékony eledeleket volt képes lenyelni és annyira lefogyott, hogy az utolsó hónapok alatt 20 kilót veszített súlyából. A beteg könnyen nyel, azonban a lenyelt étel a bázisig alsó táján megakad s azt a beteg visszaböfögi. Ha igen puha szétmálló táplálékot kap, az sok víz ivása közben a gyomorba lecsúszik még; 4-es számú (Reiner) bázisigkutató csak nehezen jut be a gyomorba. *Diagnosis: Stricture (carcinoma) oesophagi.*

Műtét 1896. augusztus 25-dikén. A has a processus xiphoideus és a köldök közötti vonal irányában 5 cm. hosszú metszéssel meg lesz nyitva, utána a fal hashártya négy ideiglenes varrattal kiszegve a bőr széléhez. A gyomor felkeresése után kijelöljük azt a helyet, a hol a fistulát képezni kívánjuk. A gyomor mellső falát a kis curvatura alatt közel a cardiához matrácvarratokkal rögzítjük a sebszélhez úgy, hogy a gyomorfalnak csupán a sorosája kerül a varratba. Az alsó sebzúgban a hasfal sebét annyira megkisebbitjük, hogy azon csupán egy vastag ujjnyi gummicsövet befogadó nyílás maradjon vissza. A kis kör alakú gyomorfalrészlet teljesen és jól van a hasfalhoz erősítve. Kötés.

Augusztus 26-dikán. A gyomor fala át lesz metszve és a támadt nyílásba egy kisujnyi vastag gummicső behelyezve, a melynek állandó záróul egy csipített alkalmazuk.

Augusztus 26--30-dikán a táplálást a beteg jól tűri, de az nem marad meg teljesen a gyomorban, a menüiben csak a szilárd eledel marad benne, a folyékony tápszerek a cső körül a gyomornyíláson vissza folynak és a környéken kiterjedt eczemát okoznak, a mi ellen zinkkenőcs-kötés lesz alkalmazva.

Augusztus 31-dikén. Nagyobb átmérőjű gummicső bevezetése után kevesebb folyadék szívárog vissza a sipolyon. A beteg erősen köhög, nehezen lélegzik.

Szeptember 1--3-dikán heves putrid bronchitis lépett fel. A beteg ereje fogy. Szeptember 3--7-dikén állandóan excitantiákkal lesz tartva. Szeptember 8--9-dikén a folyton szívárog sipolyváladék miatt sokat panaszodik a beteg, azért a sipolyon való táplálását megszüntetjük. Végbélésőréket kap háromszor napjában, tej, leves és tojás sárgájával és néhány csepp opiumtineturával. Szeptember 10--11-dikén. Szívgyengeség tünetei fokozódnak. Nehéz lélegzés és kiköpés könnyítendő, Inf. Ipec. Liq. ammon. val szed. Excitansok is bőven lesznek adagolva. Szeptember 12--14-dikén beteg soporosus. Pulsusa fonászerű, percenként 100. Szeptember 14-dikén este a gyengeség fokozódik és szeptember 15-dikén délelőtt meghal.

Bonezvizsgálat szeptember 16-dikán. Felhányt szélű, 5 cm. hosszú, a bázisig falát körkörösen elfoglaló, fekélyesedett lapos hámrák a trachea bifurkációjának magasságában, a mely annak ürterét annyira szűkíti, hogy a kisujj körümpereztét alig fogadja be. Pharyngitis chronica granulosa. Bronchitis putrida, a jobb felső lebeny gyermekököllyi körülkolt gangraenájával. Nyelési pneumonia baltüdő alsó lebenyén. Mesterséges gyomorsipoly a gyomor elülső falán jól összetapadt és consolidált varratokkal. Atheromatosis aortae. A többi szervek épek.

II. G. V. 23 éves, hajadon eseléd, megbetegedett 1896. február havában; felvételt 1896. július 27-dikén, műtétét augusztus 23-dikán, gyógyultán távozott november 2-dikán. Beteg három év előtt több ízben élénk pirosszínű habzó vért hányt. Azóta nyugta volt két éven keresztül, míg f. é. február hó 6-dikán hirtelen rosszul lett, egész nap zöldes epésszínű hányadékot hányt, este pedig már nem is tudott nyelni. Másnap hig dolgokat már tud nyelni, compact eledelt nem volt képes lehozni a gyomorba. Azóta ezen állapota annyiban változott, hogy folyadékot is csak nagy nehezen fájdalmak közben tud nyelni. Tentamen suicidiire vonatkozólag mindent leghatározottabban tagad.

A nagyon lesoványodott és elgyöngült beteg testsúlya 40 kgm. A jobb tüdőcsúcs felett érdes kilégzés s kissé tompult kopogtatási hang észlelhető. A szív normalis. Vesék és bélhuzam részéről semmi rendellenesség. Daganat a mellkasban nem mutatható ki. A bázisigkutatók az 1-ső számú (Reiner) sondáig befelé állandóan csak 36 cm. nyire hatolnak előre. Ezen a helyen azután állandóan elakadtak. A naponként ismétlődő sondázási kísérletek csak annyit eredményeztek, hogy a beteg saját állítása szerint könnyebben nyelt folyadékot. Egy ízben augusztus 6-dikán sikerült a vizsgálatnál bálhúrral a stricturán áthaladni. Azóta ez többször nem sikerült.

Július 27-dikétől augusztus 16-dikáig: A beteg folyton gyengül, a folyékony táplálék is nagy nehezen megy le augusztus 16--20-dikán. A beteg semmit sem tud nyelni, kínzó szomjúsága ellen jéglabdacokat kap. Tápcsőrékkel lett táplálva, a melyek, leves, tej, bor és tojás sárgájából állanak, abból egyszerre 200 gm.-ot kap langyosra melegítve.

Műtét augusztus 23-dikán, chloroform-narcosisban. A processus ensiformis alatt egy ujjnyira, a bordáival párhuzamosan haladó 7 cm. hosszú metszéssel meg lesz nyitva a hasfereg. A hasfal sebe a peritoneummal selyem szűcsvarrattal lesz egyesítve és a gyomor mellső falát előrehúzza, azt a serosa és muscularison keresztül vezetett selyemvarratokkal a sebszélékhez erősítettük. Fedő kötés. Műtét után d. u. hőmérsék 37.7° C. Pulsus száma percenként 90, gyengén telt, közepesen feszes.

Augusztus 24-dikén. Közérzet jó. Hőmérsék normalis. Táplálék: 6 evőkanál thea és 3 kanál borleves, a mit a beteg igen könnyen nyel le.

Augusztus 25-dikén hőmérsék rendes. A beteg elfogyaszt 100 gm. húslevest egy tojás sárgájával és 50 gm. theát. A nyelés könnyen megy. Egyszer hányt 2 evőkanálnyit.

Augusztus 26-dikán láztalan. Táplálék: délben 100 gm. borleves, 30 gm. húsleves egy tojással. Este húsleves és 30 gm. thea. A nyelés feltűnően könnyen megy.

Augusztus 27-dikén hőmérsék normalis. Reggelire elfogyaszt 300 gm. borlevest, délben 30 gm. húslevest tojással, a melyet azonban kihány. Semmi nyelési nehézség sem mutatkozik, a miért is a gyomor megnyitása mellőzve lesz.

Augusztus 28-dikán láztalan. Elfogyasztott 300 gm. borlevest, 60 gm. húslevest tojással, egy pohár sört, egy 1/2 adag tejben főtt

rizst és még egy adag húslevest egy tojással. Semmit sem hányt ki, könnyen nyel.

Augusztus 29-dikén táplálék ugyanaz, mint az első napon, a nyelés szabad; délben kissé hány.

Augusztus 30-dikán varratok eltávolítása. Böven táplálkozik; a nyelés szabad.

Augusztus 31-dikétől szeptember 9-dikéig a beteg erősebb tüdőhuruton megy keresztül.

Szeptember 10—17-dikéig több étrendi hibát követ el, a melyek után hány; nyelése azonban szabad.

Szeptember 17—30-dikéig beteg kenyeret és sült húst is eszik, bárzsingutaszolás után egy ízben véreset hány.

Október 5-dikén a test súlya 48.5 kgm. Október havában a sebvonalból egy fonal genyed ki; testsúly 49.75 kgm.-ra nő.

November 2-dikán A 14-es bárzsingkutató szabadon megy le. A beteg gyógyultan távozik, a mikor bevallja, hogy február 5-diki hányása marólvívásból ered.

A két eset közül az egyik bárzsingszűkülete egy terjedő alképlet, a másik lúgmérgezésből támadt heg által volt feltételezve. A carcinoma azon helyen van, a hol leggyakoribb, a trachea bifurkatiója magasságában, 5 cm. szélessége mellett a bal bronchus és a bárzsing kereszteződési helyét is eléri, tehát azon helyet, a hol marólvíg vagy egyéb marómérgek lenyelése után hegek szoktak képződni, a mint azt második esetünkben feltételezni kellett. Mind a két esetben majdnem ugyanolyan nagyságú s ugyanolyan magasságban ülő szűkülettel volt dolgunk. Mind a két egyén erősen fogy, csak hogy a míg az egyik csupán a táplálkozás hiányát érzi, addig a másik azon alképlet szervezeti destruáló hatásában is részes. Az alképlet már jó ideje kifehélyesedett s a bűzös fertőző váladék nem csupán az által, hogy a gyomorba szivárog, annak életműködését zavarja, hanem az által, hogy a szervezetbe felszívódik a vérképzést is minden esetre befolyásolja. *Neubert*,<sup>1</sup> *Jaksch*,<sup>2</sup> *Schneider*,<sup>3</sup> *Rieder*,<sup>4</sup> *Escherich* és *Pée*,<sup>5</sup> *Hayem*,<sup>6</sup> *Alexander*,<sup>7</sup> *Sadler*<sup>8</sup> mindnyájan, egyesek nagyobb, mások kisebb fokú leukocytosis állapotot keltett meg a rosszindulatú alképletek eseteiben. *Müller*,<sup>9</sup> *Reinert*,<sup>10</sup> *Canon*,<sup>11</sup> *Erllich*,<sup>12</sup> *Reinbach*<sup>13</sup> s a második sebészeti klinikumon<sup>14</sup> is végeztek ilyen művizsgálatokat s nem csupán a kétféle véresejtalakok arányát, hanem a fehér véresejtek egyes alakjainak egymáshoz viszonyát is tárgyalták s részben összhangzó s részben eltérő eredményként vérelváltozásokat állapítottak meg.

A vérképzés megváltozását mutatja a beteg cachectikus fakósárga testszíne, s minden esetre bemutatta volna pozitív adatként a vérvizsgálat. Az alképlet tovább növekszik, összenő a tracheával s annak ürterét jelentékenyen megsűkíti, a mi miatt a beteg nehezen lélegzik. Ehhez társulnia kell csupán egy kis hörghurutnak s az elgyengült beteg nyelési tüdőlobban csakhamar elpusztul.

Mit értünk el tehát műtétünkkel ezen esetben? 22 napi gyógytartam, vagyis jobban mondva életbenmaradás, az csak nem eredmény. Hanem épen úgy jártunk mint mások. *Dollinger*<sup>15</sup> bárzsingrákos betege 5½ hétig él a gyomorsipolyával. A többi magyar sebészek hallgatnak adataikkal. A külföldi közlemények szerint sem jobbak az elért eredmények. *Lauenstein*<sup>16</sup> betege, a kin *Hahn* szerint végzett gyomorsipoly-műtétet, három hétig él és a sipolyon keresztül böven szivárog ki a carcinomás váladékkal kevert gyomorbennék. *Hartmann*<sup>17</sup> esete 21 napig marad életben, jölehet *Terrier*-t követte s állítólag a korai stadiumban végezte a sipolyképző-műtétet. Betegénél a bárzsingrák áttör a hörgbe s betege tüdőgyulladásban pusztul el. Ugyanez alkalommal közli *Terrier* öt esetét, a kinnél mind korai műtét lett végezve s a betegek 12, 21, 24, 56 nap alatt halnak meg a műtét után s csupán az egyik marad életben három hó és négy napig! Ez semmi esetre sem biztató. A berlini sebészek 1890. november 10-diki ülésén *Strohe* bemutat egy *Hahn* szerint végzett gyomorsipoly esetet, a mely alkalommal *Hadra* egy praeparatummal áll elő, egy *Hahn* szerint készített gyomorsipoly praeparatummal, a melylyel a beteg 7½ hónapot élt.

*Strunz*<sup>18</sup> a *Hacker* szerint végzett 11 gyomorsipoly-műtétéhez még más öt esetet közöl. A 16 eset közül csupán azon egy beteg maradt életben, a kinek bárzsingszűkülete mérgezésből eredt. A többi beteg közül daczára, hogy a műtétet lehetőleg korán végezték, csupán 3—4½ hónapig élt

hét beteg, 2½ hónapig egy, hat hétig kettő, öt hétig három, négy hétig egy, négy, nyolez napig egy-egy beteg. *Ssabanajew*<sup>19</sup> négy betege gyomorsipolylyal négy nap egészen nyolez hétig maradt életben.

*Ceccherelli*<sup>20</sup> 16 esetében, a hol a sipoly a módosított *Hahn*-féle műtéttel lett végezve, három beteg néhány óra mulva hal meg. *Nicolaysen*<sup>21</sup> három gyomorsipoly esete közül az, a hol bárzsingrák miatt fellépett szűkület után végezte a műtétet, csakhamar elpusztul. *Montez*<sup>22</sup> hat esetében carcinomás bárzsingszűkület miatt végzett gyomorsipoly után műtét következménye képen egy beteget sem veszít el. Mind a hat betegnél korai műtétet végezték. *Lindner*<sup>23</sup> a berlini sebészek 1895. január 10-dikén tartott ülésén a *Franck*-féle módszer szerint végzett gyomorsipoly eseteiről ad tájékoztatást. Egy betege nyolez nap alatt hal meg, a kinnél cseplesz odanövések jöttek létre. Két betege 10, illetőleg 12 nap mulva hal meg tüdőgyulladásban, kettő négy, illetőleg nyolez hét mulva. *Meyer*<sup>24</sup> esetei közül, a kinnél hatszor a *Franck*-féle, háromszor a *Witzel*-féle, háromszor a *Hacker*-féle módszerrel képezte a gyomorsipolyt, egy sem halt meg közvetlenül a műtét után. *Schönwerth*<sup>25</sup> 12 esetet közöl, a kik közül a gyomorsipolyképzés után 13 óra alatt meghal egy, 6—9 nap alatt három, 18—20 nap alatt szintén három, 23—30 nap alatt kettő, négy hó mulva egy és egy eset élt hat hónapig. *Mikulicz* a XXIV. német sebészeti congressuson sokkal rózsásabb színben tünteti fel a gyomorsipoly-műtétek eredményeit mintsem azt mások tapasztalták. Szerinte e műtéttel a rákos eredetű bárzsingszűkületben szenvedő beteg életét 4½—5 hónappal lehetne meghosszabbítani s vele különösen a beteg subjectív érzését jótékonyan befolyásolni. 34 gastrostomizált betege közül hat közvetlenül a műtét után pusztult el, kettő pedig fonálgenyedés következményei miatt. *Woronzowa*<sup>26</sup> Kocher klinikáján végzett 42 gastrostomia esetét ismerteti, s ezek kapcsán kifejti a korai műtét előnyeit. *Marwedel*<sup>27</sup> öt esetében a *Fischer*-féle módszerrel végzett gyomorsipoly jól zárt s így az időleges kivánságának úgy a hogy megfelelt. *Albrecht*<sup>28</sup> hat esetében egyszer *Gersuny*, kétszer *Frank* és háromszor *Witzel* szerint lett a gyomorsipoly műtete s mind a beteg öt hét lefolyása alatt elpusztult.

Egész irodalma van már ma minden nagyobb nemzetnek a végzett gyomorsipoly-műtétekről s ebből kitűnik, hogy vannak barátjai a korai műtétnek, mint *Hartmann*, *Terrier*, *Strunz*, *Montez*, *Kocher* s vannak barátjai a késői műtét beavatkozásnak, mint a többiek. Hanem azért végső eredményben azt látjuk, hogy még optimista sebészek szépítő véleménye szerint is a betegek élete legfeljebb 4½—5 hónappal nyújtható s vele elnyújthatók a betegek szenvedése is. És ezt csak abban az esetben érzjük el, ha korán avatkozunk be; hanem ez a beavatkozás sok esetben néhány óra mulva halálos végű volt. Ezen órákat minden esetre a műtét kivitelnek kell beszámítanunk, különösen ott, a hol vagy irtóznak a két ülésben végzendő gastrostomiától vagy a különböző elmés és kevésbé veszedelmes sipolyképző módoktól. Azokat a napokat, azokat a heteket, a miket a betegek még átélnek a műtét után, talán a műtét nélkül is átéltek volna s nem igen lehet azt a műtét javára írni. Több hónapos eredményt csupán *Schönwerth*, *Strunz*, és *Hadra* közölnek.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Kétli Károly tanár.)<sup>1</sup>

**Sarcoma multiplex cutis lymphocytosisszal.**

Közli *Dieballa Géza* dr., I. tanársegéd.

Leukocytosis alatt értjük a fehér véresejteknek egy némely betegséget kísérő, vagy bizonyos physiologiai körülmények között, esetleg gyógyszeres vagy egyéb beavatkozásra időszakosan jelentkező felszaporodását. A leukocytáknak fel-

<sup>1</sup> Bemutatás a kir. orvosegyesület 1897. febr. 20-diki ülésén.

szaporodása ilyenkor mindig a vérnek physiologiai elemeit illeti és pedig túlnyomó részben a különben is túlsúlyban levő sokmagvú fehér véresejteket. Jóval ritkábban fordul elő az az eset, midőn főleg az egymagvú sejtek szaporodnak fel, s ha ezek közül az ú. n. lymphocyták lesznek túlsúlyban, úgy a leucocytosisnak ezen változatát *E. Graewitz* után *lymphocytosisnak* nevezzük, ép úgy mint a leukaemiának azon alakját, melyben a szaporodás főképen a lymphocytákra vonatkozik, *lymphoemia*, *leukaemia lymphatica* jelzővel szoktuk illetni. A közelmúltban alkalmam volt a leukocytosisnak egy olyan esetét észlelni, melyben a fehér véresejteknek tekintélyes felszaporodása *csupán* a lymphocytákat illette; egyrészt ritkaságánál, másrészt egyéb kísérő körülményeinél fogva, érdemnek véltem az esetnek rövid ismertetését.

L. B., 53 éves fuvaros. Felvételt a klinikára 1897. január 27-dikén. Hat év előtt kiállott fejbánczot leszámítva, mely azóta többször ismétlődött, egészséges volt jelen megbetegedéseig. Utóbbi állítólag 1896. január havában vette kezdetét, midőn állatlatti, nyaki, hónalj és lágyéki nyirokmirigyei megdagadtak. (A szövettani lelet ezzel szemben a nyirokmirigyek másodlagos részvételt látszik támogatni, a kis bőrtumorok tehát úgy látszik kezdetben elkerülték a betegnek figyelmét.) 1896. májusban a térdhajlatban, a czombok külső alsó részén s a fülezimpán, tömött, borsó- egész diónyi, kékesszínű, kerek képletek fejlődtek nagy számban, melyek helyenként nagyobb tömegekké olvadtak össze, s az illető testrészeket eltorzították. Később e tumorok nagy kiterjedésben lepték el a végtagokat, fejet és nyakat, míg a hasat csaknem teljesen megkímélték. Fájdalmat, vagy egyéb kellemetlen érzést a betegnek sohasem okoztak.

*Jelen állapot.* A jól fejlett és csak kevésbé lesoványodott beteg az említett tumorokból mintegy 100 olvasható össze, többnyire a bőr alatt, ezzel össze nem függőleg; felettük tág hajszáledények futnak s a bőr a nagyobbak felett feszengzett. Az ujjakon csak szőrványosan mutatkoznak egyesek, az orr, scrotum és nyálkahártyák pedig egészen szabadok. A testnek mindazon helyein, hol physiologiai viszonyok között nyirokmirigyek foglalnak helyet, mogyoró- egész diónyi, kemény, rugalmas, a bőr alatt szabadon mozgatható, gömbszerű képletek tapinthatók. Tüdő, szív, hasúri szervek épek. Vízlet normalis. Hőmérsék 36.4° C.

A daganatok közül néhány a bőrrel összefüggő és pár a bőr alatt fekvő, valamint a könyökhatlat tájékáról egy nyirokmirigy szövettani vizsgálat céljából kimetszetett. Ezeknek szövettani vizsgálatát *Nékám Lajos* dr. barátom eszközölte, kinek ezen szívességeért e helyen mondok köszönetet. A daganatok jól körülírt borsónyi vagy babnyi göbök voltak s már szabad szemmel fel lehetett ismerni elhatároltságukat a környező szövettel szemben. Átmetszéskor tömötteknek és nedvszegényeknek bizonyultak, kaparásra véres sejtiszegény folyadékot adtak. A metszlap felülete a méhfibrómákra emlékeztetett: egyenetlen tömött kötegeket engedett felismerni. Szembetűnő volt mindazonáltal a metszlap barnászörös, haemorrhagiás színe, mely egyenetlenül eloszlott sötét-barna s fehéres-szürke foltokat engedett váltakozva felismerni. Átnézeti képeken látni, hogy a bőrből és a bőr alól vett tumorok egyforma magatartást mutatnak. A főtömeget keresztül-kasul futó, egyenetlen vastagságú kötegek képezik s orsósejtekből állanak, melyek egy pálczika-alakú maggal bírnak. A kötegek között itt-ott apró fészkek mutatkoznak polygonalis vagy kerek, a leukocytáknál nagyobb világos protoplasmával bíró, túlnyomólag egymagvú sejtekből, melyekben aránylag nagy számmal lehet mitotikus folyamatot észlelni. Az egész tumort egy vékony, fibrosus kinézésű, elváltozott kollagenből eredő, leukocytáktól áthatolt öv határolja, a melyben s a melynek szomszédságában mindenfelé nagy haemorrhagiákat és véredényátágulásokat lehet látni. A haemorrhagiák okául legtöbbször edényfalrepedés, sőt az edény teljes szétfoslása mutatkozik.

Erősebb nagyításnál különösen feltűnik a rendkívül kifejezett edény újképzés. Ennek minden stadiumát követni lehet a „cellules vasoformatives“ fellépésétől s a lumennélküli kötegek képezésétől tovább. A kötőszöveti sejtek endothelialis elrendeződést vesznek és magvaik rendszeres távolságokban helyezkednek el. Azután szabályos sorrendben erősen festődő magok lépnek fel egy sejt kebelében, miként azt a fix kötőszöveti sejtek elgyenedésénél látni lehet. A communicatio már meglevő véredényekkel s az újonnan képzetteknek néha ampullaszerű tágulása a következő momentum, melylyel az edényképzés befejeztetik; az ilyen edények száma óriási és igen nagy részét teszik a tumor tömegének; élettartamuk igen rövid lehet, mert néha rhexis lépett fel oly capillarison is, melyek kis távolságra még lumennélküli fonalakba mennek át. A nagy, kiterjedt haemorrhagiák oly fokot érnek el, hogy a kötegek és rostok között igen sokszor látni párhuzamosan futó leukocytá sorokat, sőt néha nagy extravasatumokban csak itt-ott látni egyes rostos kötegeket, vagy több-kevésbé megtartott capillarisonkat. Perivascularis sejtis infiltrációról tehát az edények sokasága mellett aligha lehet szó; az edények mindenüvé beburjánoznak, újra és újra felosztva a szövetet új hálózattal. Pedig kétségtelen, hogy a tumor főtömeget a véredények és az azokban képezett és a beléjük jutott sejtek képezik, mert az említett mitotikus oszlások száma aránylag gyér, a plasmasejtek pedig szintén oly ritkán mutatkoznak, hogy jelentékenyebb szerepük az általuk való szaporodás útján kizártnak látszik. Az egyes sejteket illetőleg a fusocellularis képletek gazdag protoplasmával, nagy világos maggal bírnak. Gyakran látni polygonalis, nyúlva-

nos nagy sejteket, széles protoplasmával, mely tele van hintve zöldes pigment szemecékkel. Ezek adják a vasreactióit s így az extravasatumból származtatandók.

A kimetszett nyirokmirigyben ellenben rendkívüli mennyiségű plasmasejtet találni minden átalakulási fokban, az orsósejtű és endothelialis kötőszövetűl a tipikus kuboid granulált plasmasejtig. Igen sok ilyen sejtet lehet látni kevésbé tipikus megjelenésben is; úgy t. i., hogy protoplasmájának csak egy része szomesés, hogy elágazó, hogy 2-3 magvú; ilyenek különösen az edénylumenekben láthatók. Az edények közül itt nagyobb az infiltratio, helyenként valódi orsósejtű szövetképződés indult meg a mirigy belsejében. Több felé látni ezenkívül lapos, lemezes kötőszövetsejteket, főleg a mirigy rostos részében, s az újonnan képződött organizált rostos szövetek szomszédságában a heterotopikus, atypikus szövetképződés, a bőrből odavándorolt metastasis jeleként.

Összegezve a leletet: a *Kaposi-féle sarcoma multiplex idiopathicum pigmentosum* egy kevésbé tipikus esetével van dolgunk, mely a bőrből kiindulva a nyirokmirigyeket is ellepte és számos haemorrhagikus, pseudo-angiosarcoma képzéséhez vezetett.

A beteg összesen másfél hónapot töltött a klinikán, mialatt állapotában számbavehető változás nem mutatkozott. Mint utólag értesültem a klinikáról történt távozása után négy héttel a vidéken meghalt.

A vérvizsgálat eredményeit a következő táblázat mutatja:

Datum	Haemoglobin (Fleischl)	Vér fajsúly (Hammerschlag)	A vörös véresejtek száma	A fehér véresejtek száma	Egy magvú fehér véresejtek %	Többmagvú fehér véresejtek %	Eosinophil sejtek %	Megjegyzés
I/28.	69	1052.5	4.100.000	34.000	90.5	8.4	1.1	
II/4.	—	—	—	26.000	95.78	3.89	0.33	
II/5.	—	—	—	34.000	93.61	6.11	0.28	
II/10.	—	—	—	20.400	93.4	5.84	0.76	
II/13.	—	—	—	32.300	90.78	8.35	0.87	
d. e. 7 óra	—	—	—	19.800	88.84	9.52	1.64	
II/13.	—	—	—	23.000	91.51	8.02	0.47	
d. e. 11 óra	—	—	—	—	—	—	—	
II/13.	—	—	—	23.000	91.51	8.02	0.47	
d. u. 5 óra	—	—	—	—	—	—	—	
II/14.	—	—	—	27.000	88.4	11.09	0.51	
II/19.	73	1053.5	4.575.000	27.800	90.51	8.54	0.95	
III/9.	70	1055.5	4.550.000	31.200	94.6	4.78	0.62	

Ezen táblázatból látható, hogy a fehér véresejteknek felszaporodása csupán az egymagvú elemekre szorítkozott, sőt ha a fehér véresejtek számának élettani minimumát egy cem. vérben 3000-nek, a sokmagvúaknak arányát pedig 70%-nak vesszük, úgy kitűnik, hogy a sokmagvú fehér véresejteknek abszolút száma legtöbbször az élettani minimum körül mozgott illetőleg néhányszor jóval azon alul maradt.

A mi a különböző egymagvú fehér véresejteknek arányát egymásközött illette, azok között elenyésző csekély számban voltak találhatóak az ú. n. nagy mononuclearis alakok, vagyis nagy leukocyták, széles protoplasma szegélylyel és nagy, chromatinban szegény maggal. Az aránytalanul túlnyomó rész egyenesen kicsiny és nagy lymphocytákból állott; az előbbieket körülbelül vörös vérsajt nagyságával bírtak, chromatindús maggal, igen keskeny protoplasma szegélylyel, az utóbbiak 1½—2—3-szor akkorák voltak, valamivel kevésbé chromatindús maggal és relatíven szélesebb protoplasma szegélylyel. A kétfajta lymphocytá között annyi volt az átmeneti alak, olyan polymorphismus volt jelen, hogy nem lehetett külön a kicsiny és nagy lymphocytáknak arányát meghatározni. De különben is a magvaknak intenzív chromatin-tartalma, a relatíven keskeny protoplasmaszegély s a számos átmeneti alak kétségtelenné tette ezen egymagvú sejteknek egyítvértartozásukat s miután ezen alakját a fehér véresejteknek lymphocytáknak nevezték el, jogunk van ezen esetben *tiszta lymphocytosisról* beszélni.

A „lymphocytosis“ elnevezést csak bizonyos megszorítással szabad használnunk. Így pl. nem alkalmazható e jelző egy olyan véreletnek megjelölésére, midőn különben a fehér véresejteknek száma rendes, sőt megkevesbedett, de a többmagvúaknak és egymagvúaknak aránya az utóbbiaknak javára megváltozott. A lymphocytosis elnevezés ugyanis a leukocytosisal szemben csupán qualitativ különbséget jelez, quantitativ tekintetben a kettő egymással megegyezik, azaz mindkettő a fehér véresejtek abszolút számának növekedését involválja s így, hogy lymphocytosisról szólhassunk, szűkséges, hogy a lymphocytáknak abszolút száma is megnövekedett legyen. Egy további kérdés az, vajjon megilleti-e a lymphocytosis jelző az olyan leukocytosist, midőn a fehér véresejteknek felszaporodásában részt vesznek ugyan a lymphocyták is, de úgy, hogy az arányszám az egyes fehér véresejtek között nem változott meg, vagy esetleg némiképen a lymphocyták javára módosult?

Ha az ilyen eseteket is lymphocytosissnak nevezzük, úgy a határ a közönséges leukocytosis és a lymphocytosis között teljesen elmosódott lesz, mert az mindenkinek tetszésétől függ, hogy az arányszámnak milyen fokú megváltozásánál keresse a választóvonalat a leukocytosisnak kétfajta alakja között.

Habár a valóságban tényleg úgy is áll a dolog, hogy ezen alakok egymásba fokozatosan mennek át, vagyis a természet köztük választóvonalat nem alkot, mégis pontosabb megjelölés szempontjából észszerű a lymphocytosis jelzőt — úgy mint azt *Grawitz* teszi — azon esetekre korlátozni, midőn a fehér véresejtek közül a lymphocytáknak a felszaporodása *túlnyomó*, sőt részemről nem tartanám feleslegesnek a leukocytosisnak azon alakját, midőn *csupán* a lymphocyták szaporodtak fel, *tiszta lymphocytosis* elnevezéssel megjelölni.

A lymphocytosisról eddigelé szerzett tapasztalatok meglehetősen gyérek és csak szórványosan találunk egyes idevonatkozó adatokat az irodalomban. *Grawitz* egy tüdőszűcs-tuberculosisra gyanus leányon alkalmazott tuberculin-befeekendések után a fehér véresejteknek felszaporodását észlelte, s miután ezek közül épen a lymphocyták szaporodtak fel túlnyomóan, elnevezte a talált véreletet „*acute lymphocytosisnak*“. *Botkin* phthisisben szenvedőkön tuberculin befeekendésekkel végzett kísérletei közben leukocytosist észlelt, kezdetben polynuclearis typussal, mely később, midőn a felszaporodott fehér véresejtek közül a sokmagvúaknak száma gyorsabban csökkent mint a lymphocytáké, egyideig lymphocytosis jellegével bírt. *Biegansky* a syphilissel járó leukocytosis eseteiben férfiak vérében 46%, nőkben 53%, gyermekekében 55% lymphocytát talált, mint maximalis értéket.

A fehér véresejteknek és pedig különösen a lymphocytáknak viselkedésére nézve esetenként sajátos viszonyokat tüntetnek fel a *sarcomák*. Valamennyi szerző megegyezik abban, hogy a sarcomás betegeknek vére többé-kevésbé kifejezett leukocytosist mutat, ez utóbbinak minőségére nézve azonban eltérők az eddigi tapasztalatok. *Rieder* eseteiben a leukocytosis polynuclearis typusban jelentkezett. *Reinbach* sarcomában szenvedő betegeknél azt találta, hogy a különböző fehér véresejtek közötti viszony rendszerint lényegesen megváltozott és pedig legtöbbször a többmagvúaknak javára (egyszer olyan esetben is, midőn különben a fehér véresejteknek a száma rendes volt), azon ritkább esetek közül pedig, midőn a lymphocytáknak javára módosult a viszony, a lymphocytáknak maximalis értékét 31%-nak találta. *Chudovszky* 9 sarcomás betegnél csupán egy esetben észlelte a lymphocyták arányának kisebb fokú növekedését.

Az előbbiektől némiképen eltér *Limbeck* tapasztalata, mely szerint úgy osteo-, mint lymphosarcomás betegeknek a leukocytosisa nem csupán a többmagvú fehér véresejteknek, hanem rendszerint az egymagvúaknak a felszaporodásával is jár, sőt ez utóbbi lymphosarcománál annyira túlnyomó lehet, hogy a vérelet a leukaemiának „*lymphæmia*“ alakjához lesz hasonló, s ha az ilyen leukocytosissnál a lymphocytáknak felszaporodása excessiv nagy fokot ér el, úgy esetleg a két betegség közti differential diagnosis csupán a vérvizsgálat

alapján meg sem állapítható.<sup>1</sup> Szinte páratlanul áll az irodalomban *Palma* esete, melyben egy 18 éves fiúnál thymus-sarcomából kiindult általános sarcomatosis kapcsán egy hónap leforgása alatt tipikus, acute leukaemia lymphatica haematologiai képe fejlődött ki (372,000 fehér véresejt 1 ccm. vérben), úgy hogy a klinikai diagnosis „*leukaemia lymphatica*“ teljesen jogosult volt, s a bántalomnak valódi lényegét, a sarcomatosis, s a fehér véresejtek felszaporodásának másodlagos voltát csupán a bonczolat derítette ki.

Ha a fentebbiekhez még a mi esetünket is hozzávesszük, kiténik, hogy a *lymphocytosis sarcomák* adott eseteiben oly nagy mértékben s annyira tiszta alakban jelentkezik, mint egy más betegségben sem; sőt a mi esetünk egyszermind azt is bizonyítja, hogy sarcománál nem csupán a lymphocyták egyszerű felszaporodásáról lehet szó, hanem ezen felszaporodás a többmagvú fehér véresejteknek a rovására is történhetik, vagyis a fehér véresejteknek képződése a rendestől lényegesen eltérő irányt vehet.

Nem lehet ezélm ezen egy eset kapcsán a rosszindulatú újképleteket kísérő leukocytosisoknak keletkezési viszonyaira általában és a lymphocytosisoknak klinikai jelentőségére bővebben kiterjeszkedni, csupán annyit jegyzek meg, hogy a sarcomás betegeknél esetenként a rendestől eltérő módon jelentkező leukocytosisnak mononuclearis volta (lymphocytosis) egyrészt a mellett látszik tanuskodni, hogy az ilyen leukocytosisok az újképlet sejtelemeinek a vérbe jutása útján is jöhetnek létre; másrészt az a körülmény, hogy kifejezett lymphocytosis általában olyan betegségekben s behatás alatt észleltetett eddig leginkább (syphilis, tubercul. befeekendés, sarcomák), melyek a nyirokmirigyeket többé-kevésbé a bántalom körébe vonják, a nyirokmirigyek megváltozott működésére, esetleg fokozott sejt proliferációjára enged következtetni a leukocytosis ezen sajátos alakjának létrehozásában. Újabb vizsgálatok ugyan a régebbi *Virchow*-féle nézettel szemben azt derítették ki, hogy a lymphocyták nem csupán a nyirokedény rendszerben, hanem a csontvelőben és lépben is képezhetnek, mégis olyan esetben, midőn lobos izgalom, újképletes átrakódás stb. következtében a nyirokmirigyeknek kóros túlproductiója lehet jelen, bővebben juthatnak be ezekből a vérbe a fehér véresejteknek egymagvú, alacsonyabb fejlődési fokon levő alakjai; bár az sem lehetetlen, hogy az említett pathologiai állapotokban a fehér véresejtek képzése az összes vérképző szervek részéről olyan irányt veszen, hogy a lymphocytáknak száma túlnyomó lesz a többi fehér véresejtekkel szemben.

\*\*\*

Ezen eset kapcsán vélem röviden felemlíthetőnek a diphtheria-antitoxinnak egy sajátosságát, mely abban áll, hogy az bőr alá feekendezve a leukocytáknak számát bizonyos időre feltűnően befolyásolni képes. Ezen tapasztalatra úgy jöttem, hogy a II-dik belklinika egy leukaemia lymphaticában szenvedő nőbetegének bőre alá, e helyen bővebben nem fejtegethető kísérleti ezélből, egy izben 10 ccm., pár nap mulva pedig 15 ccm. diphtheria-antitoxint (Behring Nr. III.) feekendeztem be. Az első befeekendés után 2 órával a fehér véresejteknek száma 650,000-ról 620,000-re, 4 órával később 600,000-re, 6 óra után 550,000-re szállott alá. A második befeekendés után 4 órával 760,000 helyett 720,000, 7 órával utóbb 640,000 fehér véresejtet találtam, míg a következő napon újból emelkedőben (680,000—690,000) volt a leukocytáknak száma. Miután a diphtheria-antitoxin a leukaemiás vér fehér véresejtjeivel szemben ennyire hatásosnak bizonyult, annak befolyását a különböző leukocytosisokra is kívántam tanulmányozni, s ez okból a fentebb tárgyalt sarcoma lymphocytosis esetben

<sup>1</sup> Megnehezítheti ezenfelül az elkülönítési kórismét a lymphocytákban esetleg nyilvánuló polymorphismus is, mely a jelen esetben is mutatkozott, s mely *Weiss* szerint a lymphæmiára (leukaemia lymphatica) annyira jellegző; a lymphæmiás véreken ezen sajátosságáról, melynek mindazonáltal exclusivitást a leukaemiára nézve nem tulajdoníthatunk, legutóbb egy leukaemia lymphaticában szenvedő nőbetegen magamnak is volt alkalmam meggyőződést szerezni.

egy izben 20 cem. diphtheriaantitoxint fecskendeztem a bőr alá. Az eredmény, mint azt a táblázat mutatja hasonló, sőt aránylag még intenzívebb volt, mint a leukaemiás betegnél.

Ezekből láthatjuk, hogy a diphtheriaantitoxin bőr alá fecskendezve nem csupán diphtheritises leukocytosisnál — mint azt Gabritschewsky s később Schlesinger találták — hanem leukaemiánál s a sarcomákkal járó leukocytosisoknál is bizonyos ideig csökkentőleg hat az ujjhegyből vett vér fehér vérséjtjeinek a számára.

A diphtheria-antitoxinnak ezen sajátos behatása a leukocyták számára annyira különemű természetű betegségek-nél, már a priori gyanítanunk engedi, hogy a hatás mindezen esetekben talán nem is annyira az antitoxinra, mint inkább a heterogen serumra vonatkozatható, mivel természetesen még ninesen az mondva, hogy a diphtheria antitoxinnak a diphtheritises leukocytosisra gyakorolt hatása nem specifikus. Ezen feltevésben még inkább megerősíteni látszott az a tapasztalat, melyre hasonló irányú — Gerő dr. baráttal folytatott — kísérleteim közben jöttem, hogy t. i. a diphtheria-antitoxin egészséges egyéneknek bőre alá fecskendezve, a normalis fehér vérséjt számra bizonyos ideig ép úgy csökkentőleg hat be, mint a fentjelzett pathologiai állapotokban.

A nélkül, hogy egyelőre határozott véleményt tudnék formálni, az eddigiek alapján mégis valószínűnek tartom, hogy a diphtheria-antitoxinnak a fehér vérséjtekre gyakorolt említett hatása olyanféleképen értelmezhető, mint azt Goldscheider és Jakob különböző szervi kivonatoknak és bacterium-culturák-nak befecskendezése után megállapították; hogy t. i. a fehér vérséjteknek az ezen anyagokra bekövetkezett rövidebb-hosszabb ideig tartó számbeli csökkenése, nem annyira leukolysisnek, a leukocyták tényleges pusztulásának a következménye, mint inkább az ú. n. negativ chemotaxisra, mely a fehér vérséjtek időleges felhalmozódásában egyes hajszál-edényterületeken pl. a tüdőben nyilvánul, vezethető vissza.

Egyébként ide vonatkozó kísérleteinket folytatjuk, s azoknak eredményéről más alkalommal fogunk beszámolni.

Irodalom:

E. Grawitz. Ueber Blutbefunde bei Behandlung mit dem Koch'schen Mittel. Charité-Annalen 1891.  
 E. Grawitz. Klinische Pathologie des Blutes. Berlin 1896.  
 S. Botkin. Haematologische Untersuchungen bei Tuberkulininjectionen. Deutsche med. Wochenschrift 1892.  
 W. Bieganski. Ueber die Veränderungen des Blutes unter dem Einfluss von Syphilis und pharmakologischen Gaben von Quecksilberpräparaten. Archiv für Dermatologie u. Syphilis 1892.  
 H. Rieder. Beiträge zur Kenntniss der Leukocytose. Leipzig 1892.  
 G. Reinbach. Ueber das Verhalten der Leukocysten bei Malignen Tumoren. Archiv f. klin. Chirurg. 1893.  
 Chudovszky M. Vervizsgálatok értéke daganatoknál. Magyar orvosi Archivum 1894.  
 R. v. Limbeck. Grundriss einer klin. Pathologie des Blutes Jena 1896.  
 P. Palma. Ein Fall von Sarkomatosis nach primären Thymus-sarkom, verlaufend unter dem Bilde einer lymphatischen Leukämie.  
 J. Weiss. Haematologische Untersuchungen. Wien 1896.  
 E. Schlesinger. Die Leukocytose bei Diphtherie. Archiv f. Kinderheilkunde 1896.  
 Goldscheider u. Jakob. Ueber die Variationen der Leukocytose. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 25.

Orvosi jelentés a „Stefánia“ pesti szegény-gyermek-kórház 1896-dik évi működéséről.

A „Stefánia“ pesti szegény-gyermek-kórház az 1896-dik évvel működésének 58 dik évét fejezte be. Ezen időszak alatt az intézetben összesen 422,826 beteg gyermek nyert kezelést s himlő-ellenes védőtás 27,962 gyermeknél végeztetett.

Azon felette kedvező eredmények, melyeket több mint két év lefolyása alatt a diphtheria-ellenes gyógysavóval elértünk, arra indítottak bennünket a lefolyt évben, hogy a streptococcusok által úgy egymagukban okozott betegségek-nél, mint az orbánczánál, valamint ott is, hol a streptococcus mint más bacteriumokhoz került fertőző anyag fejt ki káros hatását, így a vörhenynél, a streptococcus-ellenes gyógysavót megkísérljük.

Az Aronson dr. lekötelő szívéssége folytán rendelkezésünkre bocsátott serumot összesen 30 esetben vettük alkalmazásba és pedig 28-szor vörheny-megbetegedésnél s kétszer orbánczánál, azonban feltünőbb eredményeket, fájdalom, nem értünk el s így a további kísérletezéstől elállottunk, azon reményben, hogy idővel, ha az antistreptococcus-serum erősségi fokát a kísérletezők a mai-nál jóval magasabb fokra emelhetik, újabb gyógykísérleteink eredményt fognak mutatni.

Egy négyhetes csecsemő tetanusát, mely erős trismusal volt egybekötve, a höchsti gyár által forgalomba bocsátott száraz tetanus-antitoxinnal kezeltük; a javulás már az oltást követő napon szembeötölő volt, s néhány nap alatt a beteg teljesen gyógyult.

A diphtheria-ellenes gyógysavóval a lefolyt évben általunk elért eredményeket az alábbi táblázatban tüntettük fel, összehasonlítólág az előző években elért eredményekkel. Hogy 1896-ban gyógyulási százalékunk kevésbé kedvező volt mint 1895-ben, annak magyarázata abban rejlik, hogy néhány hónapon át, pénzügyi szempontokból kisebb egységű savóval voltunk kénytelenek dolgozni s munkálkodásunkat megnehezítette egy, a diphtheria-osztályon fellépett vörheny-endemia, melyet teljesen kiküszöbölni csak hosszabb idő után voltunk képesek.

		Fel-vétetett	Meg-halt	Gyó-gyult	Gyógyu-lási százalék
1891-92. szept.	Összes diphtheriás esetek ..	361	185	176	48.75
	Nem operált esetek .....	185	68	117	63.24
	Operált esetek .....	176	117	59	33.52
1892-93. szept.	Összes diphtheriás esetek ..	327	174	153	46.78
	Nem operált esetek .....	138	48	90	65.21
	Operált esetek .....	189	126	63	33.33
1893-94. szept.	Összes diphtheriás esetek ..	341	196	145	42.52
	Nem operált esetek .....	145	57	88	60.68
	Operált esetek .....	196	139	52	29.08
1894. szept. 1895. decz. (serum)	Összes diphtheriás esetek ..	402	109	293	72.88
	Nem operált esetek .....	251	33	218	87.09
	Operált esetek .....	151	76	75	49.66
1896. jan.-decz. (serum)	Összes diphtheriás esetek...	225	84	141	62.23
	Nem operált esetek .....	140	41	99	70.72
	Operált esetek .....	85	43	42	49.41

Megjegyezzük, hogy 225 esetünk közül két eset csakhamar a felvétel után meghalt, 11 eset a kórházi tartózkodás első 24 órájában halálozott el, 5 eset pedig az első 48 órán belül, mely eseteket, mint tág értelemben vett haldokolva behozottakat, számításunknál bátran levonásba hozhatunk, midőn is gyógyulási százalékunk a lefolyt évben a következőleg alakul át: összesen 207 diphtheriás esetünk közül elhalt 66, gyógyulási százalék tehát 68.60, 137 nem operált esetünk közül elhalt 30, gyógyulási százalék tehát 72.27, 70 operált esetünk közül pedig elhalt 28, gyógyulási százalék tehát 60.00. Fontosnak tartjuk felemlíteni, hogy 119 stenosis esetünk közül csak 85 igényelt operatív beavatkozást, míg 34 esetünk, tehát stenotikus eseteink 28% mü-tői beavatkozás nélkül gyógyult.

Hogy diphtheriás eseteink valamennyien bacteriologicus vizsgálat tárgyát képezték, csak tájékozássul kívánom megemlíteni; ezzel kapcsolatban örömmel jelenthetem, hogy a halottasházban elhelyezett kórházi laboratoriumunk a lefolyt évben végre teljesen felszereltetett, úgy hogy jelenleg már mindennemű laboratoriumi

vizsgálat kórházunk falain belül végezhető. A laboratorium *Preisich Kornél* dr. ügyfelünk szakavatott vezetése alatt áll.

A leggyakoribb heveny fertőző kórok havi forgalmát a kórházban, 1896-ban a következő táblázat mutatja:

Betegség neve	Január	Február	Márczius	Április	Május	Junius	Julius	Augusztus	Szeptember	Október	November	December
Kanyaró	28	12	9	13	16	14	16	1	3	10	28	18
Vörheny	4	9	6	8	14	19	14	9	2	12	10	5
Bárányhimlő	4	1	2	—	1	2	4	—	1	6	2	4
Diphth. és croup	34	41	36	21	28	27	21	27	37	28	28	23
Pertussis	4	8	7	10	3	21	19	2	1	9	19	10

Összes 16,303 betegünk között *valódi himlő* csakis egy esetben fordult elő; *hasi hagymáz* 5 esetben észleltetett, *mening. cerebro-spinalis epid.* ellenben 27 esetben.

\*\*\*

A „Stefánia” pesti szegény-gyermekórházban 1896-dik évi január 1-től december 31-dikéig összesen 17,464 beteg gyermek gyógykezeltetett; ezek közül 16,303 beteg mint ambulans látogatta az intézetet, a nyilvános rendelési órákban, melyek délelőtt 10-től 12-ig, délután pedig 3-tól 5-ig tartottak. Azon szegények, kik az intézetben ápolásra fel nem vétettek, gyógyszereket részben ingyen nyertek, a mennyiben a rendeléseknél írt vények, a kerületi előljárók utalványa mellett, a fő- és székváros költségére szolgáltatott ki a gyógyszerárakból; számos sebészi beteg köt-szerekkel, a szembetegek pedig külső gyógyszerekkel láttattak el, költségmegtérítés nélkül.

A kórházhoz csatolt s a kórház főépületében elkülönített helyiséggel ellátott magy. kir. országos központi védhimlőoltó-intézetben 810 oltás végeztetett, s így az orvosi segélyt kórházunkban igénybe vett gyermekek száma az 1896-dik évben összesen 18,274 volt.

Orvosi ápolásban részesült az intézet ágyain, mint benfekvő 1161 beteg gyermek.

A 16,303 ambulans beteg látogatásainak összes száma az egész éven át 39,314-et tett ki, mely számból 28,735 látogatás a 14,709 orvosi sebészi esetre, 8693 látogatás az 1216 szembetegre, 1886 látogatás 378 fülbetegre esett és így átlag egy napra 108 ambulans beteg jutott.

Az ambulans betegek összes számából az egyes hónapokra a következő számok esnek:

január	február	márczius	április	május	junius
999	1210	1632	1485	1661	1649
július	augusztus	szeptember	október	november	december
1613	1442	1311	1215	1046	1040

Nemre nézve volt: 8596 fiú és 7707 leány; korra nézve: 5565 egy éven alóli, 4804 egy évtől háromig; 3424 háromtól hétig és 2510 héttől 14-dik évig. Születési helyre nézve volt 13,621 budapesti, 2667 az ország különféle részeiből és 15 külföldi.

Az intézetben kórházilag orvosolt és ápolt gyermekek száma 1161 volt; ezek közül 89 beteg a megelőző évről maradt vissza és 1072 vétetett fel az év folyamában. Az ingyenes osztályon ápolatott 775, az első fizetéses osztályon (70 kr. ápolási napidíj mellett) 241, a másodikon (50 kr. ápolási napidíj mellett) 145 gyermek. Ápolási díj fejében 8303 frt 70 kr. folyt be az intézet pénztárába. A kórházi várószobákban levő perselyekben nyilvános adakozás útján 610 forint 20 kr. gyűlt össze.

Az 1161 kórházi beteg 34,982 ápolási napot töltött az intézetben, melyből egy betegre átlag 30 nap esik.

Az ápolási napok összege következőleg oszlik szét az egyes hónapokra:

január	február	márczius	április	május	junius
2824	3005	3253	3150	3166	2553
július	augusztus	szeptember	október	november	december
2460	2247	2872	3036	3131	2985

Egy napra tehát átlag 96 beteg esik.

A csecsemők mellé felvett 88 kisérő 1779 napot töltött az intézetben.

Az 1161 kórházi beteg közt volt nemre nézve 616 fiú és 545 leány; korra nézve 128 egy éven aluli, 346 egy évtől háromig, 411 háromtól hétig és 276 héttől a 14-dik életévig.

Az év folyamában részint a ker. előljáróságok és kerületi orvosok, valamint a rendőrség, részint a fővárosi jótékony intézetei is küldtek beteg gyermekeket az intézetbe, kik mindig készséggel vétettek fel s az ingyenes osztályon ápolatottak; így 15 gyermek, kik a kerületi előljáróság, kerületi orvosok, rendőrség és mentő-egyesület útján jutottak a kórházba, 542 napot töltött az intézetben; a gyermek-menhely 9 árvája 453 napot; a fővárosi árvaházak 21 árvája 1156 napot, az országos kiseddóvó-egyesületnek 35 betege 1369 napot. Ápolatott továbbá a kórházban a szeretet-háznak, a szürkenéneknek, a Mária- és Ranolder-intézetnek, a magyar gazdasszonyok árvaházának, protestáns és izraelita árvaház és izr. siketnémáknak, valamint a szegény-gyermekert-egyesületnek 64 betege összesen 2028 napig.

Vallásra nézve volt 719 róm. katolikus, 250 izraelita, 109 ágostai, 75 helvét, 15 görög vallású, 1 unitárius és 1 anabaptista; továbbá volt 971 törvényes és 190 törvénytelen születésű. Születési helyre nézve volt 843 budapesti, 316 az ország különböző részeiből és 2 külföldről.

A kórházilag kezelt betegek közül gyógyultan vagy javultan elbocsátott 755, nem gyógyultan 50, meghalt 266 (kik közül 6 haldokolva hozott be az intézetbe). 1897-re maradt 90 beteg. Levonva a haldokolva behozottakat, a halálozás 22,39%-ra rúg. A 266 haláleset közül elhalt torok-diphtheritisben 41, alhártyás gégelebban (croup) 43 és gümőkóros megbetegedésekben 17.

Az ambuláns és kórházilag orvosolt gyermekek betegségei a következő kórcsoportozatok szerint fordultak elő:

A kórcsoportok megnevezése	Ambulans betegek	Kórházi betegek
I. Agy- és gerinczagi betegségek	280	63
II. Idegbetegségek	203	16
III. Fülbetegségek	378	—
IV. Szembetegségek	1216	112
V. Orrbetegségek	179	1
VI. Légzési szervek betegségei	4446	137
VII. Vérkeringési szervek betegségei	124	21
VIII. Nyirkrendszer betegségei	355	8
IX. Száj-, torokfű- és bázisng betegségei	2060	28
X. Alhási szervek betegségei	2602	53
XI. Húgy- és ivarszervek betegségei	491	58
XII. Bőrbetegségek	975	49
XIII. Sejtiszövet-, mirigy- és izombetegségek	241	23
XIV. Izületi betegségek s fejlődési rendellenességek a végtagokon	631	76
XV. Csontbetegségek	360	63
XVI. Heveny-fertőzőségi betegségek	818	382
XVII. Idült fertőzőségi betegségek	211	15
XVIII. Általános megbetegedések	622	52
XIX. Mérgezések	30	3
XX. Színlelt betegség	5	1
XXI. Betegség nélkül	76	—
Összesen	16303	1161

A kórcsoportok tekintélyes részét oly sebészi esetek képezték, melyek műtéti eljárást igényeltek. A véghez vitt műtétek a következők voltak:

17 húgyhólyag-metszés húgyhólyagkö miatt, 4 húgyesőkö eltávolítása, 5 csonkítás, 7 necrotomia, 2 brisement forcé, 20 in-metszés, 8 légesőmetszés, 1 laryngo-fissio, 2 légesősipoly-zárás, 85 esetben intubatio,<sup>1</sup> 24 garatmögötti tályog megnyitása, 7 nyulajkműtét, 28 túltengett mandola kiirtása, 26 véredénytapló kiirtása, 1 ranulamitét, 4 plastica, 4 végbélhabaracz-eltávolítás, 7 végbélképlés, 4 castratio, 4 fitymaszor-műtét, 1 hypospadiasis-műtét, 1 epispadiasis-műtét, 6 mellkascsapolás, 14 mellkasmegnyitás, 6 bordacsonkolás, 3 hasacsonkolás, 7 vizesveseconkolás, 2 czombficzam-repositio, idegen test eltávolítása a légesőből 10 esetben, az

<sup>1</sup> A gyógyulási százalék 49,41% volt.

orrból 28 esetben, a nyelvből 1 esetben, a fülből 17 esetben, a bőr alatti kötőszövetből 12 esetben, 17 álképlet-kiirtás, 1 hydro-meningocele-, 1 spina bifida radicalis műtét; több esetben adenoid-képlődések eltávolítása a hátsó orrregből, több fülhabarezkkiirtás, számos üszkös csont és szuvas fog eltávolítása, nyirkmirigykiirtás és varratok alkalmazása több esetben, s végre tályognyitások és bőrfarkas kikaparás. Csont- és izületi bántalmak miatt 44 gypskötés, 20 túrómész- és organtin-kötés és 14 gypságy alkalmaztatott. 44 gyermek testegyenészetű géppel láttatott el.

A szemészeti osztályon 7 szivárványcsontkolás, 1 hályogműtét, 3 staphyloma-műtét, több szarúcsapolás és könnycsatorna-felhasítás hajtatott végre.

A szemészeti osztályt *Vidor Zsigmond* dr. vezette s a szem-betegeknek mindennap d. e. 10-től 11-ig rendelt.

A sebészeti osztály *Verebély László* dr. és docens úr felügyelete alatt állott; a kórházi műtétek általa s az igazgató által végeztettek.

A fülbetegeknek *Böke Gyula* dr. és rk. tanár úr rendelt kétszer hetenkint az intézetben.

A gége- és orrbetegeket *Baumgarten Egmond* dr. és docens úr látta el, az ideggyógyászati rendelést pedig *Korányi Sándor* dr. egyet. rk. tanár úr vezette.

A kórbonczatani vizsgálatokat *Preiszig Hugó* dr. akadémiai tanár úr teljesítette.

Rendszeres gyermekgyógyászati előadások az intézetben hetenkint kétszer tartattak s az intézetet látogató orvosok és orvostanhallgatók alulirott és a tanársegéd által gyakorlatilag is oktattattak. Az előadásokat 103 orvosnövendék látogatta, a nyilvános orvosi rendeléseken pedig 60 szigorló-orvos és orvos vett részt az év folyamán.

A gyermekek szembetegségeiről *Vidor* dr. hetenkint egyszer tartott az orvostanhallgatók számára előadást. Az egyetemi szülész-növendékek alulirott és *Vidor* főorvos által nyertek rendszeres oktatást a gyermekápolásból.

A pénztári kimutatás szerint a kórházi kiadások<sup>2</sup> (a harmadik tételtől a 18-ig) 28,110 frt 84 krt tesznek; ezekből 20%, vagyis 5622 frt 16 kr. a 16,303 ambulans betegre, 22,488 frt 68 kr. a kórházban 34,982 napon ápolott 1161 beteg gyermek gyógykezelésére és ellátására fordított. Ezek szerint egy beteg ellátása és gyógykezelése átlag 19 frt 37 krt igényelt, melyből egy ápolási napra 64<sup>1</sup>/<sub>2</sub> kr. esik.

A kórház orvosi személyzetének irodalmi működése 1896-ban a következő volt:

1. *Bókay J.* dr.: „A garatmögötti tályog és garatmögötti nyirkmirigy-gyulladás“ és „A csecsemők gyomor- és bélbántalmi“ czikk a „Belgyógyászat Kézikönyve“ III. kötetében.

2. *Bókay J.* dr.: A diphtheria-ellenes gyógysavó-kezelés a budapesti „Stefánia“ gyermekórházban.“ (402 eset.) „Orvosi Hetilap“ és „Jahrb. f. Kinderheilkunde“.

3. *Bókay J.* dr.: „Az intubatio mint a légesümentsést támogató eljárás.“ „Orvosi Hetilap“ és „Arch. f. Kinderheilkunde“.

4. *Bókay J.* dr.: „A Baccelli-eljárás a gyermekek máj-echinococcusánál.“ „Orvosi Hetilap“ és „Arch. f. Kinderheilkunde“.

5. *Berend M.* dr.: „A vérlúgosság-meghatározás egy újabb módja. Csecsemőknél végzett vizsgálatok.“ „M. orvosi Archivum“ és „Prager Zeitschrift für Heilkunde“.

6. *Bauer L.* dr.: „Az O'Dwyer-féle tubusok módosítása.“ „Orvosi Hetilap“.

7. *Loewy Leó* dr.: „Mesterséges légzés O'Dwyer készülékével.“ „Orvosi Hetilap“.

8. *Torday F.* dr.: „A partialis macrosomia egy esete.“ „Orvosi Hetilap“.

Végül hálával jelentem, hogy a „Samaritanus“-egyesület a kórházból kibocsátott szegény betegek segélyezésére a lefolyt évben 41 frt 44 krajczárt szolgáltatott át az igazgatóságának.

*Bókai János* dr.,

a „Stefánia“ szegény-gyermekórház igazgató-főorvosa, egyet. rk. tanár.

<sup>2</sup> A kórházi kiadások összegében befoglaltatik a kísérők, ápolók, konyha- és mosó-személyzet teljes ellátása is.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(V. ülés 1896. november 26-dikán.)

Elnök: *Navratil Imre*; titkár: *Polyák Lajos*.

#### Rostasejt necrosis.

*Polyák Lajos*: Folyó évi május hó 1-én egy 34 éves férfi keresett fel, a ki 9 hó óta orrdugulásban — mely főleg a jobb orrfélre szorítkozik — és garatnyálkásodásban szenvedett. Ezen baja miatt ez év legelején orvosi tanácsot keresve, előbb orrvizet kapott, majd egy hét múlva jobb orrában galvanocauterizáltak és ezt a beavatkozást nála egy-két alkalom kivételével minden 8 napon összesen 7–8-szor végezték. Ezen műtétek közben orra rendszerint erősen vértett és nagy fájdalmi is voltak, melyek utólag is soká eltartottak. Szükségesnek tartom hozzátenni, hogy a beavatkozást nem szakférfi végezte. Néhány égetés után a jobb orrcsont és orrhát tetemesen megduzzadt, erősen fájdalmas lett, később nagy fokban felduzzadt a könnytömlő is, és belőle nyomásnál a szem felé sok geny ürült ki. Ezenkívül óriási fejfájdalmak, fülszaggasztás és az állkapocsra kisugárzó fájdalmak képeztek a beteg panaszát. Néhány nap előtt orrából hátrafelé a torokba egy fillérgyűrésű vékony likacsos csontlemez csúszott le, mely fulladási rohamot okozott, de pár perc multán köhögés közben szerencsésen eltávolodott.

A betegnél első tekintetre az orrhát jobb oldalának tetemes vizenyős duzzanata és pirja tűnt fel, mely az arcot egészen eltorzította, e mellett a jobb könyzacsó kismogyorónyira duzzadt, belőle nyomásra a szembe sok geny ürült. A jobb orr egy pestilens szagú, beszáradt, lemezes, cholesteatomára emlékeztető, helyenként csaknem sajtos geuyes összeálló masszával volt kitérítve, melybe az itt bemutatott csontrészek (demonstratio) voltak beágyazva. Az orr kitisztítása után, a mi két órát vett igénybe a sarjak és fekélyekkel borított nyálkahártyából eredő, bár esekély vérzések folytán, kiderült, hogy az alsó és középső kagyló, sőt a mellő rostasejt nagy része teljesen hiányzik, helyükön necrotikus cszafatok és vérző sarjak voltak láthatók. A bal orrban csak az alsó kagyló hypertrophiaja volt látható.

A beteg többször naponta tisztította azután orrát egy borspray segélyével és a teljes gyógyulást leginkább az hátráltatta, hogy a rendkívül tág orrürben a genyes váladék, daczára a gyakori spray-mosásnak, folyton beszáradt és bűzös, sajtos pörköket képezett. Csontszilánkok a sarjak közül még 3 hét múlva is ürültek ki. Természetesen legzélszerűbb lett volna a sarjakat kikaparni, de ezt egy ily magasra, majdnem az agyalapig terjedő ronesolásnál, a lamina cribrosa közelléte miatt nem mertem végezni. Így hát csak az orr tisztántartására szorítkoztam, és a gyógyulás ezen eljárás mellett hat hét alatt következett be.

A jelen esetről nem akarom azt a tanulságot levonni, hogy a galvanocauter alkalmazásánál sok óvatosságra van szükség, miután ilyen complicatio szakember által végzett műtétnél teljesen ki van zárva.

*Baumgarten*: Égetés után nem szoktak ilyen classicus necrosisok fellépni. Bizonyosan már előbb állott fenn rostasejtempyema és az égetést a nem szakorvos azért végezte, mert a nagyfokú duzzanatot egyszerű túltengésnek tartotta. Bemutató nem említette, hogy mi volt a caries és necrosis oka, én valószínűnek tartom, hogy lues forog fenn. Megjegyzem, hogy ha az alsó kagyló is hiányzott, akkor a rostasejt genyedése nem tipikus. Nem gondolnám, hogy a necrosist az égetés okozta volna; mely sok fáradságba és hosszabb égetésbe kerül az, a míg a spinákat el tudjuk távolítani. A galvanocauterika egyáltalán nem szokott necrosist létrehozni.

*Preisach*: Kérde a bemutatót, hogy az eset magyarázatát illetőleg mi a véleménye, hogy a necrosis milyen alapon fejlődött?

*Polyák*: Megjegyzem *Baumgarten* szemében, hogy nem beszélt rostasejtempyemáról, hanem necrosis-ról, a mi egészen más dolog. Necrosist a csonton már egy égetés is képes létrehozni, ha a periost is égetve lett; partialis sequestert intensív galvanocauterica után elég gyakran lehet látni. A jelen esetben az illető nyolczszor lett egymásután égetve 8 napi időközökkel, járatlan ember által, a ki összevissza égetett mindent és így okozta a necrosist. Szóló nem tudja, hogy hova lett az alsó kagyló, valószínűleg már előbb necrotizált és kiürült. Hogy mi volt a betegség kezdete, azt utólag szintén nem tudhatja, de lues bizonyára nem volt, aseptikus kezelésre a bántalom spontán gyógyult. *Baumgarten* azon feltevését, hogy előzőleg már rostasejtempyema létezett, bizonyítani nem lehet.

*Irsai*: Ilyen nagyfokú elváltozást galvanocauterrel nem valószínű, hogy létre lehessen hozni, inkább valószínű az, hogy az alpbántalom más volt és a fennálló necrosis akkor tűnt elő, a mikor a kezelő-orvos elégette a hypertrophikus nyálkahártyát.

*Stipanits*: A bemutatott esontokat nem tartja rostacsont-maradványoknak, hanem valószínű, hogy az alsó és középső kagyló maradványai, mert nagyok, hosszúak és formatiójuk is megfelel az alsó orrkagylónak.

*Preisach*: Nem világos előttem a galvanocauterica és necrosis közti oki összefüggés; nem tudom elképzelni, hogy ha az egyik kagyló elégetés folytán necrotizál, miért terjedhetne a necrosis tovább?

*Morelli*: A legérdekesebb az lett volna, ha bemutató a beteget observálja arra, valjon nincs-e lues jelen, mert tényleg luetikus alapon fejlődnek olyan fekélyek, melyek azután élénkebb sarjadzást vonnak maguk után. Csatlakozom az előttem szólók azon véleményéhez, hogy

itt az étetéssel ily nagyfokú elváltozást előidézni nem lehetett, hiszen a sebészek a csonttal összefüggő rosszindulatú daganatoknál végig égetik a csontot, ha kell és élénkebb sarjadzást, a pörk leválását, de nem necrosist hoznak létre.

**Polyák:** Úgy látszik, már nem fogunk abban megegyezhetni, hogy a galvanocautika okozhat-e esontnecrosist a kagylón; én meg vagyok győződve, hogy igen és az ellenkezőt bajos volna bebizonyítani. Tessék csak nyolcezszor össze-vissza égetni egy orrt, mint azt az illető tette és meglátják az eredményt. Mondani lehet, de bizonyítani nehéz azt is, hogy más volt az alabántalom. Lues nem volt, erre figyeltem én, a betegnek csak orreddugulása és garathurája volt, midőn az említett kezelés alá került és az égetések alatt és következtében lett rosszabbul. Akkor duzzadt fel kívülről az orr, léptek fel fájdalmak, könnytömlő-empyema és távolodtak el a csontok az orrból. Végül megjegyzem, hogy a bemutatott csontok egy kivételével (11 darab van) abszolút nem eredhetnek az alsó kagylóból, ezek a rostacsont részei. Ilyen finom, vékony poros csontokat nem látunk az alsó kagylón.

#### Exostosis multiplex a külső hangvezetőben.

**Szenes Zsigmond:** 1896-dik évi november hó 24-én Cs. Géza, 63 éves hivatalnok, *Petsits* kartárs kíséretében rendelésemre a Charitében következő panasszal jött: 8 év óta zúgás a jobb fülben (hasonlóan a víz forralása alkalmával hallható zörzéhez), baloldalt időnkint, kivált éjjel, tompa zúgás jelentkezik; már évek óta észleli beteg, hogy időnként szédülés érzete fogja el, mely csak 5–10 perczig tart; néhány hó óta utóbbi gyakrabban jelentkezik, hosszabb ideig is eltart, egyszerűsmind intenzívebb és gyakran hányingerre is vezet, mely azután nyákhányással végződik.

Reflectoral történet vizsgáláskor mindkét külső hangvezetőben igen érdekes lelet mutatkozik. *Jobb* oldalt, alig 1 cm.-nyire a hangvezető külső nyílásától, egy széles alapon ülő tumor horizontalisan beemelkedik a hangvezetőbe, annak felét elfoglalván és alig néhány mm.-nyire a dobhártya alsó szélétől a hangvezető ugyan e faláig terjed. A daganat sima, normalis epidermisse bevont, sondával való érintésnél csontkeménynek bizonyul, tehát kétségtelenül *exostosis*. Utóbbinak meglehetősen kiterjedése daczára, a dobhártya elég jól látható és oly képet mutat, mely dobüreg-sclerosisra járható, mely bántalom folytán a hallóképesség ez oldalt tetemesen csökkent.

Az órát a bal fül 5 méterről, a jobb fül pedig alig 1–2 centiméternyi távolságból hallja, úgy mély (c, ci) mint magas (cs, ca) hangvilla-hangok légvezetés útján is percipiáltnak; a fejtetőre helyezett hangvilla rezgése a bal fülbe laterizáltnak és daczára, hogy a perceptio tartama (már a magas kor miatt is) tetemesen rövidült, *Riane* jobboldalt mégis *negativ* (úgy „c” mint „a” számára).

Azonban sokkal érdekesebb a lelet *baloldalt*, hol a hallóképesség normalis. A külső hangvezető *alsó falán* hasonló *exostosis* ül, mint a jobb fülben, mely a hangvezető térfogatának felét kitölti, azonkívül 1–1 hasonló *exostosis* ül a *melső és hátulsó falon*, melyek azonban csak félakkorák és végül két keskeny, hosszú stalaktitszerű csap ül közvetlenül a dobhártya felső szélé előtt a *hangvezető felső falán*; a két utóbbi közötti tér alig 1 milliméternyi. Ezen *5 exostosis* a külső hangvezető térfogatát annyira szűkíti, hogy a dobhártyából alig látható valami, a hanghullámok tovaterjedésére a szűkület nincs befolyással, miután e fül hallóképessége normalis.

Az említett *exostosisok aetiológiájára* vonatkozólag a beteg semmiféle támpontot nem nyújthat, mint az különben rendszeren tapasztalható. *Örökéletny* dispositióról betegnek nincs tudomása, *lues* és *arthritis* kizárható, utóbbiak tünetei különben más szervben sem mutathatók ki és így az *exostosis* előidéző ok ismeretlen.

A kérdés már most, hogy *therapeutikus szempontból* mi tehető. Esetelések jodtincturával, lapis-oldattal, vagy más gyógyszerrel, mint azt némely szerző ajánlotta, semmit sem érnek, sőt határozott ártalmára is lehetnek a betegnek, miután a legesekélyebb helybeli inger (gyakran már az *exostosis* kiméletlen megérintése is) elegendő, hogy a csontdaganatot fedő epidermist errodálja, majd pedig a tumor gyorsabb növekvését eredményezze. Utóbbi leggyakrabban oly esetekben észlelhető, hol az *exostosis* *dobüri genyedés kíséretében* áll fenn, s a genyedő folyamat gyógykezelése alatt a csontos képlet, a folytonos helybeli ingerlés folytán, annyira növekszik, hogy a hangvezető térfogatát teljesen elzárja. Belső gyógykezelésre az *exostosis* csak akkor fejlődik vissza, ha az *luetikus eredetű* és ellene antiluetikus kezelés lesz főganatosítva; más esetekben azonban alig lehet szó belső gyógyszerelésről. A legbiztosabb siker a véső és kalapács segítségével végzett művi eltávolítástól várható, ezt illetőleg azonban *létféle indicatio* tartandó szem előtt. 1. Az *indicatio morbi* csak azon esetek számára áll fenn, melyekben a külső hangvezető teljes elzáródása folytán az illető fülön nagyfokú rosszhallás bekövetkezik és utóbbi már a másik fülön is fennáll. Ha ez betegünknel baloldalt bekövetkezni találna, az *exostosisok* operatív eltávolítását kell eszközölnünk, miután jobboldalt a dobüreg sclerosisa folytán rosszhallás amúgy is fennáll. Mindaddig azonban, míg az be nem következik, művileg nem szükséges beavatkozni és csakis a zúgást és szédülést fogjuk *symptomatice* kezelni, sőt figyelmeztetjük a beteg, hogy fülét helybeli ingerlésektől (kotorászás stb.) óvja. 2. Az *indicatio vitalis* azon esetek számára jó szóba, hol az *exostosis* *dobüri genyedés* mellett áll fenn; itt ugyanis a csontos képlet a genyefolyás akadályaként az életet is veszélyeztethető genyereztetést okozhat. Miután a bemutatott esetben a *dobüri genyedés* kizárható, az *exostosis* eltávolítására ezen *indicatio* nem áll fenn.

S miután végül a csontos képletek a betegnek semmiféle kellemtelenséget nem okoznak (neuralgiákat vagy más effélet) és úgy a

nehézhallás, mint a fülzúgás és az időnként jelentkező szédülés s hányinger egészen más okokra vezethetők vissza, az *exostosisok*at tovább fogjuk megfigyelésünk alatt tartani. Az esetet különben csak ritkább és érdekesebb voltánál fogva kívántam bemutatni.

**Krepuska:** A bemutatott beteget 4 év előtt láttam, azóta az állapot nem változott; ez is azt bizonyítja, hogy az *exostosisok* mütételeire csak ritkán jön a sürgősebb *indicatio*. Fődolog a növekedés észlelése és ellenőrzése, a mit én időnként felvett rajzokkal szoktam megjegyezni. A külső hangvezető *exostosisai* nálunk nem nagyon ritkák, ezt, valamint a külső hangvezető aránylag szűk voltát én inkább a keleti fajnak és nem a luesnek tulajdonítom. *Therapeutice* úgy vélem, hogy a kisebb *exostosisok*at, melyek egy kis fülzsír elduguláson kívül ritkán adnak okot *subjectiv* panaszra, nem kell bántani, sőt óvakodni kell a borító bőr eperist izgatásától, mert ezáltal a *hyperplasia* még inkább növekedhetik; oly eseteknél azonban, a hol a *hyper*- vagy *exostosisok* obturálnak és mögöttük genyedés van vagy indul meg, *indicatio vitalis* az *exostosisok* eltávolítása. Láttam egy esetet, a hol teljes obturálás mellett otitis med. suppurat. fejlődött és a hol tényleg *indicatio vitalis* forgott fenn; a mütéttel, mely a kagyló leválasztása és a hangvezetőnek részint tömör, sclerotikus csonton át való kivésése, részint néhány nyeles *exostosis* levéséből állott, melyek egészen a margo tympaniig terjedtek, teljes gyógyulást értem el. Ezen mütétek igen nehezek, fárasztók és nem mondhatók könnyű beavatkozásoknak.

**Böke:** A bemutatott beteget 20 év előtt láttam. Hosszú praxisom alatt nem tapasztaltam, hogy a keleti faj nagyon inclinálva volna az *exostosisra*, a mely akkor jár kellemetlenséggel, ha a szűkült külső hallójáratban felhalmozódott fülzsír miatt rosszabbodik a hallás. Az *aetiológiát* illetőleg felemlíthetem, hogy Amerika őslakóinak — kik *cosmetikus* szempontból a csecsemők fejét deszkák közé szorítva eltorzították — koponyájában észleltek ilyen *exostosisok*at és az első feltevés az volt, hogy ez volna az *exostosis* oka; később, midőn Angliában behatóbban foglalkoztak e kérdéssel, ott találták leggyakrabban az *exostosisok*at és felvették, hogy a külső hallójáratnak a tengeri fürdők gyakori használata által okozott izgalma az egyik ok, a másik pedig az Angliában gyakori *arthritis*.

A dolog különös azért, mert az ilyen *exostosisok* minden *subjectiv* tünetmenty nélkül jönnek létre, ritkán kocsányosak, hanem leginkább a *meat* aud. ext. fala mentén emelkednek ki, a csont maga talán még keményebb és az illetők akkor jönnek vele orvoshoz, a mikor a fülzsír felrakódott. *Bonczolatoknál* találták, hogy az *exostosisok* *beterjednek* néha a dobüregbe, a fenestra rotundába, *promontoriumra*, fenestra ovalisra. Ilyenkor természetesen nehéz hallást is okozhatnak.

**Szenes:** Az *exostosisok aetiológiájára* vonatkozólag 2 körülményt kívánok említeni. *Wagenhäuser* említi egy esetet (Arch. f. Ohrenheilk. 21. köt. 2/9. l.), melyben alsó állkapocstöréssel kapcsolatban a külső hangvezető *melső fala* berepedt; a törés helyén 3 hónappal a sérülés után, 2 *exostosis* volt látható a hangvezetőben. Betegünknel ezen *aetiologikus momentum* nem jöhet szóba. *Virchow* 1895-ben a berlini akademiában tartott előadásában az *exostosisra* vonatkozólag állítja „*excessive Wucherungen an Stellen, welche zur Ossification schreiten*“. Ebből kifolyólag leggyakrabban az *exostosis* a hangvezető csontos és porcos részének találkozási helyén volna észlelhető; esetünkben azonban ez is kizárható.

#### Caries mastoidea gyógyult esete.

**Szenes Zsigmond:** Az esetet egy év előtt (nov. 21-dikén), 10 nappal a mütét után, mutattam be, midőn a megnyitott antrum mellett azon nagyfokú *destructio* látható volt, melyet az *influenza* kapcsán fellépett otitis media suppurativa acuta a csecsnyújtványon *consecutive* előidézett. A beteg már f. é. január óta rendszeresen jár iskolába, a csecsnyújtványon ejtett sebész csak 4 havi kezelés után hegedt be; május eleje óta a fület teljesen szabadon viseli és csakis a fülkagyló megett levő heg mutatja, hogy bántalom volt jelen. A gyógyulás ideálisnak tekinthető, miután a dobhártyákon semmi kóros tünet maradványa még a legszorgosabb vizsgálatra sem mutatható ki, és még normalis sugárzó kúp is látható mindkét dobhártyán. A hallóképesség szintén mindkét oldalt kitünő és így a *restitutio ad integrum* a szó szoros értelmében következett be.

#### Az orrgaratúr oldaldiverticulumairól.

**Polyák Lajos:** Ezen előadás már máshol jelent meg egész terjedelmében.

#### Specialis szakmánk Angolországban.

**Váli Ernő:** Ezen előadás az „Orvosi Hetilap“ tárczarovatában jelenik meg.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

Előadások a szemtükrözésről. A budapesti kir. m. tud. egyetemen tartotta *Grósz Emil* dr., egyetemi magántanár. Budapest, 1897.

A 138 oldalra terjedő könyv, melyet szerzője *Schulek* tanárnak ajánl, kis terjedelme daczára kimerítően tárgyalja a



szemtükrözés tanát. Ezen a téren ez az első eredeti magyar munka, mert a szerzőnek egy korábbi könyvében, a „Szemészeti diagnosztikában“ a szemtükrözés csak rövid fejezetet képez, Hoor könyve<sup>1</sup> pedig csak a szemtükrözés elméletét és technikáját tárgyalja. Ez ideig tehát magyar nyelven csak Dimmer-nek Imre által fordított<sup>2</sup> szemtükrözés-tana felett rendelkezünk. Az előttünk fekvő munka azonban nemcsak mint hézagpótló méltó figyelmünkre, hanem különös fontosságot nyer az által, hogy a szemfenék elváltozásainak értékesítésével az emberi test általános betegségeinek diagnosztikájára különálló főrészt behatóan foglalkozik. Ezzel a könyv még a hasonló külföldi compendiumokat is jóval felülmúlja, mert tagadhatatlan, hogy az orvostudományok fontos ágainak: a belgyógyászat és a szemészetnek ezen összekötő kapcsolásával eddig még csak kevesen foglalkoztak behatóan, s ezen a téren sok még a megoldandó feladat. Ezen kapocs ápolása és fejlesztése lenne egyszersmind a legjobb mód a máris túlságba vitt specialismus kellő ellensúlyozására.

Grósz Emil könyve jó magyarsággal, előadások alakjában dolgozza fel tárgyát, miáltal közvetlenebb hatást gyakorol az olvasóra, mint a sablonos tankönyvek. A 15 előadás közül az első 4 a bevezetésen kívül a szemtükrözés történetét, elméletét, a tükrözés technikáját egyenes és fordított képben mondja el. Legsikerültebbnek tartjuk ezek közül a 2-dik előadást, mely a szemtükrözés feltalálásának útját rövid és vonzó módon ismerteti. Az egész 3-dik előadás a különböző szemtükrök szerkezetének ismertetésére van szentelve. Ezen fejezet a tanulóra és a gyakorló orvosra nézve talán legkevésbé fontos, a teljesség szempontjából azonban ezen rész jogosultságát sem lehet tagadnunk. Fődolgoz, hogy az említett sok szemtükrök közül a szerző a használatra ajánlhatókat külön kiemeli. A szemtükrözés technikája és az ép szemfenék egyszerű és világos leírása képezi ezen rész befejezését.

A második rész (5—10. előadás) a szemtükrözési diagnosztikával foglalkozik. A fénytörés meghatározása tárgyalásánál szerencsésnek tartjuk, hogy a szerző a fókust a skiaszkopiára helyezte. Nem mintha különösen az egyenes képben való refractio-meghatározás kevésbé lenne megbízható, hanem mert a skiaszkopia igényli ezen nehéz vizsgálómódot közül a legkevésbé gyakoroltságot, s így ez a szemtükrözésben kevésbé jártasnak is lehetségessé teszi a fénytörés objectív meghatározását. Igen megkönnyíti a skiaszkopia alkalmazása módjának megértését az „árnyékpótló gyakorlati értékesítése“ című táblázat. A fénytörés meghatározását egyenes és fordított képben a szerző csak röviden ismerteti. Ezen rész tárgyalja 4 előadásban a fénytörő közegek zavarait és a szemfenék elváltozásait, melyeket a szerző főbb vonásaiban kimerítően ismertet.

A harmadik főrészt (11—15. előadás), melynek jelentőségét már kiemeltük, a látóideg gyuladásának jelentőségét méltatja a legbehatóbban. Ez képezi a könyv ezen legértékesebb részének is legsikerültebb fejezetét. A papillitis keletkezését magyarázó theoriák kellő kritika tárgyává tétetnek, melyekben a szerző a dualistikus felfogás (pangásos és gyuladós alak) hívének vallja magát. A könyv ezen része a következő fejezetekkel együtt a szakemberre nézve is kiváló érdeklődéssel bír, főleg, mert a szerző saját önálló kutatásainak eredményeit is ismerteti. A neuritis retrobulbaris jelentőségét rövidebb, a látóideg sorvadását hosszabb fejezet tárgyalja. Legrövidebb a retina és különösen a chorioidea elváltozásainak jelentőségét tárgyaló utolsó előadás, ez azonban nem jelent aránytalanságot, hanem csak arra mutat, hogy ezen a téren még leghézagosabbak az ismereteink.

Általában mondhatjuk, hogy különösen a munka ezen részét illeti a legnagyobb elismerés és ezen részszel igényelhet a könyv nagyobb elterjedést, a mennyiben ez által nemcsak mint tankönyv fog jó szolgálatot tenni, hanem minden orvosnak fontos és szükséges tudnivalókat tartalmaz.

Végül megemlíthetjük még, hogy a könyv kiállítása kifogástalan, tankönyvnek szinte fényűző. A benne foglalt ábrák részben

a szöveg megértését nagyban fokozó, schematikus ábrázolások, részben sikerült reproductiói egyes mikrophotogrammoknak. Az ábrák gondos megválasztásában sem áll a munka utolsó helyen!

— s — n.

## II. Lapszemle.

### Bőr- és bujakórtan.

Adatok a befecskendezési technika kérdéséhez a syphilis gyógyításánál írta M. Möller. Mióta oldatlan higany sókat mely izombefecskendezésekhez használunk, az irodalomban mindinkább szaporodnak a közlések olyan esetekről, melyeknél complicatiók és pedig nagyjából a tüdőben támadtak, majdnem tipikus tünetekkel és lefolyással: köhögési rohamok, légliány, oldal-szúrások, véres köpet, sok esetben láz, általános levertség, fehérvyvelés és emésztési zavarok. Állatkísérletek kiderítették, hogy ezen complicatiók okát nagyjából a tüdőben való embolikus-lobos elváltozásokban találjuk, melyeket az oldatlan sók nagyobb részecskéi előidéznek az által, hogy a Pravaz-tű a glutensók táján, a hová szokásosan eszközöltetnek a befecskendezések, a vénát egyenesen találja, ezen keresztül az általános vérkeringésbe jutva előidézi az embolusokat. A visszereknek egyenes megszúrása a glutensók tájának bizonyos localisatiója mellett a véredények bőségénél és boucztani elrendeződésénél fogva is már nagyon könnyen megtörténhetik. Hogy tehát meggyőződjük, mely irányban találja meg legkönnyebben a Pravaz-tű a nagyobb véredényeket az intramuscularis befecskendezések alkalmával, hullakísérleteket végeztem, melyeknek eredményeit a következő pontokban összegezi:

1. A legnagyobb veszély fenyegeti a vena megszúrást és a tüdőembóliát, ha mélyen befecskendezünk azon ponton, mely közepén fekszik azon vonalnak, mely a spina ilei post. superiort és a tuber ischiit találja, körülbelül 6 cm.-nyire a test középvonalától. Ezen veszély még akkor is fennáll, habár csekélyebb mértékben, ha ezen ponttól oldalvást a trochanter major felé és merőlegesen a tuber ischii felé haladunk.

2. Sokkal kisebb veszéllyel jár az intramuscularis befecskendezés, ha a felső glutealis tájon befecskendezünk, azon horizontalis vonal fölött, mely a trochanter major felső csúcsát érinti.

3. Ha a befecskendezést kevésbé mélyen eszközöljük és pedig az izom fölé vagy a gluteus maximus felületes rétegébe, akkor a tüdőembóliának eshetőségeit kikerülhetjük. (Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. XXXIX. Heft 3.)

Aschner Arthur dr.

### Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Izzadás ellen Meurisse és Dassonville is megkísérették a salvia officinalis használatát. 19 esetben vették igénybe és kivétel nélkül jó hatást láttak. A hatás körülbelül 2 óra múlva állt be és 2—6 napig eltart phthisisnél, más betegségeknél pedig még hosszabb ideig. Kellemetlen mellékhatások nem mutatkoztak. Rendesen 30—50 cseppet vétettek be 2 órával az izzadás megkezdése előtt egy kanálvízben. A tinctura összetétele következő: 100 rész folia et sumitates florum salviae officinalis és 500 rész 60%-os alkohol. (Echo méd. du Nord, 1897. április 11.)

2. Eczema és impetigo nagyszámú esetében tett kísérletet Ruge oesypus-pasztával: Rp. Zinci oxydati, Amyli aa 4'0; Oesypi, Ol. olivarum aa 3'0. 62 eset közül 61-ben gyors gyógyulás következett be. Hátrányos oldala a módszernek az, hogy a kezelés alatt gyakran viszketés áll be. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 1896. 4. sz.)

3. A tejelválasztás megszüntetésére Herrgott, a szülészeti tanára Nancy-ben, a kámfort ajánlja, melyből 20 centigrammot ad háromszor naponként, három egymásután következő napon át. (Sem. méd. 1897. 26. sz.)

4. Vaginalis injectiókhoz House a következőt ajánlja: Rp. Aluminis pulv., Acidi borici pulv., Boracis pulv. aa 30'0; Hydrastinini sulf. 0'60; Acidi carbolicum, Essent. cannell. aa guttas XX. M. f. pulv. D. S. Egy kávékanálnyit fél liter vízre. Az injectiók ezen folyadékkal adstringens, antiseptikus és congestio ellenes hatásúak. (Sem. méd. 1897. 27. sz.)

<sup>1</sup> A szemvizsgálat módjai. Írta: Hoor Károly. Budapest. 1892.

<sup>2</sup> A szemtükrök és diagnosztikai használata. Írta: Dimmer; fordította: Imre József. Magyar orvosi könyvkiadó társulat, 1889.

## TÁR C Z A.

## A venereás megbetegedések statistikája zárt körökben és azok prophylaxisa.

(Vége.)

Igen feltűnő ama különbség, mely a férfiak és nők venereás fertőzésének gyakorisága között létezik. Az, hogy a fertőzésből 97·8%, illetőleg 97·7% esik férfiakra, 2·2%, illetőleg 2·3% pedig nőkre, nem egyedül azt bizonyítja, hogy a munkás nők nem inficiáltak gyakran, — bár itt ki kell emelnünk, hogy sokkal erkölcsösebbek, sokkal ritkábban közöskölnének extramatrimonialiter, mint egyéb, kevésbé nehéz munkával foglalkozók — hanem egyik nagy oka, hogy bajukat fel nem ismerik, vagy azt észrevéve restelnek az orvos tanácsát kikérni, s hogy sokkal hosszabb ideig titkolják a bajt.

Feltűnő, hogy oly nagy azok száma, kik orvosi felügyelet alatt levő személyektől lettek fertőzve; e szám jóval nagyobb, ha figyelembe vesszük, hogy számos oly nőszemély is szerepel a szerető s pinczérnő rovatában, ki tulajdonképen bárczás az ú. n. futóbarczások osztályához tartozó, a rendőrség által legújában életbeléptetett egészségügyi s közérkölesi szempontból eléggé el nem ítéhető új neme a prostituáltaknak, kik éjjel s nappal, kávéház, korezmák, vasutakon, utczákon szabadon járhatnak s csalogathatják a vendégeiket szállodákba vagy egyebüvé, s kiknek lakása a rendőrség előtt esetleg nem is ismeretes, mert ők jelennek meg hetenként kétszer a rendőri központi felülvizsgálatra.

A betegek ama nagy száma, mely a rendőri vizsgálat alatt állóktól lett fertőzve, önkéntelenül is ama kérdésre készlet: vajjon rossz-e a rendőri orvosi vizsgálat, vagy pedig vajjon nem-e felesleges egyáltalán a vizsgálat s vajjon nincs-e igazuk az aboliczionistáknak, ama tábor híveinek, kik a vizsgálatot feleslegesnek vélik, mivel ez a venerea terjedését s csökkenését sem a lakosság sem a prostituáltak közt nem befolyásolja, s ezek után a felügyeleti kényszervizsgálatot csak az erkölesi egyéniség szándékos megsemmisítésének s az egyéni szabadság lábba tiprásának tekintik.

A vizsgáló hatósági orvosokat e számadatokért felelősekké tenni nézetünk szerint egyáltalában nem lehet, mert e hetenként kétszeri vizsgálatokról fel kell tennünk, hogy azok az adott körülmények között lehető pontossággal s lelkiismeretességgel végeztettek. Fel nem tehető, hogy a hatósági orvosok a fertőzés lehetőségét ily gyakran észre ne vegyék. Másrészt, ha a vizsgálat egyesek által hanyagul vagy kevésbé lelkiismeretesen, vagy pedig kisebb szakértelemmel végeztetnék, akkor egyes kerületekből nagyobb fertőzési számadatokat nyertünk volna, mert ép ez a feltűnő a mi, ez irányban pontosan vezetett statistikánk szerint, hogy a nyilvános bordélyok s bárczásoknál szerzett fertőzés nincs helyhez kötve, azaz ép oly gyakran tapasztaltuk a fertőzés okát az V., VIII., IX. kerületben, mint a III. kerületben vagy Új-Pesten vagy egyebütt ott, hol sok munkás lakik, kik kerületbeni bordélyos vagy bárczás lányoknál megfordultak. Azaz a fertőzés minden rayonban előfordulhat s nem constatálható oly különbség, mely az orvosi vizsgálat kisebb vagy nagyobb szakértelme vagy buzgósága által feltételezve volna.

Fel kell tehát tennünk, hogy a vizsgálatok a körülmények által megengedett pontossággal történtek.

Persze a körülmények, a melyek között a vizsgálat történik nem épen kedvezőek. Ezen pontra már egyebütt s más cikkben felhívtuk a figyelmet. E helyen csupán két körülményt akarunk újból kiemelni, a melyek különösen sérelmeseknek látszanak, t. i. a vizsgáló orvosok elégtelen száma és a vizsgálatok megejtése a kéjnök lakásán. Mindkét körülmény oda hat, hogy az orvosi vizsgálat prophylacticus értékét leszállítsa, mert az alkalmatlan helyen és a kényszerűség által diktált gyorsasággal végzett vizsgálatok nehezen fogják a jelentéktelenebb, kevésbé feltűnő, de azért mégis fertőző elváltozásokat kimutathatni.

De azért az orvosi vizsgálatot nem tartjuk feleslegesnek, mert mégis általa számos esetben a fertőzött nő kórházba kényszerítették, hogy ott visszatartassék míg teljesen egészséges, vagy

a míg a fertőző kóros elváltozások eltűntek, vagyis a fertőzött nő betegségének idejére vagy annak egy részére kivonatik a forgalomból.

Hogy ezek száma mily nagy, erről a következő, a főváros statistikáját feltüntető táblázat adja a legjobb felvilágosítást:

Kéjnök száma, vizsgálata és betegedései:

Év	Összesen	Ezek közül			Az év folyamán kórházba került		
		bordélyos	magán	kórházban ápolatott	bordélyos	magán	összesen
1892	1144	552	493	100	875	386	1261
1893	1131	533	483	115	766	334	1170
1894	1154	521	529	104	813	304	1117

A hosszabb-rövid ideig a kórházi ápolásban részesültek orvosi vizsgálat és kórházi kényszer nélkül valószínűleg nem kerültek volna oly gyorsan orvosi gyógykezelés alá s a fertőzést még jobban terjesztették volna.

Az aboliczionistáknak ezek után, mint látjuk, mindenben nincs igazuk, bár a fertőzötteknek nagy száma, ki, a rendes orvosi vizsgálat alatt levőktől betegedtek meg, elméletük mellett szólana. Azt hisszük, hogy ama tény, hogy a vizsgált kéjnök nagy számmal kényszerítettnek a kórházakba, másrészt mégis náluk történik leggyorsabban a fertőzés, alapot nyújt azon következtetésre is, hogy az esetek egy részében a kéjnök nem is a maga baját adja tovább, hanem közvetítő középkep szerepel egy azelőtt, s utána jött vendége között, holott ő ezen közvetítés közben a fertőzéstől óva maradt.

Ily viszonyok között, midőn a buzgó iparkodás s jelentékeny költség daczára oly magas a venerikus fertőzöttek száma, a kényszervizsgálatnak nem lehet oly túlnagy fontosságot tulajdonítani, mint azt némely oldalon szeretik s a figyelmet, mely rendszerint a vizsgálat szükségességének hangoztatása által eltereltetik, a helyesebb és hathatósabb óvó intézkedések méltatására kell irányítani.

Mert nyilvánvaló, hogy a kéjnök vizsgálata egymaga sokat nem ér. Bár a vizsgálat haszna nem tagadható, mégis ezen haszonnal szembeesítendő ama tény, hogy a bordélyosok és bárczások aránytalanul gyakrabban kerestetnek fel a férfiak által, mivel látszólag biztosítékot nyújtanak a fertőzés ellenében és könnyen is hozzáférhetők. A fertőzés veszedelme tehát náluk aránytalanul sokszorozódik. Komolyan megfontolandó tehát — s itt igen közel juthatunk már az aboliczionisták táborához — hogy a kimutatható kár nem-e nagyobb mint a vizsgálat haszna. És ha elérkezünk a kérdés ilyforma felvetéséhez, akkor tulajdonképen arról sem szabad megfeledkeznünk, hogy a kényszervizsgálat az egyéni szabadság esorbitásával járván, a jogérzetet bántja, különösen, ha még azt tapasztaljuk, hogy úgyis ezen osztály legnyomorultabbjai, a szegény kéjnök állanak ezen vizsgálat alatt, melyet okkal-móddal kikerül a pinczérnő, az orpheumi nő, a tánczosnő s énekesnő, a kasszirő és az ú. n. művésznők, kiknek ezen foglalkozásuk mellékes, de kiknek a fő mestersége a titkos prostitutio üzése.

Ha mindezek daczára nemcsak a vizsgálat fentartását a jövőre vesszük védelmünkbe, de annak kiterjesztését az elébb említett gyanus foglalkozásokra is javasoljuk, úgy annak oka, hogy a közérdek megkívánhatja, még az egyéni szabadság korlátozásával is, hogy minden lehető megtéessék minden fertőző betegség s így a venerea terjedése ellen is. De ugyanakkor felvilágosítandónak tartjuk a közönséget e vizsgálatoknak igazi értékéről. Egyszermind kerülendőnek véltünk minden oly eljárást, mely vexatiókra ad alkalmat. Az elérhető eredményre való tekintetből itt minden túlzás kerülendő.

A felemlített statistikai számadataink elég meggyőzően bizonyították, hogy a vizsgálatoknak a sokat hangoztatott elsőrendű fontosságuk mellett, másféle hathatósabb prophylacticus intézkedé-

sekről kell gondoskodni. Ezek közül legjavaltabb s egyedüli biztos volna a bordélyba s bárczásokhoz járó férfiak kötelező vizsgálata.

Mivel azonban ezen állapot, mint minden idealis valami, a gyakorlatba ki nem vihető, oda kellene törekednünk, hogy a férfiak minél kevésbé legyenek amaz állapotban, hogy a fertőzést tovább vihessék. Egyfelől tehát felvilágosítani kellene, különösen a munkás osztályhoz tartozókat (kik között még mindig ama tévhit uralkodik, hogy a gyakori közösülések vagy egy érintetlen hajadonnal való közösülés után a baj elmúlik), s pedig nemesak a venerikus bántalmak minemiségéről, útóbajairól, de még inkább ama káros következményekről, melyek e baj fennállása idejében a közösülésből mind 2 nemre hárarnak, másrészt a *venereások kezeléséről* kellene gondoskodni oly formán, hogy a kezeléshez könnyen hozzáférjenek, s hogy bajuk ne csak kezeltesék, de ki is gyógyítsassék: mert a venereás megbetegedés terjedésének leghathatósabb meggátolója a gyógykezelés, melynek szigorú keresztülvitelével nagy s pozitív eredményeket el lehet érni.

A kezelés által eltüntethetők a betegségek ragályozó productumai. Ez által természetesen az illető esetben a további fertőzésnek alkalma vétetik, a betegség terjedését ily módon hathatósan gátolhatjuk meg. Érdekesek e tekintetben az általános munkás betegsegélyző-pénztár adatai a syphilitisre vonatkozólag. Budapest az utolsó évek alatt mi sem változott a venerea hatósági prophylaxisa tekintetében. Ellenben az általános munkás betegsegélyző-pénztár szakorvosokat alkalmazott ezen bántalmak kezelésére s ugyanezt tette Budapest többi az utóbbi években alakult betegsegélyző-pénztára. Már most a syphilis infectiók a következőképpen jelentkeztek.

1892-ben	30,000	tagra volt	148	syphilis infectio,	azaz	0.49%
1893-ban	44,700	" "	170	" "	" "	0.03%
1894-ben	46,314	" "	123	" "	" "	0.29%
1895-ben	49,532	" "	100	" "	" "	0.22%
1896-ban	49,485	" "	85	" "	" "	0.21%

Azt hisszük, nem tévedünk, ha a viszonyok állandó javulását a szakavatott és könnyen hozzáférhetővé tett kezelésnek tudjuk be. E téren a legnagyobb könnyűséggel és minden nagyobb költsékezés nélkül igen üdvös intézkedések vihetők keresztül, a melyeknek részletezésébe felesleges bocsátkoznunk.

De utalnunk kell még arra, hogy igen üdvös volna, hogy ha el lehetne érni, hogy ha nagyobb gyárak s műhelyekben úgy mint a katonaságnál, a munkások időnként orvosi vizsgálat alá vétetnének s ott a betegek kezelésre esetleg kórházi ápolásra szorítottatnának, különösen megszívleendő ez ott, hol az ipari foglalkozás olyan, hogy fertőzést (syphilitis) könnyen viheti tovább pl. hangszerkészítők, üvegfüvők, szivarcsavarók, vagy ott hol közös lakásban vannak.

Mivel azonban még akkor is, ha a venereások kezelése annyira általánosítva volna, milyen az emberi gyarlóság, tudatlanság s hamis szégyenérzetnél fogva nem is lesz, számos oly egyén lesz, kik nem gyógyulva vagy még fertőző állapotban fogják felkeresni az orvosi felügyelet alatt állókat, ez okból igen tanácsos volna a bárczás s bordélyos lányokat mintegy kitanítani, hogy a közösülés előtt meggyőződjenek arról, hogy a férfiú egészséges vagy venereás! Ez bármennyire banálisnak tűnik is fel, mégis könnyen keresztül is vihető, és ettől nagy siker is várható.

Szemből tehát azok álláspontjával, a kik a kéjnök szigorú rendőrorvosi felügyeletét tartják a venerikus bajok leghathatósabb prophylactikus intézkedésének, a mi vizsgálataink azt mutatják, hogy ezen vizsgálatok a venerea és különösen a syphilis prophylaxisába csupán másodsorban jönnek tekintetbe. *A legértékesebb, leghathatósabb prophylactikus eljárás a venereás bajok gyógykezelése s ezzel a fertőző kórelváltozások gyors eltüntetésé.*

#### Függelék.

Igen érdekesek az adatok, ha a venerea előfordulási számadatain kívül a fertőzöttek foglalkozására is figyelünk. És itt beigazolva látjuk azon tényt, melyet a két év előtti prostitutio vitákon<sup>1</sup> egyikünk (Fr.) felállított, hogy t. i. egyes foglalkozások-

nál a venereás megbetegedések fertőzése gyakrabban fordul elő. Tényleg tapasztalható, hogy a kevésbé megerőltető munkával járó, nagyobb keresettel bíró, esti s fél éjjelt dolgozóknál, nagyobb szellemi munkát végzőknél a venerea gyakrabban lép fel. Mert míg a nehéz munkát végző, kevés keresettel bíró napszamosoknál (17,500 a kerületnél, 12,747 a munkásnál) a fertőzés számaránya 1.4, illetve 0.9, míg a molnárok (4170) venerea fellépése 0.8, kovácsoknál (2670) 1.6%-ot, kocsisoknál (2700—2300) 2, illetve 1%-ot tett ki, addig a nehéz munkával, de jobb díjazást élvező hajósoknál 3.1, a vasöntőknél (778), vasesztergályos- s fém-munkásoknál (4333) 2.8%-ot tesz ki, addig a szám jelentékenyen emelkedik a kereskedősegédekénél (790) 3.5%, a pinczérekénél 4.4%, a szobrászoknál 6.5, a betűszedőknél (3500 egyén mellett 245 fertőzés) 6.9%-ra, míg e szám a maximumot eléri, a jó keresettel bíró éjjeli pék munkásoknál 10%, az aránylag nagy és könnyű keresettel bíró, szellemi munkával foglalkozó hivatalnokoknál 20.5% s az énekesek s énekesnőknél 18.3%-kal, valamint az elég nagy s nehéz munkát folytató, de jó keresettel bíró gépmesterekénél 13.8%-kal. Ezen adatok még egy más következtetés jogosultságát is bizonyítják, t. i. azt, hogy a munkásoknál talált számadatokat a lakosság összes osztályaira alkalmazni szabad. Ily irányban már régebben (T.) a munkás-egylet adatainak a kereskedelmi kórház-egylet és az egyetemi ifjúságnál talált fertőzési számok összehasonlítása alapján nyilatkoztunk. A fentebbi adatok pedig oly irányú következtetést is engednek meg — a melyet azonban nem vonunk — hogy a lakosság jobb viszonyok között élő elemei gyakrabban fertőzöttek. Azt hisszük, hogy ez adatokból legalább az következtethető jogosan, hogy a minimalis fertőzés átlag a munkások között talált számok szerint történik.

A fertőzöttek száma minden hónapban majdnem egyenlő volt, vagyis, hogy a heveny fertőzés a taglétszámhoz viszonyítva a nyári s téli hónapokban majdnem egyenlő volt, vagyis hogy a fertőzés időtől teljesen független.

Sajnos, hogy az esetek csak 1/3-ban van pontosan vezetve a családi állapot s az életkor, s így csak hozzávetőleg nyilatkozhatunk, hogy a fertőzés leggyakoribb a 20. és 34. életév között. A legfiatalabb ki fertőzve lett 16 éves volt, a legöregebb 69 éves.

Friedrich Vilmos dr.,

a kerületi betegsegélyző-pénztár főorvosa és

Török Lajos dr., egyetemi m. tanár.

## Német gynaecologusok egyesületének VII. congressusa.

Lipsee, 1897. június.

(Folytatás)

A napirendre a „retroflexio uteri“ kitűzött tárgynál referensül szerepelnek Schultze (Jena) és Olshausen (Berlin).

Schultze az elnevezésre nézve megjegyzi, hogy csak a corpus uteri iránya szerint történjék az elnevezés, tehát helytelen a retroversio cervicis, retroversio anteflexio stb. elnevezés. Hasonlóképp elvetendőnek tartja a retrodeviatio elnevezést, a mely mint közös elnevezés lesz a retroflexio és a retroversio helyett használva. A retrodeviatio fogalma alá tartozna szükségképp az uterus retropositiója is, a cervix uteri hátsó magas fixatiója, melynél többnyire anteflexio létezik. E fogalom tehát úgy aetiologikus, mint pathologikus diametral ellenkező anatómiai leleteknek adna közös elnevezést.

A retroflexio aetiologiája. Retroflexiót okoz.

1. Az uterus normalis erősítő szálainak elernyedése. Ez elernyedésre dispositiót szolgálnak: a) terhesség és puerperium, b) resorptióval végződő parametritis posterior, c) a végbél habitus teltsége, d) tartós hátonfekvés és különösen ily fekvésnél a hasprés alkalmazása.

2. Ha a cervix a medencében a rendesnél sokkal mélyebben van fixálva. Ezt okozhatja a) hegek parametritis anterior után, b) magas cervixrepedés utáni vagy nem aseptice végzett kétoldali discisio vagy más a portión eszközölt operatio utáni hegek, c) mellfelé történt gangraenosus anyaghiány folyamat utáni hegek, így az egyidejűleg fennálló hólyaghüvelyméhüregsipolynál.

<sup>1</sup> L. orvosegyesület (Orvosi Hetilap 1895.)

3. Igen rövid vagina, különösen a mellső falának rövidebb volta, mely a) veleszületett fejlődési rendellenesség, avagy b) senilis atrophia következménye.

4. A húgyhólyag habitualis teltsége és különösen a hólyag megtelésének nagysága a vagina mellső fala hosszához képest.

5. Tátongó vulva, gátrepedés.

6. Rendellenesen hosszú portio.

7. A méh mellső falában levő tumor.

8. A vaginában megszületett myoma.

9. Nem hiszi, hogy ovarialis tumor az uterust retroflektálja. Ha létezik ovarialis tumor mellett retroflexio, versio uteri, úgy az uterus e rendellenes állása megelőzte a tumor fejlődését. Az aetiológiai momentumokból önként következik a *prophylaxis*. Serdülő lányoknál és gyermekeknél, kiknek vaginájuk még rövid, kikerülő a hólyag túltelése. E téren sokat tehetne az iskola hygieniája. Virgo intactánál gyakran okoz catarrhalis endometritis parametritist, melynek ismét sok esetben retroflexio a következménye. Tehát tartjuk távol a virginalis catarrh. infectiót elől záró alsó nadrággal, a menstruatio ideje alatt pedig aseptikus kötéssel. Gátrepedések, a kistökök is operálandók. Sondázás szükségtelen a *diagnosis* felállításakor.

A nem operatív *kezelésnél* első helyet foglal el a *repositio*, mely minden esetben megkísérendő. Ha nem volt jelen repositio-akadály és ha különben sem áll fenn *complicatio*, a mely egy előleges kezelést igényelne, úgy gyűrű helyezendő be. Gyűrűt azonban csak *tökéletes repositiónál szabad* alkalmazni. Legjobb a celluloid-gyűrű. *Gyűrű miatt csak a menstruatiót követő egynehány napon át szükséges a hüvely öblítése*. Ha a gyűrű az esetnek megfelelőnek találtatott, úgy egy év múlva ellenőrzése szükséges, kivéve az uterus nagyságváltozással járó eseteit. Terhesség bekövetkezésénél a gyűrű a 17. hétben eltávolítandó. *Repositio-akadályok* legjobban *narcosis* mellett a recto-vaginal-abdominalis palpációval ismerhetők fel. Ily esetekben, ha a peritonealis adhaesiók szétválása sikerült, gyűrűt alkalmaz. *De soha Thomas-t*, mert ez emeli a Douglas fenekét és így esetleg közelíti egymáshoz a röviddel ezelőtt szétválasztott peritoneal felületeket. Hogy egy gyűrű teljesen megfeleljen, ahhoz ép, működőképese medencefenék szükséges. Ezért ezelőtt gyakran csinált perineoplastikát, most egy ülésben perineoplastikát és vagino- vagy vesicofixatiót végez.

*Olshausen a retroflexio symptomatologia* meghatározásánál csupán a nem *complicált* eseteket véli figyelembe veendőnek. A nem *complicált* esetek majdnem felében a retroflexio nem okoz nagyobb panaszt, különösen hiányoznak ily esetben a *localis* panaszok.

Az esetek relatív nagy részénél az állandó *symptomák*: keresztfájás, fejfájás, gyomornyomás, nehézségek járásnál, nyomás érzés az ölben, *deprimált* kedélyállapot *obstipatio* és *dysmenorrhoea*. *Utóbbi sohasem éri el azonban ama kolikaszerű fájdalommal járó nagy fokát*, minőt pl. *anteflexió*s nulliparáknál találhatunk. *Csak az acut traumatikus retroflexio okoz hólyagpanaszokat*. Vérzésrendellenesség répig retroflexióknál mint korai vagy erősebb menstruatio jelentkezik. A tipikus vagy tartós vérzések csak friss, *puerperalis retroflexiónál* fordul elő. Répig keletüeknél e vérzéseket *többnyire endometritis fungosa okozza*. A flexiónak ritkán direkt következménye a sterilitás, többnyire az *adnexák* megbetegedésével vagy *hyperplasia uterival* van ily esetben dolgunk. Nem ritkán vezet a retroflexio abortushoz. Az abortus függ az uterus falának rigiditásától más esetben a keresztcsont alakjától. Erős vájulatú keresztcsontnál a spontán *repositio* megnehezült. Ha ismét elég petyhüdt az uterus fala, úgy többnyire kiviseli a terhességet. A mellső fala előbb a medence bemenet felé növe kimagaslik, majd a corpus többi részét lassan növekedése közben maga után emeli. Néha a spontán *reductio* nem teljes (*divertikulum képződés*, a terhes uterus részleges *retroversiója*).

Az operatív *therapiáról* szólva megjegyzi, hogy 1. csak a *symptomákat* okozó retroflexiók operálandók. Minden esetben gyűrű kísérőrendő meg.

2. A klimakteriumban vagy ehhez közel álló nőknél nem okoz oly *symptomákat* a flexio, hogy ez operálandó volna.

3. *Complicatiós* esetekben, a *complicatio* kezelendő.

4. Elítéli azokat, a kik minden retroflexiót akár mobil, akár fixált colpotomiával operálnak. Ő retroflexiók eseteinek csupán 1/4<sup>o</sup>-át operálta.

5. Az operatiók közül nincs tapasztalata az Alexander-Adams, valamint a *ligg. sacrouterina* megrövidítési módról. Ez utóbbit azonban, mely a *cavum Douglasit* megkisebbiti, elvetendőnek tartja.

6. Véleménye hat év óta nem változott, colpotomiát nem végez, mert ez igen gyakran hólyag- és bélsérüléssel jár. A *ventrofixationak* híve. Ő az uterust a *ligg. rotundák* tapadási helyénél, mintegy az uterus szarvainál fixálja a hasfalhoz.

*Winter (Berlin)*. A *retroflexio uteri symptomájáról értekezik*. 303 nőt vizsgált még pár héttel az I P. után és 12%<sup>o</sup>-ban talált retroflexiót. Ezeknél 11-nél semmi panasz (10 *incomplicált*, 1 *complicált* eset) ellenben 25-nél több-kevesebb panasz volt jelen (4 *incomplicált*, 21 *complicált*). A *complicatiót* 15-ször *adnextumor* vagy *oophoritis*, 6 *parametritis post* képezte. Más 90 retroflexiók esetét vizsgált *narcosis*ban, 8 *incomplicált* és 84 eset *complicált* volt. Ez utóbbiak közül 18-szor *parametritis post*, 10-szer *endometritist*, 7 esetben *metritist* talált. 23 esetben *gonorrhoeás perimetritis* volt jelen. A vérzésre vonatkozólag 23-szor erősebb volt a menstruatio és 14-szer *dysmenorrhoeás*. A retroflexio nem okoz mindig abortust. Csak minden negyedik terhésnél kőszönt be az abortus, még pedig 3 *incomplicált* és 9 *complicált* esetben. Magánpraxisában 12 oly nőnél, kik egynél többször abortáltak csupán 1-szer talált retroflexiót.

*Dührssen (Berlin)*. A retroflexio uterivaginalis operatio *methodusai*. 281 *gynofixatio* közül csupán 6 esetben volt *recidiva*. Egy némely esetében bekövetkezett terhességnél, sőt szülésnél is felléptek akadályok. Ezt azonban kikerülőnek véli az által, hogy a *peritoneum plicáját* izoláltan azaz *sero-serosus* varrattal zárja és csak azután fixálja külön az uterust. Ezen újabb *methodus* szerint 164 esetben operált. Három esetében halálos volt a kimenetel (1 *hydronephrosis*, 2 esetben *elvérzés*). Egy esetében 12 évi sterilitás után a műtét után pár hónapra terhesség következett be.

Egy másik esetben *tubaris graviditás* miatt extirpálta az illető oldali *adnexákat*, a mobilis retroflexiók uterust fixálta és a nő jelenleg 7 hónapos terhes.

*Baumm (Boroszló)*. Csak az elülső *fixationak* híve. Két esetben az *Ádám-Alexander* műtétet akarta alkalmazni, de nem találta meg a *lig. rotundákat*. Ezért vagy *Mackenrodt* vagy *Dührssen* szerint operál. Indicálva találja e műtétet *prolapsusnál* (52 esetében 16 *recidiva*), míg *puerperalis uterus* valamint *cervix hypertrophiája* e műtétet *contraindicálja*.

*Theilhaber (München)*. Nem képzelheti, hogy a retroflexio az uterusban vérpangást okozzon. A méh 8 venája közül, ha 2 szenved is torsiót, a többi még működik. A *rectumban* találunk pangástól feltételezett *haemorrhoidalis csomókat*, az uterusban ez nem fordul elő. A portio *cyanosisát* sem látta még. Tudomása szerint *ikalakú infarktus* sem fordult még elő az uterusban.

*Werth (Kiel)*. Úgy a vesico, mint a *gynofixationál* erős *catgutot* használ.

*Wertheim (Bécs)*. 1 1/2 év alatt 14 mobilis retroflexiót, 9 fixáltat és 3 myomával *complicált* esetet operált. A mobilisből 10 jó eredményű, a 9 fixált közül egynél *recidiva* lépett fel. Ez utóbbiak colpotomiájánál *Olshausennel* szemben megemlíti, hogy sohasem látott csillapíthatlan vérzést vagy hólyagsérülést. Ajánlja *methodusát*: *vaginalis úton* a *ligg. rotundák* megrövidítését. Ezek 6—10 cm.-rel is megrövidíthetők.

*Veit (Leiden)*. Retroflexio szerinte nem jó létre a *puerperiumban*, ezek már a *pubertásban* szerzett esetek. *Symptomákkal* csupán a *complicált* esetek bírnak, szerinte azonban a retroflexio *symptomákra disponálttá teszi az uterust*. Utóbbi *vaginalis fixatio* eseteiben eredménytelen volt a műtét. Ennek okát abban véli, hogy az ép *peritoneum* nem nő össze, csupán az *iniciált* képes az odanövése által fixálni. Most már gyorsabban operál, így kikerüli a *peritoneum* *iniciálását*, innen az eredménytelenség. Azóta *Alexander-t* használ. Csupán a *prolapsussal* kombinált retroflexiót *kötelességünk operálni*.

**Fehling** (Halle). Szerinte parametritis posterior nem okoz retroflexiót, de a parametritis anterior. Retroflexiónál tapasztalt hólyagtűneteket. Sajnos, hogy a legtöbb orvos nem tud gyűrűt alkalmazni. Nagyobb súlyt szeretne erre fektetni a tanításnál. A módok közül legjobb a ventrofixatio, 24 így operált eset felében a symptomák megmaradtak.

**Küstner** (Boroszló). A retroflexio elég indicatio operativ beavatkozásra. Nem kell várni a symptomákra. Azért találunk annyi prolapsust a szegényebb osztálynál. Gyűrűvel kezelt nő még mindig betegnek tekintendő, munka képessége nem egyenlő a 100%-kal. Vaginofixatiót gravidaképesnél azért nem alkalmaz, mert gyakori a recidiva. A ventralis fixationál gyakran kiszakadnak vagy kigenyednek a fonalak. „Addig lesznek szűrcsatornagenyedés eseteink, míg hozzá nem szokunk keztyűben operálni.“ Ő hat hét óta gypot keztyűben operál.

**Kehrer** (Heidberg). Szerinte nem jöhet létre retroflexió, ha a ligg. rotundák és a ligg. Douglasii nem hosszabbak a rendesnél. Ez ismét vagy veleszületett vagy szülésnél szerzett (elszakadás) anomalia. Az emlősöknél a corpus teljesen szabad, nincsen szalaggal ellátva, csupán a cervix és a szarvak táján léteznek szalagok. Ezt tartjuk operatióval szemünk előtt és kiméljük lehetőleg a corpus.

**Löhlein** (Giessen). Ovarialis tumor okozhat retroflexiót, a gyermek-ágy is szerepel mint factor. Hasonlóképp hyperplasia uteri és hosszú cervix okoz retroflexiót. Elitéli, ha egy 18 éves virgonát fixálnak, mint azt tapasztalta. Öregebbnél gyűrűt alkalmaz. Feszesen oda nőtt retroflexiót nem kell bántani.

**Martin** (Berlin). 440 vaginalis operatiója közül 60 esetben volt vaginofixatio. Mindig catgut-ot használ.

**Elischer** (Budapest). A közönséges asszony gyűrűvel beéri, de nem a jobban situált. Ismerteti methodusait, a 9 így operált esete közül nem régen hármát felülvizsgált, az eredmény kitűnő, jól lehet egyik 3½ klgr. gyermeket szült. A rotundák megrövidítését nem helyesli, mert recidiválnak. Mindegy, akár milyen varróanyagot használunk, az mindig ki fog genyedni.

**Mackenrodt** (Berlin). Egy Alexander szerint operált esetből származó ligg.-rotunda t mutat be, melynél ezeket újból kitágultak. Vaginofixatióval ha nem nyitjuk meg a peritoneumot, vagy azt azonnal zárjuk, ez már vesicofixatio. Két év óta nem a vaginához varrja a peritoneumot, hanem az anteflexált uterus fundusához. Esetei jó eredményűek, egyiknél a bekövetkezett szülés akadálytalan lefolyású volt. A ligg. sacro-uterina megrövidítésében nem hiszi elérhetőnek a teljes gyógyulást, mert így a Douglas eltűnik.

**Meinert** (Drezda). A retroflexio létrejötténél első momentum a descensus. Ilyenkor a Douglasban az uterust borító peritoneum magasabb, tehát meg nem felelő helyei állnak a Douglas peritoneum helyeivel szemben. Ha ezek adhaerálnak, a Douglas megrövidül. Ily esetben azután már a telt hólyag is könnyen hoz retroflexiót létre, Legjobb a retroflexiót a puerperiumban gyógyítani, A thorax alsó szakasza ilyenkor a terhesség behatásától még szélesebb. Az abdominalis nyomás nagyobb felületre oszlik szét. Az esetek 80%-ában jobbra fekszik a flectált uterus, a mit a gyomor gastroptosisa okoz.

**Leopold** (Drezda). Eseteiben, melyeket 2 fonállal ventrofixált (egyik öltés a tuba magasságában, egy másik 1 cm.-rel ez alatt) sem a szülésnél sem a terhességben nem látott zavart. Más általi fixált egy esetben kénytelen volt harántfekvés miatt fordítani.

**Fritsch** (Bonn). A pessarium híve. Ha operálni kell, úgy az alsó osztálybelieknek nem alkalmaz ventrofixatiót, mert a hasseb hege sok fájdalmat okoz munka közben. Úgy operál catgut-tal mint Leopold, csakhogy az uterus fundusának mintegy 10 fillér nagy részét extra peritonealisan hagyva, azt nem a hasfalhoz, hanem az izmokhoz varrja.

**Rosthorn** (Prag). Öt évi statistikája szerint 6722 eset közül 16,2%-ban volt retroflexio. Ezek közül 21% 0 para. A complicatiók voltak: 27% prolapsus, 43% endometritis, elongatio colli 7%, myoma 2%, uterus grav. 2%, salpingo-oophoritis 19,7%. Hólyagzavar sok esetben volt mint symptoma.

A kezelést illetőleg 199 esetben gyűrűt, 96 esetben Schultze szerinti reductiót használt. Utóbbiak közül 18-szor visszaesett az uterus 34-szer ventrofixatiót (2 recidiva, 2 szülés) és 48-szor vaginofixatiót (4 recidiva) alkalmazott. Wertheim szerint operálva 3 recidivált, egynél nem találta meg a ligg. rotunda-t.

**Chrobak** (Bécs). Utal a retroflexio és a bél catarrhalis megbetegedése közötti összefüggésre. A pessar kezelés nehezebb, mint az operatio. Mert ahhoz ügyesség és türelem szükséges. Gyűrűvel gyógykezelt tánczosnő teljesen munkaképes volt. Összesen 51-szer operált retroflexio miatt. Most vagy Leopold szerint retrofixál, vagy a ligg. rotunda megrövidítését csinálja. **Wiedow** (Freiburg), **Schätz** (Rostock), **Pfaunenstil** (Boroszló) és **Neugebauer** (Varsó) rövid hozzászólásai után

**Olshausen** (Berlin) zárszavában Theilhaberrel szemben fenntartja a pangási symptomát retroflexiónál, a mit az is bizonyít, hogy ily uterusok hátsó ajka vastagabb. Végül örömeinek ad kifejezést, hogy e kimerítő diskussio alatt senki sem említette egy árva szóval sem a massage-t.

(Folytatása következik.)

## Heti szemle.

**Budapest székes főváros közegészségi állapota 1897. évi május hóban.** A tisztii főorvos jelentéséből közöljük a következőket: Elveszületett e hóban 2038, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 117 egyén levonásával 1132; így a születések 906-al multák felül a halálozásokat. Május hóban a székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 6810 fekvő és 9759 járóbeteg, vagyis 3318-czal kevesebb, mint az elmúlt hónapban. A kerületi orvosok által gyógykezeltetett 703 fekvő és 1904 járóbeteg, összesen 2604, kórházba küldetett 89 egyén. A lelenc és dajkaságba adott gyermekekre nézve: Szaporodás volt e hóban 23, csökkenés 16. Beteg volt e hóban összesen 18, meggyógyult 18, gyógykezeltek 0, meghalt 0. Ebmarás előfordult 13, veszettségre gyanús 1, veszett ebmarás 0 esetben. A köztisztaság a csatornázatlan és közvetlen utazákat kivéve kielégítő volt. A vízvezetéki vizet illetőleg a székesfővárosi bacteriologiai intézet által április hóban 368 vizsgálat eszközöltetett. A vizsgálat az összes fővárosi vizekre és vízművekre nézve a viszonyok javulását constata. A székes fővárosi vegyészeti és tápszervizsgáló intézet által 422 esetben tétetett vizsgálat, még pedig: vízvezetéki víz 122, kútvíz 3, jég 1, tej és tejfel 197, vaj 45, olaj 17, zsír 2, turo 2, paprika 1, egyéb fűszerek 4, kávé 2, cukrász sütemény 1, ón 2, kaucsuk 7, szappan 1, festék 3, titkos szer 1 esetben, véleményezés 1 esetben. Orvosrendőri boncolás végeztetett 78, orvostörvényeséki 16 esetben. Öngyilkosság 33 esetben fordult elő, még pedig: lővés 17, akasztás 10, mérgezés 2, egyéb módon 4 esetben. A Dunából 6 hulla fogatott ki. Az állategészségügy tekintettel a csak szórványosan felmerült egyes veszettségi és takonykóros esetekre, melyek zárlatot sem vontak maguk után, kedvezőtlennek nem mondható. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Aczél Elek Elemér, Ajkay Zoltán, Fái Miklós, Frank Arthur, Ferenczi Sándor, Frindt Ferencz, Glück Gyula, Halka Lajos, Hári Pál, Krausz Arthur, Papper Miksa, Török Béla, Szili Sándor* egyetemes orvostudorok, *Ulrich Sándor* állatorvos és 6 szülész. A tisztii főorvosi hivatalba beérkezett 1492 s elintéztetett 1478 hivatalos ügydarab.

## Vegyesek.

**Budapest, 1897. július 2-dikán.** A fővárosi statistikai hivatalnak 1897. június 13-tól 1897. június 19-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 452 gyermek, elhalt 222 személy, a születések tehát 230 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, ronesoló toroklob 4, hökhurut —, kanyaró 4, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekági láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 4, agykérlob 13, agyvérömleny 6, rángások 7, szervi szívbaj 22, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörhurut 38, tüdőgümő és sorvadás 39, bélhurut és bélob 22, carcinomata et neoplasmata alia 6, méhrák 3, Bright-kór és veselob 5, angolkór 3, gürvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 18, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 1, erőszakos haláleset 13. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2215 beteg, szaporodás 740, csökkenés 753, maradt e hét végén ápolás alatt 2202. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1897. június 18-tól június 25-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 7 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 7 (meghalt —), vörhenyben 21 (meghalt 1), kanyaróban 137 (meghalt 5), ronesoló toroklobban és torokgyíkban 12 (meghalt 2), trachomában 22, vérhasban —, hökhurutban 30 (meghalt —), orbáncban 21 (meghalt 1), gyermekági lázban 2 (meghalt —).

**Adakozás a Semmelweis-émlékre.** Egy magát megnevezni nem akaró főrangú úrhölgy egy „Semmelweis-émlék“ czímre szóló 26,799. számú 1897. június 24-dikére kiállított pesti hazai első takarékpénztári könyvecskében (melyet rendeltetése helyére szolgáltatunk) adományozott 500 forintot.

— **Gyógyszerészi kamarák.** A székesfehérvári és fejférmegei orvos-gyógyszerész-egyesület hat tagja a következő indítványt terjesztette a hazai orvos-gyógyszerész-egyesületek elnökségéhez: 1. Mondja ki az egyesület, hogy az okszerűen jogos alapon szervezendő *decentralizált gyógyszerészi kamarák* mielőbbi létesítését hasznosnak és észszerűnek, és *elodíthatatlannal szükségesnek* tartja; teljesen eltekintve attól, hogy vajjon létesíttessenek orvosai kamarák vagy sem. 2. Ebből kifolyólag mondja ki, hogy kebeléből egy fele részben orvosokból, fele részben gyógyszerészekből álló bizottságot küld ki, mely bizottság záros határidőn belül egy jól megszerkesztett és megindokolt *feliratot* dolgoz ki és terjeszt fel a belügyminiszterhez, melyben a gyógyszerészi kamarák mielőbbi létesítését kéri.

Jegyzet az „Arterio-sclerosis és szivhypertrophia“ című czikkemhez. Kéziratomból beküldése óta házi nyulaknál igen nagyfokú aorta-billentyű elégtelenséget is sikerült létrehoznom. Ily esetekben az állatok a megfelelő hosszú ideig (4 hó) életben tartva, a bal gyomroc túlnyomó túltengésén kívül a jobb sziv csekélyebb túltengése is constatálható volt. Jelentéktelen és mérsékelt fokú aorta insufficiencia eseteiben a jobb gyomroc azonban *sohasem* volt túltengve. Igen nagyfokú aorta-billentyű elégtelenségénél a jobb gyomroc túltengésének oka, mint az *Romberg* tanárral végzett és legközelebb részletesen közlendő kísérleteink bizonyítják, a *bal gyomroc elégtelen diastolikus táplálási képességében* keresendő. Lipcse, 1897. június 22-dikén. *Hasenfeld Arthur* ír.

— **Kérelem.** Az „orvosi zsebnaptárban“ való közlés végett kérem a kartárs urakat, hogy letelepedésüket, vagy lakozimuk változását velem mielőbb tudatni sziveskedjenek. *Faragó Gyula* dr., Budapest, IV. Váci-utca 4.

— **Vilmos német császár,** mint Poroszország királya f. é. április hó 7-dikén kelt és *Bosse* (vallás, közoktatás és orvosi ügyek ministe-re) által ellenjegyzett rendeletével a külföldön szerzett akademikus fokozatoknak használatáról a következőképp intézkedett: 1. azon porosz alattvalóknak, kik az akademiai fokozatot külföldön szereztek meg, az ezzel járó cím viselésére a vallás, oktatás és orvosi ügyek ministerétől kell engedélyt nyernie; 2. nem porosz és külföldi alattvalóakra is az 1 paragrafus érvényes, kivéve, ha csak ideiglenesen, vagy hivatalos minőségben s nem irodalmi vagy kereseti czéllokból tartózkodnak Poroszországban; 3. az ipartörvény és egyetemi szabályzatok érvényben maradnak; 4. e rendelet csakis azon fokozatokra vonatkozik, a melyek 1897. április 15-dike után adtak. (A. R. 1897. Mai.)

— **A porosz képviselőházban** szóba került az orvosi ügyeknek a vallás- és közoktatásügyministeriumból való elválasztása s a belügyministeriumhoz való kapcsolása. *Bosse* minister a következő évben óhajtt állást foglalni, bár a gondolatától idegenkedik, ha a szakreferensek és képviselőház óhajtaná, ő nem fog ellenszögelni.

— **Megjelent. Winkler Albert** dr.: Az alsófehérmegyei orvos-gyógyszerész egyesület III. évkönyve 1894—96-ra Nagy-Enyeden. Az egyesület 1894. óta áll fenn; 25 tagja van; évi bevétele 100—150 frt. Három különböző helyen (Gyulafehérvár, Tövis, Zalatna) lefolyt vándorgyűlésen a tagok 26 előadást tartottak. Ez évben Abrudbányán fogják a vándorgyűlést tartani. A kicsiny számú, de lelkes tagokból álló társulat élénk működésével utánzásra méltó példát szolgáltat oly megyék számára, a hol még ily egyesület nem létezik.

— **Bajorországban** a téli félév ezentul október 15-dikétől márczius 15-dikéig, a nyári félév április 15-dikétől július 31-dikéig tart. Az előadások kezdete október 21-dikén, illetve április 21-dikén. A karácsonyi szünet deczember 23-dikától január 2-dikéig tart.

— **Megjelent. Dr. Carl Gager:** Bad Gastein. Berlin, 1897. 13 illustrációval és két térképpel. Ajánljuk a kimerítő leírást mindazoknak, kik e fürdőt látogatni akarják.

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

## Szt. Lukács-fürdő

téli és nyári

gyógyhely.

Nagy kénis iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságu nyitott és zárt medenczéiben a forrás-víz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és üdítő-fürdők. Orosz és szép lakások. Prospectust küld ingyen az igazgatóság, Budapest.

## HIRDETÉSEK.

### Sebvatta

(prima) vegyileg tiszta, teljesen zsírmentes, hosszú rostú (Brunn tanár szerint), továbbá **kórházi vatta** nem enyvezett, valamint jól enyvezett táblavatta **tetszésszerű minőségben** ajánl bámulatos olcsó árban, franco bármely állomáson

**Wattafabrik W. Bergmann's Wwe,**  
Doudleb a/Adler, Böhmen.

## TERMÉSZETES

### BILINI SAVANYUVIZ!

Legkiválóbb képviselője az alkalikusavanyúvizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenként növeli elismert jó hírnevét s azonkívül a legkitűnőbb diaetikus italt képezi. **ÉDESKUTY L.** úr ivócsarnokában a nyári hónapokban pohárszámra is kapható.

**Pastilles digestives de Bilin**  
(Bilini emésztési czukorkák) biztos szer mindennemű emésztési zavarok ellen, mindig friss minőségben van készletben a főraktárban.

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

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

Dr. Batizfalvy Sámuel

## Sanatoriuma és vizgyógyintézete

Budapest, Városligeti fasor és Aréna-út sarkán.

Az intézet egész éven át nyitva van. A vizgyógyászati osztály vezető főorvosa: **Dr. TRAJTLER ISTVÁN.** Felvételtnek **bemlakó és bejáró betegek.** Prospektus kívánatra ingyen és bérmentve.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsöi- és bacteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

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

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

## Csecsemők részére

legegészségesebb tápszer!

Dr. Gärtner bécsi egyetemi tanár találmánya.

## Sterilizált kövértej,

egyedüli biztos és természetes tápanyag anyatej helyettesítésére.

**Csecsemő gyermekeknek és gyomorbetegnek**

orvosság és táplálék egyaránt. Kapható Budapest Dr. **GÄRTNER** bécsi egyetemi tanár-féle kövértejtermelő-intézetben VII., Damjanich-utca 34. sz. Vidékre 8—10 üveget tartalmazó ládákban, helyben pedig házhöz szállítva  $\frac{5}{10}$  liter 15 kr.,  $\frac{2}{10}$  liter 7 kr.

Ugyanott sterilizált **teljes tej** is kapható.



## GYÓGYMECHANIKAI INTÉZET

(Dr. Zander rendszere szerint).

TESTEGYENÉSZET, SVÉD GYMNASTIKA,  
MASSAGE.

Budapest, VIII. ker., Muzeum-körút 2. sz. a.

(Nemzeti színház bérháza, I. emelet.)

Rendelő orvosok: Dr. **REICH MIKLÓS**, Dr. **SÜMEGI JÓZSEF.**

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KORBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A pruritusról, mint a paralysis progressiva egyik tünetéről.<sup>1</sup>

Sarbó Arthur dr., ideggyógyász.

A neurologiának egy igen érdekes, de eddigelé még összefüggésében, okaiban alig ismert fejezete egyes bőrbántalmak függő viszonya az idegrendszeri megbetegedésektől. Ide tartoznak első sorban a bőr ú. n. trophiás megbetegedései, melynek összefüggését idegrendszerbeli elváltozásokkal a syringomyelia, tabes eléggé demonstrálják, a nélkül azonban, hogy távolról is tisztában lennénk a közelebbi viszonyokat illetőleg. Tünetileg más rendbeli bőrbántalmat képvisel a pruritus. Dermatologiai szempontból a pruritust két nagy alfajra oszthatjuk,<sup>2</sup> az egyikbe tartozik azon pruritus, mely egyéb bőrtünetekkel is jár (lichen planus, eczema stb.) ezek minket neurologusokat jelenleg nem érdekelnek, a másik csoport foglalja magában a más bőrtünettől nem kísért pruritust, a mely viszont lehet általános az egész bőrfelületre kiterjedő vagy localizált, egyes bőrterületekre szorító. Mindkettőnek oka jelenlegi dermatologiai felfogás szerint vagy intoxicációkban avagy a központi idegrendszer által adott viszonyokban keresendő. Minket az utóbbiak érdekelnek. Az idegrendszer szerepét a pruritus létrehozásában kétféleképp képzelhetjük: vagy reflectorice hozza azt létre, ide tartozók a terhességi, bélférgék által stb. okozott pruritusok avagy valamely központi idegrendszeri megbetegedés az, mely a pruritust létesíti. Arra nézve, hogy a központi idegrendszer a pruritust befolyásolja, példát nyújtanak azon esetek, a melyekben kedélyi emóciók váltják ki a viszketést. Erre a körülményre már Kaposi, Besnier<sup>3</sup> hívták fel a figyelmet, a midőn ekkép nyilatkoznak: „Les émotions morales ont une influence certaine sur les démangeaisons. Les distractions peuvent les empêcher ou les retarder“ és folytatólagosan: „Un prurit de cet ordre peut aussi apparaître comme manifestation première d'une affection nerveuse à la période de préparation et rentre dans la série des dermatoneuroses indicatrices de Leloir“. Szóval, a bőrgyógyászok részéről tapasztalati tény, hogy a pruritus egyes féleségei kedélyi izgalmak által befolyásolhatók, másrészt hogy központi idegrendszeri megbetegedések kezdetén és folyamán jelentkezhetik ez minden egyéb kísértő bőrtünet nélkül. A neurologia tudtommal, e kérdéssel ez ideig bővebben nem foglalkozott; de azért Löwenfeld<sup>4</sup> monografiájában már felemlítve találjuk, hogy neurastheniások gyakori panaszja a bőrviszketés, a nélkül, hogy a bőrön valamely elváltozás volna jelen, ő csak nőknél észlelte a pruritust; szerinte a neurastheniások makaesabb pruritus esetei az átöröklött neuropathikus dispositio kifejezői. Egészséges, de neuropathice terhelt egyéneknél is észlelhet

L. a pruritus fellépését, olykor ugyanazon család több női tagjánál. Hogy nemcsak női neurastheniásoknál, hanem férfi neurasthenia eseteiben is felleljük a pruritust, arra az alább közlendő eset szolgál példaul. A paralysis progressivát illetőleg, kezdve Simon monografiájától a legutóbb megjelent Kraepelin elmegyógyászataig egy helyütt sem találjuk felemlítve a pruritusnak előfordulását. Alább közlendő két esetben a pruritus és paralysis progressiva közti összefüggés oly praegnans módon nyilvánult, hogy dacára az esetek kis számának, bizonyító erejük mégis fennáll. Azon körülményre, hogy a pruritusnak előfordulása a paralysis progressiva lefolyásában eddig irodalmilag méltatva nem volt, még alábbiakban rátérek, jelenleg csak kiemelni óhajtom, hogy szakemberek részéről, nevezetesen Laufenaer tanár és Salgó főorvos urak szíves magánközlései útján tudom, hogy a tünet létezéséről tudomással bírnak. A következőkben tehát felsorolom a rendelkezésemre álló észleleteket, melyek nézetem szerint a központi idegrendszer szerepét a pruritus létrehozásában igazolják és annak különösen a paralysis progressivát illető szerepét igazolni hivatvák.

Az első észleletem egy terhességi pruritust illet, melyet mint példáját az ú. n. reflectorikus pruritusnak hozom fel:

E. Janka 32 éves, cipészemester neje, hetedik hónapban terhes; három nap óta tenyereiben rendkívül heves viszketést érez, mely vakarásra szűnetel. Kilencz év előtt ugyancsak terhességének hetedik havában lépett fel ugyanazon a helyen a viszketés és a szülésig tartott. Ez idő óta négy ízben volt terhes a nélkül, hogy a viszketés jelentkezett volna. Azt hiszi, hogy ikreket fog szülni most is, mint kilencz év előtt, a mikor e viszketése volt.

Objective a bőrön semmi tünet. A viszketés olykor oly heves, hogy tenyerébe harap. A terhességet leszámítva, mely a magzatmozgások élénksége és a nagy teher által okoz kellemetlenségeket, jól érzi magát. Vizelet rendben. Márczius 16-án két nap óta egész testében érzi a viszketést.

További lefolyásról nem tudok semmit. Ez észlelet, ha magyarázni nem is tudjuk, megérdemli figyelmünket, mert valószínűvé teszi, hogy a terhesség a bőr részéről mutató tüneteket az idegrendszer közvetítésével váltja ki reflectorice; miért mutatkozik egy esetben tetania, máskor egyéb idegrendszeri zavar, arra ismereteink jelen állása mellett feleletet nem tudunk ugyan adni, de a tényt magát regisztrálni szükségesnek tartjuk,

A következő esetben a pruritus universalis oly esetét írom le, melyben az neurastheniás egyénnél volt észlelhető.

B. jogász. Egy testvére öngyilkosság útján mult ki. Három év előtt szédülési rohamokban szenvedett, sőt egy ízben állítólag eszméletét is veszítette. Feledékeny. Egy év óta éjjelente heves viszketés háborítja álmát; a viszketés különösen hátán és mellén jelentkezik, utóbbi időben jobb czombján is. Bőr részéről objective nem mutatható ki semminemű elváltozás. (Török.) Ingerlékeny, fél a magömléstől; betegesen érzékeny; lehangolt. Luése nem volt. Középtág, egyenlő jól reagáló láták. Igen élénk térdtünetek. Sem psychikai, sem testi kiesési tünetek nem mutathatók ki.

<sup>1</sup> Előadott az elme- és ideg szakosztály február hó 17-dikén tartott X. szakülésén.

<sup>2</sup> A következőkben előadandó felvilágosításokat a dermatologia köréből Török Lajos m. tanár barátomnak köszönhetem.

<sup>3</sup> Pathologie et traitement des maladies de la peau. Paris.

<sup>4</sup> Pathologie u. Therapie der Neurasthenie u. Hysterie. Wiesbaden 1893.

26° fürdők, esteli lemosások, szellemi nyugalom lett rendelve. E kezelés mellett idegessége lecsillapult, párhuzamban vele a viszketés is megszűnt. Két év óta teljesen jól érzi magát, semminemű panasa nincs.

A pruritusnak a neurastheniával való összefüggését leg-élénkebben bizonyítja azon körülmény, hogy a neurasthenia megszűnésével a viszketés is megszűnt.

Rátérek végezettül a paralysis progressiva kapcsán fel-lepott pruritus esetekre.

1. Sch. Gyula 35 éves, kereskedő. Másfél év óta beteg. Évek előtt chancreje és másodlagos syphilitikus kitétele volt; bedörzsölési curát használt. *Jelen állapot:* Tág, renyhén reagáló láták. Masticatio. Igen feledékeny. Psychikai egyénisége igen megváltozott, oly érzése van, mintha valamely súlyos megbetegedés előtt állana, törődött, levert, a következő pillanatban ismét visszanyeri önbizalmát, régi szellemi erejével kérkedik stb. Igen ingerlékeny. Jelen baja kezdete óta az egész testfelületre kiterjedő, különösen az arcon és fején székelő igen heves viszketés van jelen, úgy hogy sokszor véresre vakarja magát. Pruritus ellen dermatologice hasztalanul lett kezelve, végül Laufenauer tanár úrhoz került, a ki paral. progr.-ra állította fel a diagnosist és a pruritusnak Franklin-árammal való kezelése miatt hozzám utasítani szives volt. A bőrön, a vakarási hegeket leszámítva, elváltozás sohasem volt észlelhető. A Franklin-szikra húzás általi kezelés alatt a pruritus hevesességéből feltűnően engedett, úgy hogy beteg tűrhető állapotban utazhatott el pihenőre Meranba, onnan visszatérve a viszketés fokozottabb mérvben újult ki, a kezelés ismét valamelyes javulást eredményezett. Időközben a beteg psychikai állapota mindinkább rosszabbodott és lépést tartva vele a viszketés mind kisebb és kisebb intenzitású lett. 1896. elején a paralysis progressiva áldozata lett.

2. F. Lajos, 40 éves, lithograph. Évek előtt lues. Igen ingerlékeny, feledékeny. A jobb száfacialis paretikus. A jobb láta tágabb, mint a bal. Láták középtágak, jól reagálnak. Igen élénk térdtűnet. Fél év óta viszketése van, mely fülei mögött kezdődik és egész testére kiterjed; vakarásakor állítólag kis hólyagok keletkeznek. Sedativ kezelés inauguráltott. A pruritus ellen a Franklin-áram lön alkalmazva.

Egy havi kezelés után lényeges javulás; nyugodtabb lett, közérzet javult, a viszketés lényegesen kevesbedett, kis idő múlva állapota ismét rosszabbodott és a fokozott ingerlékenységgel párhuzamosan a viszketés is erősbödött. Hegyi vidéken való tartózkodás enyhülést eredményez. Beteg további sorsáról, sajnos, nem vagyok értesítve.

Mint már fentebb említettük a pruritusnak mint a paralysis progressiva egyik tünetének leírását, említését irodalmilag ez ideig, tudtommal, nem találjuk meg, úgy hogy ez a mellett látszik szólani, hogy eseteimben különös tekintettel azok csekély számára csak látszólagos az összefüggés és tulajdonképen csak véletlen coincidentia van jelen. Ez irányú kételyeink azonban megszűnnek, ha meggondoljuk azt, hogy a pruritus mint kiválóan kellemetlen tünet a bőrgyógyászhoz tereli a paralysis progressiva kezdeti szakában levő beteget és csak a psychikai kiesési tünetek nagyobb szerű megjelenésekor kerül a neurologushoz az eset, a midőn már a pruritus elmúlt már vagy a beteg elmebeli tompultsága miatt nem okoz különösebb kellemetlenséget. Eseteim elsejét közvetett úton a bőrgyógyásztól kaptam, a második esetről már magam voltam figyelemmel a pruritusra. De hivatkozhatom oly gazdag tapasztalatú tekintélyekre, mint Laufenauer és Salgó, a kik szives szóbeli értesítése alapján tudom, hogy hasonló tapasztalatok felett rendelkeznek.

Bármint álljon is a dolog, a leírt két eset klinikai magatartása kétségtelen összefüggést enged felvenni a pruritus és paralysis progressiva közt. Az általános tünetek javulásával, a paralysis intermissiójánál javul a viszketés is, a corticalis kiesési tünetek felléptével az izgalmi tünetek, mint a milyenek a pruritus is tartom, alább hagynak. Eclatans módon volt ez az első esetben észlelhető, a hol egy intermissio után a paralysis gyors lefolyásává lett és a gyors szellemi össze-

roskadással a pruritus is megszűnt. Ezek szerint kétségtelen összefüggés áll fenn pruritus és paralysis progressiva közt; egy további kérdés az, hogy a pruritus anatómiai okát hová helyezzük, más szóval, az idegrendszer melyik helye az, melynek elváltozásaitól függő az észlelt pruritus?

Körny i idegmegbetegedések paralysis progressivánál kétséget kizáróan ki vannak mutatva; a körny i idegbántalmak klinikai képe azonban teljesen eltűnt a pruritus képétől. Ott hangyamászás, fásult érzés stb. fordul elő, de viszketés nem szerepel; a körny i neuritisek klinikai tünetében a viszketést nem leljük fel. Az ilyenmű betegek reakciós módja a pruritusokétól; míg a paraesthesiákkal rendelkező beteg ezektől sokat nem szenved és csupán a bántalmazott helyet dörzsölgeti, nyomogatja, addig a pruritusostól kinzott beteg véresre vakarja magát. Egy további különbözetet tesz az a körülmény, hogy a körny i idegek bántalmazottságánál a paraesthesiák mellett a bőr trophiás zavarai mutatkoznak, addig a jelzett pruritus mellett a bőr részéről eltérés nem constatálható. Végül a localisatiót illetőleg mutatkozik különbség, míg a körny i idegmegbetegedés okozta paraesthesiák localizáltak, addig a pruritus universalis, az egész bőrfelületre kiterjedő. Ezen körülmény reávezet annak a megbeszélésére vajjon mi módon jó létre e pruritus. Az általános pruritus létrejövését kétféle úton és módon magyarázhatjuk, ú. m. 1. a véráram által széjjelvitte valamelyes izgató anyag a bőrben elhelyezett érző idegvégeket izgatja és így eredményezi a viszketési érzést vagy 2. a viszketés oka a központi idegrendszerben fekszik és kifelé, a bőrfelületre projiciáltatik az érzés. A véráram útján való létrehozásnak ellene szól eseteinkben valamelyes vérbetegség vagy belső bántalom (pl. nephritis) hiánya; második felvételünk mellett szól a cortexben lefolyó anatómiai folyamat. Arra nézve, hogy központilag keletkező érzési tünetek a peripheriába projiciáltatnak, példát nyújtanak az amputatiós érzések, a hol a hiányzó végtagba localizáltatnak a fájdalmak. Bizonyító erővel bírnak továbbá az észlelték a központilag létrejövő fájdalmakat illetőleg (l. Edinger). Legpraegnansabb bizonyítékai a corticalis eredetű sensatiók körny i projiciálása mellett az epilepsia által szolgáltatnak (sensoriás epilepsia), a hol ezek mint aurák igen gyakoriak. A paralysis progressivánál is különböző kéregérző területek izgalmi tüneteit látjuk; mint a tápézés kéreg központjának izgalmi tünete fogható fel az általános pruritus is. A kéregbeli folyamatnak összefüggését a pruritusall legélénkebben illusztrálja a már fent kifejtett klinikai tünet egymásután, a kéreg pusztulásával a pruritus is eltűnik. Igaz ugyan, hogy ebből nem következik per absolutum az, hogy a pruritus a kéregben kell hogy létrejőjjön, mert ép oly jogosan mondhatjuk azt is, hogy a pruritus oka a peripherián fekszik, appercipiálva természetesen a kéregben lesz, ennek elpusztulásával megszűnik az apperceptio azaz a pruritus tudata is. Ezzel szemben utalnunk kell a neurastheniások pruritusára, a mely a neurasthenia javulásával lépést tartva szintén megjavul illetve meg is szűnik, a mi oda enged következtetni, hogy a pruritus is ugyanott veszi eredetét, a hol a többi neurastheniás tünet; ezek pedig mai felfogásunk szerint, corticalis eredetűek.

Végezettül újból felmerül a kérdés, miért találkozunk oly ritkán a paralysis mellett a pruritusall? Honnan van az, hogy az elmebetegségi munkák legkiválóbbjaiban e tünetet felemlítve nem találjuk? Előbbiekben erre a feleletet abban véltük megadhatni, hogy feltettük, hogy a paralytikus beteg, kinek pruritus van, első sorban a bőrgyógyászt keresi fel és csak paralysisse előrehaladásakor, a mikor mint fentebb láttuk a pruritus visszafejlődik, megszűnik, jó a szakorvoshoz. Teljesen e válasz azonban nem elégíthet ki és azt hisszük, van még más oka is a pruritus ritka felléptének a paralysis folyamán. Kielégítő választ sajnos, adni nem tudunk, de utalnunk az analog viselkedésre egyéb kéregérző területeket illetőleg. A látási, hallási, izlési hallucinatiók (mint a melyekhez hason eredetűnek véljük a pruritusall a tapintó érzés mező részéről) is előfordulnak a paralysis folyamán, de szintén igen ritkák.



Előadottakból azt hisszük joggal concludálhatunk oda, hogy a pruritus (bőrbeli elváltozások nélkül) a paralysis progressiva kezdeti szakában előfordul és az előrehaladó pszichikai pusztulással intenzitásában gyengül és végül megszűnik; némi valószínűséggel felállíthatjuk továbbá azon hypothesis, hogy ezen pruritusok helye az agykéreg és ennél fogva bennük központilag létrejövő a bőrfelületre projiciált érzést látunk.

## Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem II. számú (Réczey tanár) sebészeti klinikumáról.

### Gyomor-bélműtétek.

Közli Chudovszky Mórész dr., tanársegéd.

(Folytatás.)

De hiszen ez igen természetes. Nézzük csak a mi esetünket, a mikor a beteg bárzsingrákos szűkületével csak akkor kerül elének, a mikor már csupán csak folyékony tápszerek jutnak le a gyomrába. A fekélyesedett álképlet a trachea kettéoszlása alatt foglal helyet, s annak a váladéka állandóan a gyomorba szivárog. A gyomorba azután belejut az a tápszer, a melyet gyakran a legelmésebben készített különböző sipolyok nem zárnak el, különösen nem azon esetekben, a hol az álképlet tovaterjedése mellett a gyomoronyító tája s vele egyes gyomorfalrészletek el lesznek húzva. A mi esetünkben sem zár jól a gyomorsipoly, s ha az nem zár, nem csupán az általános tápfelvétel hiánya fogja lesorvasztani a beteget, hanem az a tudat is bántólag fog reá hatni, hogy hiába táplálják őt a sipolyon keresztül. A gyomor megzavart chemismusán kívül a betegnek van egy rosszul záró gyomorsipolya, a melyen kiömlő váladék nagy eczemat okoz a környezetben s a beteg erőbeli állapotát semmi módon sem javítja, úgy hogy a sipolyon való táplálást abba kell hagyni s mesterséges tápesőrékkel kell a beteget fentartanunk. De a mint a kimutatott esetek tanúsítják, legtöbbször nem az inanitio következtében pusztul el, hanem hogy az álképlet, a mely a bronchus táján ül, betör abba s fekélyes váladéka ugyan- csak elegendő arra, hogy a beteg tüdőüszök vagy tüdőgyulladás áldozatául essék. A sebész szomorú dilemmában van, a midőn a bárzsingrákos beteg hozzá fordul és a műtéttől legalább javulást vár vagy talán még gyógyulást is; mi pedig azt megtenni nem kívánjuk, mert a műtett betegek jelentékeny százaléka úgy a korai, mint a végső stadiumban műtété rögtön a műtét után pusztul el a műtét következtében. Azoknak életét pedig, a kik műtété lettek, nem hosszabbítjuk meg és szenvedéseiket egy gyomorsipolylyal csökkenteni nem tudjuk. Hiszen ha csupán a bevallott eseteknél vesszük számba a különböző módszerekkel végzett gyomorsipoly funkcióját, úgy azokat igen elméseknek kell elismernünk, de semmi esetre sem olyanoknak, a melyek a különböző gyomorfali összenövészek eseteiben teljesen záródnak. A régi Albert-féle eljárás teljes czélszerűtlenségéről ma már megvagyunk teljesen győződve, Hacker,<sup>29</sup> Hahn,<sup>30</sup> Witzel,<sup>31</sup> Franck,<sup>32</sup> Fischer,<sup>33</sup> Marwedel,<sup>34</sup> Gersing,<sup>35</sup> Ullmann, Golding-Bird,<sup>36</sup> Kader,<sup>37</sup> Pénieres,<sup>38</sup> Foutan,<sup>39</sup> Schnitzler-féle<sup>40</sup> módszerek egyike vagy másika alkalom adtán jól záró gyomorsipolyt eredményezett, hanem oly kevéssé vannak még kipróbálva, hogy vagy nem bízhatunk bennük, vagy a kipróbált módszerek is elég gyakran cserben hagyták a sebészeket és e miatt nem végezzük azokat.

A gyomorsipolyos beteg táplálása minden esetre igen nehéz feladatot képez. Azon körülmény, hogy félnek a műtét utáni időben a beteg gyomrába táplálékot belejuttatni, nincs teljesen megokolva. Sőt ha azt vesszük tekintetbe, hogy elgyengült beteggel van dolgunk, a kinek gyengesége épen a hosszú éhezésből ered, határozottan a mellett kell állást foglalunk úgy a mint mi végezzük, hogy már néhány órával a műtét után megkezdjük a beteg táplálását. Minden esetre a sipoly záró képességétől függ az azután, vajjon lesz-e legalább valami eredménye beavatkozásunknak. De e mellett még azt is tekintetbe kell vennünk, hogy a leszivárgó fekélyből eredő

gyomorváladék jelentékenyen befolyásolni fogja a gyomor chemismusát. Ha pedig úgy mint a mi esetünkben a gyomorsipoly nem teljesíti jól a reábizott feladatot és a szájadéka nem jól zár, akkor a beteg erejét csakis mesterséges tápesőrékkel tarthatjuk fenn vagy a mint újabban több helyről ajánlva lett, physiologikus konyhasó oldatból készült magas végbélbeöntésekkel is sokáig elhúzzhatjuk a beteg életét.

Mikor végezzük még a műtétet? Ha ezt a kérdést felvetjük, úgy arra objective igen kevés támpontot találunk. Tág lelkiismeretű sebész nem fog irtózni ettől a műtégi gyakorlattól, a mely a mellett, hogy igen gyakran eredményt nem ad, elég szép számban pusztítja el a műtét után rögtön a beteget, még akkor is, ha a beteg erőbeli állapota jó. A kimutatott esetek kapcsán semmi esetre sem kívánatos a műtét abban a stadiumban, a mikor a beteg már annyira lefogyott, hogy még csak gyomorsipoly műtété kell ahhoz, hogy az egyén néhány óra, néhány nap alatt elpusztuljon. Természetes, hogy vannak esetek, a mikor a beteg annyira kívánja a műtétet, hogy azt solatii causa kell végezni. Baj megint az is, hogy a bárzsingrákból eredő kellemetlenségek, majd a fellépő szűkület miatt a betegek oly későn jutnak a sebészekhez, a mikor már az álképlet kiirtásáról szó sem lehet. Talán a Kocher-féle eljárás analogiája szerint, a ki gastroenteroanastomosis műtétéinél, a melyeket pylorusrák miatt végzett és a daganat esetleges váladékát elzárja a bél váladékától, el lehetne zárni a cardia táján az oesophagust abból a czélból, hogy a fekélyből származó eves váladék ne zavarja annyira a gyomor funkciót és a képzett sipolyon át a beteg táplálását eredményel végezhesstük. Lauenstein<sup>41</sup> egy adatot szolgáltatott arra, mikor ne képezzünk már gyomorsipolyt bárzsingrák esetében. Ugyanis azt tapasztalta, hogy oly esetben, a mikor az epigastriumban systolikus zöreje volt hallható, a cardián ülő carcinoma már átterjedt az aortafalra. Tehát a folyamat már sokkal kiterjedtebb, sem hogy ilyenkor még műtétre lehetne gondolni.

Második esetünk ugyan nem tartozik egészen a végzett gyomorsipoly műtétek körébe, de mivel ezen maró mérge lenyeléséből támadt heges szűkület esetében a műtét kivitele alkalmával fordult meg a dolog s ez által értük el az eredményt, itt kívánjuk az esetet tárgyalni. Nevé-Josserand<sup>42</sup> közölték azon érdekes tapasztalatukat, hogy a midőn négy esetben bárzsingrák miatt gyomorsipolyt szándékoztak végezni, azt két ülésben végezendők, először a gyomrot rögzítették a hasfal sebéhez, a betegek nehéz nyelése s a bárzsingszűkületnek a legtöbb tünetnyei teljesen megszűntek. Ha tehát ezen egyszerűbb és igazán kisebb műtéttel elérték azt, hogy a szűkület megszűnt, hogy a betegek egy része nyolcz hétig élt a műtét után a nélkül, hogy előbbi kellemetlenségeik visszatértek volna, minden esetre indikált volt, hogy jelen esetünkben, a hol a műtét előtt a beteg hiányos bemondása alapján a műtét kivitelét teljesen megállapítani nem lehetett, ekképen végezzük két ülésben a műtétet. Nem kívánunk foglalkozni a két ülésben végzendő sipolyműtétek eredményeivel, nem azzal, hogy mennyivel kedvezőbbek a viszonyok s mennyivel kevesebb beteg pusztul el a műtét közvetlen eredményeként, mint az egy ülésben végzett műtétek után. Ha egyáltalában nem volna az egyik vagy másik módon képzett sipolyműtétnek jobb eredménye egymás felett, ezen esetünk sok, igen sok támpontot szolgáltatna arra, hogy mégis csak próbálkozzunk meg először a gyomor kivarrásával s csak azután néhány nap múlva végezzük a többit.

A betegünk egy hysterikus nő, a kinél a bárzsingkutató nagyfokú szűkületet mutat ki, a mely vérzik a vizsgálatnál, a mely vizsgálatnál azonban nem tudunk kapni kis szövet-törmelékét a czélból, hogy szövettanilag megvizsgáljuk. Midőn műtétre kerül s annak első phasisaként a gyomor a hasfal sebéhez oda lesz húzva, a beteg állapota azt mondhatni rögtön javulást s utána állandó javulást mutat. Okvetlenül azt kell feltételeznünk, hogy a műtét alkalmával az odavarrt gyomor olyanképpen húzta meg a heges bárzsingszűkületet, hogy azon keresztül azután a beteg igen jól nyel és jól táplálkozik. Ezen eset kapcsán vélném megfejtethetőnek azt is, hogy

a midőn heges bárzsingszűkületek tágitása czéljából a retrograd dilatatiót végezik a képzett gyomorsipolyon át, az oly könnyen sikerül. Pedig talán nem is a műtő ügyességének kellene ilyenkor betudni az eredményt, hanem annak, hogy a kivarrt gyomorral mellett a szűkületek viszonyai megváltoztak. Ha a műtő még a beteg narcotizálása közben megpróbálná újra a felülről való tágitást, azt hiszem így is kapna eredményt. Tehát, ha két ülésben fogna hozzá a sipolyképzéshez, úgy talán el is kerülhetné a gyomor megnyitását.

## II.

Négy esetben heges pylorus szűkülete miatt végzett *gastroenteroanastomosis* műtétekről, egy esetben rák miatt végzett pyloruskiirtás műtétéről s egy duodenalis szűkületek esetében végzett *probalaparotomiáról* adjanak képet a következő kórrajzok.

I. T. M. 32 éves, földműves, megbetegedett 5 év előtt; felvétetett 1896-dik évi október 18-dikán; műtét napja november 9-dike, gyógyultan távozik december 17-dikén. A beteg 5 év előtt előzetes és hosszabb ideig tartó heves gyomorfájdalmak után nagyobb mennyiségű vért hányt. Azóta étvágya mindig rossz s vérhányása két ízben ismétlődött. Egy év óta a felvett táplálékot az étkezés után hosszabb-rövidebb idő múlva kihányja; különösen a szilárdabb tápszerek jönnek vissza, míg a folyékony anyagok bennmaradnak.

Az elég jól fejlett beteg erősen lesoványodott, bőre fakósárga, száraz tapintatú, fonnyadt küllemű. Csont-, izom- és idegrendszere ép. Tüdők és a szív kopogtatási határai normalisak; a tüdők felett mindenütt kissé érdes légzés hallható; a szívhangok mindenütt erősek és tiszták, számuk perceként 70. A gyomor mély kopogtatási hangja a *Traube*-féle félholdképi tért kitöltvén, lefelé a köldök alá egy harántujnyira ér. A gyomortáján a jobb epigastriumban tapintásnál erősebb resistentia érezhető, nyomásra ezen hely a betegnek fáj. A lesoványodott betegnél a hasfalak annyira petyhüdtek, hogy a gerinceoszlopot végig ki lehet tapintani. A köldök alatt egy harántujnyira kitapintható a *curvatura major*, a nélkül azonban, hogy daganatot valahol érezni lehetne. A bárzsing kutatók számára átjárható, a nyelés szabad. A betegnek 2-3 naponként rendes színű és consistentiájú széke van.

Október 19-23-dikán. Beteg első napon a bevett szilárdabb tápszereket mind kihányta, a hányadék sárgás szíajú, majdnem szagtalan, emésztetlen ételrészecskéket tartalmaz nyákkal keverve. Mennyisége 1 1/2 liter, gyengén savi. A beteg táplálását czéljából háromszor naponta tápsőröket kap, tej, tojás és levesből.

Október 23-dikán egy zsemlye és csésze theából álló próbaregget kap reggel 8-kor, egy óra múlva *Nelaton*-sondával akarjuk a gyomor tartalmát kiüríteni, de semmit sem kapunk.

Október 24-dikén reggel egy zsemle és egy csésze theából álló próbaregget kap a beteg, rá egy órára egy liter destillált vízzel lesz kimosva a gyomor. A váladék kémhatása erősen savi, fajsúlya 1022; a phloroglucinvanilin próba sósavra pozitív eredményt ad; tejsav nem mutatható ki. A beteg napközben háromszor hányt.

Október 24-dikétől november 9-dikéig beteg tápsőrökkel lesz táplálva s kissé erőhöz jut. Közérzete is megjavul, de a gyomra semmi nemű tápszert sem tűr meg.

Műtét november 9-dikén chloroform-narcosisban. Egy 11 cm. hosszú metszéssel a *linea albá*ban, a mely metszés a *serobiculus*ból indul ki s a köldök felett egy cm.-re végződik, meg lesz nyitva a hasüreg. A seben keresztül a gyomor fundusa elő lett húzva. A gyomor pylorusa táján vastag heges, kérges tapintatú volt. A stenosis okát ezen pylorus táji hegekben felismerve, mivel a heges terület igen kiterjedt volt és a szomszédságban keletkezett erős heges összenövések által rögzítve volt, tehát csak nehezen lett volna felszabadítható, melözve lett a pylorus kiirtása s helyette a *gastroenteroanastomosis retrocolica posterior* lett végezve a szokott módon. A duodenumhoz legközelebb eső jejunumkács a *lig. gastrocolicum*on áthúzva a hasfal sebé elé húzott gyomor hátsó felszínéhez 14 serosavarrattal (esomós selyemvarrat) oda lesz erősítve. Úgy a bél, mint a gyomor fala egy-egy 4 cm. hosszú metszéssel meg lesz nyitva. A sebajkak egész vastagságukban körkörösen egymáshoz 10-10 esomós selyemvarratlal egyesítve. Végül a külső, második serosavarrat befejezi az anastomosis. Biztositékként még egy harmadik varrat, a mely szintén csak a serosát éri, fejezi be a gyomorbél egyesítését. A hasfalak a klinikumunkon használt módon három emeletben alkalmazott varratokkal lesznek egyesítve. Fedőkötés.

November 9-11-dikén beteg láztalan, közérzete jó. Háromszor naponként tápsőrét kap, azonkívül 2 óránként egy kanálnyi jégbe hűtött tejet felváltva egy kanál jégbe hűtött vízzel.

November 12-dikén. Óránként kap egy kanálnyi tejet, a szelek távoznak; glycerinesőrére széke van.

November 13-dikán. Félóránként kap egy evőkanálnyi tejet.

November 14-15-dikén. A beteg napközben elfogyaszt 300 gm. tejet s délben egy csésze levest kap azonkívül.

November 16-dikán a varratok ki lesznek szedve, a seb per primam egyesült.

November 16-30-dikán a beteg étvágya fokozódásának megfelelően a híg táplálékon kívül lassanként hozzá szokik a becsínált és vagdalt hús evéshez. Széke rendes s naponként van; a bélsár színes.

December 1-17-dikén a beteg megerősödik, étvágya jó, széke rendes és december 17-dikén gyógyultan távozik.

II. R. M. 28 éves, özvegy, szakácsnő felvétetett 1897-dik évi január 7-dikén; megbetegedett 10 év előtt; műtét napja január 28-dikán, meghalt aznap.

A beteg állítása szerint 10 éven át időnként vért hányt, a mi néha havonként kétszer-háromszor jelentkezett. A hányadék néha sötétbarna, darabos, máskor híg, élénkpiros s mennyisége állítólag néha egy mosdótányi volt. 1897-dik évi december 10-dikén öngyilkossági szándékból egy maréknyi mosósósdát és több kénrudacsakát félpohányi vízben összekeverve felhajt, a melyhez még állítólag morphiumporladatot is hozzákevert. A bevett folyadék okozta fájdalmak között elvesztette eszméletét, a mire a Rókus-kórház egyik belgyógyászati osztályára lett beszállítva, a hol 11 napig eszméletlenül feküdt. 1897-dik évi január 7-én a beteg a II. sebészeti klinikumra lett átvéve a következő állapottal:

Az erősen lesoványodott nőbeteg sensoriuma ép. A szemek beesettek, a pupillák tágak, jól reagálnak. A hypogastrium kissé elődomborodó, az epigastrium besüppedt. A mellkasi szervek felett sem a kopogtatásnál, sem a hallgatódzásnál eltérés nem mutatkozik. A máj határai rendesek, a gyomor alsó határa két harántujnyira a köldök felett van. A gyomorkutató (16-os sz. Reiner) minden akadály nélkül jut le a bárzsingon keresztül a gyomorba. A *cardia* tája nyomásra fájdalmas. A beteg ezen cardiatáji fájdalomon kívül gyakori csuklásban, felbőfőzésben szenved s minden tápszert vagy rögtön a bevétel után hány ki, vagy 4-6 órával annak lenyelése után. Sósav jelenléte kimutatható a gyomorban.

Január 7-27-dikig a beteg tápsőrökkel lesz táplálva, minthogy gyomra emésztését sem gyomormosásokkal, sem annak chemismusát gyógyszereléssel megjavítani nem lehetett. Ezen idő alatt széke van 2-3 naponként; időnként féloldali fejfájásban szenved, s a has érzékenysége, a mely kezdettől fogva fennállott, állandóan fenmarad.

Január 27-dikén. Féloldali fejfájása fennáll. Hányási ingere állandó, de nem hány. Egész nap semmit sem eszik. Erős öklöndözése miatt a gyomormosót nem lehetett bevezetni. A magas beöntés sem megy jól a beteg nyugtalansága miatt, de este mégis van széke. A radiális pulzusa szapora, könnyen elnyomható, száma perceként 100.

Január 28-dikán a betegnek reggel véres széke volt. A gyomormosásnál 2 liternyi, zöldesbarna, ételmaradékokkal erősen kevert váladékot kapunk. A beteg igen rosszul tűrte ezen gyomormosást; a has tapintásra mindenütt érzékeny.

Műtét: chloroform-narcosisban 1897. évi január 28-dikán. A *proc. xyphoidens*ből kiinduló s a *linea albá*ban lefutó 10 cm. hosszú metszéssel meg lesz nyitva a hasüreg. A gyomor kitapintásánál kitűnik, hogy a *curvatura minor* s a pylorus táján ellentálló vastagabb kötegek tapinthatók. A *lig. gastrocolicum* résén keresztül a legfelső bélkács előre lesz húzva s a gyomor hátsó felszínéhez 12 esomós selyemvarrattal oda erősítve. Erre a gyomor és bél két párhuzamosan futó 5 cm. hosszú metszéssel meg lesz nyitva, a sebajkak szűksvarrat után selyemfonállal lesznek egymáshoz rögzítve, utána pedig hasonlóan 12 esomós selyemvarrattal a másik szél lesz biztosítva. A visszahelyezés előtt a varratok erősségéről meggyőződünk. A műtét a hasfalak egyesítésével be lesz fejezve (varratok három étagéban). Fedőkötés.

A beteg a műtét után felébredt, feltűnően halvány, a pulzus szapora, alig tapintható. A beteg 800 gm. physiologikus konyhasó-oldatot kap hypodermoklysis útján, mire a beteg erőbeli állapota kissé megjavul, de már 4 1/2 óra múlva a műtét után meghal.

Bonezvizsgálat január 29-dikén: A hulla gyengén fejlett, rosszul táplált, bőrszíne feltűnően halvány. Pupillák tágak, egyenlők; mellkas domborodó, a has kissé behúzódtó, rajta a *proc. xyphoidens*től a köldök felé tartó mintegy 10 cm. hosszú metszett s bevarrt seb látható. A tüdő szélei puffadtak, mindkét tüdőcsücsben néhány mögyorónyi, tömött, légtelen gócz, a mely bemetszésre részint áttetsző, részint elsajtosodott lencsényi gümőkötésből áll. A tüdő rendkívül halvány, vérszegény. A szív középnyagy, billentyűi épek, izomzata elég szívós, az aorta kerülete 4 cm., intímája sima, fénylő. Hasüregben körülbelül 500 gm. piszkos barnás-vörös folyadék. A belek serosája nehezen téphető kötőszöveti hátrákkal fedett. A gyomor erősen zsugorodott, s a *curvatura major* hátsó falához van varrva, az ileum felső vége mintegy 30 cm. távolságban a pylorustól. A pylorus erősen szűkült, úgy hogy egy vékony irónvastagságú sonda számára csak nehezen átjárható. A *curvatura minor* s az oesophagus gyomorba nyúló vége mintegy 5 cm<sup>2</sup> területen hegesen vastagodott. Lép középnyagy, pulpája elég könnyen levonható, halvány. A máj középnyagy, rajzolata kissé elmosódott porhanyós. A vese középnyagy, halvány. Inanitia a gyomor pylorusának heges szűkülete folytán. Peritonitis chronica. Vérzés a hasürben. *Degeneratio parenchymatosa hepatis. Anaemia universalis.*

(Folytatása következik.)

## Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

### A helybeli érzéstelenítésről.

Sebészeti beavatkozásoknál fellépő fájdalmakat tűrhetőbbé tenni, a szenvedéseket bódító-gőzökkel enyhíteni már a XIII-dik században próbálkoztak. *Chauliac* 1360-ban fájdalmas műtéteknél alkalmazott bódító belélegzésekről tesz említést. 1300-ban *Cerva Tivadar* püspök opiumot használt bódítás céljából. Sőt már a XII-dik században is a híres *Hugo di Lucca*-féle szörpöt használták bódító füstölő szer gyanánt. A XVI-dik században a nápolyi *Cs. B. Porta* a „Magia naturalisban“ megemlékszik már az aether sulfuricusról, a mely szer belélegezve mély álmot hoz. A „Magia naturalis“ nagy elterjedtsége dacára, dacára annak, hogy a laboratoriumban dolgozók elbódultak az aethergőzök belehelésekor, az orvosi gyakorlatban nem terjedt el az aether használata, sőt inkább feledésbe ment; míg nem 1846. szeptember 30-dikán *Morton Vilmos* bostoni fogorvos az első fogászati műtétet, ugyanazon év december 19-dikén pedig a híres *Liston* az első csonkítást végezte aetherrel. Az aether követte a chloroformmal való altatás. 1799-ben *Humphry Davy*nak, a nitrogen-oxiddal végzett kísérletei nagy feltűnést keltettek. D. azt tapasztalta, hogy a nitrogen-oxyd belégzése megszüntette azon fejfájást, melyet egy palack bor okozott, majd kísérleteket téve ama következtetésre jutott, hogy fájdalmas műtéteknél sikeresen lehetne alkalmazni.

A nitrogen-oxiddal azonban csak mulékony és rövid ideig tartó bódításokat értek el és így a nitrogen-oxyd kora is letűnt, s beállott újlag az aether, majd a chloroform, bromoethyl, pental stb. korszaka. A régi időkötől a mai napig feljegyzett, a betegek elaltatását létesítő szerek sokasága fényes bizonyíték arra, hogy egyike sem eredményezi — még a lehető legpontosabb és legóvatosabb alkalmazás mellett sem — a kívánt sikert. A chloroform, az aether, pental, bromoethyl egymagában alkalmazva, az aether-chloroform, a Billroth-féle aether alkohol-chloroform keveréke, valamint a chloroform egybekötése különböző más szerekkel, pl. *Langlois* és *Maurange* által ajánlott 3—4 centigramm oxyspar-teinummal avagy 1 centigramm morphinummal, a *Lewin* által ajánlott chloroform-czetes belégzés, a betegekre nézve sohasem közömbös; mindig bizonyos fokú előre kiszámíthatatlan veszélyt rejt magában, a mely esetleg bekövetkezhető kellemetlen esélyeket kellően mérlegelni és meghatározni eleve nem tudunk. A narcotikumokat tehát bizonyos bekövetkezhető veszélyek leple alatt alkalmazzuk — őszintén bevallva — nem a legszívesebben. Az altatással járó veszélyeket jól ismeri már a nagy közönség is, úgyannyira, hogy az intelligens betegek nagy része szabadkózik az altatás ellen s különösen szívesen eláll attól akkor, ha az orvostól csak némi biztatást nyer ez irányban. Sebésztanárok, jónévű orvosok tehát újabban elég gyakran terjedelmesebb közleményekben foglalkoznak a helybeli érzéstelenítő szerekkel, feltűnően dicsérik az érzéstelenítést s ma már laparotomiákat, hosszabb műtéteket végeznek eléggé érzékeny területeken a nélkül, hogy az operált betegek fájdalmakat nyilvánítanak. Mindezek dacára nálunk az orvosi gyakorlatban csak gyéren alkalmazzák, különösen nagyobb műtéteknél a helybeli érzéstelenítő szereket. Ha meggondoljuk még, hogy a helybeli érzéstelenítők helyes alkalmazása minden veszély, complicatio nélkül jár, kellemetlen utóbajok, felbőgés, émelygés, hányás, fejfájás, szédülés, aethernarcosis után igen gyakran beálló tüdőlobok, hörghurutok nem zaklatják a nyugalomra szoruló, amúgy is kimerült operált betegeket; az operálandók is könnyebben vetik alá magukat a műtétnek, a műtévő orvos kevesebb segédlettel és nagyobb nyugodtsággal véggezheti a műtétet, úgy némileg jogosult az, hogy az újabban megjelent s az érzéstelenítést felőlelő cikkekről legálább hézagosan megemlékezzünk.

Nem fogunk egyrészt a cocaint, másrészt a morphinum hydrochloricumot pótolni akaró *tropococain* 3—5—10%-os vizes oldatáról, a *Blaise* és *Lucas Champirnière* által ajánlott 5—10%-os oleum olivarummal készült guajacol befecskendezésekről, a *Gaëtoni Vinci* által először a berlini szemészeti osztályon kipróbált 2—5%-os eucainum hydrochloricum oldatáról beszélni, nem szó-

lunk a morphinum hatásához oly közel álló és a mexikói benzülöttek által a cocalevelekhez hasonlóan munkaközben a fáradtság, az éhség és a szomjúság csillapítására használt pelletinum hydrochloricumról, a melynek 4%-os oldatával embereken először kísérletezett *Helper* Lipcsében, az anaesinről, nevezett szerek előnyeiről és hátrányairól, hanem csupán a cocainum hydrochloricum és a főleg cocaint tartalmazó *Schleich*-féle infiltrációs módszerrel végzett műtéteket soroljuk fel és megemlítjük, mely tömörségben, milyen nagy adagokban és milyen körülmények között applikálják ma már minden veszély nélkül, teljes biztonsággal és könnyűséggel a sebészek. A cocaint a gyakorlatban alkalmazva pontosan tanulmányozták *Wölfler*, *Krogius*, *Landerer*, *Reclus*, *Kümmel*, *Mehler*, *Schleich* és *Schlasser*. Nevezett kísérletezők mindazon egyhangú tapasztalatuknak adnak kifejezést, hogy a betegeknél *horizontális* fekvése mellett, az agy vérszegénysége folytán beálló mérgezési tünetek, pl. szédülés, ájulás, bágyadtság, összeesés nem következnek be, bár vannak közöttük olyanok, a kik a cocainumot nagy adagban alkalmazták. *Reclus* pl. a mindig frissen készült 1%-os oldatból a műtét tartama szerint 6—8—10 fecskendőt használ el. *Krogius* hasonlóan alkalmazza a cocaint, de az arra alkalmas helyeken, végtagokon, az ujjakon elastikus gummit alkalmaz az érzéstelenítés fokozására igen sikeresen. *Schlasser*, a ki legújabban foglalkozott a helybeli érzéstelenítés kérdésével és 200 esetben alkalmazott cocainumot, annak 2%-os oldatából 2—5 fecskendővel fogyaszt el. *Réczezy* tanár már 5 év óta több mint 300 módosított Bassini-műtéteit 5%-os cocain-oldattal végzi; ebből 1—2 fecskendőt használ el. Vannak műtétek, a hol nemcsak azért bódítunk, hogy a beteg helyzetét tűrhetőbbé tegyük, a fájdalmait enyhítsük, hanem a hol a műtét sikeres kimenetele, a kivihetősége okvetlenül kívánatossá teszi a beteg esendes viselkedése mellett annak feltétlen nyugalomát. Ilyen műtét a kömütét. Igen alkalmas és a helybeli érzéstelenítésre nagyon kedvező terület a húgyhólyag és környéke. Tudvalevő az, hogy a hólyagból épen nem, vagy csak igen nehezen szívódik fel a befecskendezett szerek s így a cocain igen nagy mennyisége vihető be veszély nélkül a hólyagba. (Kivételt képeznek az illanó gyógyszerek.) S az alább közlendő esetből látható, hogy ezen elég érzékeny területen, a beteg fájdalom hián nyugodtan viselkedik s a műtét altatás nélkül pompásan kivihető. A ritka érdekességű eset, a melyet *Réczezy* tanár cocainanaesthesia mellett operált, a következő: Az idősebb betegnél fennálló nagyon előrehaladt tüdőlegdag miatt altatást nem végezhetünk; a műtét tehát cocainnal lett végrehajtva. A hólyagba az 1%-os cocain vizes oldatából 100 gm.-ot fecskendeztünk. A bőr alá pedig az 5%-os oldatból egy fecskendőt. A hólyagból középső gát-metszés segélyével 10 drb. majdnem egyforma galambtojás mekkoráságú követ távolított el *Réczezy* tanár. A 10 drb. kő 143 gm. súlyú. A műtét 12 perczig tartott; a beteg igen nyugodtan viselkedett s a műtét befejezte után bevallotta, hogy fájdalmakat egyáltalában nem érzett.

A fent említett eljárások közül igen helyesnek látszik *Reclus* elve, a ki egyszerre az 1%-os vizes oldatból csak egy fecskendőt alkalmaz, de a műtét tartama szerint akár 10-ig is felmegy. Ilyen adagolás és a beteg vízszintes fekvése mellett semmi-féle kellemetlenségnek nem következhetnek be.

Javában folyt a narcosis harcza a 90-es évek elején a német sebészek között; a kiknek egy része a chloroform egyedüli jogosultságát vitatta, más részük pedig az aethert dicsérve ment a harcza; a mikor *Schleich* az 1892. évi berlini sebész congressuson a már azóta igen sok sebész által még nagyobb műtéteknél is kedvezően alkalmazott infiltrációs módszert ismertette. Legújabban *Mehler* közli tapasztalatait az infiltrációs módszerről a „Münchener medicinische Wochenschrift“ 1896. évi 45. számában. *Mehler* az alábbiakban közlendő *Schleich*-féle oldatokat a *Soxhlet* készülékben sterilizálja és a következő nagyobb műtéti beavatkozásoknál fényes eredménnyel alkalmazta az oldatokat.

Teljesen fájdalom nélkül operált: Rák egy eseténél, a mely az állkapocs csonkolásával volt egybekötve, plastikával összekötött orr- és felső ajakráknál, ventrofixatio uteri két eseténél, három ovariotomiánál, öt herniotomiánál, kilencz kolporraphiánál. A csöves csontokról a csontthártyát fájdalom nélkül toltta le; két

éves gyermeknél pedig bordacsonkolást végzett. Legkevésbé válik be az infiltrációs módszer gyuladással, lobos folyamatoknál.

*Schleich* háromféle töménységben alkalmazza oldatát s mindegyike cocaint, morphinumot és konyhasót tartalmaz.

1. Legtöményebb oldatot gyuladással folyamatoknál és igen érzékeny, fájdalmas területeken alkalmaz: cocainum hydrochloricum 0'2. — Morphinum hydrochloricum 0'025. — 2<sup>o</sup>/<sub>100</sub> Natrium chloricum 100 gm.

2. Normal-oldat, a bőr érzéstelenítéséhez: cocainum hydrochloricum 0'1. — Morphinum hydrochloricum 0'025. — 2<sup>o</sup>/<sub>100</sub> Natrium chloricum 100 gm.

3. Nagyobb műtéteknél a kötőszövet és az izmok érzéstelenítésére: Cocainum hydrochloricum 0'1. — Morphinum hydrochloricum 0'005. — 2<sup>o</sup>/<sub>100</sub> Natrium chloricum 100 gm.

Az oldatokból 5—10—15 s több fecskendő alkalmazás szükség szerint; hogy az oldatokat aseptikusan tarthassa, 100 gm. oldathoz egy csepp 5<sup>o</sup>/<sub>100</sub>-os carbolsavat ad.

A kik némileg tartanak a cocain anaesthesia-nél fellépő kellemetlen mellékhatásoktól, azok megnyugtatóképpen közömbösíthetik az oldatot egy rész natrium hydrocarbonicummal és néhány csepp opium tincturával.

Megjegyezzük, hogy azon állítás, mintha ilyen alakban a cocain hatása biztosabb és teljesen veszélytelen volna, eddig csupán feltevés; mert ez irányban nem rendelkezünk elegendő állatkísérletekkel. Főelv gyanánt azonban újlag megemlítjük, hogy a cocain alkalmazásakor a betegek sohasem ülő, hanem mindig vízszintes fekvő helyzetet foglaljanak el; a mikor a cocain igen nagy adagja teljes biztonsággal alkalmazható. A helybeli érzéstelenítők felfedezése nagy horderejű tényező volt; az orvos gyakorlatban mennél szélesebb méderben való alkalmazásuk pedig teljesen jogosult. S csak örömmel üdvözölhetjük mindama bűvárokat, kik ezen irányban kísérleteznek s újabb meg újabb érzéstelenítőket bocsátanak a gyakorló orvosok rendelkezésére s viszont azokat is, a kik ezen nagy jelentőségű kérdéssel behatóan és lelkesülten foglalkoznak. A mily gyorsan lezajlott az aether, a bromoethyl s már bódító szerek kora, a cocainnak oly hosszú jövőt jósolunk.

Boross Ernő dr., műtő-orvos.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Magyar dermatologusok és urologusok egyesülete.

(VII. ülés 1896. évi szeptember hó 24-dikén.)

Elnök: Schwimmer Ernő. Jegyző: Török Lajos.

#### *Filaria medinensis* esete.

Sellei: (Megjelent az Orvosi Hetilapban és a Pester med. chirurg. Presse-ben.)

#### Tuberculosis cutis nasi.

Schwimmer: V. J. 37 éves, aranyozó. Anyja tuberculosisban halt el, atyja 84 éves korában szívizomhűtés következtében vesztette el életét. Beteg előadja, hogy az 1896. év január havában orrában a nyálkahártya kisebesedett s nehezen leválasztható pörkökkel volt mihamar befödve; ezen pörköket folyton eltávolítani igyekezett, miközben orrának nyálkahártyája még jobban kisebesedett, megduzzadt s így nehezítette légzését. Az orr bőre is megduzzadt s kivörösödött s különösen e miatt 1896. év áprilisban a klinikát kereste fel, hol orrát scarificálták. A műtét után változás nem állott be az orr bőrnek színében, hanem még jobban megduzzadt, fájdalom nincs.

Jelen állapot: Az orr teriméjében különösen haránt átmérőjében megnagyobbodott, duzzadt, kékes-vörösen elszínesedett. Az elváltozás fölfelé az orrgyökig terjed elmosódott határral. Az orr mindkét oldalán említett sötétebb színezet apróbb göbökből indul ki, melyek közül a központilag fekvők sötétebb vörösek, mint a környékek. Az egyes göbcsék gombostűfejnyi egész kendermagnagyságúak; itt-ott tetejükön a megvékonyodott bőr alatt geny mutatkozik. Az orreresés felé baloldalt a göbcsék összefolyása által körülbelül félkrajczányi terjedelemben központi besüppedést mutató kiemelkedés látható. Az egyes kivirágások érintésre puha tapintatúak, nyomásra fájdalmatlanok. Az orr jobboldalán egy hosszúkás hasonlóan göbcsékből álló talán 1/2 cm. széles bőrkiemelkedés látható, bár itt a göbcsék annyira összefolytak, hogy tisztán nem igen mutathatók ki. Az orrbejárat, valamint a felső ajk átmeneti részén az egyes göbcsékek jól láthatók.

Még megjegyezhetjük, hogy a beteg állítólag évek óta köhög, újabban 1 1/2 év óta köhögése nagyobb arányú, váladék elég bő volt. Tüdőben hátul baloldalt tompult a kopogtatási hang. Erdes be- és kilégzés hallható auscultatio alkalmával.

A kórismére vonatkozólag acne (simplex) vulgaris, lupus, syphilis és tuberculosis cutisra lehetne gondolni. Lupus ellen szól a göbcsékek gyors kifejlődése s azoknak a lupus hasonló termékeitől eltérő puha szerkezete, mi annál feltűnőbb, miután valószínű, hogy itt a szétesés könnyebben állhatott volna be. Syphilis ellen az anamnestikus adatok hiányán kívül szól az a körülmény, hogy 9 hónap alatt szétesés nem állott be. Syphilis ellen szól továbbá a nyálkahártyák épsége, valamint egyéb a syphilisre vonatkozó jellegzetes tünetny hiánya. Acne vulgaris ellen szól pedig az, hogy a gyors genykepződés továbbá a follicularis lobosodásból eredő hegeképződés hiányzik.

Mindezen csak röviden összefoglalt mozzanatok a bántalom jellegét illetően arra terelnek, hogy tuberculotikus folyamatot vegyünk fel kórismé gyanánt.

Róna az esetet lényegileg szintén tuberculosis cutisnak tartja, de clinice lupus vulgarisnak, mert ezt ez esetben nem tudja kizárni.

Marschalló szintén tuberculosis cutisnak tartja; hasonló esetet kezelte a nyáron.

Schwimmer szerint a puha szövet lupus ellen szól.

#### Lues hereditaria tarda.

Schwimmer: Sch. A 12 éves. Szülei élnek, egészségesek. Három testvére él, egészséges, három testvére meghalt, kettő diphtheriában.

Öt év előtt bal tibiáján, annak felső harmadában terimenagyobbodás lépett fel, mely mindinkább nagyobboldott, míg jelenlegi nagyságát érte el, fájdalma nem volt. A terimenagyobbodás tömör tapintatú elmosódott határu. Ugyancsak öt év előtt hasonló elváltozás lépett fel az alkar alsó harmadában az ulnaris részen; ez utóbbi felett a bőr két év előtt kifekélyesedett.

Orra egy év előtt fekélyesedett ki, nyálkahártya kisebesedett s egy év alatt septuma is tönkre ment. A orr nyálkahártyájának a borbé való átmenetelnél is fekélyek képződtek. Ugyancsak egy év lefolyása alatt a felső ajk középső s az arcz jobb szájszöglet körüli része is ki volt fekélyesedve, mely utóbbi hely azonban heggé gyógyult.

1 1/2 év előtt szembaja volt, melyről beteg előadta, hogy fény iránti érzékenységgel járt, minek következtében került a fényt. Fülbaja nem volt. Fogainak képződése rendellenesnek mutatkozott, a mennyiben felső-középső incisivus fogai dupla számban voltak jelen s a mellsők kihúzása után, mert egymás mögött nőttek, maradtak meg jelenlegi incisivusai (a középen), melyek alsó széle ivszerű kivágást mutat; alsó-középső incisivusok rendesen bárr a félholdszzerű kivágást is mutatják és pedig kisebb mérvben, mint a felsők. Több fog képződése egészen rendes.

Jelen állapot: Az orrnyílások táján a bőr borsónyi-babnyi terjedelemben kifekélyesedett. A fekélyek szélei felhántak, élesek, alapjuk sárga genyvel fedett. Az orr nyálkahártyája duzzadt, kisebesedett. Orrsövény hiányzik. Az orr bőre halvány-pirosan elszínesedett. A felső ajk kis sulcusában ép oly kis fekély látható, mint az előbb leirt helyeken. A jobb ajkszöglet (felső) közelében babnyi terjedelmű pörkökkel fedett folytonosság hiány látható, ép olyan az állon.

Az arcz bőrén a jobb szájszöglet közelében 10 cm. hosszú, 3 cm. széles terjedelemben kissé a bőr niveauja alá süllyedő az ép szövetbe nyúlványokat küldő rendetlen hatású, helyenkint piros elszínesedést mutató hegesedés látható.

A bal felkar középső része lassankint s fokozatosan kiszélesbbedő lapos küllemű csontmegvastagodást mutat, mely elváltozás a kéztő-izülethez közel, részben ismét rendes teriméjű. A bal alkaron a megvastagodott csont rész fölött babnyi mekkoraságú fekete pörkökkel fedett folytonosság hiány látható, mely körül tallérnyi terjedelemben a bőr pirosan elszínesedett, heges. E fölött piros udvarral körülvett sarjadzási folyamat van babnyi nagyságban.

A jobb alkaron a csontelváltozás kisebb mértékű mutat, a mennyiben az ulnaris részen diónyi nagyságú csontmegvastagodás tapintható. A tibia felső harmadában a térdtől tenyérselességű távolságban kezdődik a tibia gyermekkökölnyi megvastagodása, mely lejtősen lefelé haladva a bokáig újból kissé kiemelkedik. A terimenagyobbodás határai a láb-felé élesek.

Havas a lues hereditaria tarda elnevezéshez szól. Nem abban az értelemben veszi azt, mint Schwimmer tnr., hogy t. i. ilyen esetekben a syphilis első manifestatióival állunk szemben, hanem egy későbbi megjelent harmadlagos syphilissel.

Schwimmer tnr. nem tartja tévesnek azon nézetet, hogy a syphilis első manifestatiói később jelentkezhetnek.

#### Lichen ruber planus et corneus.

Justus Jakab: N. J. 27 éves. Az előtt soha semmi baja sem volt. Baja három hó előtt kezdődött az alkarokon viszkető vörös foltok alakjában. 3—4 hét alatt az egész testre elterjedt. Jelenleg a végtagok, a törzs némely részén sűrűn, másutt ritkábban tipikus lichen ruber planus efflorescentiákkal vannak fedve, a melyek igen sok helyütt, különösen a karokon, de legfőképp az alsó végtagokon szabálytalan alakú vaskos telepekké folynak össze; különösen a végtagokon (azok distal végén), a háton, továbbá a lágyéktájon, hason, köldök körül vaskos hámréteggel fedett kiemelkedéseket képeznek az egymásba folyt lichen göbcsék olyannyira, hogy a bőr rendes rovátkoltsága mély rhagádék alakjában jelenik meg, teljesen mentve

vannak a tenyerek és a talpak, a fej és az arc bőre. A nyálkahártyákon csak a lágy szájpádon lehet apró fénylő gombostűszúrásnyi göbéséket látni; a pofa nyálkahártyán pedig vonalszerű apró fehéres fölrakódások találhatók.

Justus: Syphilis papulosa universalis.

Justus: Csoportos kis papulosus syphilid az alszárazakon.

Justus: Cicatrices luetica frontis, faciei et nasi, et folliculitis syphilitica.

Syphilis különösebb alakja az orrháton.

Justus: T. J. 37 éves cipész. Az orrháton barnásvörös középiűt hegese elváltozás, mely az orrhátat majdnem teljesen elfoglalja, s melynek szélei fölhánytak, középiűt behúzódottak. A bal szem alatt félkrajczányi meredek szélektől övezett apró fehér granulatiókat mutató éles szegélyű fekély.

Schwimmer nem tartja az esetet syphilisnek.

Török luesnek nézi. Lupus vulgaris ellen szól a lupus göbésék hiánya, az anamnesis, mely szerint a bántalom későn lépett fel. Lupus erythematosus ellen a fekélyek, továbbá a mélyen behúzódott hegek, melyek a lupus erythematosusnál nem fordulnak elő.

Marschalkó is késői luesnek tartja.

Justus szövettani vizsgálatot fog végezni; vérvizsgálat nem mondott semmit; antiluetikus curát fog próbálni.

Schwimmer tur. szerint Törököt az a kis fekélyesedés vezette tévútra. Ajánlja, hogy a beteg bőrt tisztítsák meg s bizonyos idő múlva diagnostizáljanak csak. Justusnak azt ajánlja, hogy empl. hydrargyrit ne használjon, mert az lupus erythematosus ellen is jó.

Schwimmer a már egyszer bemutatott *Neurodermitis papulosa pigmentosa* esetét friss eruptióval újra bemutatja.

Sclerosis mammae és syphilis congenita?

Aschner: A 30 éves nőbeteg négy hónapos gyermekével 1896. szeptember 7-dikén jelentkezett Róna dr. poliklinikai rendelésén és kórtörténetük a következő: B. J. 30 éves asszony, 1/4 év óta házas és 1896. május 15-dikén szülte jelen gyermeket, mely az első és melyet a szülészetnél koraszülöttnak nyilvánítottak. Az asszonynak eddig venereás baja nem volt. A gyermeknél születésének első heteiben a syphilisnek semmiféle jele sem volt constatálható és csak a koraszülött habitusát mutatta. A gyermeknek felső ajkpirján születésének hatodik hetében az anya hólyagot vett észre, mely felpattant és mint seb tovahúzódott az ajk külső felületére. Néhány hétre reá a gyermek testén egyes foltok keletkeztek, melyek azóta szaporodtak és az egész testet ellepték. Az anya körülbelül hat hét előtt azt vette észre, hogy a bal emlőbimbóján seb támadt. Ezen seb azóta tetemesen növekedett. Néhány nap előtt fejfájása volt és kiütést vett észre.

Mindkét beteg jelentkezésénél következő tünetek voltak észlelhetők: A gyermeknél a felső ajk baloldalán nedvedző papulához hasonló laesio. Az egész köztakarón, különösen az alsó végtagokon sűrű maculopapulosus syphilid, a végbél körül nedvedző papulák a talpakon és tenyereken psoriasiform syphilid. Az anyánál a bal csecsbimbó felett az emlő bal quadransában koronányi területen közepén kissé erodált és a bőr niveaujából kiemelkedő, részvörös, tömött beszűrődés látható; a bal hónaljban több kis diónyi kemény mirigy tapintható, ezeken kívül nagyfokú adenopathia; az egész köztakarón sűrű roseola.

Tekintettel arra, hogy a gyermek koraszülött és a syphilis kiütések azon időszakban léptek fel, midőn az veleszületett syphilis gyermekeknél is fellépni szokott, azon kérdés merült fel, vajjon a gyermek veleszületett syphilisben szenved-e? A gyermek atyját illetőleg csak annyit referálhatok hogy ez minden nemi betegséget tagad, 1886-ban ugyan a bal inguinális tájon mirigyduzzanata volt, mely azonban teljesen visszafejlődött. Az objectív lelet lefolyt syphilisnek tüneteit illetőleg negatív volt, de mérsékelt polyadenitis volt jelen. Tudjuk, hogy csecsemőknél némely esetben milyen nehéz a veleszületett syphilist körismézni és a szerzett syphilist kizárni; ezen nehézség itt is fenforog. Az anamnestikus adatok és a kóreset egész lefolyása a syphilis hereditaria mellett szólana, azonban az anyának sclerosisa az, a mi a diagnoszt kétségessé teszi. A Collés-Beaumés-féle törvény szerint ugyanis a syphilis hereditariában szenvedő gyermekek anyja, saját gyermekök syphilise ellen immun, már pedig ezen esetben látjuk, hogy az anyának sclerosisa és rendes syphilise van. Az irodalomban ugyan olyan esetek közölve vannak, melyek a Collés-Beaumés-féle törvény ellen szólnak, azonban ezeknek száma elenyésző a syphilis hereditaria esetek gyakorisága mellett, s így bizonyos rezervvel fogadandók.

Így tehát egy másik kérdés merült fel, vajjon a gyermek szerzett syphilisben szenved-e, és hol van az infectiónak a kapuja. Ez utóbbit a gyermeknél igen bajos kideríteni, miután a primær laesiót jellegző hely sehol sem lehetett, sem pedig olyan regionaris mirigyduzzanatok, melyek a primær laesiónak helyét biztosan meghatározni engednék. Mégis valószínű az, hogy jelen esetben szerzett syphilissel van dolgunk és pedig extragenitalis infectióval, az infectiónak kapuja pedig, legvalószínűbb, azon laesio, melyet a gyermek felső ajkának baloldalán láttunk. Ha felvételünk tehát az, hogy a gyermek szerzett syphilisben szenved, akkor az anyának syphilise könnyen magyarázható.

Ha azonban az anya véletlenül az infectiót kikerülte, a mi könnyen megtörténhetik, a gyermeknek syphilisét kénytelenek volnánk syphilis hereditariának magyarázni. Ebből látható, milyen nehéz némely esetben a syphilis hereditariának megállapítása.

Róna: Az, hogy a gyermek felső ajkán lévő infiltratio megelőzte az anya sclerosisát, valószínűbbnek tűnteti fel, hogy a gyermek valahol inficiáltatott s így fertőzte az anyját, mint azt, hogy a gyermek lues congenitában jövén világra, fertőzte az anyját, mely esetben a Collés-Beaumés-féle törvényt játszotta volna ki.

A higany localisatiója a vérben.

Justus: Azon vérvizsgálatok folyamán, a melyeknek egy részét az „Orvosi Hetilap”-ban, a Virchow-féle „Archiv”-ban és a „British Journal of Dermatology”-ban közöltem, egy olyan kérdésre bukkantam, a melynek megoldását a további munkálkodás alapjául meg kellett találnom. Ez a kérdés röviden abban áll, hogy az intravenose befecskendezett sublimattal mi történik, a vér melyik részével egyesül az? vajjon a plasma fehérnyívvel kepez-e vegyületet, vagy pedig a vörös vagy fehér tekecskek képesek valami módon megkötni? Hogy erre a kérdésre feleletet nyerhessünk, első sorban egészséges egyénekben próbáltam megállapítani a sublimat helyét. Miután a fentebb leírt módon eljártam és a vért huzamos ideig megcentrifugáltam, az három részre volt osztva. Az üvegesebb periferiáján a vörös tekecskek sötétvörös oszlopot képezve fekszenek, a mely oszlopok legcentralisabb része némely vérben kissé szürkébbnek tűnik; ott t. i. a fehér sejtek fekszenek, mivel ezek könnyebb fajsúlyúak, mint a vörös tekecskek. A fehér tekecskek felett fehér fibrin-gomolyagok vagy szálak látszanak, a melyek már behelyülnek a tiszta savó által képezett legcentralisabb rétegbe. Első sorban arra gondoltam, hogy a fibrinben találok meg a sublimatot, illetve, ha nem mint sublimatot, de mint más higanyvegyületet, ebben tudom majd kimutatni. Azért csipővel a fibrint óvatosan kiemeltem, olyan módon, hogy csak a felső, tiszta fehér részét használok fel, az első részt, a melyben vörös tekecskek is voltak, pedig elvettem. Egy néhány centrifugál próbából ilyen módon összegyűjtöttem a fibrint, a hézagai között foglalt serumból konyhasó s destillált vízben való mosás által megtisztítottam és a Ludwig-féle eljárás szerint higanyra megvizsgáltam. A Ludwig-féle eljárás röviden a következő: a megvizsgálandó szerves anyagot sósavval több órán, esetleg napon át vízfürdőn forraljuk, azután óvatosan chlorkaliumot adunk hozzá mindaddig, míg a folyadék tiszta sárgássá nem válik; ekkor t. i. minden higanyvegyület, a mely a szerves anyagban foglaltatott, még a higanykéneig is, a mely legnehezebben bontható fel, higanychloridá válik. Most e folyadékot megsűrjük, a szűrletbe durván törött cinket teszünk vagy pedig a kényelmesebb Führringer-féle eljárás szerint úgynevezett aranyhajákat (lamellát) vetünk belé. A savanyú folyadékban a tiszta fémfelületre a higany rétekrakódik. Erre a folyadékból a lamellát kivesszük, többszörösen destillált vízzel, alkohollal és aetherrel megmossuk, óvatosan megszáritjuk, kis golyóba összegöngyölítjük és egy zárt üveges legvégére betoljuk. Az üvegesövet azon a helyen, hol a lamella gomolyag fekszik, igen óvatosan melegítjük, mi által a higany a lamelláról elszáll s az üvegeső hidegebb részén finom, alig látható köd alakjában lecsapódik. Az üvegeső zárt végét erre letörjük s óvatosan jodgázokat fujunk rajta át, a mire a cső falára csapódott higany a joddal sárga jodhiganyná fog egyesülni, a mely nehezen látható.

Azonban egy-két napi állás után vörös higanyjodiddá változik, melynek rendkívül szembetűnő a színe, különösen, ha fekete alapra tartjuk a csövet. A fibrinben, bár összesen vagy 20 próba fibrinát vizsgáltam, higanyt kimutatni nem sikerült, pedig a Ludwig-féle próba oly éles, hogy 1/2 liternyi vízben még 1/10 mgr. higanyt biztosan meg lehet vele találni, annál inkább kellett volna ezen esetekben a fibrinben higanyt találnom, a mikor egy néhány cm<sup>3</sup> vérre 2—3, sőt 4 mgr. higanyt fecskendeztem, tehát a próba határának 30, sőt 40-szeresét is. Most azután a serumot tettem hasonló eljárással vizsgálat tárgyává. A tiszta serumot lepipettáltam, néha több próbát is összegyűjtöttem, higanyt benne kimutatni nem sikerült. Azonban valamelyes határ itt mutatkozott, ha t. i. igen tömény sublimat-oldatot használtam, úgy hogy 5 sőt 10 mgr. sublimatot fecskendeztem a zárt vena szakaszba, akkor a serumban is tudtam higanynyomokra bukkanni, vagyis más szóval, úgy látszik, hogy ha igen nagy higany mennyiség jut be ilyen csekély mennyiségű vérbe, egy része a higanynak a serumban marad.

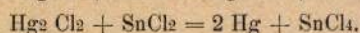
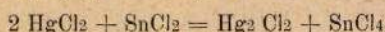
A vörös tekecskeket úgy vizsgáltam higanyra nézve, hogy a serumot óvatosan lefejtve róluk s őket vízzel feloldva, a Führringer-féle eljárás szerint kezeltem tovább. A vörös tekecskekben mindig találtam higanyt, akár kevés (1/2 mgr.), akár sok (10 mgr.) sublimatot fecskendeztem a venába, vagyis a Ludwig-Führringer-féle eljárás szerint vizsgáltam azt a leletet adta, hogy a befecskendezett sublimat a vörös vértekecskek által köttetik meg és csak ha igen sokat fecskendezünk be, többet mint a mennyit a vörös tekecskek megkötni képesek, marad meg egy része a sublimatnak a serumban.

Körülbelül 40 egyéneken vizsgáltam meg ilyen formán az intravenose sublimattal kevert vér vörös tekecskének higanytartalmát. Ezen betegek közt talán 30 volt azoknak a száma, a kik nem florid syphilisben szenvedtek, 10 pedig másféle betegségben szenvedtek. Vegyi úton bebizonyítottam tekinthettem azt a feltevést, hogy a venába fecskendezett sublimat higanyja sem a savó sem a fibrin által nem köttetik meg, ellenben valószínűvé volt téve, hogy a vörös tekecskek kötik azt meg.

Biztosnak ezt a feltevést sem mondhattam, mindamellett, hogy ilyen nagyszámú beteg centrifugált vérével vizsgáltam meg. Mert a centrifugált vérben a csöveske legperiferikusabb részét megtöltő vörös oszlop látszólag csupán csak vörös tekecskekből áll ugyan és ennél fogva, ha csak abban az oszlopban tudtam higanyt kimutatni, alig volt kétségbevonható, hogy a vörös tekecskek kötik magukhoz a befecskendezett

sublimatot. Egy körülmény volt azonban, a melyet fontolóra kellett venni s ez abban állott, hogy hát ha nem csupán vörös tekecekből áll az a vörösnek látszó oszlop, hát ha valamely oldhatlan csapadékot képez a befecskendett sublimat valamely fehérnyével és ez a csapadék a centrifugálás után odasoríttatik a vörös tekecek közé? vagy ha a fehér tekecek is közrejárzanak a sublimat megkötésénél? Erre a kérdésre a centrifugált vérnek ilyen részenként való megvizsgálása feleletet nem adhatott. Csúpan, ha sikerülne histologice is megvizsgálva a vért az egyes sejtekben kimutatni a higanyt, akkor állíthatnók bizonyosnak, hogy ezekkel egyesül a befecskendés után. Egy szóval tehát annak a feltétlen biztos megállapítására, hogy a vörös vértekecek kötik meg tényleg a sublimatot, arra volt szükség, hogy gőreső alatt ezekben a tekecekből sikerüljön a higanyt kimutatni.

Természetes dolog, hogy a Ludwig-Fhübringer-féle eljárás az ilyen vizsgálatokra nem alkalmas, mert ezen eljárásnak előfeltétele az, hogy a szerves anyagok sósav és chlorkalival való főzés folyamán szétromosoltassanak. Már pedig gőreső alatt való kimutatásra meg kell tartani a sejteket lehetőleg épen. Más eljárást kellett tehát keresnem, a mely az ilyen mikro-chemiai vizsgálatokra alkalmas legyen, a mely elég érzékeny legyen, hogy oly végtelen kicsiny mennyiségű higanyt ki bírjon mutatni, s a mely ne tegye tönkre a sejt alakot annyira, hogy azt felismerni ne lehessen. Mindezen feltételeknek megfelelni csak hosszas próbálkozás után sikerült. Az eljárás, a melyet kidolgoztam, röviden a következő. Miután intravenose sublimáttal összekevertem a vért, a fecskendőbe kihúzó s Erlich módjára felkent praeparatumot készíték belőle. Megjegyzem, hogy jó e praeparatumot úgy készíteni, hogy egyik vagy másik helyükön a vértekecek ne feküdjének egymás mellett, hanem vastagabb réteget képezzenek egymáshoz tapadva; mivel az ilyen helyek makroszkopikus megfigyelése nagyon megkönnyíti az eljárást. Ha a praeparatum levegőn teljesen megszárad, melegítőbe teszem és 120–130° között több órán át melegítem. A stannumchlorid, ha feles mennyiségben valamely higany sóval, pl. higanychloriddal vagy higanyoxyddal hozzuk össze, ezen higany sóval előbb egy oxidul-sóvá, utóbb pedig szin higanyra reducálja a következő képlet szerint:



Ha eprouvettában végezzük a kísérletet sublimat-oldattal s stannumchloriddal, még rendkívül hig (1:20,000–30,000) sublimat-oldatban erősen fekete csapadékot kapunk, a mely a végtelen finom szemcsékben kivált szin higanyból származik. Ha a leírt módon fixált praeparatumot stannumchlorid-oldatba dobtam, úgy rajta csakhamar észre lehetett venni, hogy az addig vörös haemoglobint is megbontja, miként arról meggyőződhetünk, ha az ilyen praeparatumot spektroskop elé tartjuk, mert a míg a stannumchloriddal való érintkezés előtt, különösen a vastagabb helyeken igen jól voltak láthatók az oxyhaemoglobin csíkjai, a stannumchloriddal való érintkezés után ezen csíkok tökéletesen eltűntek.

Ha a praeparatumot a stannumchloridból kiveszszük, igen hig sósav-oldattal és destillált vízzel többször megmossuk, gőreső alá helyezzük, úgy azt fogjuk találni, hogy az egész készítmény, különösen, ha kis nagysággal nézzük, szürkivé lett, számos szűrkefekete rögösével van behintve, a melyek egy helyütt sűrűbben, más helyt ritkábban láthatók. Ezek a szűrke szemcsék az alaktalanul kivált higanyból állnak. Hogy ez tényleg így van, arra egy másik bizonyíték is kell és ezt következő módon hozhatjuk meg. A készítményt porrá törött jód közé fektetjük zárt edénybe és benne hagyjuk másnapig. A jódgőzök sárgásbarnára festik az egész praeparatumot, jódjegyeket rakódnak rá, ezektől s a felesleges jodtól chloroformban való hosszas mosás után szabadítjuk meg a készítményt, s ha most újra gőreső alá helyezzük, azt látjuk, hogy az előbbi szűrke szemcsék eltűntek és helyüket sárgás színű, halványszínű apró rögösök s lapocskák foglalták el, jelölnek annak, hogy a szin higany a jódgőzök behatása alatt sárga higanyoxyddá változott. Hogy tényleg higanyjoddal van dolgunk, azt bizonyítja az a kísérlet, a mely szerint jodkali-oldatba vetve a praeparatumot, a sárgás rögösök és lapocskák abban többé fel nem találhatók, abból kioldódtak. A higany helyének meghatározására egy oly készítmény, melyben hydrargyrum jodiddá változtattuk a benne foglalt higanyt, annak halvány sárgás színe, csekély térfogata és gőreső alatt való nehéz meg-láthatósága miatt nem alkalmas. Más színű higanyvegyületé kell a higanyoxydot átváltoztatni, még pedig lehetőleg feltűnő színűvé, hogy gőreső alatt könnyen megtalálhassuk. Ezen célból frissen készített kénhydrogen-oldatba teszszük a praeparatumot, mely az oldatban rövid idő alatt megbarnul, söt megfeketedik. Különösen jól észlelhető ezen megfeketedés azokon a helyeken, a hol a vörös tekecek vastagabb rétegekben fekszenek egymás felett. Ha a megszártott készítményt gőreső alá helyezzük és lehető erős immersziós nagyítással (Zeiss objectiv 0.02 compens ocul. 4.) vizsgáljuk meg, láthatjuk, hogy a vértekecek, mint szintelen éles határú karikák alakjukat megtartották, hogy e maídnem szintelen, fehérnek tűnő kerék sejtekben jól észrevehető sötétteke apró szemcsék és kisebb rögösök vannak beleszóva. Ez a higany-sulfid, a melylyé a kénhydrogen a higanyjodidot változtatta. Észlelhetjük továbbá azt is, hogy a fekete rögösök és szemcsék egyáltalán nem találhatók a tekecekben kívül; azok mind csak a vörös tekecekben vagy azokon találhatók, rajtuk kívül ott, a hol a praeparatumban üres helyek vannak, tehát a hol a serum oda szárad az üveglemezre, ilyen fekete szemese, a mely higany-sulfidból állna, egyáltalán nem található. Észlelhetjük továbbá azt is, hogy némely helyütt apró

vagy vaskosabb fekete pontok egymás mellé vannak helyezve, úgy hogy sejt alakot utánoznak. Ezek a fehér tekecek, a melyek igen nagy mértékben vannak teli rakva higany-sulfiddal, annyira, hogy való-ságos fekete, szivacszerű benyomást tesznek. Nem minden vörös vér-sejtben találunk szemcsét, azoknak csak jelentékeny része van meg-rakva a higanykénnel. Hogy vajjon a többibe nem jutott-e higany, vagy pedig a készítmény előállításának módja hiányos, még azt nem tudom eldönteni. De minden esetre eldöntöttnék vélem azt a kérdést, hogy hova kerül a venába fecskendezett sublimat: a venába fecskendezett sublimatban tartalmazott higany a vörös és fehér tekecek által köttetik meg, ezeknek fehérnyéjével egyesül és ezekkel halad tovább a keringésben.

#### Eczemáról.

Török: (Megjelent a Gyógyászatban és a Pest. med. chir. Presseben.) Fejtegetéseinek conclusiói a következők:

1. A legkülönbözőbb hígított vagy gyengített izgalom a bőrön reactiv izgalmi jelenségeket idéznek elő (congestiv hyperaemia és oedema, vérsejtek kilépése, fixsejtek mérsékelt hyperplasiája és subjectiv jelenségek, mint fájdalom, viszketőség stb.).

2. Valamivel erősebb izgalom a mellett még az epidermis elváltozását is okozzák, mely a behatás kisebb fokánál mint hámlással járó elszarusodási anomalia, nagyobb fokánál már mint colliquativ elváltozások jelennek meg. (Desquamativ és nedvedző eczema vagy desquamativ és nedvedző eczematisatio, dermatitis artificialis kiterjedt artificialis elváltozásokkal.)

3. Mérsékelt izgalom hosszabb behatása az epidermisnek és a papillarétegnek egyenletes, mérsékelt hypertrophiáját (Lichenisatio) idézi elő.

4. Mindezen bőrelváltozások a bőrnek általános reakcióját képezik a legkülönbözőbb nemű izgalom enyhébb vagy erősebb behatására. Kifejlődésük pathologikus körülmények között sokkal gyorsabban és könnyebben történik. A közvetlen ok itt csak a kiváltó, alkalmi ok szerepét játsza, míg a reactio formáját a bőr praeformált szerkezete és disponáló momentumok határozzák meg.

5. A viszketés sok esetben fontos szerepet játszik, mint disponáló momentum. Így pl. azon bőr laesióknál, melyeket lichenisatióknak, prurigo- és eczemagübeseknek szokás nevezni. De ezen „syndromák” azaz a viszketés társulása bizonyos bőrlaesiókkal csak egy specialis esete azon törvénynek, melyet fentebb kifejtettünk. Ha viszketés és bizonyos más praedisponáló momentumok vannak jelen, akkor a vakarás mint a viszketés következménye, könnyen idézi elő azon bőrelváltozásokat, melyek a bőr általános reakciónak nevezünk.

6. Ezen bőrelváltozások nem elegendők arra, hogy jellegessenek egy kórformát, nem is képezhetik tehát a diagnosis alapját. Megfelelőbb, lényegesebb jelek hiányában kivételkép és provisoricie szolgálhatnak kór-csoportok felállítására.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

Jelentés az 1894. év szeptember hó 1-től 9-dikéig Budapesten tartott VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressusról és annak tudományos munkálatairól. Gerlóczy Zsigmond dr. Budapest, 1896.

Midőn a VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus záróülése után hazafias örömmel és meglelégedéssel tekintettünk vissza a lefolyt mozgalmas napokra és büszkén olvastuk a külföldi szaklapoknak a congressus tudományos eredményeire vonatkozó dicséretű bírálatait: nagyon óhajtottuk, hogy a congressuson elhangzott, számtalan nagyfontosságú egészségügyi és demographiai kérdést tárgyaló és nagyobb részt valóban rendkívül becses előadásokat és felszólalásokat rendszeresen összegyűjtve, mihamarább nyomtatásban bírassuk.

Az anyag óriási mennyisége, az előadók és felszólalók nagy száma és az ilyen terjedelmes munka összeállításának sok nehézsége dacára óhajtasunk immár teljesült: a Budapesten tartott VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressusról szóló „Jelentés” 7 vaskos kötetben és egy részletes indexet tartalmazó füzetben megjelent és a congressus tagjainak szétküldött. Gerlóczy Zsigmond dr.-nak, a congressus egyik titkárának, valamint a egyes sectiók elnökeinek és titkárainak vállaira nehezedett a szerkesztés fáradságos munkája és az ő buzgóságuknak köszönhető, hogy a congressus összes tudományos munkálkodását immár rendszeresen összegyűjtve tekinthetjük át.

Bajos dolog volna belekapnom a nagy mű részletes ismeretetésébe, mert hiszen akkor 873 előadásról és körülbelül ugyan-

annyi hozzászólásról kellene referálnom! A rendelkezésekre álló szűk tér még csak azt sem engedi meg, hogy az orvosi világ legkiválóbbjainak korszakalkotó előadásait, melyeket a cholera, diphtheritis és a tuberculosis ellen való védekezésre és e bajok orvoslására, valamint az immunitás kérdésére vonatkozólag elmondtak, méltassam. Legzezszerűbbnek látszik tehát, ha csak általános képét rajzolom a szóban forgó nagy műnek s e végből kötetenként foglalkozom vele.

Az I. kötet tartalmazza a congressus főtitkárának, Müller Kálmán professornak a congressus egész működéséről szóló jelentésén kívül a megnyitó- és záróülést, az állandó bizottság alapszabályait és üléseit, az elfogadott határozatokat, a congressus tiszti karának névsorát, a bizottságokat, a kiküldött képviselők és tagok névsorát, a Semmelweis-émlékünnep leírását, valamint a hat nyilvános népszerű előadást. A főtitkári jelentésből néhány érdekes számadat tűnik ki; így pl. megtudjuk belőle, hogy a congressusnak 2240 férfi és 317 nő tagja volt, hogy összesen 873 előadást tartottak, hogy 552 hivatalos képviselőt jelentetett be 1171 képviselővel; hogy a székes főváros 105,000 frtot adott a felmerülő költségek fedezésére stb.

A II. kötetben kezdődik meg az előadások és discussiók közlése: a hygieniai csoport I. osztályában a fertőző betegségek kóroktanával foglalkozó 11 előadás, a II. szakosztálynak a járványok prophylaxisát tárgyaló 19 előadása és a III. szakosztálynak a tropikus országok közegészségügyére vonatkozó 28 előadása. Ezekon kívül megtaláljuk e kötetben a szakosztályok együttes ülésein tartott ama rendkívüli fontosságú előadásokat és discussiókat is, melyek különösen a diphtheritis, cholera és a váltóláz leküzdésének irányelveit taglalták.

Érdekes a III. kötet is. Ebben vannak a IV., V. és VI. szakosztálynak az ipar-, gyermek- és iskolaegészségügy köréből tartott előadásai, összesen 76

Nem kevésbé érdekes a IV. kötet. Ez tartalmazza a VII., VIII., IX. és X. sectio ülésein megtartott előadásokat, melyek a közlekedés, városok, középületek és lakások egészségügyét tárgyalják.

Az V. kötetben a XI., XII., XIII. és XIV. sectiók közlik congressusi működésüket. A közlekedés egészségügye, a katonai egészségügy, az életmentés és az államorvostan köréből tartott előadások sorozata tölti meg e könyvet.

A hygieniai csoport előadásainak utolsó részletét, a XV., XVI., XVII., XVIII. és XIX. szakosztályok munkálkodását a VI. kötet tartalmazza. A sport (testedzés és testápolás) egészségügye, a fürdők hygieniája, az állategészségügy, a gyógyszerészet és végül az általános samaritanusügy fontosabb kérdéseinek tárgyalásait leljük meg e kötetben.

A demographusok előadásait és hozzászólásait a vaskos VII. kötet foglalja magában. Szintén sok érdekes cikkeknek és becses adatoknak gyűjteménye.

Nagy előnyére válik a munkának, hogy VIII. kötetül kimerítő és pontos index-szel bír, mely kitűnő útbaigazítót szolgál.

A congressus internationalis jellege mintegy kifejezésre jut a „Jelentés”-ben az által, hogy az előadások és discussiók azon nyelven jelentek meg, a melyen elmondattak (esupán az általános dolgok közöltettek magyarul és francziául). Sajnos, hogy ez által több kiválóbb értekezés a kevesebb nyelvismerettel bíró congressusi tagok számára hozzáférhetlen.

Végül meg kell emlékezni a „Jelentés”-nek felette gondos külső kiállításáról, mely a „Pesti könyvnyomda-részvénytársaság”-ot dicséri.

A—y dr.

## II. Lapszemle.

### Gyógyszertan.

—r. Az ichthalbin (ichthyol-fehérszén) iz- és szagnélküli ichthyol-készítmény. Előleges közlemény Sack Arnold dr.-tól (Heidelberg). Tudvalevőleg az ichthyol igen undorító ízzel és

szaggal bír. Daczára annak, gyógyító hatása oly nagy, hogy indicatióinak száma évről évre növekszik. Kétségtelen, hogy az ichthyol ható anyaga a kénben rejlik, mely abban szézenyhez kötve fordul elő és pedig oly bensőleg, hogy ez az ichthyol megbontása nélkül alig választható ki belőle. Ezen alapszik az ichthyol vegyileg kimutatott reducáló, az az élelyt elvonó hatása a bőrre és edényt összehúzó, tehát lobellenes és izzadmány felszívó hatása is. De miután a kén ily szorososan van a szézenyhez kötve, az a kén az ichthyol felszívódásánál a vérárammal eljut az egész szervezet peripherikus hajszáledényeibe s ott kifejtheti felszívó és tonikus hatását, mely az anyagcsere fokozásában nyer kifejezést. Ezen alapszik az ichthyol kedvező hatása is, melyet Cohn és Scarpa, valamint Le Tanneur és Fränkel a tüdőgümőkór kezelésénél a bélműködés szabályozását és a testsúly rohamos emelkedését illetőleg észleltek. Így látjuk, hogy az ichthyol indicatiója, melyet már Nussbaum a dermatologikus térről a belső betegségek (kivált köszvényes és rheumatikus bántalmak) mezejére terelt, újabban másnemű betegségek egész sorozatánál is érvényre jutott. Úgy a gynaekológiában, mint a gonorrhoea és szövödményeinél is megállotta helyét, miután Freund és Neisser is határozottan mellette nyilatkoztak. Azonban belső adagolása minden hosszabb kezelésnél csaknem legyőzhetlen akadályokba ütközött kellemetlen íze és szaga miatt. Azért szerző ugyanazt kísértette meg ichthyollal, a mit Gottlieb tanár a tanninnal tett, t. i. összekötötte azt fehérnyével, órákon át nagy hősségnek tette ki és ekkép igen finom szürkés-barna port állított elő, mely nemcsak szagtalan, hanem csaknem íz nélküli is és alkalikus folyadékokban egészen feloldódik. Ezen készítményt Knoll és társa Ludwigshofenben állítják elő gyárukban ichthalbin (ichthyolalbumin) neve alatt. Az ichthalbin Vieth dr. elemzése szerint 40% ichthyolsulfosavat tartalmaz, a gyomorban nem oldódik, tehát bőfőgést és hányást nem okoz és csak a bélben hasad ichthyollá, s így folytonosan jut felszívódásra. Az ichthalbin, absolute nem mérges, miért is lemérés nélkül kávéskanalanként adagolható. Szerző eddig mintegy 30 esetben tett azzal kísérleteket. A belső adagolás 1—2 gm. 2—3-szor naponta, legjobban közvetlenül az étkezés előtt. Általában következő hatását tapasztalhatta: 1. a széketét szabályozását, mely lágyabb, bővebb és gyakoribb lett; 2. az étvágy fokozását, mely néha valóságos farkaséhségig növekedett; 3. a táplálkozás emelkedését, mely némely esetben hetenként 1 fontra hágott. A szerző esetei még gyérek. Azonban kivált bélbajoknál (idült bélhurutok), továbbá zavart menstruatio és metritiseknél, főleg ha ezek rosaceával kapcsolva voltak, végre idült ecezémánál a leggyorsabb gyógyulást észlelte. Ajánlja tehát a klinikusoknak, hogy ezen teljesen ártalmatlan szerrel, mely gyermekeknek is minden akadály nélkül alkalmazható, behatóbb és kiterjedt kísérleteket végezzenek.

—r.

### Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Alsárfekélyek gyógyításánál jó eredményeket látott Edlén a következő kenőcsnek alkalmazásától: Rp. Acidi carbolici 2'0; Acidi borici 10'0; Camphorae 7'5; Ichthyoli 20'0; Ol. citri guttas nonnullas; Zinci oxydati ad 100'0. (New-York Med. Journ., Vol. 63.)

2. Nátha ellen jó eredménnyel használható a következő oldat spray alakjában: Rp. Ichthyoli, Aetheris, Spir. vini rectific. aa 1'0; Aquae destill. ad 100'0. (Practitioner, 1897. május.)

3. Fogfájás elleni szer: egy rész cocainum hydrochloricum, 50 rész kámfor és 50 rész chloralhydrat néhány csepp vízben felolvasztandó; az ebbe mártott watta-darabka az üres fogba helyezendő, a hol 24 óráig marad. (Practitioner, 1897. május.)

4. Acut és subacut nephritis eseteiben Campbell Black a következő orvosságtól látott feltűnő jó eredményeket: Rp. Hydrargyri bichlorati 0'06—0'12; Kalii jodati 4'0—12'0; Inf. gentianae 210'0; Syr. simpl. 30'0. M. D. S. 3 evőkanállal naponként. (Sem. méd. 1897. 28. sz.)

## TÁRCZA.

A régi fürdőélet Magyarországon.<sup>1</sup>

Beatus ille, qui procul negotiis!... sóhajtottam magamban a pályaudvarhoz érkező kocsiakat szemlélve, melyekből mosolygó arcú nők szállnak ki, utánuk kalapskatulyák és a fonott kosárládák serege kerül a vasuti szolgák kezébe, kiknek az utazás izgalmától égő arczczal mondják meg az útírányt. Sorra hallok: „Parád, II. osztály“, „Herkulesfürdő, I. osztály“, — „64-es kérem!“ — „Tepliz, gyorsvonat“... „2 óra 30 perc indulás“... Tusnád, Vihnye, Stubnya, a sok Fűred mind fülemben cseng, s míg a szolganép a jövendő diadal fegyvereivel, a szép és mindenek fölött drága toilettékkel megrakott ládák súlya alatt nyög, az eddig észre sem vett, csendes férjek a pénztár körül tolonganak, addig az én érdekes utazóim siető léptekkel haladnak a várótermeken keresztül a perronra ki. Ide is követem őket... Lárma, nyüzsgés, zaj, hangos beszéd mindenütt, az emberek udvariátlanokká lesznek és önzőek. A nyugtalan futkozás és egybefolyó zsihongás zajába belévegyül az állomás harangja; a friss tavaszi szellő fojtó füstöt hoz magával az üvegtető alá, s a sűrű, barna színű levegőben fel-feltűnik egy-egy piros kalap, kockás „strand-sapka“ s alattuk rendesen egy kedves, kipirult arc, könyekkel szemében, de a melyeken azért átesillog a mosoly is, a boldogság, hogy kirepülhet a zárt falak alkotta kalitkából a szabad természet valamely gyöngyének egy-egy szép fürdőnek illető légkörébe. — Csak el, csak ki a szabadba! — ez a jelszó és a csöngő harmadik kondulására felhangzik a tüszkölő érczparipa éles sipolása, lassan, nehézkösen megmozdulnak a telt kocsi, s azt a sok szép reményt és tervet, gyógyulásba vetett hitet és égő vágyakozást mind, mind viszik magukkal, a mik az én szép útítársnőim szívét megdobogtatják, bár szorgalmas kendőlobogtatásaikból, könyes szemekből azt vélnéd, hogy visszakiváncsoznak a fülledt levegőjű városba, unalmas, izzadó férjeik, sápadt imádóik mellé. Eltűnt szemem elől az utolsó kocsis is... Beatus ille!... magam maradtam már az elhagyott perronon és mélyen elgondolkozom azon a hatalmas mozgó erőn, a mi az embereket minden tavasszal megmozgatja s a szabadba űzi. A természet gyermekei vagyunk és nem tudjuk megtagadni magunkat! És ez így van már száz meg száz év óta, így volt már őseink idejében is, mikor a prűszkölő mozdonyokat még csak tüzesvérű lovak vagy jámbor, ezimeres ökrök helyettesítették, s a megvasalt anyaföldön robogó vonatok helyett csendes hosszú karavánok haladtak a poros országutakon a „savanyúvíz“ felé. Az egybefolyó városi zsvaj közepette elmélkedem a régi fürdői életéről, s csodálkozom őseink önmeztagadásán, kik készek voltak elhagyni kényelmes várkastélyaikat, csak hogy pár hónapot sátor alatt vagy gunyhókban valami híres csodakút mellett töltsenek. Pedig milyen nehéz volt még odáig eljutni, hogy valaki fürdőbe indulhasson! Aesculap szigorú papjai állották útját, kikkel a nyavalyákban félős eleink soha sem mulasztották el tanácskozni a „csevieze“ vagy „hév-víz“ fölött. A tudós doktor azután hosszas theoretizálás után többszörösen jól megpurgálta áldozatát s azután jól ellátva öt „drága kőből készült porokkal“ (csakugyan drágák voltak!) útjára bocsátotta. Csak főuraink engedhették meg maguknak azt a luxust, hogy fürdőbe járjanak, mert csak ők tudták podgyászaikat fegyveres csatlósaiikkal megvédelmezni a felvidék rablócsapatai ellen s tudták biztosítani nyugodalmukat a fürdőben az erőszakoskodó szomszédokkal szemben. A fenyesek esendjét bizony nem egyszer zavarta meg a fegyveresörgés és löporfüst vegyült az éltet adó levegőbe, vad csatakiáltás zavarta meg a vendégek nyugalmát. A Bocskay, Thököly felkelések, kurucz és labancz háborúk közepette ellenség és barát egyaránt csapás voltak a fürdőkre, s ez ellen nem használt Stubnyának még a királyi oltalomlevél sem. Azután meg nem úgy foglaltak szobát hajdan, mint most; hanem Révay Ferencz, túróczy főispán egyszerien rajta ütött Stubnya-fürdőn s fegyvereseivel lefoglalta azt magának egy saisonra; vagy mikor Nyáry grófnő, miután betörette az erődítmény formára épített kőház kapuját, békésen fürdőzött ott, jött Rákóczy Pálné 120 lovassal s kitétte őt a „kőház“-ból. Kőrmöczbányát pedig, a szegény fürdőtulajdonost

<sup>1</sup> Felolvasatott az ideai balneologiai congressuson.

senki se kérdezte meg, hogy tetszik-e neki kiadni fürdőjét és hogy mennyi a curtaxa?

De nemcsak az ellenséges indulatú, hanem a barátságos, fényes ovatiókkal fogadott nagyúri vendégek is elég bajt okoztak. Így pl. Wesselényi nádor mindig oly nagy kísérettel szokta volt meglátogatni Stubnyát, hogy egy ily látogatás után a fürdő felügyelője Kőrmöczbányához irt levelében imígyen fohászodik: „A nádor nem kíván ez évben visszatérni a fürdőbe; az Úristen tartsa meg szándékát a jövőre is. Amen!“

Férfiak és nők mindenütt együtt fürdőztek; a városi fürdők-nél 1521-ben találkozunk először a nők külön fürdésével, mikor Brassó város tanácsa a nők számára külön osztályt létesített. 1658-ban — említi egy levél — Wesselényi nádor feleségével, Széchy Máriával és másokkal a közös tükörben fürdőzött, de később annyian gyülekeztek oda a nádor udvarlására, hogy Széchy Mária sem tartotta illendőnek az ottmaradást. A jezsuitarend szabályai közt pedig ez időből azt találjuk kimondva, hogy egy férfi — legyen az akár jezsuita is — és egy nő együtt feredése nem erkölestelen dolog, ha egy bizonyos távolságban vannak egymástól.

A fürdőket nem valami mértékletesen használták; maguk az orvosok is megengedték, hogy a ki bírja 3—4 óráig is mulathat a vízben. Mert a fürdőzés valósággal mulatság volt; jó szabad levegőn, nyakig vagy övig meleg vízben folytaták az urak politizálásait vagy udvarlásait. A trensén-tepliz fürdőben még asztalok is voltak a víz fölött a basineken, s azokon fogyasztották el reggelijüket vagy quaterkáztaik, kockát vagy kártyát játszottak a fürdőzők. Némelyek virtuskodásból, a szegények takarékoskodásból sokszor hihetetlenül protrahált fürdőket vettek; esoda, hogy el nem áztak vagy fel nem oldódtak! Jordanus említi egy esetet, hogy egy morva nemes ifjú 9 óra hosszat, a szolgálja pedig még egész éjjel is a vízben tartózkodtak és nem ártott nekik. A zsidókról említi több helyen, hogy mivel minden fürdésnél bizonyos ezüstpénzt kellett nekik fizetni, hogy hiába ne fizessenek, fél napig is („szemtelenül“) a vízben ülnek.

Az uraknak és parasztnak azonban majd mindenütt külön fürdőjük volt, a mi az akkori kasztrendszer uralkodása mellett nagyon is érthető. Némely nagyobb fürdőhelyen még a zsidóknak is külön fürdőjük és kútkjuk volt, a mi ellen a jelen század 20-as éveiben egy szabad gondolkodású főúr, gróf Dessewffy József erősen kikelt, mondván: „Hogy lehet a galádságot kirekesztőleg a zsidóknak tulajdonítani! Természetes dolog a piszkos, motskos, rongyosokat mind ingyen, mind külön feresztetni: de lenne hát egyenlőség az ügye-fogyottak közt, s ne tenne az ezek iránt gyakorlott kedvezésekben a vallás különbözést.“ Későbbben a XVIII. században az előkelők mindenütt kádakban (wannákban) fürdőztek, míg a közfürdőket, melyek már ekkor igen zsufoltak és piszkosak lehettek csak a nép, polgárok, katonaság és zsidók használták s lármaikkal, durva tréfáikkal a sétáló úri közönségnek gyakran multságára szolgáltak. Gróf Gvadányi, labancz generalis például, mint maga is versekben megírta, püstyéni fürdőse alatt egyszer azzal mulatta magát, hogy az „angolsóval“ megétegetett cigánybandát a közfürdőbe küldte, s mikor azután a katasztrófa által meglepett bandát a fürdőző nép nagy szitkozódással üzőbe vette, ezen „wanna“-jában felállva jóízűen mulatott.

A fürdéshez rendesen hozzá tartozott az érvágás és köpölyözés, a mit mértéktelenül és undorító módon üztek s nem egyszer a basin vize utálatos véres lett.

Erősen kikel ez ellen La Langue János fürdőismertető munkájában, mondván: „... különb, különbféle idős férfiú; vagy asszonyi állatokat meztelen, egész testekben véressen, undokul, s otsmányól kiálló szarvakkal, melyek a köpölyözéshez vették, megrakva szemlélni felettébb irtózó s némelykor veszedelmes, leg'inkább az idegeneknek“.

A fürdőházakra és kabinokra a legkevesebb gondot fordították. Fából voltak, s mint Dessewffy említi: „a vékonyan mázolt deszkázatok résein, hézagain s hasítékjain keresztül bőven beköszönthet a fürdőzőhöz a suhogó fel- vagy alszél s verheti a pupók Bóreasz“.



A mint pirkadni kezdett, a tyúkokkal kelő eleink már megindultak a „savanyúvíz“ vagy „esevicze“ felé, ki ezüsből való aranyozott, ki csak zink, ki pedig egyszerű vagy finom metszésű üvegserlegével. A kútnál kívánatos, piros eszimas parasztlánykák vagy a kifent, kikent városi hajdú zsinórra kötözve a füles poharakat, vagy hosszú kampós bot végére erősítve megmerítette azt savanyú vízzel vagy rézkanállal osztogatta azt szét, s tele poharával kiki elszéledt, hogy az erdő esendjében vagy később már a népes promenádon az előirt járkálás közben kiigya adagját. Élénk sürgés-forgás volt a reggeli ivócura ideje alatt a kut körül. Politizáló öreg urak, „pumphózlis lorgnettes dandyk, kezökben a kalarábénagságú ezüst órával, mit nem mulasztottak el a promenád végén álló napóra után igazítani“, aranyfejkötős, az éjjeli papirtekeresekből kiszabadult göndör fürtű dámák patyolatokba burkolózva, kaczagó leányzók ropogós viganójukban tolongtak a kút körül és verték fel az erdő esendjét egymás egészségét tudakolva, orvosi tanácsokat osztogatva, pletykázva és politizálva. Kurta rokolyás parasztlánykák, vihánczó cselédek is belévegyültek kőkorsóikkal az úri nép közé, s hangzott az enyelgő sikoltás, ha a hajdú vagy az uracsok valamelyike kissé kézzelfoghatóan kezdett udvarolni. Néha feltűnik közöttük egy fekete pápaszemes borotváltképi alak, hóna alatt elefántesontnyelű ébenfa bottal; nincs is szükség reá, hogy zsebéből az orvosságos üvegre kötött hosszú nyelvű signatura lógjon ki, a nélkül is felismerhető benne Aesculap komoly papja, ki betegeinek üterét fogdosva szúró szemével a vesébe lát, s jaj annak, ki panaszkodik neki, azt rögtön ellátja saját készíttette drága poraival és piluláival.

(Folytatása következik.)

## Német gynaecologusok egyesületének VII. congressusa.

Lipese, 1897. június.

(Folytatás.)

A szülészetből discussióra kitűzött tárgy: A placenta praevia.

Ennek mintegy 47 oldalra terjedő referatuma Hofmeier (Würzburg) és Schatz (Rostock) tollából ered.

Hofmeier placenta praeviának azon állapotot nevezi, melynél a méhszáj felett — zártnál is — kisebb vagy nagyobb terjedelemben placenta szövet létezik.

Placenta praevia kifejlődhetik 1. ha a reflexától bevont ovulum, a pete további növekedése által a deciduát széjjel hasítja és ezen hasadási folyamat a belső méhszájig terjed, vagy ha placenta marginata képződésekor a decidua szintén hasad és így a bolyhok a belső méhszáját körülövik.

2. Akkor is képződhetik, ha egy placenta reflexa kifejlődése után ez a belső méhszáj fölé áthelyeződik.

3. Kérdéses, vajjon a belső méhszáj fölött az ovulumnak direct történt implantálásával fejlődhet-e placenta praevia, mint azt Ahlfeld hiszi. E lehetőség ellen úgy az anatomiai, mint fejlődéstani ismereteink szólnak.

Fősymptomája azon vérzés, mely a decidua rétegben történő szétválás által az intravillosus úrból vagy placenta-lebeny leválásakor a megnyitott decidua-edényekből történik. Ez független az elülfekvő lebeny nagyságától.

Diagnosisnál első helyen tekintetbe jö a vérzés és nyitott cervixnál placenta szövet kimutatása. Ha a vérzés fennáll hólyag-repedés után is, úgy ez a normalis vagy legalább az uterus felső részében ülő placenta leválását mutatja.

Therapia. A vérzés kezelése tamponade-dal csak a hüvely szorgos desinfectiója után van megengedve. Aseptikus vagy sterilizált anyag használandó. Így tamponálhatunk 1. a terhesség alatt, 2. a szülés kezdetekor.

Ha a szülés megindult, úgy az általános gyakorlatra nézve a legjobb therapia: a hólyag repesztése, a nehezebb esetekben megelőző combinált fordítás után a láb lehozatala.

A szülés további lefolyását legjobb — el nem tekintve a gyermek életét — lehetőleg a természet erőkre bizni. Esetleg az extractio megkönnyítése céljából az anyai lágyrészeket tágíthatjuk colpeurynterrel.

A beavatkozás tartama alatt iparkodjunk a szülönő általános erő állapotját az ismert szerekkel fentartani.

A placentaris időszak lehetőleg vigyázattal és várakozólag kezelendő.

Schatz (Rostock), szerint a placenta praevia sem fejlődhet másképp mint a rendes placenta. Hogy e téren a nézetek még annyira divergálok ennek oka az, hogy nem ismerjük a placenta fejlődését. Igen terjedelmesen tárgyalja a placenta fejlődését az egyes állatfajoknál, végül a placenta praevia létrejöttének 6 módját ismerteti. Az endometritisnek a placenta praevia létrejötténél tulajdonít szerepet.

A diagnosis fejezetben felemlíti, hogy a hüvely és a portio feltűnő succulentijából még egy esetben sem volt képes felismerni placenta praeviát. A terhesség alatt és a szülésnél fellépő tipikus vérzések néha tévedésekre vezetnek. E vérzések eltolt decida verából jöhetnek és ép oly erősek lehetnek mint placenta praeviánál. Mindkét nemű vérzés a tipikus terhességi fájásokkal lép fel és megszűnik ugyanazokkal, mert azután már nem történnek eltolások.

A prognosisról szólva, szerinte a Braxton Hicks fordítás sokat veszít előnyéből, ha utána az esetleges extractiót nem végzik a legnagyobb nyugalommal és esetleg a gyermek életének feláldozásával. A tamponade jól alkalmazva kisebbíti a repedések, sérülések veszélyét, lehetővé teszi gyakran egy gyorsabb és mégis veszély nélküli extractio alkalmazását, melylyel némely esetben a gyermek életét is megmenthetjük. De hosszú tartamnál öregbíti az infectio veszélyét.

Therapeutice hólyag-repedés után alkalmazhatónak véli Dührssen szerint a colpeuryntert. De óvakodjunk a ballont túlságosan megtelteni, mert ez a gyermek életére nézve épen nem közömbös.

Bayer (Strassburg) 28 ezer gravidánál mérte a cervix hosszát és azt tapasztalta, hogy a cervix terhesség alatt meghosszabbodik és hypertrophizál. Azon esetekben, midőn terhesség alatt a cervix ezen kibontakozása valamely oknál fogva elmarad, szüléskor létre jö a physiologikus strictura. Az ily kifejtetlen cervix mellett gyakori a placenta praevia. A cervix kifejtetlensége és a placenta praevia között ő határozottan oki összefüggést talál. A placenta praeviákat 2 osztályba sorozza: 1. azon esetek, melyeknél a terhesség alatt volt vérzés és 2. melyeknél nem volt vérzés. Ez utóbbi esetekben szüléskor a vérzés nem annyira a levált placentából mint inkább a strictura repedéséből történik, a mely úgy az anyára mint a gyermek életére nézve sokkal veszedelmesebb mint az 1 alá tartozók vérzései szüléskor. E nézetének helyességét bebizonyítandó Chrobak anyagát használja fel, mely szerint I. 90 esetben a terhesség alatt volt vérzés, ezek közül plac. praev. lat. 52 esetben, meghalt 3 anya és 37 gyermek, plac. praev. centr. 38 esetben, meghalt 0 anya és 30 gyermek. II. 40 esetben nem volt a terhesség alatt vérzés, ezek közül plac. praev. lat. 28 esetben, meghalt 3 anya és 13 gyermek, plac. praev. cent. 12 esetben, meghalt 4 anya és 11 gyermek.

Ahlfeld (Marburg) Hofmeierrel szemben fentartja azon állítását, mely szerint a pete elsődlegesen letelepedhetik a belső méhszájon és ott tovább fejlődve placenta praeviát okoz.

Küstner (Boroszló). A cervix alsó része képes deciduát producálni. E nézet mellett szól azon esete, midőn rendes szülés után, kézzel volt kénytelen a cervix alsó részéhez adhaerált placentát eltávolítani. A colpeurynter alkalmazását ajánlja. Az 500 g. folyadékkal megtöltött colpeuryntert maximum 500 gm. súlylyal nehezíti meg. Eseteiben a gyermekeknek 65% él.

Ruge (Berlin). Nem tartja lehetőnek, hogy a cervix nyálkahártyája, mint azt Küstner állítja deciduát hozzon létre. Hogy miért jö le oly mélyre a pete azt nem tudjuk. Szükséges annak feltevése, hogy másképp fejlődik a placenta a különböző helyeken.

Baumm (Boroszló) a külső fordítást ajánlja.

Herff (Halle) a kérdéshez szól és a következő esetből származó készítményt mutat be. Spondylolisthetikus medenczével bíró szülönőnél, sectio caesarea + Porro-val fejezi be a szülést. Műtét közben, midőn a méhet kigördítette, a jól érzett contractionis gyűrű helyét megjelölte selyemfonállal és ezen hely, a mint azt be is mutatja, 1 1/2 cm.-nyire magasabban fekszik a belső méhszájtól.

*Leopold* (Drezda) a placenta fejlődését tanulmányozta. A számos igen sikerült rajzból kitűnik, hogy a syncytium foetalis eredetű.

*Bayer* (Strassburg) hozzászólása után *Schalz* zárszavában a placenta praevia nomenclaturáját illetőleg tesz egy-két megjegyzést.

\*\*\*

#### Előadások és bemutatások.

*Anatomia.* *Rosthorn* (Prága) a medence kötőszövetéről tart előadást. E kérdést tanulmányozta felnőtteknél, gyermekeknél és embryoknál. Számos igen sikerült, seria metszetet és injectiós készítményt bemutat.

*Medence.* *Kézmárszky* bemutatja egy Robert-féle medence sikerült Röntgen-fényképét, melynél császármetszést végzett. (V. ö. Doktor Sándor. Orvosegyesületi gyűlés Orvosi Hetilap 2. száma.)

*Wiedow.* Egy néhány rhachitikus medenczét mutat be. 1000 eset közül 20-szor talált satnya emléket vagy rudimenter genitáliákat. És mind a 20 esetben a medence is szűk volt.

*Herff* (Halle). Spondylolisthetikus medenczét és dolichocephalus gyermekoponyát mutat be.

*Fejlődéstan.* *Klein* (München) szól a Müller és a Gartner-féle vezetékről. A Wolf-féle vezetékről megemlíti, hogy ez gyakran persistál és ilyenkor a parovariumtól kiindulva, a lig. lata lemezei között egészen a hymenig követhető. A portio mentén számos ágat bocsát, melyekből daganatok különösen myomák fejlődhetnek.

*Daganatok.* *Bulius* (Freiburg) sarcoma ovarii-t mutat, a mely az intramuscularis rétegből indult ki. Két tuberculosis tubariae et peritonae esetet demonstrál.

*Orthmann* (Berlin). A corpus luteum pathológiájáról szól. A corpus luteum haematoma képezhet, mely ismét abscedálhat.

*Rosthorn* (Prága). Gyermekökölnyi corpus luteum cystákat mutat be.

*Pfannenstiel* (Boroszló). Az ovarium dermoidcysta histogenesiséről beszél. A dermoidban a hám és képletei valószínűleg az amnionból erednek.

*Veit* (Leiden). Uretrocele esetét mondja el. Cseresznye-nagyságú daganatot talált a hüvely mellső falában, mely két nyílással volt összefüggésben az urethra lumenével.

*Pfannenstiel* (Boroszló). Egy retroperitoneal fejlődött 2 fejnyi tumort mutat be, mely a medenczébe ékelve ischuriát okozott. A daganat myomának bizonyult.

*Elischer* (Budapest). Ez esettel kapcsolatosan felemlíti, hogy a retroperitonealisan fejlődött sarcomák rövid időre recidiválnak.

*Sänger* (Lipese). A hasfalnak glandular cystikusan elváltozott esetét mutatja be. Ez esetben a betegnél évek előtt megpungálták ovarialis cystáját. Sanger megoperálta, a cysta falát kihámoztatta. E műtét után 11 hó múlva a beteg ismét jelentkezett, a hasfalban két ökölnyi daganat. Azt hitte, hogy exsudatum, operatióval kitént, hogy e tumor, a mellbe és a bélbe is hatolt. A tumor számos kis glandularis cystából áll. Ez esetben a punctio által a hasfalba a rosszindulatú hám implantatiója történt, mint azt már Pfannenstiel is leírta.

*Syncytium deciduae.* *Neumann* (Bécs). Malignus deciduomnak nevezi. Szerinte már a graviditás alatt is előfordulhat. Nyolcz mola hydatidosa, szülés után három esetben csakhamar deciduoma keletkezett. Mind a három esetben a mola mellett oly bolyhokat talált, melyek külső a Langhans-réteget fedő syncytial epithelrétege túl burjánzott volt. A többi öt esetben ezt nem tapasztalta. Ebből arra concludál, hogy ha mola terhességnél a bolyhok ily elváltozást mutatnak, akkor azonnal exstirpáljuk az uterust.

*Fränkel* (Boroszló). A „Syncytium“ elnevezés egy bizonyos szövetre elvetendő, mert a terhességben a különböző anyai és magzati szövetek syncytium képződésre hajlamosak. Ö chorion boholy epithelcarcinomának nevezi e tumorokat. Neumannnak nincsen igaza, hogy a chorionepithel ily elváltozásakor a méh exstirpálható. Elég ha az illetőket megfigyeljük.

*Gebhard* (Berlin). Három malignus syncytium esetről számol be. Két esetben az uterus nyálkahártya mirigysejtei syncytal

jellegűek voltak. Szerinte tehát nemesak a Langhans és az ezt fedő epithel-réteg, de sőt a mirigyelemek is részt vesznek e daganatok képződésében.

*Gottschalk* (Berlin). Nem szabad e tumorokat carcinomáknak nevezni.

*Sänger* (Lipese) figyelmeztet azon körülményre, hogy terhesség carcinoma vagy sarcoma uteri mellett is fejlődhetik. Ez esetek nem tévesztendőek össze a deciduomákkal.

*Bulius* (Freiburg) egy esetében a syncytium daganat a placenta tapadási helyéből indult ki.

*Ruge* (Berlin). A syncytiumot anyai szövetből kiindulónak tartja.

*Carcinoma.* *Winter* (Berlin) inoperabilis carcinomát chelidonium majussal kezelte. A kezelés fájdalmas és eredménytelen volt. Alkalmazását nem ajánlja.

*Küstner* (Boroszló). Carcinoma uterinál a Freund-féle műtétet ajánlja, különösen azon esetekben, ha szűk vaginával van dolgunk.

*Mackenrodt* (Berlin). Az uterus exstirpációról értekez. Szerinte az összes módok közül carcinománál a legjobb az igni exstirpatio, melyet galvanocauterrel végez. Bemutat egy sarcoma uteri készítményt, melyet aznap távolított el a meghívott congressus tagok előtt. Műtét közben, midőn az uterust eltávolította, igen erős vérzés támadt, úgy hogy a műtő kénytelen volt a mindkét oldali parametralis csonkot szorítókbá fogni. Állítása szerint a vérzést az okozta, hogy a segédek a tükrökkel erősen kifestették a vaginát, így a csonkokról a pörkök leváltak.

*Myoma.* *Koblank* (Berlin) több uterus készítményt mutat, melyeknél myoma mellett terhesség jött létre.

*Abortus, extrauterin terhesség.* *Rossier* (Lausanne). Extrauterin terhességről szól. Szerinte a diagnosis felállítása után minél előbb operáljunk. 18 extopikus terhesség esetéből következtetve a colpotomiát nem ajánlhatja. Egy esete ovarialis cystával volt complicálva.

*Schultze* (Jena) egy tyúktojásnyi követ mutat be, melyen egy embryo sceletuma tisztán látható. E követ a tuba abdominalis fimbriát nélkülöző végen találta egy oly nőnél, a kit ovarialis tumor miatt operált és a ki 17 éves korában, vagyis 14 év előtt szült először. 21 éves korában férjhez ment, concipiált, de a mint a beteg bemondja, csakhamar abortált. Azóta steril volt.

*Skuts* (Jena) megemlíti, hogy egy 4-dik hónapban terhes asszony vérzett, előbb eltávozik a teljes decidua, majd 2 nap után a kéthónapos pete. Azt hiszi, hogy ez esetben a tubában egy interstitialis extrauterin terhességgel volt dolga, a mely az uterus felé abortált. A készítményt demonstrálja.

*Schramm* (Drezda). Uterus bicornis bal szarvában terhességet talált. Ez esetben a nyolcz hónapos magzat retentiója miatt sectio caesarea, torzszülött. Baloldalt ureter-méhszarvüstula keletkezett, melyet megoperált.

*Uterus ruptura* készítményt mutat be *Fehling* (Halle).

*Placenta praevia*s méh tanulságos fényképét mutatja be *Kézmárszky*.

Hasonló esetet mutat be *Leopold* (Drezda), mely esetben jöllehet, a lábat lehúzták, az asszony mégis elvérzett.

*Operatiók.* *Döderlein* (Grössingen). A vaginalis operatiókról tart előadást. A colpotomia posteriort jobbnak találja az anterior-nál. Nem szabad soha egészséges uterust feláldozni a laparotomiától való félelem miatt. Kevés azon eset, melyben colpotomiával lehet operálnunk. Szerinte ide tartoznak azon esetek: 1. ha a tumor vagy cysta hátul van, 2. ha mellül van és jól mozgatható és 3. ha az uterus és hólyag között foglal helyet, pl. benőtt parovarialis cysta. Adnex-tumorok mellett ne total exstirpáljunk!

*Fehling* (Halle). Ha diagnosisunk homályos, nem szabad alulról végezni a műtétet. Nemzöképes nőknél conservative járjunk el, öregéknél az egészséges uterus is exstirpálható. Óva int a *Klemm-methodustól!* (Folytatása következik.)

#### Heti szemle.

*Kövér Kálmán dr. nyilv. gyermekgyógyintézetében.* 1896-dik évben járólagon összesen: 4505 beteg volt gyógykezelve. Ezek között nemre nézve volt 2080 fiú és 2425 leány gyermek, korra nézve pedig:

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

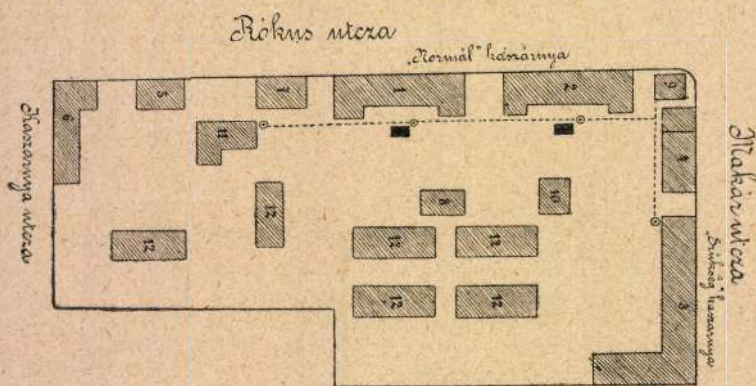
### A pécsi „Kreutzer“-kaszárnyában lefolyt typhus-epidemia.<sup>1</sup>

Paikrt Alajos dr., vezértörzsorvos előadása nyomán közli lovag Dobrzyniecki Árpád dr., cs. és kir. ezredorvos.

A f. é. január hóban a pécsi helyörség között — a krajezár-kaszárnyában — lefolyt typhus-epidemia azon ritkább esetek közé tartozik, melyeknél a fertőzés kiindulási pontját megállapítani sikerült és ez által a járvány tovahaladását meg lehetett gátolni. Mielőtt magát a járványt közelebbről leírni, meg kell említenünk, hogy Pécs városa forrásvezeték-vizvel van ellátva, még pedig három vízvezeték útján, melyek közül a Rókus-forrás vezetékje az ú. n. krajezár-kaszárnya épület complexusát látja el vízzel. A krajezár-kaszárnyában a katonák közt fellépett epidemia idejében a városban egyetlen egy typhus-beteg volt, a ki az irgalmas barátok kórházában volt ápolás alatt.

A helyörség hét, különböző városrészekben fekvő épület-esoportozatban van elhelyezve. Elszórtan előfordult typhus-megbetegedés, még pedig mult évi november havában egy eset az 52. gyalogezrednél, 1896. decemberében a 44. gyalogezrednél, f. é. január havában a 19. honvéd-gyalogezrednél egy-egy eset, összesen tehát három sporadice fellépett eset három különböző kaszárnyában. A járvány maga a 44. gyalogezrednél lépett fel a krajezár-kaszárnyában.

A kaszárnya épületei egy négyszögre vannak építve, mely a Makár-, Rókus- és Kaszárnya-utca felé szabad homlokzattal bír, a negyedik oldala szomszédos házakkal határos. A kaszárnya a Rókus-forrásból származó vízzel vezeték útján lesz a szükséges mennyiséggel ellátva. A forrásból levezetett víz először egy víztartóba ömlik, mely a Makár- és Rókus-utca sarkán van elhelyezve. Innét jobbra és balra csövek vezetnek tovább a vizet a kifolyó kutakhoz: Könnyebb áttekintés végett a kaszárnya helyrajzát mellékeljük, melyből az épületek fekvése, a vízvezetékesövek iránya stb. kivehető.



Mérték: 1 cm. = 12 lépés. Jelmagyarázat: ○ vízvezetési csapók, - - - - - Vízvezeték. 1. 12., 11., 10. század, 2. 13., 16. század, 3. 15., 14. század, 4. altiszti épület, 5. zenészek, 6. helyörségi fogház, 7. raktár, 8. konyha, 9. víztartó, 10. closet, 11. istálló, 12. barakok, ■ pöczegödör.

<sup>1</sup> Előadott a budapesti katonarvosok egyesületében 1897. március hó 5-dikén.

A helyrajzból kivehető, hogy a víztartóból származó csövek az épületek mellett az ereszek irányában futnak; a csövek és a házfal között fekszik a pöczegödör, melybe a closetek tartalma lefolyik és ott ideiglenesen megmarad.

Miként fentebb említettük január 1-én tört ki a járvány és rohamosan terjedt; az alább következő táblázat a megbetegedések számát és a halálozások arányát mutatja.

Mindjárt a járvány kitörésének kezdetétől fogva az illetékes pécsi körök a vízben keresték a fertőzés valószínű okát és azért gondos chemiai, physicalis és bacteriologikus vizsgálat alá vették. Azonban a fertőzést nem sikerült kimutatni. A megbetegedések száma mindazonáltal naponként szaporodott és azért január 7-dikén a víz iránti gyanú miatt a vízvezeték lezáratott. Január 7-dikén egy vegyes bizottság ült össze, mely városi és katonai személyekből állott, mely a vizet és a vízvezeték szerkezetét a krajezár-kaszárnyában újból gondosan megvizsgálta. Legelőször a víztartó lett megvizsgálva; ez kifogástalan tisztának találtatott. Továbbá, hogy bebizonyíttassék, hogy a vezetékvíz fertőzése kívülről nem történhetett, a városi főmérnök manometerrel két atmosphaera nyomás alatt demonstrálta a csövek absolut sűrűségét a bizottság előtt, hogy ezen demonstrálás által arra a meggyőződésre jusson, hogy a vezetékvíz tiszta. És tényleg Pécsen az eddigi feltevésben, hogy az infectio a vízben keresendő, ingadozni kezdtek és a fertőzés okát ennek következtében más körülményekben keresték. A bizottság azon gyanúját fejezte ki, hogy az infectio keletkezése az ételneműekben keresendő, melyek az enyhe, meleg karácsonyi napok alatt a legénység hozzátartozói által a környékből behozattak és romlottak voltak.

Erre január 10-dikén Paikrt dr. vezértörzsorvos leutazott Pécsre, azonnal tájékozást szerzett a helybeli viszonyok felől és elrendelte a vízvezeték újbóli megvizsgálását másnapra a bizottság előtt, daczára, hogy néhány tagja ezt eredménytelennek tartotta.

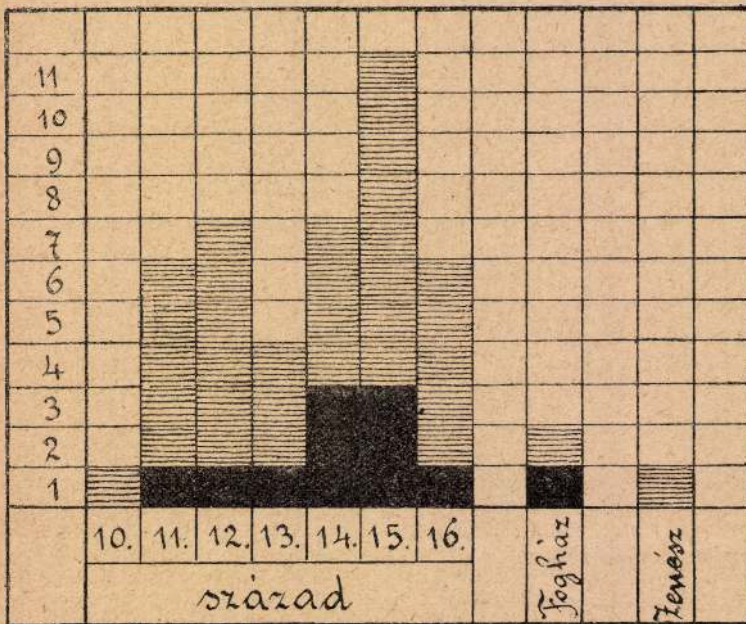
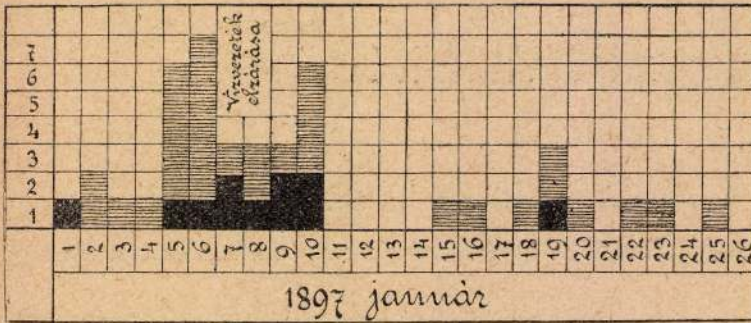
50-60 ember felásta a földet a csövek felett, melyek a normal krajezár-kaszárnya pavillonja előtt a személgödör közelében voltak lefektetve. A legfelső 30 cm. vastag földréteg tisztának és száraznak találtatott, innét lejjebb a föld mindinkább sötétebb színű és piszkosabb volt, végre már büzös szagú, nedves, úgy hogy az ásással elfoglalt emberek kényszerültek egymást felváltani. 130 cm. mélységben végre megtalálták a csövet, mely foccaliaktól átázott földdel volt fedve.

A pöczegödör tartalma átszivárgott a szomszédságba. Az ezen helyen összeérő csövek kupolája nem rendes fémöntvény-nyel, hanem beszorított faékekkel és kőcezzel volt összeerősítve. Egy másik helyen még egy repedés is volt a csövön feltalálható, így tehát ad oculos demonstrálva volt, hogy a víz fertőzése foccaliák által történt. A vízvezeték csöve 13 cm.-re volt a pöczegödör falától 130 cm. mélységben a földben lefektetve és ez utóbbi a szomszédos pöczegödör kiesurgó foccaliák tartalmától intensive inficiálva.

A csövek kiemeltettek, átizzasztattak, részben újjal kiesereltettek, azután távol az épülettől 50-60 méternyire újra lerakattak. Az egész vízvezeték fertőtlenített és csak azután lett ismét használatának átengedve.

A nedves, foecaliáktól bűzös földből anyag vétetett, úgy-szintén a esövekről és bacteriologicus megvizsgáltatott és belőle a typhus-bacillus kitenyésztetett.

Most nézzük a megbetegedések és halálozások táblázatát:



■ typhus-megbetegedés, ■ typhus-halálozás.

Az 1. sz. táblázat a typhusjárvány lefolyását mutatja.

A 2. sz. táblázat az esetek számát mutatja az egyes századoknál. A legtöbb eset a 14. és 15. századnál volt; mindkét század a régi épületben (szükség-kaszárnya) volt elhelyezve.

Január 1-től kezdve naponként új megbetegedések fordulnak elő, úgy hogy január 1–10-dike között 33 ember betegedik meg typhusban, ezek közül 10 meghal; január 11-dikétől február 10-dikéig 12 megbetegedés és csak egy halálozás van. Január 7-dikén a víz már le volt zárva, így tehát az incubatio idő tartamát lehet constataálni. Az első 10–14 napon belől a legtöbb és legsúlyosabb megbetegedések fordulnak elő, további négy hét lefolyása alatt csak egyes megbetegedések fordulnak elő. Január 1–10-dike között megbetegedett 33 ember, közülök 10 meghalt, január 11–25-dike között 10 ember betegedett meg, ezek közül 1 halt meg, január 26-dikától február 10-dikéig bezárólag még 2 ember betegedett meg, mindkettő azonban betegápoló volt, még pedig az egyik typhus-betegek mellett a csapatkórházban, a másik pedig a krajezár-kaszárnya betegszobájában.

Következő körülmények még figyelemre méltók. Typhus betegséget csak a közlegények kaptak, altisztek nem betegedtek meg. Ezen körülmény világosan mutatja a szervezet ellenállási képességét az infectióval szemben, mert ez esetben az altisztek jobban táplálkoztak, jobban ellentálltak.

A lakásviszonyok befolyását mutatja azon tény, hogy a két századból, mely a régi nedves dombba fekvő épületben volt elhelyezve 18 ember betegedett meg, 6 meghalt; ellenben az új épületekben, hol öt század volt elhelyezve, 27 ember betegedett meg és 5 halt meg.

Az összes typhus-eseteknél a Widal-féle próba pontosan bevált. A typhus-epidemia maga súlyos lefolyású volt; halálozási aránya 24.4%-ot mutat fel.

Ezen járvány minden ehhez hasonló esetben óvatosságra tanít, minthogy jelenlegi chemiai physicalis és bacteriologikus vizsgálati módszereink nem kielégítőek, következőleg a gyakorlati vizsgálatnak kell az előbbieket hiányát kipótolni. Ha ez esetben a chemiai vizsgálat alapján jónak kimondott víz a használatnak tovább át lett volna engedve, úgy valószínűleg sokkal többen estek volna az infectiónak áldozatul. Így azonban a tapasztalati vizsgálat alapján a víz az infectio biztos forrásának lett declarálva és a vízvezeték elzárattott. A fertőzés utólag felfedezett forrása ez esetben is a legfényesebben bizonyította be azon feltevést: *a fertőzés okát mindig az ivóvízben kell keresni.*

Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem II. számú (Réczey tanár) sebészeti klinikumáról.

### Gyomor-bélműtétek.

Közli Chudovszky Mórész dr., tanársegéd.

(Folytatás.)

III. M. J. 30 éves, nőtlen fehérneműtisztító. Felvétetett 1897. január 19-dikén, műtve lett február 1-én, meghalt február 19-dikén.

1896. november 19-dikén öngyilkossági szándékból marólógót ivott, utána hat napon keresztül csak folyadékot és jeget tudott nyelni; nemsokára nyelése egész szabad lett s azért a belosztályt, a hol ápolva és kezelve lett 1896. november 29-dikén javulva hagyta el. Otthon minden étkezés után gyakori hányási ingerei támadtak s akár híg, akár kissé consistensebb tápszerekkel élt, azokat legkésőbb 2–2½ óra múlva kihányta. E miatt újra felvétette magát a közkórház egyik belosztályára 1896. december 6-dikán, a honnan január 19-dikén a II. sebészeti klinikumra jutott a következő állapottal:

A beteg igen lesóványodott; minden elfogyasztott ételt vagy italt bizonyos idő múlva kihány. Tapintásnál a gyomortájon semmi rendellenesség sem tapintható ki. Kopogtatásnál a gyomor alsó határa a köldökig ér és a vastagbél kopogtatási hangjával összefoly. A gyomor tája sehol sem fájdalmas. A gyomormosásnál sokkal több folyadék jön vissza, mint a mennyi a mosásra használva lett. Ezen nyert váladék igen savanyú szagú s benne emésztetlen ételdarabok találhatóak. A nyelés egészen szabad, a gyomormosó-esövet maga vezeti be.

Január 20-dikán reggel gyomormosás, a váladék igen sok meg nem emésztett ételdarabot tartalmaz. Délre próbáként levest, fűzeléket és tésztát kap s mindezt már két óra múlva kihányja. Hasonlóképpen a vacsorát is kihányta 1–1½ óra alatti időközben.

Január 21-dikén gyomormosás, a mikor a visszajött folyadék mennyisége 500 gm.-mal több a beöntötténél. A második próba ebédet négy óra múlva hányja ki. Vacsorára sültet kap, a melyet nem hány ki.

Január 22-dikén gyomormosás, a mikor a visszajött folyadék mennyisége 1000 gm.-mal több a beöntötténél.

Január 23–31-dikéig naponként reggel gyomormosás lesz végezve, a minek annyiban mutatkozik jó hatása, hogy a híg tápszerek felszívódnak s részben a jobban felaprózott puha ételneműek is, s hogy a hányás legfeljebb csak egyszer napjában áll be consistensebb tápszerek lenyelése után; míg ha azoktól tartózkodik, sokszor egyáltalában nem hány. A beteg január 31-dikén a gyomormosás után semmit sem kap enni. Délután egy glycerinesörét kap s miután erre csupán igen kevés széke van, még egy Hegar-féle magas beöntést is kap.

Műtét február 1-én chloroform-narcosisban, a melynek tartama 60 percz. A has a középvonalban a processus xiphoidenstől haladó 10 cm. hosszú metszéssel meg lesz nyitva. A kitágult gyomor pylorikus része erősen hegesen megvastagodott. A ligamentum gastrocolicum készített résen egy legfelső jejunalis bélkaes a gyomor hátsó felszínéhez lesz varrva 14 csomós selyem serosavarrattal, erre két párhuzamos metszéssel meg lesz nyitva a gyomor és a bél, a mely utóbbinak tartalmát egy segéd, lenyomva annak egy kissé távolabb eső részletét visszatartja. A nyert sebajkak egyesítettén, a másik oldali záró csomós serosavarrat fejezi be a gyomor és jejunumbél egyesítő műtétét. Miután a varratok tartóságáról meggyőződünk az egész a ligamentum résen keresztül vissza lesz sülyesztve a hasüregébe. A hasfal három emeletben csomós varratokkal és vegyesen szűcsavarrattal lesz egyesítve. Fedőkötés.

Február 2-dikán. A beteg közérzete jó, nem hányt, a szelek bántják. Pulsusa közepes telt, mérsékeltlen feszes, száma perczenként 90. A beteg a nap folyamán 300 gm. tej és két tojásból álló tápesörét kap s azonkívül három óránként egy kanálnyi jégbehűtött tejet.

Február 3-dikán pulsus 90. A has kissé felfűjt. Glycerinesörére kissé acolicus széke van. Két tápesörét kap nap közben s a mellett két óránként egy kanálnyi jégbehűtött tejet.

Február 4-dikén pulsus 80. Közérzet jó. Két tápesörét kap s azonkívül két óránként egy kanálnyi tejet, a melybe egy kevés cognac lesz vegyítve.

Február 6-dikán beteg csuklani kezd, a has sehol sem érzékeny. Pulsus középtelt, száma perczenként 80. Két tápesörét s óránként két kanálnyi tejet kap. Hasára jégömlöt kap.

Február 7-dikén a csuklás megszűnt, a táplálás ugyanaz.

Február 8-dikén a varratok kiszedése. A seb per primam egyesült. A hasizmok az alsó sebzig mélyében 1,5 cm-re szétváltak. Széke a hét minden napján volt; a szék még mindig acolikus.

Február 9-dikén közérzet jó, pulsus száma percenként 76. A rendes diatán kívül délben egy esése levest is kap.

Február 10-dikén két tojást is kap még az étrendjébe.

Február 11-dikén a tápláltság a szokott módon történik; rendes színű széke volt.

Február 12—13-dikáig status idem. Vagdalt húst is kap.

Február 14-dikén a beteg igen bágyadt, arca beesett, pulsus száma 120, a has baloldali alsó része nyomásra igen fájdalmas. 1,5 cgm. opiumot kap háromszor naponként s a hasra állandóan jégtömlő lesz alkalmazva.

Február 15-dikén a fájdalomosság kissé csökkent. Három cgm. opiumot szed háromszor napjában. A hason állandóan jégtömlő.

Február 16-dikán a hasfájdalmak megszűntek, önként székel; pulsus száma 96.

Február 17-dikén a beteg soporosus, igen gyenge. A hasfal alsó sebzúgából egy csomós selyemvarrat lökődött ki.

Február 18-dikán. A beteg igen elesett, pulsusza igen gyenge, puha, kis hullámú, száma 110. A bal alhas nyomásra fájdalmas.

Február 19-dikén. A beteg éjjel egy órakor meghalt. Mindezen változás lefolyása hőemelkedés nélkül megyen végbe.

Boneczvizsgálat február 20-dikán. A hulla középtermű, gyengén fejlett és táplált, a bőr színe halavány. A mellkas előredomborodó, a has kissé puffadt, középvonalában a köldök felett mintegy 8 cm.-nyi metszett seb. Glandula thyroidea halvány sárgásbarna, szemesés. Mindkét tüdő alsó lebenyének metszlapjáról nyomásra bő habzó savó ürül. Szívburokban mintegy 20—30 gm. tiszta sárga savó. Szívbillentyűk vékonyak, áttűnők, az izomzat kissé porhanyós. Aorta arcusában néhány lencsényi sárga folt. A hasfal a köldök tájának megfelelőleg mintegy gyermektenyényi terjedelemben a belekkel friss kötőszöveti hárttyákkal összenőtt, a melyek gyengén infiltráltak. A kis medencében körülbelül 200 cm<sup>3</sup> fibrinosus hárttyákkal kevert genyes exsudatum. A belek egymás között és a szomszédos szervekkel mindenütt friss kötőszöveti hárttyákkal összenőttek. A gyomor erősen tágtult, nyákhártyája piszkos-öldesen elszínesedett. A pylorus hegesen szűkült, úgy hogy csak egy vékony irón számára járható át. A vékonybél egyik felső kacsza a gyomor hátulsó felszínéhez van odavarrva mintegy 4-30 méternyi távolságban a coecumtól. A máj középnagy, rajzolata homályos, kissé porhanyós. A lép kisebb, kötőszöve szaporodott. Vesék középnagyok, tokjuk könnyen levonható, állományuk porhanyós. Húgyhólyag középtág, benne 200 gm. tiszta sárga vizelet. Peritonitis fibrinosa purulenta. Stenosis pylori. Gastroenteroanastomosis facta. Oedema lobi inferioris pulmonum utriusque. Degeneratio parenchymatosa musculorum cordis, hepatitis et renum. Gastritis chronica. Atheromatosis incipiens.

IV. K. J. 14 éves, bádagos inas, megbetegedett 1896. október 17-dikén; felvételt 1897. márczius 1-jén; műtét napja 1897. április 12-dikén.

A beteg 1896. október 17-dikén véletlenségből választóvizet ivott. Egy ideig a Rókus-kórház egyik belosztályán feküdt, azután mint gyógyult, rendes foglalkozása után látott. Február havában már azonban minden étkezés avagy huzamosabb időtartam után a beteg kihányta a lenyelt ételeket, a miért a II. sebészeti klinikumra felvételte magát.

A jól fejlett és táplált beteg vérkeringési, légzési és idegrendszere normalis. Panaszát az időszakos hányás képezi. A gyomorsondát könnyen nyeli le, a melyen a gyomor mosásánál több nap előtt lenyelt ételmaradékok jönnek ki. A hasüregben sem tapintásnál sem kopogtatásnál elváltozás nem mutatható ki, a mi a gyomor s pylorus viszonyát illeti. A gyomor felfúvását s a gyomorváladék vizsgálatát arra az időre hagytuk, a mikor a gyomormosással elérjük azt, hogy a gyomor tartalmát csak az első napon megevett tápszerek képezik.

Márczius 1—5-dikéig. A beteg csak folyékony tápszereket s igen apróra szétmorzsolts húst kap tápszerekkül. Naponkénti gyomormosás. A beteg nem hány. Ötödik napon a felvétel után a gyomor alsó határa a felfúvánál eléri a köldököt. Széke csak beöntésre van.

Márczius 5—9-dikéig. A beteg étrendjét nem tartja meg, a mikor az étkezés után 4 órával hány; hasonlóan másnap, a mikor szintén az utolsó étkezés után 4 órával kihányja az ételeket. Az étrendre szigorúan ügyelünk.

Márczius 10—15-dikéig. A gyomormosások alkalmazása mellett elérjük, hogy a gyomor alsó határa az újbóli felfúvás alkalmával, a köldök felett egy harántujnyira van. Ha a beteg megtartja a rendes étrendet, nem hány.

Márczius 15-dikétől április 1-jéig. A beteg egy kis hűrhuruton megyen keresztül. A gyomormosások alkalmával meggyőződünk arról, hogy apró, kissé szilárdabb ételrészletek, — kenyérhaja, bele, narancsból, túró — nem távolíthatnak el a pyloruson át, hanem vagy a gyomormosás útján kell azoktól a beteget megszabadítani, avagy 4—5 órai időtartamra az utolsó étkezés után a beteg kihányja azokat. A hányadék sohasem tartalmaz epét. Széke színes, rendes consistenciájú, azonban csupán beöntésre indul meg.

Április 1—10-dikéig. A beteg megtartja az előirt étrendet. Nem hány. A gyomormosásnál reggelként ritkán van visszamaradt ételmaradék. A próbareggeli alkalmazása után kapott váladék szabad sósavat tartalmaz.

Április 10—11-dikén. A műteti előkészítés czéljából minden reggel gyomormosást végezzük a betegen. A belei kiürítéséről gondoskodunk.

Április 12-dikén. A műtétet chloroform-narcosisban végezzük. Tartama 50 perc.

A hasat a középvonalban a proc. xyphoideustól a köldökig érő 12 cm. hosszú metszéssel megnyitjuk. A pylorust egy kis ujnyira vastag, tömött köteggépen lehetett kitapintani. A legfelsőbb jejunumkacs kikeresése után azt a gyomor hátsó felszínéhez csomós Lambert-varratokkal odaerősítjük körülbelül 5 cm. hosszúságban. Majd külön a gyomor, külön a bél megnyitása után azok sebszéleit szűcsvarratokkal egyesítjük. A műtét e részét befejezik a másik oldali csomós Lambert-varratok, a melyek a gyomor és bél serosáját hozzák egymással érintkezésbe. A csomós varratok közül azok, a melyek a gyomorcsonkó irányában haladnak, biztosítják azt, hogy a jejunalis kacsnak a duodenum felé eső részlete kissé magasabba jusson, nehogy a táplálék a duodenum irányában keringjen. Miután meggyőződünk arról, hogy varrataink jól zárnak, a hasüreg toletteje után, a hasfalak négy emeleten futó varratokkal lesznek egyesítve. Fedőkötés. A beteg a délután folyamán csakhamar magához jön, hányási ingere csillapítására jéglabdacok lesznek rendelve.

Április 13-dikán. Éjszaka hasmenése van, széke színes. Fájdalmi mérsékelték. A nap folyamán 4 óránként kap 1—1 kanál jégbehűtött tejet. Április 14—22-dikéig. A beteg fokozatosan eleinte 3, majd 2, majd 1 óránként kap jégbehűtött tejet, majd levest tojással. Széke csupán beöntésekre van, hanem az mindig színes. Hőemelkedés csupán a két első nap délutánján mutatkozik, de az a 38<sup>o</sup> C.-t nem haladja túl. Április 22-dikén. A varratok kiszedése. A seb per primam egyesült. Április 23—25-dikéig. A beteg rendszeresen táplálkozik, hanem csupán folyékony tápszereket kap. Április 26-dikán. A beteg gyomorfájásról panaszkodik. Vagy 1 1/2 liternyi igen zöldes színű váladékot hány. Az étrend meg lesz szorítva. Gyomormosás. Április 27—29-dikéig. A beteg naponkénti székletétéről gondoskodunk. Április 29-dikétől május 3-dikáig. A beteg már szilárd ételeket is kap, nem hány többet. Május 3-dikán. A beteg felkel. Mindent eszik. Széke van naponként. A beteg gyógyultan távozik május utólján.

V. Sz. A. 37 éves, nős, borbély. Felvételt 1896. évi augusztus 25-dikén, mütéve lett augusztus 27-dikén, meghalt szeptember 10-dikén.

Beteg állítása szerint ez év tavaszán gyomorfájdalmak, nyomás és görcsök kíséretében étvágyát elvesztette. Fájdalmi leginkább 1—2 óra múlva az étkezés után jelentkeztek, s pár hét múlva annyira fokozódtak, hogy orvosi segélyért folyamodott, a mely azonban szenvedéseit nem enyhítette. Junius havában fájdalmait fokozta még az erős és gyakori hányási inger és hányás, úgy hogy ereje fogyni kezdett. Augusztus havában felvételte magát a szt. Rókus-kórház egyik belosztályára, a hol egy mozgékony, dudoros, kemény tapintatú, gyermekököllyi terimegyőbbodás lett a hasüreg jobboldalán kitapintva, mely a köldökig tágtult gyomorral szoros összeköttetésben találtatott. A natrium-hydrocarbonicum-oldattal naponta eszközölt gyomormosásra a hányás megszűnt teljesen, valamint a fájdalmak is megszűntek big tápanyagok élvezete után s a gyomortágtulat tetemesen javult. Augusztus 25-dikén áttételte a II. sebészeti klinikumra a következő állapottal:

A lesóványodott, vérszegény beteg jobboldali epigastriumában egy gyermekököllyi, könnyen mozgatható dudoros összehúzott izomtapintatú terimenagyobbodás érezhető, mely minden fájdalom nélkül könnyen áttolható a linea albatól a baloldali epigastriumba is, valamint eltüntethető a máj jobb lebenye alá. A gyomor mesterséges kitágításánál a daganat a jobboldali epigastriumban rögzített. Vértápanyagok élveze után s a gyomortágtulat tetemesen javult. Augusztus 25-dikén áttételte a II. sebészeti klinikumra a következő állapottal:

Mütét 1896. évi augusztus 27-én chloroform-narcosisban a gyomor és bél előleges előkészítése után. A linea albában a proc. xyphoideus alatt 3 cm.-nyire kezdődő 12 cm. hosszú metszéssel megnyitattott a hasüreg, mely nyíláson keresztül, a pyloruson székelő daganat könnyen ki volt emelhető. Meggyőződést szerezve a pylorus átjárhatatlanságáról, mindezek előtt ki lett szabadítva a gyomor az omentumokból. A gyomor a pylorus és a duodenalis részlet felszabadítása után el lett zárva, a gyomornak kiirtandó részlete hosszú fogók segítségével meg lett fogva és a gyomor a fogók előtt át lett metszve. A gyomor sebe egy a mucosát s egy a sero-muscularis réteget felölelő szűcsvarratral egyesítettett. A duodenum lumenje a daganat alatt körülbelül 6 cm.-nyire egy kettős selyemfonállal, s közvetlen a tumor alatt záró csipővel lett elzárva, s ez utóbbi alatt átmetszve. A daganat kiirtása után a duodenum a tumor hátsó falához 1,5 cm.-nyire az omentum majus felett s az előbb leirt gyomorvarrattól 5 cm.-nyire rögzítve, mely varratok alkalmazása után lett csak a gyomor a bél lumenjének megfelelően megnyitva. Egy körkörös a mucosát felölelő szűcsvarrat után befejeztetett a félbehagyott (serosát és muscularis felölelő) csomós varrat. A duodenumot leszorító selyemfonál eltávolítása s a gyomor és belek megtisztítása után meggyőződve a varrat biztonságáról, a gyomor erősüllyesztetett. A hasfal három étage-ban egyesítve. Fedőkötés.

Augusztus 27-dikén a beteg jól érzi magát, nem hány, enni nem kap; a hányási inger csillapítására jégdarabkákat nyel. Este kevés véralvadékot hány. Pulsus 104.

Augusztus 28-dikán köhög; a tüdők felett mindenütt apró s nagyobb hólyagú szörtyzőrejek hallhatók. Inf. Ipecacuanhae.

Augusztus 29-dikén. Status idem. Beöntésre széke van. Pulsus 110.

Augusztus 30-dikán két kanál tejet s két kanál levest kap napközben. Könnyen köp. Pulsus 108.

Augusztus 31-dikén két kanál tejet kap cognac-kal vegyítve, azonkívül minden reggel, délben, este 2—2 kanálnyi tojásos levest. 200 gm.-nyi tápesőrt kétszer napjában, Pulsus 112.

Szeptember 1-jén. Minden étkezéskor 4—4 kanál tejet és tojásos levest kap, azonkívül két tápcsörét is. Beöntésre széke van.

Szeptember 2-dikán fájdalmai általában nincsenek; étrendjéhez még délben 5 kanál tejet kap. Bronchitise csökkent. Széke önként volt.

Szeptember 3-dikán a varratok kiszedése; az alsó sebvonalban azonban annak hiányos egyesülése miatt még benn hagyatnak. Kap 10—10 kanál tejet reggel, délelőtt s délután; ebédre és vacsorára ugyanannyi levest. A tejhez cognacot keverünk. Nyelve bevont. Este opiumport kap.

Szeptember 4-dikén beöntést kap. Étrend ugyanaz. Pulsus 98.

Szeptember 5-dikén a közérzet jó, délután önként székelt. Pulsus 104.

Szeptember 6-dikán étrend ugyanaz, mindenképp 15—15 kanálnyit kap egyszerre. Nyelve bevont. Széke volt. Pulsus 110.

Szeptember 7-dikén kevés daráskását is kap délre. Székelt. Alma jó.

Szeptember 8—9-dikén étrend ugyanaz; széke mindig magától van.

Szeptember 10-dikén kötésvaltoztatás alkalmával az alsó sebzigyban mogyorónyi tályogúr nyílik meg. Jól érzi magát. Délben kevés jól megfőtt csirkebecsináltat kap. Délután 4 óráig jól érzi magát, ekkor hirtelen rosszul lesz, vért kezd köpni, később hányni. Pulsusa szapora, közérzete rossz, folyton gyengül. 7 $\frac{1}{2}$  óraker ismét vért hány, a minék mennyisége mintegy 1-5 liter. Este 11 óraker általános gyengeség és és vérszegénység tünetnyei között meghal. Az egész lefolyás hőemelkedés nélkül jár.

Bonezvizsgálat szeptember 12-dikén. A tetem középtermű, lesoványodott, halvány, hajzata barna, látak középtágak, egyenlők, nyak vékony, mellkas domború, has mérsékelten puffadt; központiában a köldök felett, haránt tenyérhosszúságú, a hasfalak teljes vastagságán áthatoló behagedt seb, melynek alsó része két cm. hosszban fel van metszve. A nyílásnál az egyenes hasizmok közé terjedő ürbe juthatunk, a mely ür elágazó czafatos belfalú, zöldessárga tejfelszerű folyadékkal kitöltött. A heg környékén férfitenyéni kiterjedésben, több hasonló mogyorónyi ür foglal helyet, a melyek közül kettő a gyomor elülső felületével való szívós kötőszöveti összenövés után a fali hashártyát áttörve, betokolt folyadékgyülemet képez. Tetem hátán kevés hullafolt. A koponya nem bonezoltatott. Paizsmirigy közép vértartalmú, barnászörös, gége és légeső nyákhártyája kevésbé vérdúsabb, duzzadt, szívós, fonállá húzható nyálkával fedett, a mely nyák több helyütt zöldessárga tejfelszerű csíkokkal kevert. Tüdők mindenütt szívósan a mellkas falához odanőttek, nem retrahálódók, szívburkot kiterjedten fedők, lágy duuna tapintatúak, puffadtak, mindenütt habzó savót ürítők, kivéve a bal tüdő alsó lebenyének diónyi sötét fekete-vörös, durván szemecses, májnál tömöttebb, légtelen, vízben almerülő gőczát, mely vakarásra lazán alvadt vért ad és pettyenként zöldessárga szétmálló, részben szétfolyt gőczokkal tarkázott. Szívburkot ürében tiszta savó; szív közep-nagy, jól összehúzódott billentyűi rugalmasak, középhosszúak; aorta behártyája tükröz. Szívtrókból kevés alvadt vér. Hasüregben 700 gm. folyós és nagyrészt alvadt vér. Bursa omentalis laza véralvadékokkal teljesen kitöltött. Máj az elülső hasfalakhoz és diaphragmához laza kötőszövetesen tapad. Az álhártyák között betokoltan több egész almányi, sárga tejfelszerű folyadékgyülem. Máj valamivel nagyobb elmosódott rajzolatú, középtömött, vérszegény, halvány barna-vere, állományában elszórtan számtalan apróbb s nagyobb egész diónyi zöldessárga folyadékkal kitöltött mállékony, lágyult, czafatos falzatú ür. Epeutak átjárhatók. Kapu vivőer mindenütt átjárható. A bal lebenyben lévő egyik szalmaszál vékony ága áttört s ezen át a fenti gőczokra gyakorolt nyomásnál tejfelszerű zöldessárga folyadék ürül a lumenbe. Lép középvértartalmú, barnaveres. Gyomor pylorikus részlete egyetlen harántmetszéssel eltávolított, sebszék varratokkal egyesítettek. Ezen vak tasak hátulsó alsó falának felmetszett részletéhez a duodenumnak hasonlóképen átmetszett felső vége varratokkal rögzített. Gyomor ürében kávéaljszerű alvadt vér, mely azt feszesen kitölti. A fent leirt hátulsó falaton lévő varratokkal egyesített metszett seb szétvált, úgy hogy a gyomor üre itt czeruza vastag nyíláson át közlekedik a bursa omentalisal. Hashártya mindenütt sima, fénylő. Belek folyós bélsárral és gázzal mérsékelten teltek, nyákhártyájuk halvány. Vesék vérszegények; húgyhólyagban tiszta vizelet, Pylorus resectio. Tályogok a hasfalban; subplrenikus és parenchymás májtályogok. Infarctus haemorrhagicus, kezdődő metastaticus abscessusokkal a bal tüdő alsó lebenyében. Catarrhus bronchialis. Emphysema alveolare genuinum. A pylorus-resectio összevarrt sebének két hét múlva való szétválása. Elvérzés a gyomorba és a hasürbe.

VI. F. A. 47 éves, nőtlen, lakatos. Megbetegedett 6 hó előtt, felvétetett 1896-ban november 26-dikán, mütéve lett december 14-dikén, meghalt december 30-án.

1896. évi május óta étvágya mindinkább esökken, a lenyelt ételket néha azonnal, máskor egy óra múlva kihányja. Közvetlenül az étkezés után fájdalmai nincsenek, csak émelygése bántja. A hányadék néha epés, néha inkább kávéaljszerű, székletete néha véres, hasmenése állandóan fenn áll.

A cachectikus beteg bőrszíne halványsárgás, bőre száraz, fonyadt kinézésű, ráncos; a látható nyákhártyák halványak. A beteg igen lesoványodott. Szív és tüdők épek. Pulsus 80, könnyen elnyomható. A gyomor dobos kopogtatási hangja a köldök alá egy haránt ujjnyira leterjed. A gyomor váladékában tejsav mutatható ki. Széke 2 naponként van, agyagos, de a mellett szines.

November 26-diktól december 14-dikéig. A beteg két tápcsörét kap naponként. A gyomor a bevett tápszerket 8 órával az étkezés

után kihányja. A hányadék epével van keverve. Hasmenése ritkul. A beteg láztalan, naprólnapra gyengül. Az alsó vétagokon vizenyő mutatkozik.

Mütét cocain anaesthesiával 1896. évi december 14-dikén. A próbahasmetszés czéljából a hasfalon a proc. xyphoideustól a központi vonal lefutásában egy 10 cm. hosszú metszéssel meg lesz nyitva a hasüreg. Sem a pylorus tájon, sem az egész duodenum mentén nem tapintható valamelyes ellentálló képlet, a miért is a hasfalak három emeletben alkalmazott varratokkal lesznek zárva.

December 15-dikén. A beteg közérzete jó, pulsus 90, gyors, könnyen elnyomható. Tápcsörétet kap.

December 16-dikán. Két tápcsörét kap s azonkívül 2 óránként egy-egy kanálnyit jégbeültött tejet. Széke volt önként.

December 17—18-dikán. Óránként egy kanál tejet kap, s azonkívül naponként két tápcsörét.

December 19—20-dikán csőrere bő széke van. A beteg állandóan láztalan.

December 21-dikén félóránként felváltva két-két kanál theát vagy tejet kap. Azonkívül a két tápcsörét is jól tűri. A bevett tápszerket mindeddig jól tűrte. Egyszer sem hányt. A beteg igen gyöngö; pulsusa szapora, könnyen elnyomható. Kétszer volt rendes széke.

December 22-dikén varratok kiszedése; a seb per primam egyesült.

December 23—29-dikén. A beteg állandóan gyengül, pulsusa rosszabbodik, a beteg igen összeesett. Tejen, cognacon kívül még levest is eszik. A tápcsörétet folytatólag alkalmazva lesznek.

December 30-dikán a beteg meghalt.

Bonezvizsgálat december 31-dikén. A hulla középtermű, igen lesoványodott, halvány, hátán szederjes hullafoltokkal. Hajzata barna. Nyak vékony. Mellkas domború, has mérsékelten feszes. Koponya nem lesz bonezoltva. Pajzsmirigy, gége és légesőnyákhártyája vérszegények. Mindkét tüdőcsúciban számos sa, tszerű csoportos gömbszerű apró göbese. A bal tüdő felső lebenyében egy diónyi kávésbarna közepű, lágy, sárga szegélyű, tejfelszerű sárgás folyadékot kivakarni engedő gőcz. A bal tüdő alsó lebenye legnagyobb részét légtelen, dudoros, csomós felszínű, a kiemelkedő lobularis gőczok sárgák, besüppedtek, sötétveresek, szívós hústapintatúak. A kisebb arteria pulmonalis ágakban lágyult, rozsdabarna és sárgás a falhoz tapadó alvadék. Szívburkot ürében kevés tiszta savó. Szív mérsékelten összehúzódott, ürében laza alvadék, billentyűk vékonyak. A hasfal on az epigastriumban egy teljesen áthatoló gyöngyult vonalas metszés. Hashártya sima. Máj, lép középvértartalmúak. A gyomor középtág. A pylorikus részlet könnyen szétválaszthatólag befűződött. A duodenum alsó vízszintes ágán egy diónyi kiöblösödés ül, melynek billentyűszerű kapuja a duodenum lumenjébe mélyen beleér, úgy hogy az olló alsó ága felmetszéskor megakadt benne. Belek nyákhártyája halvány. Vesék középvértartalmúak. A vena cava inferiorban és innen lefelé folytatólag egészen a bal vena popliteáig az edény lumenje a falhoz tapadó, lágyult sárgás és rozsdabarna alvadékkal kitöltött. Az egész bal alsó vétag bőre és izomzata igen nedvdús, duzzadt, bemetszésre sok tiszta savót ürít. A csontvelő sárga. Diverticulum a duodenumban, a melynek nyaka billentyűszerű stenosis okoz. Explorativ laparotomia. Thrombosis a bal vena cruralisban. Embolia arteriae pulmonalis következményes abscessus metastaticussal. Tuberculosis chronica disseminata apicum pulmonum. Bronchopneumonia nodosa a bal tüdő alsó lebenyében.

(Folytatása következik.)

## Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

### A syphilis okozta vérelváltozásokról. Helyreigazításul.

Justus Jakob dr. egyetemi tanársegédétől.

A Magyar Orvosi Archivum f. évi 3-dik füzetében Fauser Árpád az Orvosi Hetilap 1894. és 1896. évfolyamaiban közzétett vizsgálataimmal foglalkozik. E vizsgálatok syphilitikus egyének vérhaemoglobin-tartalmának változatairól szólnak és bizonyos szabályosságot tüntetnek fel eredmény gyanánt a vérhaemoglobin-tartalom viselkedését illetőleg.

Fauser Árpád az eredményt úgy jellegzi: „Számos kísérleteinek eredményéből azt a következtetést vonja le — (Justus), — hogy a kéneső cura kezdetén bujakóros egyéneken a vér felhígul, a vérfesték-tartalom esökken, pár nap múlva a különbség ismét kiegyenlítődik stb.“

Úgy dolgozatom első részének, valamint II. és III. részének felolvasását az orvosegyesületben követett viták alkalmával mindenkor leghatározottabban elleneztem azt a felfogást, hogy a vér felhígulása okozná bujakóros egyéneken az első bedörzsölés avagy az első higany-só-befecskendés után következő haemoglobin-esökkenést. Mi több! dolgozatom II. részében határozottan kiemelem

és megfelelő példával illusztrálom, hogy a vér felhígulása nem következik be a higanysó injectiói után azon időben, mikor a haemoglobin-tartalom lecsökken. Ennélfogva, ha Fauser Árpád eredményeim közé a vér felhígulását is felveszi, úgy az nem felel meg a tényállásnak. De térjünk át magára a dolgozatra.

Fauser Árpád ezen dolgozatában egyetlen egy betegének sem mérte a haemoglobin-tartalmát, hanem mivel az „azzal való dolgozásban csak egyesek tesznek szert nagy ügyességre“, a haemoglobin-meghatározás helyett a vér fajsúlyát határozta meg. Ő ugyanis azt állítja, mások vizsgálatai nyomán, hogy a vér fajsúlya első sorban a haemoglobin-tartalomtól függ, s így azzal arányosan változik, úgy annyira, hogy újabban a vér fajsúlyának meghatározását mint a haemoglobin-meghatározás pótló módszerét ajánlották. Ennélfogva ő a betegeken, a kikről mellesleg megjegyezve, semminemű kórtörténeti adatot nem közöl, a vérfajsúlyt határozta meg és ezen meghatározásai eredménye gyanánt azt mondja: „A kénese oldható sóinak intramuscularis befecskendését egy órával követőleg a vér többnyire felhígul úgy bujakóros mint egyéb betegeken. Nyolcz órával az injectio után vizsgálva a vért, ezen felhígulás már nem oly kifejezett. A kénese nek kenőcs alakjában való bedörzsölése után bujakóros betegeken a vér felhígulása előbb-utóbb ugyan bekövetkezik, de e felhígulás idejére nézve határozott szabályszerűséget megállapítani nem tudtam. A Justus-féle syphilis-kénese reakciót tehát semmiféleképen sem tarthatom a syphilisre kórjellegzőnek, miután a kénese nek a véren nyilvánuló hatása úgy bujakóros mint egyéb betegeken egyformán következik be.“

Fauser Árpádnak mindezen következtetése vérfajsúly-méréseken alapszik, a mely vérfajsúly-mérések az ő felfogása szerint a haemoglobin-tartalom meghatározását helyettesíthetik, mivel a vér fajsúlya a haemoglobin-tartalomtól függ, azzal párhuzamosan emelkedik és süllyed. Nézzük már most, hogy vajjon a luetikus betegekre nézve ez a felfogás helyes-e?

Azon 400-nál több beteg között, a kiket megfigyeltem, számos esetben párhuzamosan végeztem haemoglobin- és fajsúly-meghatározásokat. A haemoglobint a Fleischl és Gowers-féle eszközzel mértem, a vérfajsúly-meghatározást pedig pycnometerral teljesítettem. A pycnometer köbtartalma 1 köbcentimeternél nagyobb volt, sőt némely esetben a pycnometer gyanánt használt üvege 2 köbcentimetert is befogadott. Ennélfogva finom vegyi mérlegen a fajsúlyt egészen az 5. tizedesig pontosan ki lehetett számítani. Már most ezen esetek közül egy néhányat ide iktatok. Ezen esetekben friss, még visszafejlődésnek nem induló tüneteket mutattak a betegek, tehát az első vagy az első néhány befecskendésre haemoglobin-csökkenés állott be.

1. Wolff Alajos, 22 éves, ulcus indurat laminae int. praepatii, intumescencia glandul. universalis, angina specifica.

Nap	Hydr. sozj. injectiók à 0'08 gm.	Haemoglobin-tartalom %	Vérfajsúly
Julius 21.		94	—
" 25.		93	—
" 26.		93	1057'60
" 28.		93	1056'65
" 29.	I.	93	1056'18
" 30.		83	1056'18
" 31.		93	1056'18
Augusztus 1.		94	1055'24
" 2.		95	1053'82
" 3.		95	1057'39
" 4.		98	1057'39
" 5.	II.	97	1057'39
" 6.		100	1057'39
" 7.		100	1056'39
" 8.		100	1058'29
" 9.		100	1058'29
" 10.		98	1054'97
" 11.		100	1054'97
" 12.	III.	100	1057'81
" 13.		98	1055'92
" 14.		98	1055'92

Nap	Hydr. sozj. injectiók à 0'08 gm.	Haemoglobin-tartalom %	Vérfajsúly
Augusztus 15.		100	1056'57
" 16.		100	1056'87
" 17.		98	1055'92
" 18.		98	1054'50
" 19.	IV.	98	1054'97
" 20.		98	1056'87
" 21.		100	1056'87
" 22.		100	1057'39
" 23.		100	1055'92

2. Singer Antal, 22 éves. Tíz nap óta syphilis papulosa universalis.

Nap	Hydr. sozj. injectiók à 0'08 gm.	Haemoglobin-tartalom %	Vérfajsúly
Augusztus 1.		100	1055'71
" 2.	I.	100	1056'65
" 3.		85	1056'65
" 4.		90	1056'39
" 5.		95	1054'98
" 6.		98	1056'87
" 7.		98	1057'44
" 8.		98	1057'81
" 9.	II.	96	1057'81
" 10.		80	1054'02
" 11.		90	1055'92
" 12.		90	1054'97
" 13.		95	1054'97
" 14.		95	1054'97
" 15.		95	1054'97
" 16.		95	10—
" 17.		95	1052'13
" 18.		95	1054'02
" 19.	III.	95	1054'02
" 20.		85	1054'50
" 21.		85	1053'08
" 22.		90	1052'60
" 23.		90	1052'60
" 24.		94	1054'50
" 25.	IV.	96	1054'50
" 26.		95	1053'08
" 27.		96	1054'97

3. Ritter Henrik, 19 éves: condylomata lata ad scrotum et ad anum, angina, intumescencia glandul. universalis.

Nap	Hydr. sozj. injectiók à 0'08 gm.	Haemoglobin-tartalom %	Vérfajsúly
Május 14.	I.	68	1056'23
" 15.		58	1056'23
" 16.		62	1054'82
" 17.		62	1054'82
" 18.		68	1053'87
" 19.		68	1050'56
" 20.		67	1053'87
" 21.		66	1054'82
" 22.	II.	68	1055'76
" 23.		68	1054'82
" 24.		68	1054'82
" 25.		68	1052'93
" 26.		70	1053'87
" 27.		69	1053'87
" 28.		70	1055'73
" 29.	III.	73	1055'71
" 30.		73	1055'73
" 31.		75	1054'76

Nem hiszem, hogy szükséges volna még több példával bizonyítani, hogy a vérfajsúly- és a vérhaemoglobin-tartalom nem

haladnak egymással párhuzamosan. A közölt számsorokra vetett egy pillantás bárkit is meggyőzhet arról, hogy akárhányszor esik a haemoglobin 10 fokkal és marad változatlan a fajsúly és hogy viszont két-három ezredrészszel változik a fajsúly értéke a nélkül, hogy a haemoglobin-tartalom foka változnék. Ennélfogva, úgy ezen valamint számos más esetben végzett mérésekre támaszkodva kimondhatom, hogy a fajsúly és a haemoglobin syphilitikus egyének vérében a higanycura alatt nem változik párhuzamosan, értékeik egymással nem helyettesíthetők, egyikből a másikra következtetni nem szabad. Ha tehát Fauser Árpád vér-fajsúly-mérések alapján azt állítja, hogy a haemoglobin-reactio nem jellegzetes a bujakórra nézve, úgy ezen állításnak alapja teljesen téves. Meg kell még itt jegyezni, hogy a haemoglobin jellegzetes csökkenése a higanynak a szervezetbe hatolása után nem minden bujakóros egyéneken áll elő, hanem csak azokon, kiknek lues-tünetei még visszafejlődésnek (ulceratiók gyógyulása, papulák pikkelyezése stb.) nem indultak, a mely körülményt dolgozataimban igen hangsúlyoztam, mert kétes esetben csak akkor állítható fel a syphilis diagnózis, ha a haemoglobin jellegzetes esése az első bedörzsölésre vagy első injectióra beáll, ha pedig ez esés nem következik be, úgy azért a syphilit kizárni nem lehet.

Régi axioma a tudományban, hogy minden pontosan végzett vizsgálódásnak meg van a maga értéke. Fauser Árpád jelentékenyebb számú bujakóros valamint más bajban szenvedő betegen végzett vér-fajsúly meghatározásokat izomközti sublimat befecskendések előtt és után. Ezen meghatározásoknak kétféle eredménye van, először: hogy nem lehet belőlük a vér haemoglobintartalmára következtetni, másodsor: hogy kimutatják, hogy a vér a sublimat injectio következtében felhigul. „Ez a felhigulás egy órával a befecskendést követőleg észlelhető úgy a bujakóros mint egyéb betegeken. Nyolcz órával az injectio után vizsgálva a vért, ezen felhigulás már nem oly kifejezett” mondja Fauser Árpád. Minthogy pedig az általam észlelt esetekben a haemoglobin-tartalom csökkenése 8 órával a sublimat befecskendezés után volt leginkább kifejezve, Fauser Árpád egy új adattal erősíti meg azt a nézetemet, melyet elejétől fogva vallottam s a mely úgy hangzik, hogy a haemoglobin-csökkenése nem a vérnek a higany által előidézett felhigulásából következik.

Azt mondja továbbá Fauser Árpád: „A kénesőnek kenőes alakjában való bedörzsölése után bujakóros betegeken a vér felhigulása előbb-utóbb ugyan bekövetkezik, de e felhigulás idejére nézve határozott szabályszerűséget megállapítani nem tudtam.” Minthogy pedig vizsgálataim szerint az első estéli bedörzsölést követő nap reggelén a haemoglobin esés már mindig megtalálható, ebből az következik, hogy a vérnek ezen bizonytalan időben beálló felhigulása nem lehetett oka annak a haemoglobin-csökkenésnek, a mely minden friss syphilis esetben a bedörzsölés után néhány órával beállt. És ha végezetül azt mondja Fauser Árpád, hogy nem bujakóros betegeken is egyformán következik be az injectio után a vér felhigulása, már pedig az én vizsgálataim szerint a haemoglobin-csökkenés kizárólag csak syphilitikusokon volt található, úgy Fauser Árpád még egy további bizonyítékot szolgáltat arra nézve, hogy a haemoglobin-tartalom esése nem lehet a vér felhigulásának eredménye. Ezen pártatlan megerősítésért, a melylyel tehát nézetemet támogatja, köszönettel tartozom neki.

### Községben végzett serumoltásokról.

Heller Ármán dr.-tól.

A diphtheriának serummal való kezeléséhez az illetékes factorok közül már sokan hozzászóltak. A bacteriologusok és laboratoriumban dolgozók felállították a serum hatásáról hypothesisiket; a kórházak és klinikák vezetői fáradsággal egybegyűjtött statistikákkal bizonyítottak pro és contra; tudományos egyesületek kisebb-nagyobb számokat sorakoztattak csatarendbe, hogy a bizonytalanság fátyolát fellebbentsék a modern gyógy-mód ezen újabb vívmányáról.

Alig hallottam, hogy ezen dolog tisztázásához a falu részéről valamelyes pontosabb statistika és behatóbb megfigyelés hozzá-rultak volna: s ezért úgy vélem, nem végzek hiábavaló munkát,

midőn a serumoltás eredményeit, különlegesen a falu diphtheriás betegein tanulmányozva, szándékom szakszerűen egybeállítva feltárni; midőn a számokból következtetést vonok le nem csupán a serumnak közvetlen hasznosságára nézve, hanem egyben utalhatok arra a hygienikusan culturális hatásra is, a melyet ezen oltások közvetve gyakorolnak a földművelő népre.

A betegkezelés a falusi népnél annyira különleges, a beteg, valamint egészséges testnek ápolása annyira tapad évszázados hagyományokhoz, a fogalom az egészség és beteglét kérdéséről annyira elütő a modern pathologia álláspontjától, hogy félmunkát látok teljesítve mindenütt, a hol országra szóló hygienikus és therapeutikus intézkedéseknél a földmíves népre, annak munkakörére, szokásaira s életmódjára nem vagyunk kellő tekintettel és beérjük a magas niveaun álló kórodák s klinikák statistikáival, a hol a népnek életéből merített számok minden esetre ép oly meggyőzően beszélnek, mint amazok vagy legalább is lényegesen kiegészítik azokat.

Ha valahol, úgy hazánkban, mint kiválóan földmíves országban, áll ez az állítás.

A serumelőtti időszakot akarom rövid néhány szóval vázolni.

A szegény, mint a vagyonos földmíves osztály is, egy szobánál többet rendes tartózkodási helyül fel nem használ, amaz kényszerűségből, emez szokásból. Ugyan szokásból a leghitványabb — félreesebb — s sötétebb zúgot jelöli ki magának és családjájának tanyául. A szoba alacsony, kis ablakú, szellőzhetetlen, padlózatlan.

Ha kitért a ragály a családnál, több mint valószínű, hogy a megfelelő büntető paragrafus félelme hajtotta csak a családfőt az orvosi segélynek egyszerű igénybevételére, tehát akkor, a midőn a megbetegült gyermekre nézve imminenssé vált már az életveszély, de a midőn egyszermind bőven volt reá alkalom és lehetőség, hogy a rokonok és szomszédok gyermekei inficiáltassanak. Jön a vörös ragálycedula. A kényszernek engedve szegezi ki a gazda sajátságos mosoly kíséretében a kapu fölé. S mosolyognak az orvosi tudálékosságon a szomszédok és nevetnek a rokonok. Látván a cedula elégtelenségét az elkülönítésre nézve, éjjel-nappal felváltott rendőrt állíttat az orvos (nem az előljáróság) a ház elé. A rendőr azonban sógora, komája, de legalább is falubelije a gazdának: akár ott sem volna. Járvány kitérése esetén utcai biztosokat jelölünk ki, a kik azután valamennyien sokkal kevesebbet félnek a ministeri rendeletről, mint a földiek ellenszenvétől és neheztelésétől: a mi ismét mindent megmagyaráz.

A földhöz ragadt szegényről nem is beszélek; az nem tud magán segíteni.

Ez volt a ragály elfojtása körüli intézkedések rövid foglalata.

Áttérek az egykori kezelésre.

A midőn a nép az általa eltitkolt vagy nem kezelt diphtheriás eseteket egybevetvén az orvosilag kezelt néhány esettel, arra a meggyőződésre jut, hogy az orvos beavatkozásában s a helyi kezelésben csak győtrést lásson gyermekére nézve kézzel fogható haszon nélkül, hát a törvénynek engedve kezelte ugyan gyermekét, a mennyiben a vényt tényleg megcsináltatja a gyógytárban: a hozzákapcsolt rendelkezéseket azonban nem foganatosítja és gyermekét inkább óhajtotta az orvos, mint a betegség ellen megvédeni. Nem lévén meg tehát a kellő bizalom az orvos működésével szemben, úgy a hygienikus, mint a therapeutikus intézkedések számba vehetők nem valának. Hangsúlyozva óhajtom még egyszer kiemelni, hogy községekben diphtheriaellenes, legkivált helyi kezelés általánosságban eszközöve nem lett, vagy ha lett is, csak oly hiányosan, hogy ezen beavatkozásra a Purjesz-féle theoria, mely szerint a magas mortalitást s a betegség súlyos jellegét mi, orvosok, idéztük művileg elő, absolute nem illik.

Pedig ha ez így van a Bácskának egy nagy és vagyonos német községében, minden esetre még inkább vonatkozik a szerb, román, tót és nagy részben magyarulakta községekre is.

És mit tapasztalunk a halálzási statistikára nézve itt, a hol valóságos orvosi kezelést ki sem lehetett fejteni? azt, hogy a halálzás 50—52, sőt 60% között ingadozott.

Azon szomorú helyzetben vagyok, hogy községem kebeléből nagy számokat vagyok kénytelen szerepeltetni. 1890-dikétől 1895.



október 15-dikéig, az első itt helyt végzett diphtheriaserum oltásig, meghalt említett százalék mellett 408 gyermek.

A morbiditás 1890. óta 1895-ig évről évre csökkent, úgy hogy 1894-ben a megbetegültek száma csupán 20-at tesz ki; miután ezek közül 12 halálozott el, a mortalitás plane 60%-ra szűkölt fel. Azért hangsúlyozom ezen körülményt, hogy rámutassak, hogy itt helyt 1895-ig a diphtheriás betegek száma csökkent ugyan, de a ragályozás intenzitása, a betegség rosszindulatú volta ezzel párhuzamosan nem gyengült.

Nem állunk tehát most sem egy az erejében megfogytakozott, hanem talán meteorologikus viszonyok és annyira-mennyire hygienikus rendszabályok folytán helyileg korlátozott fertőző hatánynyal szemben.

A megbetegülések száma egyébként utolsó évben (1895. október 15-dikétől 1896. november 1-ig) tehát a serum alkalmazásának idejében, hirtelen a megelőző év négyszeresére emelkedett.

Ide csatolom most már oltásaim eredményét százalékosan számítva az áttekinthetőség és az eredmény könnyebb levonhatása céljából; a nagyobb pontosság okáért ugyanezen rovatokat még a számszerinti adatokkal is kitöltöttem.

Oltva a megbetegülés		Nem oltva	Haldokolva oltva	Nem oltott és haldokolva oltott együtt	Összesen
1-2 napján	3-4-5 napján				
50%	35.9%	10.2%	3.8%	14.0%	100%
ezek közül viszonylag számítva meghalt					
0%	10.7%	37.5%	100%	54.5%	11.5%
viszonylagosan az első sorhoz képest anginával complicálva volt vagy mint elsődleges croup lépett fel					
15.3%	42.8%	12.5%	100%	36.3%	28.2%
					ezek közül meghalt
					27.2%
Számszerinti adatok					
39	28	8	3	11	78
ezek közül meghalt					
0	3	3	3	6	9
anginával való complicatio vagy elsődleges croup megbetegülés					
6	12	1	3	4	22
					ezek közül meghalt
					6

Ama tapasztalatot, hogy a beavatkozás korai végzése a gyógyfolyást kedvezőbbé teszi, rovataim fényesen igazolják.

A 6-7-8-dik napon is végeztem ugyan oltásokat, de miután ezek valamennyien haldoklók voltak, nem nyitottam nekik külön rovatot a 3-5-dik napon oltottak után, hanem természetesen a moribundusok rovatában helyeztem ezeket el. De mert a serumnak nem is volt ideje ezeken hatását gyakorolhatnia, jogosan tekinthetem én is, mint már mások tették, ezeket nem oltottaknak, összegezvén őket egy külön rovatban a tényleg nem oltottakkal. Megjegyzem, hogy a moribundusokat csakis a szülők unszoló kérelmére injiciáltam.

A croupal való complicatiót vagy annak elsődleges feltevést azért számítottam ki %-ban, mivel úgy a tracheotomiának, mint plane az intubationnak igaz tere nem lévén a községekben, annak előtte az valóságos réme volt a családnak és orvosnak. Már pedig tabellám itt is aránylag kedvező halálozási viszonyt tüntet fel.

Az általános végeredmény minden akár korán, akár haldokolva, akár nem oltott eseteket egybefoglalva = 11.5% halálozás.

Csakis az oltottakat véve viszonylagos számításba, a halálozás = 4.4%.

A következő táblázatban kor szerint csoportosítom a betegülések számait.

1	2	3	4	5	6	7-8	9-12	13-15	összes.
é v e s									
7.6%	7.6%	15.3%	12.8%	16.6%	11.5%	15.3%	9.9%	3.9%	100%
a kik közül viszonyítva meghalt:									
33.3%	33.3%	16.6%	10.0%	7.7%	—	8.3%	—	—	11.5%
számszerinti adatok									
6	6	12	10	13	9	12	7	3	78
ezek közül meghalt									
2	2	2	1	1	—	1	—	—	9

A serum hatása a kórfolyamatra nézve tapasztalatom szerint teljesen azonos ama illetékes szakférfiak előadásával, a kik részint ezen lapok hasábján, részint egyebütt tárgyalták ezen rendkívüli fontos kérdést.

Ezen ismeretes és a serum behatása alatt módosult kórfolyáson kívül rendkívüli fontosságot gondolok tulajdoníthatni egy más észleletnek, a melyet mindeddig alig hallottam valaki által is hangoztatni.

Azt tapasztaltam ugyanis egy némely esetben, hogy a midőn testvérek avagy szomszéd gyermekek ragályozták meg egymást, a hol tehát az infectio útját közvetlenül ki tudtam jelölni, ha ez elsődleges diphtheriás eset korán lett oltva, azon későbbi betegek, a kik a fertőző anyagot ezen elsődleges forrástól nyerték, kezdettől fogva a diphtheriának enyhe jelei között betegedtek meg. Az alhártyák itt rendszerint a mandulákra localizálódnak kis lencsényi szigetekben; a demarcálódásra nagy a hajlandóság; az nyivitorlára, uvulára vagy gégefőre való átterjedést nem tapasztaltam; a láz csekély; postdiphtheriás jelenségek egyáltalán véve nem, vagy csak csekély mérvben lépnek fel. Nem tapasztaltam ezen másodlagos eseteknél a nyaki nyirkmirigyek beszűremkedettségét. Ellenben a be nem oltott vagy több nap után oltott esetek utáni fertőzések intenzitásában jobbra hasonlók maradtak fertőző forrásukhoz, sőt azt súlyos betegségi tünetekben felül is multák.

Mindezekből ama, nem mondom még meggyőződésem, hanem impressióm támadt, hogy az oltás befolyása alatt a természetes bacterium-coloniák olyképen veszítenek hatékonyságukból, a miként a laboratorium is gyengíti thermikus vagy chemikus behatásokkal az ő mesterséges tenyésztéseit. Saját egyéni impressióm ez; elég fontosnak tartom azonban arra nézve, hogy mások is figyelmeztessen ezen tárgyra terelvé, esetleg a közös megfigyelés végeredményeként föltöbb fontos tényálladék derüljön ki.

(Folytatása következik.)

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(VI. ülés 1896. november 10-dikén.)

Elnök: Kézmárczky Tivadar; jegyző: Temesváry Rezső.

Hólyaginversio és nagyfokú hólyaghüvelysipoly művi beavatkozással végzett szülés után.

Szabó Sándor: I. A., 23 éves. I. P. 9 hét előtt szült; szülésénél 4 orvos segédkezett; a magzatot decapitálták, törzsét műszerrel távolították el. Azóta állandó vizelet csurgása van s mintha valami lefelé húzódná hasából. Szülés után 4 héttel szekéren utazva, a rázatás folytán hüvelyből egy vörös almányi daganat nyomult elő, mely irreponibilis lévén, Pestre jött.

Status praesens: Natesek tája s a nagy ajkak igen felmaródtak; vulva előtt egy körülbelül lúdtójásnyi, sötétvörös színű, lécezetet mutató, bársonyos tapintatú, érintésre élénken fájdalmas tumor látható. Mellette ujjal behatolva, a symphysis alatt körülbelül 2 cm.-re, az olda-

lakon, meg a gát felől 6—7 cm.-re hatolhatunk be. Köröskörül heges szövet akadályozza a további előhaladást. Urethra szájadéka nem található. A duzzadt tumor igen érzékeny volta miatt nem reponálható, uterus nem tapintható.

Goulard-vizes borogatásra másnap reggelig a tumor annyira lelohadt, hogy reponálható, mire egy körülbelül 20 fillérvényi carunculus nyílás látható: az urethra berepedése. Azon behatolva, alsó részén egy körülbelül 1 cm. széles, feszes hidat tapintunk, melyen túl ezüstforintnyi defectus érezhető a hólyag hátsó falában, melynek szélei heges, szakadékonyságú szövetből környezetek. A sipolyon át most már tapintható a heges szövetbe ágyazott uterus.

A gyógymódot illetően: Kérdéses, sikerül-e majd az uterust a hegekkel kivágni s ha igen, nem lesz-e a méhszáj s a cervix annyira, összenöve, hogy többé átjárhatóvá sem lesz tehető. Ez valószínű a beavatkozás súlyos voltát tekintve. Másrészt a hólyaghüvely defectus nagy terjedelme is nehezíti a gyógyeredményt. Ilyen esetben, ha majd a nő menstruációja haematometrárt s ennek következményeit fogja okozni, szóba kerülhet a Freund által néhány esetben alkalmazott plasticája. Ez tudvalevőleg abból áll, hogy az uterus-fundust előrehúzza s mellső falából pótolja a hólyaghüvelyhiányt s az urethrárt. A fundusba kúp alakú nyílást, melyen át a nő zavartalanul menstruál. Coitusra alkalmas vagina is keletkezik. Ezen műtétnél egy gyógyult esetet 7 hónappal p. oper. volt alkalma látni. A nő rendszeren, 4 hetenként menstruált, vagina mély tágulékony, coitusra alkalmas.

Tauffer Vilmos: Azt tettezi fel, hogy a betegnél nincs urethra, hanem egy nagy, 2 részre osztott fistula.

Dirner Gusztáv az esetre vonatkozó ábrára nézve kér felvilágosítást.

Elischer Gyula: Hogy a két nyílás közül az egyik urethraníylás, az kitiunik abból, hogy mikor az inversio vissza lett helyezve, a carunculus részlet sphincterice összehúzódott, tehát az urethra-sphincter egyik részének meg kellett lennie.

#### Vulvitis pruriginosa operált esete.

Dirner Gusztáv: A pruritus vulvae, mikor az nem a diabetikus vizelet kémiai hatása folytán, sem pedig vaginalis vagy cervicalis folyás nyomában járó micro-parasiták izgatásának a tünete, hanem már a papillaris test subacut gyuladása, a Pacini, Krause és Meissner testecskék fibrosisa, a mikor megérdemli Sängert szerint a dermatoneuritis vulvae pruriginosa elnevezést: akkor rendszeren másképpen mint operatív úton nem gyógyítható.

Tanuságot tesznek arról az irodalomban felsorolt számos esetek nevezetesen Schroeder, Löhlein, Martin, Fehling, Fritsch, Webster és Sängert-éi.

Előadónak ide sorolható 2 esete volt; az egyiket október 18-dikán operálta; az eset a következő:

V. J., 65 éves. VIP., 20 éve klimaxban; 3 éve égető, szúró, viszkető fájdalma van külső genitáliában, mely most már annyira növekedett, hogy éjjeli álmát is zavarja. Vizsgálatnál a clitoris és a nagy ajkak bőre feltűnően száraz, repedezett; kis ajkak jól festenyeztek; hüvely száraz, senilis involutióban. Vizeletben ezukor nincs. Miután a vidéki beteg már évek óta hiába keresett javulást s állapotát türbetennek jelentette ki, a beteg bőrrészletek s mucosa részletek kimetszése, Sängert szerint a mons venerisről a fossa navicularisig a clitorissal együtt. A seb összevarrása lépésenként ezüstdróttal és fedése jodoformos collodiummal. Gyógyulás per primam. Beteg 14 nap múlva gyógyultan távozott. Az elég nagy terjedelmű bőrrészlet kimetszésével a seb-selek egyesítése után sehol nagyobb megfeszülés nincs. A viszketés megszűnt.

#### Vesetumor transperitonealis kiirtásának esete.

Dirner Gusztáv: T. T., 11 éves leány hasában mintegy 2 éve észrevehetően és gyorsan növekedő tumor, mely fájdalmat nem okoz, habár a has kerülete 77 cm. A tumor jobboldalon foglalt helyet, alsó polusával a kis medencébe ért, felfelé pedig a bordái alá nyult. Per rectum való vizsgálatnál a méhtől való kiindulás kizárható; nem úgy a májjal való összefüggés, mely ellen csak az szól, hogy a daganat a beteg állítása szerint alulról nőtt felfelé. A colon mesterséges felfűvése nem eszközöltetett és így az erősen kidomborodó daganat retroperitonealis eredése nem lett megállapítva, habár a differentialis diagnózisnál szóba jött.

A f. 6. augusztus 30-dikán végzett hasmetszésnél kitért, hogy a daganat retroperitonealis és oly nagy, hogy kiirtása transperitonealisan ajánlatos. A peritoneum felhasítása után kisebbítés céljából punctio; kevés sűrűbb barnás folyadék ürült egyik cystosus üregből. A tompa kifejtés feltűnően könnyű; ollóval csak itt-ott kellett segíteni, alul a gerincoszlop mellett egyik erősebb kötegben 2 véredény volt; lekötés után átmetszés. Egy másik hengeres kötegben — lefutásának irányából — az ureter ismerhető fel. Átmetszésével a daganatot fészkekből ki lehetett gördíteni; a jobboldali vesét kitapintani nem lehetett. Vértés nincs. Hashártyabeli résznek és a hasüregek bezárása. Lefolyás egy kis hasfali abscessusból eltekintve, zavartalan. Jelenleg — 2 hó múlva — a jobb vese helyét tapintva, ott egy képletet érezni, mely a recidiva gyanuját kelti. A daganat kórboneztani vizsgálata alkalmával vese-állományra emlékeztető szövetet találni nem lehetett, miért is azt a vizsgáló congenitalis eredésű teratomának tartja, mely cystadenoid szövetből és chondromából van összetéve. A műtétnél tapasztaltak után azonban fentartja azon véleményét, hogy a daganat maga az elfajult vese volt.

Elischer Gyula: Hasonló vesetumor-operációról referál. Esetében a daganat 2 emberfejnnyi volt; rajta kocsányosan ökölyi daganat tapadt; ezenkívül a jobb vesébe befurakodó koponyaszerű esontos növedék volt jelen, mely a vesetokot átfúrta; egynehány jelenlevő, nyirokmirigyhez hasonló daganatot, a nagy edényekhez való közelségük miatt, nem irtott ki. Az operatio transperitonealis úton történt. A diagnózis óriássejtű rostos adenosarkomára tettezt. A tumorban concentrikus rétegzetté elmeszesedő és a közepén necrobiotikus folyamatnak alávetett partiek voltak láthatók. A vese kiirtását a beteg elég jól tűrte, azonban később inanitio következtében elhalt. A boncolásnál kiderült, hogy az adenosarkoma a kiirtott részlet alatt kiült.

Jelen esetben a beteg vizsgálásánál azon benyomást nyerte, hogy már recidiva van jelen.

Nem okvetlen szükséges, hogy az ilyen tumorban veseszövet legyen kimutatható, mert a daganat a vesét teljesen tönkretetheti, mint azt esetéből következteti.

Tauffer Vilmos: A diagnostikus nehézségek a vesetumrok megállapításánál igen gyakoriak; csaknem minden segédeszközt fel kell használni, hogy tájékozódhassunk. Eseteiben egy körülményt figyelemre méltónak talált; ez az, hogy a veséből kiinduló tumorkok az esetek nagy részében a felhágó remesének egy bizonyos jellegző áthelyeződését okozzák. A daganat a hashártyát maga előtt emeli a felhágó remeséig és ezt belső peripheriájához közel helyezi át; a bél-fűtés által a felhágó remesét a daganat bal peripheriáján követhetni. Ez diagnostikus szempontból igen fontos és úgy látszik, kiválóan fontos a vesedaganatra nézve, mert épen ezek azok, melyek a subperitonealis kötőszövetben nagyon kevés összekapaszkodást mutatnak,

Ebből a therapiára vonatkozólag azt a következtetést vonja le, hogy vesedaganatoknál, azok nagyobb volta mellett a transperitonealis utat kövessük. A daganat kihámozása, ha perinephritikus folyamatok nem voltak, feltűnően könnyű.

Dirner 2. esetére vonatkozólag Sängert észleleteiből a következőket vonja le:

Az olyan pruritusokat, melyeknek kiindulása valamely nagyobb secretióval a genital-tractus részéről (pl. endometritis) függ össze, tehát az ú. n. mykotikus eredetű pruritusokat gyógyítani igen nehéz; pedig ezek képezik a pruritusok nagyobb számát. Ha consequens helyi kezelést alkalmazunk, lényeges javulást észlelhetünk. Igen nehéz a gyógyítása a diabetikus pruritusnak.

Az olyan esetekben, melyekben más eljárás nem vezet célhoz, az operatív eljárás javasolt.

Kézmárcsiky Tivadart: Practikus tekintetben vannak symptomatikus és essentialis pruritusok; utóbbiaknál a vulva bőrének visszafejlődése van jelen. Ilyen a Dirner esete is és ezeknél jogosult az operatív eljárás.

Symptomatikus pruritus pl. a diabetikusok pruritus és a mykotikus eredetű pruritus. Előbbinél antidiabetikus curával, utóbbinál erőlyes sublimat-kezeléssel és tisztántartással igen szép eredményeket érhetünk el.

#### A méhfibromák különböző operatívai külföldön.

Doktor Sándor: e ezímen előadást tart.

Elnök előadónak a szakosztály nevében köszönetét fejezi ki előadásáért.

Több tárgy nem lévén, elnök az ülést bezárja.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

„Ueber Asthma, sein Wesen und seine Behandlung“ írta Dr. Brügelmann W. Wiesbaden. Bergmann kiadása 1895.

Szerző, ki 15 évig mint inselbadi fürdőorvos működött, gazdag tapasztalatai alapján írta jelen füzetet, mely azóta 3 kiadást ért. A bevezetésben az asthma gyógykezelésére való rövid visszaillesztés után kiemeli, hogy az asthma tulajdonképpen idegbántalom s reflectorikus úton a légzőcentrum izgalma vagy benu-lása folytán áll elő. Szerinte ötféle asthma van: 1. a. nasale, 2. a. pharyngo-laryngeale, 3. a. bronchiale, 4. intoxicatiós asthma, 5. a. neurasthenicum. Az asthma cardialet nem sorozza az asthmahoz, mert lényegében ezzel összefüggése nincs; az a. dyspepticumot és sexuales-t az a. neurasthenicum csoportjába osztja. A hysteriás a. a. hysteria kórjelenségeihez tartozik. Az 1. és 2. megbetegedéseknél asthma-pontokat talált, melyeket cocain anaesthesia mellett keres fel, azok edzése képes a kört megszüntetni. Sokkal kedvezőtlenebb a bronchialis a. prognosisa, itt rendszeren a hurut igen makacs. A klimára vonatkozólag állandó hőfokú nedves levegőt ajánl, leginkább a völgyben való tartózkodást, az északi tengert perhorrescálja. Az intoxicatiós a. majd minden a. kísérője

s a felhalmozódott CO<sub>2</sub>-nek a központi idegrendszerre való izgató hatásából magyarázható meg, gyógykezelése azoknak megfelelőleg történik. A neurastheniás a. az idegrendszer bántalmazottságában rejlik, vagy a központ beteg, vagy a vezetés nem jó, vagy mind a kettő. A legkülönbözőbb bántalmak, így uterinalis zavarok stb. képesek asthmát előidézni. A neurasthenia mint alapbántalom kezelendő első sorban, nagy szerepe jut a suggestiónak, éber állapotban súlyosabb esetekben a hypnosis pregnans eredményre vezethet. A legfontosabb a beteg akarat ereje, ha ez gyenge, a rohamok mind sűrűbbé válnak. A neurastheniás a. a hysteriástól főleg abban különbözik, hogy előbbi alvás közben is fellép, utóbbi azonban soha. Általánosságban főtételül állítja fel a szerző: minél gyakrabban el tudjuk nyomni az egyes rohamokat keletkezésük alkalmával, annál inkább csökken a központ izgalomra hajlandó képessége s fordítva, ezért igyekszik roham kezdetén — főleg bronchialis és intoxicatiós asthmánál — sietve comprimált levegőt belelegeztetni betegeivel. Legtöbb esetben complicált asthmával van dolgunk, így az intoxicatiós asthma legtöbb a. kísérelje, mi az intoxicatiós asthma lényegéből folyik. Miután asthmás betegek állandó orvosi felügyeletet igényelnek, különösen a neurastheniás alapon megbetegedettek, a sanatorios gyógykezelést melegen ajánlja, mert a szakértő orvosi felügyeleten kívül inhalatiók, hydrotherapia, diaeta, jó levegő stb. mind összműködnek a localis és általános kezeléshez. A záradékban felsorolja az asthma ellenes szereket s azokra vonatkozó tapasztalatait adja elő. A cocaint a központ hűdések, a morphiomot ennek izgalomkor ajánlja mint biztos szert, óva figyelmeztetve a chronikus intoxicatióra. Végül felemlíti, hogy az inductiós villámáramtól is néha jó sikert látott.

Szutrély dr.

## II. Lapszemle.

### Bőr- és bujakórtan.

**Syphilisgyógyítás és balneotherapia,** írta *Neisser*. Az utolsó évtizedekben a syphilisgyógyításról úgy közleményekben mint gyűlekezetekben számtalanszor volt szó és ezekben úgy a gyógyszerekre valamint a gyógymódokra nézve a legkülönfélébb nézeteknek hódoltak. Ma már meglehetősen kijegecesedett ezekből azon tétel, hogy a higany az tulajdonképen, mely a syphilist gyógyítja a szerző ezen tételt még szorosabban vonja össze azon mondatba, hogy *csak a higany az*, mely a syphilisvírusra hat és *ez az egyedüli gyógyszer*, mely a syphilis lefolyását befolyásolja. Ezen állításának bizonyítására felhossa többek között azon tapasztalati tényt, hogy a higanyval való gyógyítás megakadályozhatja a syphilis átörökölhetőségét, a mi nem azonos azzal, hogy a higany a syphilistermékeket kiküszöböli, hanem egyenesen a syphilisméregre hat. Másrészt fontos azon tény is, hogy a syphilisnek lefolyása már akkor is kiválóan befolyásoltatik, ha a beteg bajának kezdetén *csak egyszer is* erélyes higanyeurán keresztülment, a miből következik, hogy *higany nélkül nem létezik jó syphilisgyógyítás*. Ebből azonban nem az következik, hogy más gyógyszerhez és eljáráshoz ne forduljunk, melylyel a betegnek gyorsabb és biztosabb gyógyulását még előmozdíthatjuk. Ide tartoznak első sorban a jodkészítmények. Szerző azonban nem tudott eddig magának arról meggyőződést szerezni, hogy a jod a syphilist korai stadiumában gyógyítani tudná és ezért nem is használja a jodot a syphilis másodlagos stadiumában; ellenben kitűnő és pozitív gyógyszer a jod a syphilis harmadlagos stadiumában. Kivételesen azonban a secundaer stadiumban is, ha olyan fájdalmak lépnek fel, melyeket a priost megbetegedésére visszavezethetünk és melyeken a jod igen gyakran jó hatással van, továbbá az úgynevezett „syphilis maligna” esetekben. Azonban az utolsó évek arra tanítottak bennünket, hogy a fertőzés utáni első években is léphetnek fel tertiarismushoz hasonló folyamatok, melyeket mint olyanokat kizárni biztosan nem lehet, különös fontossággal bír az különösen akkor, ha fontos szervek pl. agy és zsigerek vannak megtámadva. Ilyen életre kiható esetekben hibás volna a gyógyítási tervet theoretikus megfontolásokra alapítani, *ilyenkor kötelességünk a higanyt és a jodot egy*

*időben alkalmazni* és ha más segédeszközünk van, ezekhez is fordulni. Ezen segédeszközök egyike a balneotherapia, mely még igen vitás kérdést képez. Szerző „specifikus” fürdőknél létezését egyszerűen tagadja és ha természetes higanyfürdők volnának is, akkor is csak azon esetben szívódnék fel hathatós mennyiségben az ásvány, ha a köztakarón fekélyesedés fennáll, ellenkező esetben úgy a higany mint a jodtartalmú vizekből a normalis bőr még *hosszú fürdőzés* mellett is csak minimalis mennyiséget képes felszívni. Hogy mennyire szerepelhet a balneotherapia a syphilis gyógyításánál mint segédeszköz; következő 3 kérdéssel foglalkozik: 1. Mennyire mozdíttatik elő a higany bekebelezése fürdők által. 2. Milyen befolyással van a higany a syphilisvírusra fürdők használata mellett. 3. Mennyire és milyen módon küszöböltetik ki a higany a szervezetből. Az első kérdésnél első sorban azon esetek jöhetnek számba, a midőn bedörzsölési cura alkalmaztatik. A bedörzsölési curánál tudvalevőleg a higany úgy jön a szervezetbe, hogy egy jó része elpárolgás által a bőr felületekről a légzési szervek útján a vérkeringésbe jut, a másik része pedig a bőrszerv által felszívatik. Ha most a bedörzsölt beteg kénes fürdőt használ, akkor a még elpárolgás útján felhasználható higany is kárba vész, mert a bőrről, mint ezt számos kísérlet bebizonyította, teljesen hatástalan kénhigany támad. De még konyhasót tartalmazó fürdőtől sem vár sokat, mert legfeljebb hosszantartó fürdőzés mellett is csak minimalis mennyiségű higany egyesül a sóval és képez oldható, felszívódható higany sót. Ezekből az tűnik ki, hogy fentnevezett fürdők használata bedörzsölési curával egyetemben tulajdonképen ellentétes irányban működik. Hogy a fürdőknek ezen hiánya kiküszöböltesse, ajánlatos nagyobb adagoknak nagyobb területekre való bedörzsölése. Szerző tehát, ha már ilyen fürdők használatáról van szó, bedörzsölések helyett higanybefecskendezéseket alkalmaz. A mi az utolsó két kérdést illeti, ezekre megfelelni annál is nehezebb, miután a hypothesis terén mozognak. Ez utóbbi két pontot illetőleg is inkább hajlandó a fürdőknél csak annyiban tulajdonítani hasznót, a mennyiben mint más bántalmaknál a beteg a fürdölátogatás ideje alatt bajának gyógyítására több időt, nagyobb gondot fordít, más hygienikus viszonyok közé jut. A virus kiküszöbölésére is a fürdő talán csak annyiban bír befolyással, a mennyiben az anyagcsere fokozódik. Fejtegetéseinek végén a syphilis jó kezelését abban látja, ha mindez komolyan keresztülvitetik, ha az eddig rendelkezésünkre álló eszközt és segédeszközt, tehát a balneotherapiát is, összhangzásba hozzuk az egyén és a bántalom minőségével. (Berliner klinische Wochenschrift, 1897. Nr. 16. és 17.)

Aschner Arthur dr.

### Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Syphilitikus** infectionál a jodkalit *Thimm* igen jó eredménnyel használja a következő alakban: Rp. Kalii jodat. 30'0; Ferri citr. ammoniat. 4'0; Tinct. nuc. vornie. 8'0; Aqu. dest. 30'0; Tinct. chinae 120'0. M. D. S. 1 kávéskanállal 1/2 pohár vízre. (P. Thimm: Therapie der Haut- und Geschlechtskrankh. 1896.)

2. **Impetigo facialis** gyógyításánál *de Buck* és *de Moor* jó eredményeket láttak a következő kenőcsnek alkalmazásától: Rp. Tannoform 3'0; Vaseline 10'0; Lanolin 20'0. M. f. ungu. D. S. kenőcs, naponta kétszer használandó. (Therap. Wochenschr. 1896. október 25.)

3. **Eczema** ellen jó hintőpor: Rp. Talci pulv. 40'0; Tannoform 10'0. (Therap. Wochenschr. 1896. október 25.)

4. **Pertussis** gyógyítására több esetben igen jól bevált a következő: Rp. Cocionellae sub. pulv. 0'05—0'20 (kor szerint); Ammonii carbonic. 1'0—2'0; Syrup. ament. 20'0; Aqu. dest. qu. s. ad 100'0. M. D. S. 2 óránként 1 evőkanállal. (Centralblatt f. Kinderheilkunde 1897. Nr. 2.)

5. **Pruritus scrotalis**nál *Brocqu* a következő szert ajánlja: Rp. Acid. carbol. 0'05; Extr. Valerian. 0'10; Pulv. Valerian. 0'20; M. f. pilul. Nr. I.; D. tales Nr. XX. S. naponta 1—2 szemet. (Allg. Med. Central-Zeit. 1896. Nr. 81.)

## TÁR C Z A.

## A régi fürdőélet Magyarországon.

(Vége.)

Délelőtt 10—11 óráig tart e tarka kép, s a mint a nap sugarai erősebben tűznek, lassanként eloszlik a vendégereg; ki a fenyvesek hűs árnyába vonul, ki fürödni készül, hogy a megivott gyógyvizet teste — kinyilván a bőr lyukaeskái — jobban kiadhassa. Ott a hol természetes meleg víz nincsen, a vizet üstökben melegítik, s a párolgó üstöket napszámosok hordják szét vállaikra fektetett rudakon, a szegényebb helyeken forró köveket dobálnak a fürdő vizébe, míg megmelegszik. A csodatevő kutak nagy számmal voltak, majdnem mindenikhez fűződött egy legenda, s különösen sok volt a meddőséget gyógyító kút. Szellems sarcasmussal nyilatkozik ezekről gr. Dessewffy, bártfai leveleiben mondván: „Midőn azonban némely soká meddő asszonyokat édes teherrel innen haza térni szemlélnék; eszembe ötle, hogy a Rómaiak Mársznak szentelték volna e vasas tseviztét; és hogy megfordulnak itt olykor e hatalmas istennek némely szebb vitéz fiai is. Ha hajdan némely hölgyeket ez vagy amaz Görög képfaragó márvány istenének megpillantása anyákká változtathatta, ugyan miért lenne valamely élő, mozgó Apolló, Mercur vagy Hector, vagy Nireosz, vagy Hilász és Antonius megszemlélése sikertelenebb vagy soványabb. Tudják a mi asszonyaink is a szépet megtekinteni!”

Délben kiki ebédjéhez ült. Sokan főztek otthon, az árendásnál csak a szegényebb nép étkezett, de már a XVIII. században Pöstyénben, Tepliczen, Bártfán table d'hôte-tal találkozunk, melyek a „Sálában” folytak le, s melyen előkelő urak és dámák vettek részt. Gyakoriak voltak a vendégeskedések. „Tsartoriszky Ádám herceg — írja Dessewffy — egy leveles szüben vacsorát ada. Hozzon vig és elevenült a társaság, egymást érte a sok jó bor, a sok jó gondolat. Tsendes fuvalló muzsika kísérte a köszöntő poharakat.” Ezen a híres lakomán fogatta el az osztrák kormány az orosz rendőrfőnök megkeresésére gr. Potóczyt 300 felfegyverzett paraszttal vévén körül a fürdőt.

Az élet nem volt drágának mondható, még a pénz hajdani drágasága mellett sem. Bártfán a legnagyobb szobákért 40, a kisebbekért 30 krt fizettek, Füreden az elsőrangú szobák 30, a másodosztályúak 24, a kisebbek 15, a padlás-szobák pedig 9 krba kerültek. Ugyanitt az olcsóbb table d'hôte-ért, mely állott levesből, marhahúsból 2 mártással, főzelékből sülttel, egy becsináltból, sültből salátával 18 krt, s a drágább asztalnál ugyanez ebédért, csak még tésztával és gyümölcsessel 30 krt kértek; vacsora személyenként 12 krba került; egy iteze asztali bor 4, ó-bór 6, somlyai 8 kr. volt. Drága csak az a szilvalészerű lőre volt, a mit kávénak csufoltak, s a mi a pörkölt szalonna hazájában csak a század elején kezdett elterjedni: Bártfán egy parányi csészével — kenyér nélkül — 30 krba került, dupla cukorral 45-be.

A délután és est a társas életé volt. 5 órakor kezdődtek a „viszonos látogatások”, a melyeknek se hossza, se vége, ezután kocsikázás, lovagolás, s a szabadban vig ozsonnázások következtek. Sokan ismét a „sálát” keresték fel és sakkjátékba, billiárdba, kártyázásba merültek el; sehol az országban annyit és oly nagyban nem kártyáztak akkor, mint Bártfán, ez a játékbarlang későbbben betiltatott. Vig és bús cigányzene hangzott az árnyékos promenádon, sőt egy kicsit sok is volt a jóból, a fürdőkön túlnyomó volt a vig, mulató elem, s a gyógyfürdőhöz illő nyugalmat nem igen respectálták. Az érkező vendégek szállását kora hajnalban muzsikások veszik körül és „szerentsés elfogadót” fűjnek, az elmenőknek színtűgy „marsot hangoztatnak az útra”. De még az érkezés és elmenetel közt sem voltak nyugodalmasak az éjszakák az éjjeli dorbézolóktól. „Némely pajkos leventáink legénykedésből egész éjszakánként lármás Török muzsikával tsavarognak körül, s úgy dorbézolnak a tsendességre alkotott nyári éjszakákon, mintha csak maguk élnek az egész fürdőben”, mondja Dessewffy. Gvadányi generális is mindennap húzatta magának a nótát megtréfált cigányjaival:

„Míg itt fogok lenni, mindennap muzsikát  
Fogtok nekem tenni, mert a magyar nótát  
Ti oly jól húzzátok, mint Ditters concertyát.”

De ezekkel még nem volt kimerítve a mulatságok sorozata. A saison alatt, mely májustól egész októberig tartott, a vándor bűvészek, akrobaták fürdőről fürdőre jártak, vándor képviselők ajánlgatták ecsetjüket a mostani photographusok helyett a bájos hajadonok megörökítésére. Tepliczen, Bártfán, hébe-hóba másutt is a német muzsa is felütötte tanyáját, hogy terjeszsze a nyugati kulturát, s jó magyarjaink, ha szót sem értettek is az egész darabból, azért szorgalmasan eljárógtak unatkozni a „teátrum”-ba. „Olykor énekes játékokat is vagy kornyikálnak vagy brekegnek” mondja lesújtó kritikával Dessewffy, ki mint világesodáját említi, hogy Bártfán egyszer már „levegő golyóbyssal” is téve próbát valaki, sőt egy tűzijátékost is látott égnei röpiteni lángoló sárkányát!

Híres mulatságok voltak a gr. Pejacsevieh által Darúváron rendezett „kakaslövészetek” is. Nimród fiai nemes ambícióval állottak a munkához, fogadások történtek kicsinyben és nagyban, s bizony nem volt nehezebb a repülő galambot golyóval lelőni, mint 25 lépésről a nyugodtan ülő kakast leteríteni, mely orlyukain átfűzött zsineggel egy czövekhez leszorítva szemben és laposan nyult el a földön. Durrogtak a puskák, de a gömbölyű madárserét mindig lesiklott a kakas sima tollzatán, s a szegény tarajos még mindig életet jelentő rikoltásai csak ingerelték a versenyzőket. Az volt azután a szerencsés, ki egy seréttel derék-szög alatt találta homlokot.

A kereskedők sem maradtak el, hogy részüket a bő zsák-mányolásból ki ne vegyék. A deszkákából összetakolt sátrak hosszú sora vonul végig a fősétáló mellett. Itt a bécsi masamód kínálgatja drága pénzen otthon el nem kelt rongyait, s újmódi szabásukat magasztalja, odébb egy eperjesi német taplósipkákat és zaeszkócskákat árul, s a pápaszemes „szemcső” készítő jól megfér a pecestvő és hamis gyűrűit igaziak gyanánt eladogató zsidóval. Van itt órás, szabó, csehországi üveges, sőt „egy suszter is mindig kéznél van a beteg czípők és eszímák megtoldás—foldására.” „Van orvos, van borbély, vannak kerítőnök, vannak öröm és fájdalom adónék... Penelopéból Honává, s így a szegény Levina sorsára eljutott dámák.”

A sok hiábavalóságot megvetők enyhet és védelmet találtak az árnyas erdők magányában és faraghatták kinos verseiket latin és magyar nyelven, olykor egy-egy öreg fenyő derekát botránkoztatva meg azokkal; nagy uraink pedig ráérttek eléggé politizálni, összeesküvést csinálni, a minek Stubnya Wesselényi ott időzése alkalmával valósággal központja volt. Jelentős pillanatok voltak azok, midőn egy-egy lovas staféta érkezett, hírül hozván Boeckay, Rákóczy diadalát, vagy midőn a jelen század elején Bártfára megérkezett a fürdő egyetlen lapja, az „Oesterreichischer Beobachter”, s hírt adott a nagy Napoleon fegyvereinek újabb diadalairól, Suvarov és Alvinczy vereségéről. „Az alacsony füstös kávéház gyér fagygyúyertya-világításában egyszerre megálltak a dákók, elhallgattak az összekoeczant tekék, mely politikai gondok nehéz fellege ült a hazafias homlokokra.” A politikai viták mellett azonban érdekes és türelmes fajunkat jellemző dolog, hogy a vallási villongások korszakában a különböző hitű fürdőközönség között milyen szép egyetértés uralkodott. Pedig a vallásosság még talán soha annyira megerősödve, kifejlődve nem volt, mint épen a XVI. és XVII. században, a protestans martyrok és a jezsuiták vakbuzgó hivei idejében, mutatja ezt egy XVII. századbeli trencsén-tepliezi fürdőszabályzat, a mely elejétől végig majdnem csupa istenimádásból áll, de épen ugyanez a szabályzat szigorúan eltiltja a vallási vitákat, „melyek inkább a lyceumokba valók, a tüdőt gyengítik, a vért felgyújtják és a legjobb életnedveket kiszáritják”. Ugyanez a szabályzat írja elő, hogy „senki se fujja fel magát a többiekkel szemben, hanem mindenki köszöntse egymást barátságosan minden alkalommal”; nemkülönben hogy: „A fürdőbe senki se lépjen be a már jelenlevők barátságos köszöntése nélkül és ne távozzék abból udvarias engedelmekérés nélkül”. Igen érdekes a szabályzat 13. pontja, a mely a fegyverhordási tilalomról szól. Hivatkozik a szabályzat Savoyai Eugenne, ki

karlsbadi tartózkodása alatt maga is alávetette magát ezen dicséretes szokásnak, s csakis ő felsége VI. Károly parancsára öltötte fel kardját, mely őt magas katonai rangjánál fogva még a fürdőn is megillette.

Vigan és békésen teltek tehát a napok. Mikor azután hullani kezdtek a sárguló levelek, s a goromba őszi szél kezdte rázogtatni a vén hársak ritkuló lombzatát, megkezdődtek a búcsúlátogatások, búcsú-dáridók, elment a pecsétes levél az „én édes, szerelmes uramnak“, ládába kerültek a ropogós selyem viganók, könnyű patyolatok, aranyos vállfűzők, leszámolt a „nagy asszony“ az árendás nehézkes fejével, s pár nap múlva megjelent a férjem uram repülő négy sárkányával, varsói új kocsijával, előálltak ismét a csengő-bongó nagy echos szekerek, hogy a felüdült, meggyógyult, de gyógyultan bár a távozás miatt szomorú szép úrnőket haza szállítsák. Nem egy levente kísérte a szomorú lánykák, csásos asszonyok hintáját lóháton a harmadik határig, s nem egy boldog ifjú vitte haza már saját kocsiján szerelmes mátkáját. Így fürdöztek nálunk még alig 100 évvel ezelőtt.

Vámosy Zoltán dr.

## Német gynaecologusok egyesületének VII. congressusa.

Lipce, 1897. június.

(Vége.)

Baum (Boroszló) szerint, ha a megbetegedés az uterusra szorítkozik, akkor vaginalis úton, ha azonban tovább terjed vagy az adnexák a megbetegedettek, úgy laparotomiával kell műteni. Az már mindegy akár colpotomia anterior vagy posterior végezzük. Csupán a jól mozgatható kocsánnyal bíró tumorokat engedné per vaginam eltávolítani.

Olshausen (Berlin) örül, hogy másokat is talál az ellenzők táborában. Maga is úgy hiszi, hogy az uterus lenről, az adnexák felülről távolítandók el. Sajnosan tapasztalta mások által operált esetekben, hogy az adnexák benmaradtak, az uterust meg kivették, holott fordítva kellett volna. Sohase használunk Klemmét. Nem is oly ritka a Klemme móddal operáltaknál a bélfistula. Egy esetről akar megemlékezni, mely egy ismerős sebésznél fordult meg. A nőt valahol Klemme-vel adnextumorok miatt megoperálták. Ezután csakhamar ileust kap, miért is a sebész anus praeternaturalist csinál. Fekvése közben azonban a vaginán is távozik bélsár, ennek oka egy bélfistula, melyet a Klemme-operációnak köszön. Ily állapotban van most a nő és természetes, hogy a két fistulájától sohasem fog szabadulni.

Pfannenstiel (Boroszló) a „beoltási infectio“ miatt nem ajánlhatja az alulról való operálás kibővítését. Ily operációknál nem védhetjük meg oly jól a sebfelületet a daganat tartalmától mint laparotomiánál. Emlékeztet Slinger oltási infectio bemutatott eseteire.

Martin (Berlin). Korainak tartja e műteti módról ma még ítéletet mondani. Ő már a 80-as években használta a colpotomia posterior, ezt elhagyta és anterior végzett, hogy ismét visszatérjen hozzá. Még nagy beladhaesiókat is tud e mód mellett leválasztani az uterusról ennek megtartásával. Az uterust adnex nélkül sem tartja közömbös szervnek. Ezért lehetőleg megtartja azt. 454 eset közül négyet vesztett el.

Chrobak (Bécs). Vaginalis módnak az a hátránya, hogy a sérüléseket nem ismerjük fel. 87 esetben myoma miatt total exstirpált és egy halt el sepsisben, egy másik bélsérülés következtében. Szerinte 1. minden vaginalis colpotomiánál laparotomiához legyen elkészülve. 2. A műtő a módot illetőleg a beteggel szemben sohase vállaljon el felelősséget.

Wertheim (Bécs). Igaz, hogy a vaginalis mód nehezebb mint az abdominalis, de az fog legjobb eredményt felmutatni, a ki az anterior kombinálni tudja a posteriorral. Subserosus és intraligamentosus myomákat így nem operálna. A Klemmet szintén ellenzi.

Winter (Berlin) VI-dik hónapban gravid uterust távolított el carcinoma miatt per vaginam. A cervix kettéhasítása után

könnyen eljutott a pete alsó polusához, melyet felhasítva, a magzatot extrahálta. A placentát félve a vérzéstől nem távolította el külön, hanem az uterusal együtt. Hasonló esetekben igen ajánlja e módot. A készítményt demonstrálja.

Amann (München). Ureter-cervix fistuláról értekezik. Szerinte azért nem gyógyulnak műtéttel az ureter fistulák, mert ha az ureter végét kiszabadítjuk a hegszövetből és beplántáljuk a frissen ejtett hólyagsebbe, az ureter igen feszes, rövidegsége miatt és ez akadályozza a gyógyulást. Ezért ő két esetben a következőképp operált. Az ureter végét kpraeparálta és azt, a borító peritoneumon nyílást ejtve retroperitonealiter bevarrta a feltölt és erősen dislocált hólyagban. Mindkét esetben gyógyulás.

As intrauterin injectióról. Döderlein (Grössingen) tart előadást.

Ismertes ama eset, melyet Hofmeier felülbirált, midőn is 2 x cm. 50% chlorzink injeciálva halált hozó volt. Hat esetben a total exstirpatio előtt intrauterin injeciált koncentrált methyl-oldatot. Lege artis cervixtágítás, Braun-feeskendő és kimosás alkalmazása mellett. Négy esetben a folyadék a tubán át megjelent a has ürében. E kísérletek tehát a tubák átjárhatóságát bizonyítják.

Hasvarrat. Abel (Lipce).

A Zweifel klinikán laparatomizáltakat vizsgálta meg herniára nézve. A 665 beteg közül 660-at tudott feltalálni. E betegek két év előttig lettek műtéve és 2—3-szor látta őket. Herniát talált

1. egy csomós varrat után 29%-ban,
2. izomvarrat után az esetek 25%-ban,
3. izolált fasciavarrat után az esetek 8%-ban.

Ha e három módnál a genyedések számát tekintetbe vette úgy az találta, hogy:

Genyedés volt I. csomós varrat után . . . . .	68%
„ „ II. izom „ „ . . . . .	64%
„ „ III. izolált fasciavarrat után . . . . .	13%

Mentől soványabbak az illetők, annál ritkábban lép fel a hernia. Szerinte nem a kor, sem a szüléstől, sem a nadrág viselésétől nem függ a hernia fellépése. A legjobb az izolált fasciavarrás, mely mellett csak kövér egyéneknek lép fel hernia. Ez úgy látszik azért van így, mert kövér egyéneknek nem lehet a fasciavarrást exacte végrehajtani. Igen örülne, ha állításait mások is utánvizsgálással megerősítenék.

Varróanyag. Krönig (Lipce). A kumul-catgutot ajánlja. Ismerteti előállítását. Szerinte a kumul-catgut alkalmazásánál lépnek legkevesebbszer fel hasfalherniák. Kimutatja, hogy a sublimat alkohol-catgut után 10%-ban, chromsav-catgut után 15%-ban, xylo-catgut után 13%-ban volt hasfalhernia, addig kumul-catgut után 7.1%-ban.

Eszközök. Klien (München) bemutat egy colpeuryntert gummiból, melyet klyso-pomp-val megtölthetni.

Ziegenspeck (München). Egy gömbölyű gyapotból készült fordító szalagot ajánl a mostani lapos helyett.

Menge (Lipce). Az ismert sterilizációs készüléket demonstrálja.

Küstner (Boroszló). Egy cranioklastalaku embryotomia ollót mutat. A cranioklast külső ablakos kanálába beillik egy tömör ék alakú kanál, melynek éle hosszant fut le. Ezzel akarja az embryotomiát végezni!

Fritsch (Bonn). Total exstirpációhoz használható Klemmét mutat be. A rendes Klemménél rövidebb, mert csak a cső vége vagyis a szorító vége van meg, míg a fogantyús vég az hiányzik. A két részből álló műszer alsó része szélesebb, orsóalakú vajúlattal bír, melybe a felső rész beillik. Alkalmazáskor egy külön fogóval összeszorítja és a két felet egy kis szeggel összetartja. Előnye az, hogy a vaginából nem lóg ki, a beteg mellette könnyen mozoghat, mert e műszer le nem esik.

Schultze (Jena) egy eszközt mutat, mely nagy tumorok (myoma) kiemelésére alkalmas. Az eszköz nagy kampókból áll, melyek egy csigán áthúzódo láncon függenek. A csigát a menyerehez erősítjük és a láncon meghúzásával a kampókba akasztott tumor kiemelhető.

*Baumgärtner* (Baden-Baden) igen ügyesen összeállított eszközt mutat be, melyvel könnyen lehet bármily alakú gyűrűt igen szimmetrikusan a legrövidebb idő alatt előállítani.

\*\*\*

*Zweifel* elnök örömmel konstatálja, hogy csupán három theoretikus tartalmú előadás kivételével a többi bejelentett mind letárgyaltatott és reméli, hogy e fáradságos munka majd megtermi gyümölcsét. Még *Schultze* (Jena) röviden köszönetet mond az egybegyűltek nevében *Zweifel* és *Sängernek*, mire a VII. congressus befejezést nyer.

Kedves kötelességemnek tartom még megemlékezni azon élvezetes hangverseny-estéről, melyet június 10-dikén a lipcei gynaeologikus-egylet és a lipcei hírlapírók egylete közösen rendeztek a congressus tagjai tiszteletére a *Gewandhausban*.

*Fleischman Hugó dr.*

## Heti szemle.

Budapest, 1897. július 15.

**Betegsegélyző egyesületek és pénztárak.** Úgy a fővárosi orvosok szövetségének valamint az országos orvosi szövetségnek első feladatai közé fog tartozni azon sérelmek concret megállapítása, melyek a betegsegélyző egyesületeknek és pénztáraknak törvény által való életbeléptetése következtében az orvosi gyakorlat anyagi érdekei ellen felmerültek, valamint szintén e feladatok közé fog tartozni az is, hogy mi módon lehessen a felmerült bajokon segíteni. Mindkét szempontból jól megvilágítja a kérdést *Petz Lajos dr.* Győr városi tiszti orvosának most különnyomat gyanánt azon referatuma, melyet e tárgyban a millenáris orvosi congressuson előadott és kiindulási pontul szolgálhat a további tanácskozásokra.

Ez értekezésében a szerző elsorolván a felmerült bajokat, az azok elhárítására szolgáló intézkedések gyanánt következőket javasolja. Megállapodás gyanánt kimondandók és törvényes úton lehetőleg kieszközölendők lennének a következők:

1. Az orvosi tevékenység üzérkedés tárgyát nem képezheti és mert a szegényebb néposztály orvosi segélyigénye úgy a törvényhatósági, községi szervezet, mint a munkás betegsegélyző pénztárak keretében teljes kielégítést nyerhet, társadalmi alapon betegsegélyző egyesületekké a vagyonosabb osztály nem tömörülhet, újabbak ne engedélyeztessenek.

2. A mennyiben ilyenek a multból fennállanak és mellékes céljaiknál fogva rendeltetésüknek meg nem felelnek, mint betegsegélyző egyesületek feloszlathatók, tagjaik sorából azonban minden esetben azok, kik vagyoni állásuknál fogva meghatározandó adókulcs szerint a humanismus élvezetére nem jogosultak, kizárassanak.

3. Szükséges az 1891. XIV. t.-cz. revisio a következő alapelvek szerint:

a) hogy a betegsegélyző pénztáraknak a munkás osztályon vagy kereskedelmi alkalmazottakon kívül legfeljebb szegény önálló kisiparosok lehessenek tagjai.

b) Az összes betegsegélyző pénztárak helyenkinti egybevonásával az igazgatási költségek redukáltassanak, tagjaiknak a pénztár ügykezelése és az orvos kiválasztása tekintetében szélesebb autonóm hatáskör biztosíttassék.

c) Az orvos díjazása a tagok száma mindenkor hullámzásának megfelelőleg tagonként egy évre nőtleneknél 3 frtnál, családosoknál 5 frtnál kevesebb nem lehet.

d) A szabad orvosválasztás elve érvényre emeltessék.

e) A tápdíjak 3 napon belül is fizetendők.

f) Az orvosi és gyógyszereségély a pénztári tagok családjainak is biztosíttassék.

g) Hogy úgy a magánbetegsegélyző egyesületek, mint a betegsegélyző pénztárak működésük eredményéről szerkesztett évi jelentéseikbe fenti öt kérdőpontot felvenni köteleztessék és ezen adatok az illető szakminiszter országos jelentésében nyilvánosságra hozassanak.

Az itt felvetett eszmék és indítványok kétségen kívül időszerűek és minden esetre újabb eszmecsere alá vetendők részint az orvosi sajtó, részint az orvosi szövetségek útján.

## Vegyesek.

Budapest, 1897. július 16-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1897. június 27-től 1897. július 3-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 373 gyermek, elhalt 234 személy, a születések tehát 139 esettel multált felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, ronesoló toroklob 1, hökhurut 4, kanyaró 3, vörheny 1, himlő —, typhus abdominalis 3, gyermekági láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 15, agyverőmenny 10, rángások 7, szervi szívbaj 17, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörhurut 36, tüdőgümő és sorvadás 44, bélhurut és bélob 29, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák 3, Bright-kór és veselob 7, angolkór —, görvélykór —, vesezületett gyengeség és alkathiba 9, aszkór, aszály és sorvadás —, aggkór 2, erőszakos haláleset 16. — A fővárosi közkörházakban ápolatott e hét elején 2192 beteg, szaporodás 695, csökkenés 738, maradt e hét végén ápolás alatt 2194. — A fővárosi tiszti főorvosi

hivatalnak 1897. július 2-től július 9-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 7 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 8 (meghalt 1), vörhenyben 19 (meghalt 2), kanyaróban 98 (meghalt 2), ronesoló toroklobban és torokgyíkban 10 (meghalt —), trachomában 17, vérhasban —, hökhurutban 22 (meghalt 3), orbáncban 14 (meghalt 1), gyermekági lázban 1 (meghalt —).

— Az olasz közoktatásügyi miniszter a képviselőház elé törvényjavaslatot terjesztett, melynek célja a felső oktatásról szóló törvények megváltoztatása. A javaslat szerint a 17 állami egyetem és 10 felső tanintézet jogi személyekké lesznek. Ez üdvös intézkedés folytán az egyetemek ajándékokat és alapítványokat fogadhatnak el, a nélkül, hogy ezek kamatai az állami hozzájárulást csökkenthetnék. Egy másik — nem helyesíthető — újítás a hallgatók a lezkepezést a magántanároknak közvetlenül fizetnék. Ez intézkedésnek az a forrása, hogy az állam a magántanároknak lezkepezést megterítés címén 1896-ban 800,000 lírát fizetett ki. Ez óriás összeg a „caccia alle firme“-nek nevezett visszaélés útján jön létre (a hallgatók olyan tárgyakra is beiratkoznak, a melyeket soha sem hallgatnak, sőt ennek fejében sokan százalékokat is kapnak!). A magántanárok a vizsgálatokon is részt vennének, végül kuratori állást rendszeresítené s a tandíjat is rendezi. Az olasz parlamenti viszonyok azonban sejtetni sem engedik, hogy a javaslatból lesz-e törvény s ha igen, mikor?

— Olaszországban az egyetemi hallgatók száma az 1896/97-dik tanévben újból szaporodott és pedig nemcsak a joghallgatóké, hanem az orvostanhallgatóké is. Utóbbiak száma 6618 volt az előző év 6440-nel szemben. Ausztriában azonban az orvostanhallgatók száma (4728) újból csökkent.

— A strassburgi német egyetem története tanulságos arra, hogy miképpen kell s szabad egyetemet alapítani. A negyedszázad előtt újból alapított egyetem évi budgetje meghaladja az egy millió márkát. Az új építkezésekre 14 milliót fordítottak s ilyen módon a francia uralom alatt tengődő szakiskolává süllyedt főiskolából virágzó elsőrangú egyetem lett.

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

**Szt. Lukács-fürdő**  
téli és nyári  
gyógyhely.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságu nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és ládító-fürdők. Olcsó és szép lakások. Prospectust küld ingyen az igazgatóság, **Buda-pest.**

## HIRDETÉSEK.

TERMÉSZETES

**BILINI SAVANYUVIZ!**

Legkiválóbb képviselője az alkalikusavanyuvizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenként növeli elismert, jó hírnevét s azokivül a legkiválóbb diaetikus italt képezi. **EDESKUTY L. úr ivócsarnokában** a nyári hónapokban pohárszámra is kapható.

**Pastilles digestives de Bilin**  
(Bilini emésztési czukorkák) 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 azonkivül minden gyógyszerárban, fűszerkereskedésben, szállodában és vendéglőben. Pastilles de Bilin a legjobb gyógyszerárban és gyógyszerárú-kereskedésben.

Vegy-, görcsövézeti és bacteriologiai

**ORVOSI LABORATORIUM**

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

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

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

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Korányi Frigyes ny. r. tanár úr vezetése alatt álló I. belklinika laboratóriumából.

Adatok a cystin előfordulásához a vizeletben.

Benedict Henrik dr., klinikai gyakornoktól.

A cystinuria annyira ritka betegség, hogy Czapek<sup>1</sup> 1889-ben az egész irodalomból 62 esetről többet nem tudott összeállítani. Lényege abban áll, hogy egy szerves kén-tartalmú test, az amidothiotejsav disulfidja, mely rendes körülmények közt a vizeletben nem fordul elő, ott megjelenik és nehéz oldhatóságánál fogva a húgyutakban, kezdve a vesemedenczétől egészen a húgyhólyagig, concrementumok képződésére adhat okot. Ilyen kisebb concrementumok kiürülése és esetleges kémiai vizsgálata figyelmeztetheti az orvost a baj jelenlétére. Ilyen concrementumokat kiürítő betegek vizeletéből többnyire állás közben vagy megelőző megsavanyítás után a jellemző ö szögletű cystinkristályok válnak ki, melyek ép úgy, mint maguk a concrementumok, a cystin jellemző reakcióit adják. De az irodalomban több eset van feljegyezve, melyben cystinkövek jelenléte dacára a vizeletből cystinkristályok nem estek ki. Másfelül néhány esetben a cystint csak véletlenül, húgysavas vagy más kristályok mellett találták az üledékben, a nélkül, hogy akár előbb, akár utóbb cystinkövek képződésére került volna a sor.

Egyáltalában végig tekintve a cystinuria casuistikáján, feltűnő, milyen szerepet játszik a cystin feltalálásában a véletlen. Egy fiatal amerikai orvos minden ok nélkül arra kéri Loebisch<sup>2</sup>, hogy vizsgálja vizeletét „ritka“ alkatrészekre: Loebisch az üledékben a legszebb cystinkristályokat találja. Ebstein<sup>3</sup> egy igen hosszúra nyújtott polyarthritiss folyamán albuminuriát észlelve és a vizelet üledékét vesealakelemekre vizsgálva, cystint talált. Marowsky<sup>4</sup> az ő esetében, melyre még vissza fogok térni, szintén csak véletlen folytán találta a cystinkristályokat, hasonlóképen Mitrail<sup>5</sup> stb.

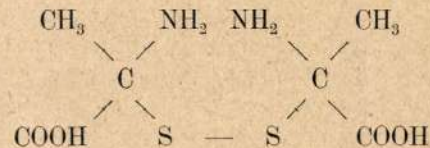
E tények már Niemann<sup>6</sup> arra a felvételre birták, hogy a kőképződés vagy a cystinkristályok kiválása nem mindig feltétlen kísérője a cystinuriának, hanem hogy az utóbbi esetleg latensül, a nélkül, hogy a beteg vagy az orvos a dologról tudna, fennállhat. Ez természetesen csak úgy lehetséges, ha a cystin bizonyos fokig a savanyú vagy neutralis vizeletben oldható és csakugyan megállapították Udránszky és Baumann<sup>7</sup>, hogy a cystin oldhatatlansága nem oly nagy, mint ezt annak előtte állították. Vizsgálataik szerint egy liter vizelet hosszabb állás és megsavanyítás dacára 30—40 cgm. cystint tartott oldva, mi tekintettel arra, hogy a cystin legnagyobb, üledék alakjában leválasztható napi mennyisége a cystinuria legkifejezettebb eseteiben sem tett ki többet mint

70—80 cgm.-ot, arra engedne következtetni, hogy a cystinuria, ha közép- vagy kisebbfokú, morphologice nem diagnoszálható.

Ilyen esetekben a cystinnek egy már régen ismert kémiai sajátága, t. i. az, hogy alkalikus ólom-oldattal főzve lassan fekete ólomsulfidot képez, tenné ezt felismerhetővé és megengedné a vizelet egyéb szerves kén-tartalmú testeitől való megkülönböztetést. Ismeretes, hogy rendes körülmények közt a fehérnye kénjének csak 83—86%-a oxydálódik kénsavvá, míg a többi 17—14%-a szerves kénvegyületek alakjában kerül kiválasztásra. Ezen viszony a „savanyú“ és „neutralis“ vagy „oxydált“ és „nem oxydált“ kén közt fehérnye egyensúlyban levő és vegyes táplálékkal élő egyéneknél meglehetősen állandó. Hogy miből állanak ezen szerves kén-tartalmú testek, az eddig csak a legkisebb részben van felderítve. Egy bizonyos részük az epe taurinjából származik és mint taurocarbaminsav található, egy részük pedig rhodansókból áll. Ezen két ismert test közül egyik sem tartja a kén olyan formában kötve, hogy ez alkáliakkal főzve kiszabadulna, lévén a taurin formulája:  $\text{CH}_3 - \text{NH}_2 = \text{amidoethylsulfo}$



sav, míg a rhodankalium (CNSK) a kén csak savakkal való főzéskor hasítja le kénhydrogen alakjában. A cystin ellenben mint az amidothiotejsav disulfidja:



alkáliakkal való főzéskor lassan és tökéletlenül ammóniakra, kozmás szőlősavra és kénalkáliákra bomlik, mely utóbbiak a jellemző ólomsulfidképzést adják.

Nagy principialis jelentőséggel bírt azon körülmény, hogy Goldmann és Baumann<sup>1</sup> a normalis vizeletben is cystint, vagy — a mint hozzáteszik — egy a cystinnel rokon testet találtak. Eljárásuk a cystin azon sajátágain alapul, hogy

1. cystin benzoylchloriddal lúgos folyadékban rázva benzoylcystint ad és hogy

2. ezen benzoylcystin, mely aetherrel könnyen kivonható, ezután lúgos ólomoxyd-oldattal főzve ólomsulfidot hasít le.

Az általuk követett eljárás röviden a következő: 100 ccm. vizeletet 70 ccm. 1070 fajsúlyú natronlúggal és 10 ccm. benzoylchloriddal addig rázunk, míg a benzoylchlorid szaga eltűnt. A foszfatokból és szénhydratokból álló csapadékot, szűrés által eltávolítjuk, az alkalikus szűredéket kénsavval erősen megsavanyítjuk. A savanyú oldatból kiválik nagymennyiségű benzoésav, de egyszersmind a benzoylcystin is. Erre a tömeget alkoholtartalmú aetherrel háromszor kivonjuk és a leemelt aetherrel a vízfürdőn átdestilláljuk. A maradékot natronlúgban oldjuk és néhány esep ólomacetatot adva hozzá, a vízfürdőn egy főzőpohárban néhány óráig digeráljuk, mialatt benzoylcystin jelenléte esetében lassan egy ólom-

<sup>1</sup> Wiener medicinische Presse, 1889.

<sup>2</sup> Liebig's Annalen. Bd. 186. kötet.

<sup>3</sup> Deutsches Archiv f. klin. Medicin. 18., 23., 30. kötet.

<sup>4</sup> Deutsches Archiv f. klin. Medicin. 4. kötet.

<sup>5</sup> Orvosi Hetilap 1887.

<sup>6</sup> Deutsches Archiv f. klin. Medicin. 18. kötet.

<sup>7</sup> Zeitschr. f. phys. Chemie. 15. kötet.

<sup>1</sup> Zeitschr. f. phys. Chemie. 9. kötet.

sulfidból álló fekete csapadék képződik; ezt a csapadékot lemért, száraz filterre hoztuk, bő vízzel s ezután hig ecetsavval és alkohollal mossuk, majd szárítjuk és óraüvegek közt mérjük.

A cystinmennyiség, melyet *Goldmann* és *Baumann* ez úton normalis vizeletben találtak, igen csekély. A 100 ccm. vizeletből nyerhető ólomsulfid-mennyiség rendszeren csak 1 mgr. körül ingadozott; néha még kevesebb volt, de néha valamivel több.

Hasonló mennyiségben találtak a cystint a kutya normalis vizeletében is: 100 ccm.-ből a leírt módon 2 milligramm PbS-ot sikerült kiválasztaniok. Mellesleg azonban megjegyzik, hogy egy phosphorral mérgezett kutya vizeletében ezt az anyagot sokkal jelentékenyebb mennyiségben találtak, a mennyiben 100 ccm. vizeletből 11 mgr. PbS-ot nyertek, tehát 5·5-ször többet mint normalisan. Ezt a tényt a szerzők minden kommentár nélkül közlik.

A néhány év előtt *Beck*<sup>1</sup> dr.-ral együtt és *Klug* tnr. úr vezetése alatt folytatott vizsgálataim az izommunka alatti kénkiválasztásra vonatkozólag azt az eredményt szolgáltaták nagy valószínűséggel, hogy a szervi fehérnyeszétesés fokozódása alkalmával a szerves kén tartalmú testek kiválasztása úgy absolute, mint a kénsavhoz viszonyítva emelkedik. Még praegnansabb eredményeket állatkísérletek alapján *Savelieff*<sup>2</sup> is nyert, ki mint törvényt formulázta, hogy a szervi fehérnye fokozott szétesése nem a kénsav, hanem majdnem kizárólag a szerves kén tartalmú testek kiválasztását szaporítja.<sup>3</sup>

Közelfekvő volt tehát a feltevés, hogy a phosphor mint protoplasma-méreg erős toxikus szervi fehérnyebomlást indít meg és ennek folytán a vizelet szerves kén tartalmú testeit és velük együtt a normaliter csak csekély mennyiségben jelenlevő cystint is szaporítja. Ezen felvételtől kiindulva, néhány olyan betegnek a vizeletét vizsgáltam cystinre, kinél erős szervi fehérnyebomlás volt jelen. Egy 59 éves egyén, ki carcinoma okozta oesophagusstenosisban és ennek folytán chronikus inanitióban szenvedett, a mennyiben minden nap csak 750 ccm. tejet = 39 gm. fehérnyét consumált, vizeletében minden nap körülbelül 11 gm. nitrogent választott ki, mi körülbelül 68·7 gramm fehérnyének felel meg. 29·7 gm. fehérnyét tehát saját szervezetéből kellett odaadnia, mi 4·75 gm. nitrogent vagy 148·5 gm. izomhús elvesztésével azonos; az igen csekély mennyiségű bélsár nitrogénjét hozzászámítva, ezen deficit még nagyobb volna. A neutralis kén ezen esetben 0·3221 grammot, azaz az összkénnek 47%-át tette ki (normaliter 14—17%), a szerves kén tartalmú testek tehát absolute és relative erősen fel voltak szaporodva. Mindamellett a nagyon telített vizeletnek 150 ccm.-e cystinre vizsgáltatva, csak igen csekély ólomsulfid-csapadékot szolgáltatott, mely alig tett ki többet egy-két milligrammnál. Ezt a kísérletet másodsor megismételve, ugyanilyen eredményre jutottam.

Egy fiatal egyén, ki hirtelenül beköszönő phthisis florida miatt a kórodánkon feküdt és kinek napi temperaturája 38° és 39·7° közt ingadozott, mint a rajta más czélből kivitt 8 napra terjedő anyagforgalmi vizsgálat mutatta, erős natrium-deficitben volt, a mennyiben átlag mindennap 3·87 gm. nitrogent = 24·19 gm. szervi fehérnyét veszített s ennek megfelelőleg nagy neutralis kénkiválasztást is mutatott; egy napon pl. 0·3391 gm. kén szerves vegyületek alakjában választott ki, azaz az összkén 39·11%-át. A neutralis kén ezen nagyon magas értéke mellett az aetheres kivonat alkalikus ólom-oldattal főzve csak csekély, sötét olaj-zöld színeződést adott, de nyomát sem az ólom csapadéknak.

Egy fiatal leány, ki a pneum. crouposa 3-dik napjáig néhány kanál levesen és tejen kívül semmit sem vett magához, a 4. napon, midőn először kísérlet czéljából 2 liter tejet

kapott, 39·6° temperatura mellett 0·3112 gm. neutralis kén választott ki, mi az összkénnek 55·5%-át tette. Tehát igen nagy mennyiség, ha a normalis 14—17%-kal összehasonlítjuk. Mindamellett csak igen csekély ólom-sulfidból álló csapadék képződött, mely egy milligrammnál kevesebbet tett ki.

Hasonló negativ eredményt nyertem egy súlyos diabetesben szenvedő asszonynál, kinek vizelete nagy mennyiségű ezukor mellett bőven tartalmazott acetont és a Gelhardt-féle Fe<sub>2</sub>Cl<sub>6</sub>-reakciót is adta. Bár újabb vizsgálatok szerint ezen alkotórészek nem, mint eddig hitték, szervi fehérnye intenzív bomlására engednek következtetést és bár ez esetben a fehérnyemérlegre nem voltam tekintettel, mégis a beteg erős consumptiója miatt nitrogen-deficitre lehetett következtetni. 500 ccm. vizeletet cystinre feldolgozva, csapadéknak csakis nyomait találtam.

Ezeket elegendőknek tartottam annak bebizonyítására, hogy ama szerves kén tartalmú testek közt, melyek fokozott szervi fehérnyeszétesés mellett a vizeletben szaporodva szoktak megjelenni, a cystin nem foglal helyet; ennél fogva a phosphormérgezésnél észlelt szaporodása ezen testnek a szervi fehérnyeszétesésnek mint ilyenek nem volna betudható.

(Folytatása következik.)

## Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem II. számú (Réczey tanár) sebészeti klinikumáról.

### Gyomor-bélműtétek.

Közli *Chudovszky Mór*icz dr., tanársegéd.

(Folytatás.)

A német sebészeknek 1896-ban tartott XXV. congressusán *Wölfler*, a ki a gyomor- és belsebészetről egy díszelőadás megtartásával volt megbízva, azt mondja, hogy: „örömmel gondolunk azon eredményekre, a melyeket a gyomor és bél sebészete terén elértünk, habár meg kell emlékeznünk oly esetekről is, a hol azt nélkülözzük; ha az eredmény serkenti az embert a munkásságra, akkor az eredmény hiányának a tanulmányozásán is tanulunk és okulunk“.

Azt hiszem, hogy elég számos összehasonlító példát leszünk képesek ezen állítás igazolására felhozni abból a nagy irodalomból, a melyet e téren a sebészek naponként hatványozott szerénységgel közölnek, s a melyet a mi 6 esetünk itt eléggé igazol.

Az első esetre vonatkozó kórelőzményben azt találjuk, hogy öt év kellett ahhoz, hogy a gyomor fekélyesedő folyamata oly fokú elváltozást idézzen elő a gyomor mechanikus működésében, hogy az utolsó év folyamán minden szilárdabb összeállású tápszert kihány. A II. esetben 10 év kellett ahhoz, hogy ilyenmő zavarok fokozottabb mértékben jelentkezzenek, a melyek annyira elkeserítik a beteget, hogy öngyilkossági szándékból lúgos oldatot iszik. Természetes, hogy utána a pylorus táján fennálló heges szűkület viszonyai még inkább komplikálódnak s négy hét teljesen elegendő lesz arra, hogy az úgy szólván teljesen átjárhatlanná váljék. A III. esetben egy oly pylorusszűkülettel volt dolgunk, a mely lúggal való mérgezés után fejlődik ki s ennek sem kell több két hónapnál, hogy majdnem teljesen átjárhatlanná váljék. A IV. esetben a majdnem átjárhatlan pylorusszűkület, a mely savmérgezésből eredő volt, négy hónap lefolyása alatt fejlődött ki. Az V. esetnek carcinomás álképletből eredő pylorus szűkülete teljesen átjárhatlanná válik négy hó leforgása alatt; a mely időtartamhoz hozzá adva még néhány hetet, látjuk, hogy mennyi idő kellett ahhoz, hogy a növekedni kezdődő álképlet a gyomor működésében zavarokat létesítsen. Ez teljesen megfelel azon fejlődési időtartamnak, mely ily nagyságú pylorus álképleteknél észlelve lett. A VI. esetben észlelt duodenalis szűkület, a mely a béllumen időnkénti elzáródásán alapult, miért okozott csak hat hónap óta táplálkozási zavarokat, miért vezetett csak azon idő óta duodenalis szűkületre valló tünetekhez, azt sem a betegágnál, sem a próba hasmetszés-

<sup>1</sup> Mathematikai és természettudományi értesítő. XI. kötet. — Pfüger's Archiv. 54. kötet.

<sup>2</sup> Virchow's Archiv 136. kötet.

<sup>3</sup> Lázás betegeken végzett kísérleteim, melyeket most szándékozom közölni, arra az eredményre vezettek, hogy embernél a neutralis kénvegyületek ezen szaporodása csak bizonyos viszonyok közt következik be.



nél, sem a bonczasztalon kideríteni nem lehetett. Ha a bonczolás ki is derítette azt, hogy a fennállott diverticulum telt állapotban a bél keringését részben vagy egészen megakadályozta, azt azonban nem derítette ki, hogy a diverticulum fejlődése milyen alapon indult meg és mióta állhatott fenn. Ha csak fel nem tételezzük azt, hogy a szervezett általános elgyengülése a gümös folyamatok következtében oly fokú, hogy a bélsár pangása előidézhette azt a ritka esetet, hogy a duodenum táján egy diverticulum fejlődik, más módon az esetet értelmezni nem tudjuk. A vastagbél diverticulumai eléggé ismeretesek, ismeretesek a vékony belek fejlődéstani alapon megmagyarázható diverticulumai, a duodenum ilyenmő táglataira azonban igen kevés esetet találunk feljegyezve. *Gravitz*<sup>13</sup> tanulmánya meggyőzhet bennünket erről. Magán a diverticulum bélfalán sem a mucosán, sem a muscularison macroscopikus elváltozást nem találtunk, göresővi vizsgálatra még nem került a sor.

A gyomor megbetegedésének a helyét véve vizsgálat alá, az I. esetben magán a hasfalán keresztül is kitapintható volt egy ellentállóbb, kemény köteg a pylorus táján, a mely még jobban tapintható a felnyitott hasüregben, a mikor ugyanis a pylorustáji hegek kötegek gyanánt tapinthatók, a melyek a pylorus nagy részletét már kívülről is hegesen lefűzik s a gyomor ezen tájára még részben folytatódnak. Ezen heg tehát megfelelően a gyomor fekélyesedő megbetegedésének annak kedvelt előfordulási helyén, a pyloruson székel, s azonkívül a környezetet körülírt hashártyagyuladást okozott, a melynek kimenetelét jelzik ezen külső hegek s álhártyák.

A II. esetben a pylorustájon semmit sem lehet tapintani az elerjesztett hasfalakon keresztüli vizsgálatnál, hanem az egész has, de különösen a gyomoronyító tája feltűnően érzékeny ezen vizsgálatnál. A műtétnél a pylorus tömött összeálló képlet gyanánt tapintható, nem különben kissé puhább hegek érezhetők a cardia táján; valószínű, hogy a pylorustáji hegek a körelőzményben megemlített régi folyamatoknak az eredményei, míg a mérgezés alkalmával a gyomorba jutott vegyi anyagok okozhatták a cardia táján kifejlődött frissebb hegeket. A mellett feltételezzük azt is, hogy ezen alkalomnál a pylorus tája sem lett megkímélve, minthogy a mérgezési kísérlet előtt a bevett tápszerek részben még tovább juthattak a duodenumba, utána néhány hétre a pylorus teljesen átjárhatatlanná válik. Ezen insulussal kapcsolatban az elgyengült betegnél nem körülírt, hanem az egész hashártyára kiterjedő lassú gyuladás lépett fel, a melynek tünetnyei a betegnél állandóan fennállottak, s így diagnosztizálható is volt. A betegnél tehát csupán vitalis indicatio alapján kíséreltük meg a gastroenteroanastomosist. A bonczolásnál kitűnt, hogy a pylorus néhány cm.-nyi hosszúságban csak egy vékony irón számára járható át.

A III. esetben a hasfalakon keresztül semmit sem lehet kitapintani; a műtétnél a pylorus tája megvastagodottnak és hegesnek mutatkozik, a bonczolásnál pedig lumenje alig egy irónvastagságú szűkületté alakult.

A IV. esetben a hasfalakon keresztül vizsgálva a pylorus táján semmit sem lehetett tapintani, akár azt a gyomor fel-fűvott állapotában végeztük, akár akképen, hogy a gyomor- és béltractust kiürítettük megelőzőleg. A műtétnél a pylorus egy ujnyi vastag köteggként tapintható, körülötte összenövésnek nem érezhetők.

Tehát a régi megbetegedésen alapuló I. esetben a hasfalán keresztül csak azért volt a pylorus táján ellenállás érezhető, mert pylorus körüli hegek képződtek. A másik három esetben, a hol az egyiknél szintén ilyen régi folyamattal volt dolgunk, a melynél még újabb insultus is hozzájárult, a pylorus stenosis kórisméjének felállításában a tapintás semmit sem segített. A mit a cardia táján lehetett tapintani ugyanabban az esetben, azt csupán annak tulajdonítanók, hogy a beteg hashártyagyuladásban szenvedvén, minden vizsgálatnál ezen tájat fájlalta s ugyanakkor ellenállás érzetét kaphattuk a tapintásnál.

Az V. esetben a pylorus táján ülő daganat, a mely szűkülett tünetnyeiivel járt, kitapintható, s így ezen vizsgálat pozitív kórisme jel gyanánt értékesíthető volt.

Annál nehezebb esettel állunk szemben a VI. esetben. Sem a hasfalán át, sem a műtétnél a hasfal sebén keresztül, sem a bonczolásnál nem találtunk kitapintható okot, a minek alapján a duodenalis szűkülett tünetnyei mellé egy biztos jelt esatolhattunk volna. *Boas*<sup>14</sup> a duodenalis szűkülettekről írt közleményéber az epehányást, a gyomorvadásban kimutatható pancreas-nedv jelenlétét duodenalis szűkülett biztos jelekként mondja. Továbbá szerinte a váladéknak állandóan erősen alkalikusnak kell lennie, s szabad sósavat nem lehet ilyenkor kimutatni; a bélsárnak agyagós külleműnek, de színesnek kell lennie; a gyomornak nem kell kitágulnia, habár a felső jejunumkaecokban lévő bélszűkülettek eseteiben gyomortáglulat fejlődött ki néha. A duodenalis szűkülettek okai gyanánt *Gerhardi* és *Hagenbach* 15 esete közül pancreasrák, cysták, duodenalis vagy jejunoduodenalis hegekről volt a szó nyolez esetben. A mi esetünkben az epés hányás kimutatható, szabad pancreas váladékra nem végeztünk vizsgálatot. A váladékban tejsav mutatható ki; székének összeállása és színe megfelelő *Boas* adatainak; a gyomor jelentékeny kitágult.

A mi esetünkben fennállott duodenalis szűkülettet csakis annak bonczolása teszi érthetővé, a hol kitűnik, hogy egy diónyi diverticulum e tájon teltségi állapotában szelep gyanánt zárja el a bélkeringést. Minden esetre jobb eredményre jutottunk volna, ha a beteg nem gümös megbetegedés következtében elgyengült szervezet, a kin vitalis indicatio alapján fogunk hozzá a próbalaparatomióhoz, még pedig narcosis nélkül csupán cocainanaesthesia mellett, a kin azonban nem lesz megcsinálva a gastroenteroanastomosis, részben mert a kivitelre az egyént már elgyengültnek ítéltük, részben mivel a szűkülett okául tapintani semmit sem tudtunk. A mellett a beteg, a mint az élőben kimutatható volt s a mint a bonczolásnál is kitűnt, a czomb vivőér thrombosisában szenvedett, a melyhez csupán később járulhatott hozzá az arteria pulmonalis emboliája.

A gyomor motorikus funkciójának és vegyi működésének állapota érdekes képet nyújt mind a hat esetben. Az elsőnél a mesterségesen felfűjt gyomor egy harántujnyira ér a köldök alá; minden kissé szilárdabb tápszert kihány, azokat nem emészt meg. A hányás 4—6 óra múlva jelentkezik a tápszerek felvétele után. A próbareggeli után vizsgálva a váladékot, abban szabad sósav jelenléte kimutatható, tejsav hiányzik belőle. A második esetben a gyomor igen kevéssel tágabb, jóllehet a gyomor megbetegedése néhány évvel hosszabb tartamú mint az előbbié, jóllehet a pylorus majdnem teljesen átjárhatatlan. A gyomornak funkcióját gyomormosásokkal nem lehetett megjavítani. A hányás 4—6 óra múlva jelentkezett a tápszerek felvétele után, annak színe zöldes-barna, benne szabad sósav jelenléte kimutatható. Ezen beteg még a hig tápszereket sem tűri, a mit azonban talán a fennálló régibb peritonitisnek kellene tulajdonítani. A harmadik esetben a gyomor táglulata eléri a köldököt. Eleinte a nagy ételpangás eredménye gyanánt a gyomormosásnál több folyadékot kaptunk vissza, mint a mennyit beöntöttünk, később a gyomor működése megjavul s a hig tápanyagok gyorsabban lesznek továbbítva. A hányás két óra múlva jelentkezett a tápfelvétel után, ha szilárdabb összeállású anyagokat nyelt. A pylorus még kissé jobb átjárhatósága mellett az bizonyít, hogy ezélszerű táplálás mellett a gyomor működése jobb lesz. A negyedik esetben a gyomor táglulása fiatal jól fejlett fiúnál a mérgezés után már a negyedik hónapban eléri a köldököt. A hányás az étkezés után állandóan négy óra múlva jelentkezik. Ez azonban az által, hogy étrendjére szigorúan ügyeltetünk, megszűnik. A gyomor táglulása, valamint chemismusa a naponként végzett gyomormosások után jelentékenyen megjavul. A gyomor váladéka szabad sósavat tartalmaz. Epét sohasem hányt itt léte alatt. Az ötödik esetben a gyomor néhány hónapig fennálló pylorusszűkülett következtében a köldökig kitágult; a hányás, a mely az összehalmozódott tápanyag jelenléte folytán lesz megindítva, néhány nap múlva megszűnik a gyomormosásokra és a beteg ezélszerű táplálása mellett. A hatodik esetben, a néhány hónap alatt kifejlődő szűkülett következtében, a köldök alá egy harántujnyira táglul ki a gyomor, a bevett tápanyagokat azonban csak nyolez óra múlva hányja

ki, tehát jelentékenyen később mint az előbbieknél szűkületei miatt. A hányadék epés s a gyomorból vett váladékban tejsav mutatható ki. Az epés váladék jelenléte erősíti meg bennünket azon nézetben, hogy az epevezetéknek a duodenumba való benyílási helye alatt kell jelen lennie a keringési akadályoknak. Az első négy esetben a betegeknek, ha a rendesnél hosszabb időközökben is, de önként van székük, az ötödiknek a széke kissé agyagos küllemű, a mi megint csak a duodenalis akadály jelenléte mellett szól.

Az első esetben diagnosisunk felállítását után tulajdonképpen egy pylorusplastika műtétének végzése volt javulva, hanem a has megnyitása után kitűnt, hogy annak kivitele igen bajos volna s helyette a *Courvoisier-Hacker*-féle gastroenteroanastomosis retrocolica postica lett végezve. 14 csomós *Lembert*-varrat biztosította egy-egy oldalt a serosák egymáshoz tapadását, s ezek között egy szűcsvarrat, a mely a nyákhártya-és izomréteget öltötte magába, biztosította a készített szájadék nagyságát. Az odavarrt bélkaes a legfelső jejunumkacsok egyike volt, a melynek felkeresésére igen jó irányadó volt a pancreas feje, a mely az I. ágyéki csigolya magasságában fekszik; ez alatt balra a II. ágyéki csigolya magasságában igen jól kitapintható a plica duodeno-jejunalis, a mely azután rá vezetett a legelső jejunumkacsra.

A második, harmadik és negyedik ugyancsak ilyen módon végzett műtétnél csupán a második esetet complicálta kissé egy erősebb vérzés, a mely a gyomorfal átmetszésénél támadt. A második esetben teljes biztonsággal sikerült a legfelsőbb jejunumkacsot kikeresni, a mit az is bizonyít, hogy a szájadék 30 cm. távolságban a pylorustól lett fellelve. A harmadik esetben a 3—4-dik éhbélkaesal sikerült a gyomrot összekapcsolni, úgy hogy a szájadék négy és fél meternyire fektűt a vakbélből és mintegy egy meternyire a pylorustól. A negyedik esetben a műtét után 14 nappal a beteg hányani kezd s nagymennyiségű epét hány. Fel kellett tételeznünk, hogy a szájadék működésénél a pangó epe a gyomorba is jut. Ilyenmű észleletek elég bőveek. Czélszerű fektetés és az étékrend megszorítása teljesen elegendő volt arra, hogy ezen complicatiót, a melyet a gyomor túlteltsége okozhatott, 3—4 nap múlva megszüntethettük. Azóta nem is jelentkezett többször, pedig három hónap mult el azóta (1897. július).

A szájadék készítésénél ügyeltünk arra, hogy az odavezető és elvezető bélkaes lumenje különböző szintbe jusson, a mit úgy oldottunk meg, hogy a serosavarrat egy részlete az odavezető bélkaesot kissé magasabbra emelte. Nem lehet attól elzárkózni, hogy vannak a gastroenteroanastomosisok készítésénél indicatiók arra, hogy a szájadék készítésénél a bél mechanikus functióira tekintettel kell lennünk. *Kocher* lebenyes szájadék képző műtete talán szintén megfelel e cél-nak. *Schede* azon ajánlata, hogy az odavezető bélkaes lumenjét szűkítsük meg akként, hogy a bél hossz tengelyében két redőt emeljünk *Czerny-Lembert*-varrattal azokat egymáshoz közelítsük, nem felel meg teljesen a kívánságnak.

A mi eseteinkben a képzett szájadék teljesen megfelelt céljának. Az életben maradt első esetben az összegyülemlt epe az odavezető szár peristaltikája által csakhamar eléri az elvezető bélrészletet s keveredik a béltartalommal. Színes lesz a bélsár. Az illető egyszer sem hány azon idő alatt, a míg utólagosan meg lesz figyelve, sőt hónapok múlva is teljesen egészséges; vagyis a nyílás helye a gyomor nagy curvaturája fölött annak hátsó felszínén közel a pylorushoz, mint a legmélyebben fekvő gyomorfallal részleten igen jól működik s nagyságában nem változik. A másik esetben az epeváladék csak lassabban jut el az elvezető bélrészletig, a bélsár később lesz színessé. A mi igen természetes, mert egy meternyi utat kell megtennie, a míg odáig ér az epeváladék, hogy az anastomosis nyílásán kijövő tápszerekkel keveredhessen. Ebben az esetben is a szájadék feladatának minden tekintetben megfelelt. A negyedik esetben a beteg már másnap a műtét után magától székel s a szék színes és később is állandóan színes marad; vagyis a műtétnél sikerült a legfelsőbb bélkaesot kikeresni s azzal egyesíteni a gyomrot. A szájadék működése teljesen kifogástalan két hétig, a mikor gyomor túlterhelése

után, valószínűleg mechanikus alapon az epe nagy részlete a gyomorba ömlik. Mihelyt az megszűnik, megszűnik az epehányás is. Hogy pedig nem sarkantyúképzés, nem hegek képződéséből támadt ezen veszedelmes complicatio, mutatja az a körülmény, hogy az később nem ismétlődik.

A *Curvoisier-Hacker*-féle műtési eljárás úgy könnyű kivihetősége miatt, mint azért is, hogy alig vesz igénybe narkosissal egytttesen  $\frac{3}{4}$ —1 órát, teljesen megfelelt azon cél-nak, a mit vele elérni kívántunk.

*Wölfler* a XXV. sebészeti congressuson első műtési eljárását, a gastroenteroanastomosis antecolica anticat erősen védelmébe veszi és azt mondja, vajjon a gastroenteroanastomosis retrocolica lesz-e a rendes módszerré, vagy mint ez ideig, a gastroenteroanastomosis antecolica, a felett döntsenek a további tapasztalatok. Azzal védekezik, hogy az ő módszere kivitelénél, az első időkben elkövetett sok műtési hiba daczára a halálozási százalék csak 3 százalékkal nagyobb. Könnyű azt mondani, hogy keressünk fel egy olyan vékony bélkaesot, a melynek hosszú a mesenteriuma, akkor nem lesz a colon összenyomva, s varjuk függélyesen az odavezető bélkaesot a gyomor elülső felszínéhez, úgy abba nem fog regurgitálni a gyomortartalom s elkerülhető lesz az a veszedelmes sarkantyúképződés. A közlők az ellenkezőt bizonyítják. *Rydygier*<sup>45</sup> hét esete közül kettőnél az a halál oka, hogy a vékonybélkaes összenyomja a colon transversumot, abban pang a bélsár s azon a helyen bélátfűródás jön létre. *Kapeller*<sup>46</sup> öt *Wölfler* szerint végzett gastroenteroanastomosisa közül egy a vékonybél szögbehajlása miatt, kettő bélperforatio miatt a colonon, egy colongangraena miatt, egy esete pedig inanitio miatt pusztult el, mivel a *Wölfler*-féle módszer szerint a leghosszabb mesenteriumú bélkaes gyanánt a legelső ilealis kacsot egye sítette a gyomorral. *Codivilla*<sup>47</sup> egy esetben háromszor kénytelen laparotomiát végezni, mivel ileus tünetényei mutatkoznak a *Wölfler*-féle módon végzett műtét után.

(Folytatása következik.)

## Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

### Kerékpározásnál támadt húgycsőrepedés esete.

Közli *Baumgarten Samu* dr.

Kerékpározásnál támadó sérülések sorában a húgycsőrepedés eddigelé ritkán lett észlelve. Miután a külföldi irodalomban is csak két eset lett mostanáig közölve, érdekesnek vélem egy ezeket időben megelőző általam észlelt és kezelt esetet közölni.

Úgy mint kezdő lovaglónál, kerékpározásnál is eleinte, midőn a nyeregben való ülés szokatlan, valamint azoknál, kik túlságos ideig egyhuzamban gyakorolják azt, néha a gátat képező különböző szövetekben változások jöhetnek létre, melyek ezen sport üzését napokra megszüntethetik.

Bőrpír, lehorzsolások, vizenyős duzzanat, apró tályogok képződése úgy férfiak mint nőknél létrejöhetnek.

A nyereg mellfelé keskenyedő része a húgycső gáton haladó részével párhuzamos és ha a nyeregben erősebben előrehajolva ül a kerékpározó, a húgycső ezen része nyomásnak van kitéve, minek következtében utána az első vizelet égéssel járhat és volt esetem, hol különben egészséges egyén ilyen panaszszal fordult hozzám s annak okát kiderítvén rationalisabb testtartás után ezen kellemetlenség megszűnt.

Sőt volt esetem, hol hosszabb kerékpározás után fiatal és eddig egészséges egyénnél cathetert kellett alkalmaznom a vizelet kiürítésére, mert a nagyfokú congestio folytán, mely a húgycső hátsó részében acute támadt, oly fokú akadály keletkezett, hogy képtelen volt vizeletét kiüríteni és langyos fürdő alkalmazásával sem volt arra képes. Néhány napig a kerékpározástól tartózkodván, ismét teljesen rendbe jött.

Ha fiatal egyének, kiknek húgyszervei teljesen normalisak, ki vannak téve ilyen incidensnek, képzelhető, hogy idősebb egyének, kiknek prostatája sok esetben nagyobbodott, kerék-

pározas esetében még inkább ki lesznek téve annak, hogy congestio folytán prostatájuk annyira megduzzadjon, hogy ischuria lépjen fel. Miután nálunk ritkaság, hogy ötvenes években levő emberek még ezen sportot üzzék, nem volt alkalmam itthon ilyen esetet észlelni, de Francia- és Angolországban, hol magasabb korbeltiek is üzik ezen sportot, észleltem két-három ilyen esetet is.

Nem egyszer volt alkalmam öregebb uraknál catheter alkalmazni olyan esetben, midőn hosszabb vasúti utazás után lépett fel először ischuria, bár a gát ilyen esetekben nem volt oly direct nyomásnak kitéve, mint a kerékpár nyergén.

Húgyszervi bántalomban szenvedőket rendszeren eltiltok a kerékpározástól, míg egészségük nincs teljesen helyreállítva. A vérbőség, mely a húgycsőben egészségeseknél is létrejöhet a kerékpár nyergének nyomása folytán, a mint arról urethroscopikus vizsgálat alapján alkalmam volt meggyőződni, a húgycsőkanakót lefolyásában okvetlenül hátráltatja és az idült kankót is újra hevesebb tüneteket és complicatiókat okozóvá teheti; a kifolyás bővebbé lesz, mellékherelob, prostatitis, hólyaghurut és egyéb complicatiók gyakrabban fellépők lesznek ilyen egyéneknél, mint más chronikus kankóban szenvedő, de ezen sportot nem üzőknél.

Legfontosabb változások, melyek a húgycsővön létrejöhetnek, a kerékpározásnál keletkező erősebb traumatikus behatások. Legyen a kerékpár akármilyen jól alkotva, a kerékpározón kívül eső okoknál fogva az úton létező akadályok a kerékpárt rendes forgásában megzavarhatják.

Akár mélyedéseken, akár kiálló kövek felett haladnak el a kerekek, a létrejövő zökkenés folytán a kerékpározó a nyeregben előre és hátra lesz dobva, utóbbi esetben az is megtörténhet, hogy a hátsó kerékre lesz dobva.

Megtörténhet azonban az is, hogy a kerékpározó hibája folytán történik baj a legrász alkalmával. Midőn a kerékpározó le akar szállni, bizonyos fokú erélylyel hátrafelé kell dobnia törzsét s alsó végtagjait és ezen alkalomnál, ha kisebb erőt fejtett ki, mint szükséges volt, a hátsó kerék szélére eshet, sőt kisebb erő kifejtésénél a nyereg hátsó karimájára.

Ha a kerék zökkenés folytán a nyereg keskenyebb mellső részére lesz dobva hirtelen a kerékpározó, a gáton contusio és boralatti vérömleny jöhet létre, a húgycső falán magán alig fognak erősebb sérülések létrejönni. Ezen vérömlenyek nyugalom és hideg, később felmelegedő borogatások után hamar kisebbednek és a vér feiszívódik. Súlyosabb sérülések, melyek a húgycső falára is kiterjednek, főleg a balul kiütött leszállásoknál létrejövő nyeregkarima vagy hátsó kerékre való esésnél fognak létrejönni.

A sérülés helye ilyen esetben a húgycső gáti részén fordul elő.

A chute à califourchon alkalmával létrejövő sérülésről az előtt azt hitték, hogy az a húgycsőnek a fancieszéléhez hirtelen odaütése által jön létre, de *Velpeau* ezen nézete *Ollier* és *Poncet* hullákon végzett kísérletei által meg lett döntve; egy specialis éles szélű szállag, melyet *Henle* irt le, a húgycső odaütődése alkalmával passive a húgycső falzatának átszakadását okozza. *Oras* kimutatása szerint a *Carcasson*-féle szállag a húgycsövet a symphysistól két centiméternyi távolban fixálva tartja és akadályozza az ahhoz való odaszorítást. Nem is szükséges ez a húgycső repedés létrejövételéhez, mert a gát a legtöbb esetben nem a középvonalban lesz azon test által érintve, melyhez a gát ütődik és ha ez oldalra eső részén történik, a húgycső az idegen test által az ellenkező oldalra lesz eltolva és a fanciesont lehágó ágának legkiállóbb részére szorítva szakadhat el, a mely esetben a húgycső bulbaris részének közepén annak alsó és oldalsó része határán történik a beszakadás, többnyire harántirányban.

Kerékpározás alkalmával, ha létrejön azon baleset, mely a húgycső repedéséhez vezet, nem oly nagy a létrejövő eleven erő, hogy a fanciesontok törése létrejöjjön és szülőokává legyen tulajdonképen a húgycsőrepedésének, mely esetben még egyéb sérülések jönnének létre, melyeket részletezni ez alkalommal feleslegesnek tartok.

Az erőbehatás nagysága szerint a keletkező sérülés fokozata változó; lehetséges, hogy a húgycső szivacsos testében magában egyes léczek szakadtak el és elzárt vérömleny keletkezik, mely a húgycső ürterét megkisebbiti vagy annyira elzárja, hogy a vizelet lehetetlenné lesz, míg felszívódása a vérnek nem jön létre. Ilyen esetekben a gáton duzzanat és a szivacsos testben magában egy érzékeny kiemelkedés tapintható, a nélkül, hogy a húgycső ürterébe vér ömlött volna ki. Máskor csakis a húgycső nyákhártyájában magában van néhány vérömleny, mely endoscopice megállapítható, vagy egyes beszakadások is, minek következtében a húgycső nyílásán vér fog kifolyni. A legnagyobb fokú sérüléseknél úgy a szivacsos test, mint a húgycső nyákhártyája kerülete egy részletében, leginkább az alsó és oldalsó részletben átszakad, sőt ha egész kerületében átszakad a két húgycsőrészlet, úgy húzódik vissza a szomszédos szövetekbe mint egy átvágott verőér két részlete és a köztük levő ür véralvadék és szövetzafatokkal telik ki és ha kellő kezelésben nem részesül a beteg, vizeletbeszüremkedés okvetlenül bekövetkezik.

Ha a sérülés csak kisebb terjedelmű, a fájdalom csak a sérülés utáni rövid időre terjedhet ki, sőt a sérült még a kerékpározást is folytathatja a nélkül, hogy a húgycsőnyíláson át kifolyó vérről tudomása volna, csak a midőn vizeletet akar üríteni veszi esetleg észre, hogy egész alsó nadrágja véres és a vizelet fájdalmas volta vagy lehetetlensége mutatja a sérülés lényeges voltát. De nem is kell, hogy a vérzés nagy legyen, mert ha a vér a húgycsőben megalvad, a további vérzés kifelé elmaradhat, hacsak nem terjedt ki a sérülés a húgycső hátsó részletére is, a midőn a vér a hólyagba ürülve, ott nagy mennyiségben meggyűlhet. Olyan esetekben, midőn még vizelet lehetséges, bár fájdalmas, szintén beállhat egy-két nap mulva teljes retentio a lob által létrejövő megduzzadás folytán.

Úgy a scrotumon mint a gáton terimenagyobbodás támadhat, mely még fokozatosan növekedhet, a vérzés meg nem szűnése, a keletkező lob, legveszedelmesebben pedig a vizelet beszüremkedés folytán, mely néha már azonnal a sérülés alkalmával, máskor megelőző retentio vagy az önkéntes vizelet helyreállása után jön létre.

Ha a húgycső hártás részében történik a repedés, a medeneze kötőszövetében lesz a vizelet beszüremkedése, a nélkül, hogy a gát vizsgálatával tudomásunkra jöjjön az; végbelen át történő vizsgálat, valamint a keletkező általános tünetek fogják a vizeletbeszüremkedés ezen legsúlyosabb és gyógyulásra legkisebb kilátást nyújtó alakját felismerhetővé tenni.

A húgycsőrepedés bármilyen fokú legyen, meg nem akadályozható a későbbi szűkület keletkezése, ha a közvetlen sérülések gyógyulása után időnként sondázás nem történik.

A kezelés minősége a sérülés foka szerint változó lesz. Ha csakis a szivacsos testben magában történő vérzés egyes sörvények átszakadása következtében, elegendő külsőleg hideg s későbbi napokban Priessnitz-féle borogatásokat alkalmazni. Ha lobos duzzadás folytán a húgycső belső ürtere el lesz zárva, elegendő a catheterizálás, csakis ha ez nehézségeket okoz, lesz állandó catheter alkalmazva.

Eseteknél, hol a húgycső nyákhártyája beszakadt, vérzés támadt, a mely ha bővebb volt is, csakhamar megszűnt, a vizelet pedig bár fájdalmas, mégis akadálytalanul történik, elegendő hideg borogatásokat a gátra alkalmazni és catheterizálást, sőt állandó cathetert csak akkor alkalmazni, ha vizeletbeszüremkedéstől kellene tartani. *Guyon* ilyen esetekben belsőleg négy egészen nyolcz gramm natrium bibeuratumot is ad naponként a seb inficiálásának meggátlására.

Midőn a gáton nagyobb vérömleny tapintható, a vérzés nagyon bő és a vizelet igen fájdalmas vagy gátolt, állandó catheter alkalmazása van javalva. Azon esetekben pedig, hol catheter bevezetése nem lehetséges, mert a húgycső nagyon roncolt vagy kettészakadt, nem marad más hátra mint a külső húgycsőmetszést végezni. Még ezen esetben is megtörténhet, hogy a húgycső hátsó részletében a véralvadék elmosása után a roncolt szövetek között, még a húgyhólyag összenyomása után vizeletkihajtás céljából sem sikerül megtalálni, mely esetben nem marad más hátra, mint magas hólyagmetszést végezni és a retrograd catheterismust venni alkalmazásba. Ha ezek után sikerül állandó catheter

tert a hólyagba bevezetni, a kettészakadt húgyeső a czafatok eltávolítása után resecált állapotban egymással varratok útján egyesíthető.

Az általam észlelt és kezelt esetre vonatkozó adatok következők: 1894. február 18-dikán sürgősen egy 20 éves W. nevű fiatal emberhez lettem híva Klein Samu kartárs úr által. A beteg tizennégy nappal előbb kerékpározás alkalmával, a midőn a kerékpárról le akart szállni, visszaesett a nyereg szélére. A gát tájékán azonnal fájdalma támadt, úgy hogy nem birt többé a kerékpáron haza menni. Otthon, azonnal hazaérkezése után ágyba kényszerülve feküdni, levetkőzés alkalmával az egész alsó nadrágját véresnek találta és a húgyesőből folyton vérzett. Az elhívott orvos a gáton ökölnyi duzzanatot talált és jeges borogatásokat rendelt. A vizelés bár fájdalmas volt és nehezebben sikerült, nem adott elegendő okot catheter alkalmazására. A vérzés csak másodnapra szünt meg egészen, a gát duzzanata bórallati vérömlenynek szintén csak másodnapra árulta el magát kékes színe által és az a későbbi napokban a rendes színváltozásokat mutatta. A gát duzzanata lassanként visszaféjődött és a midőn én láttam először a beteget, tizennégy nappal a baleset után, a duzzanat már csak kis gyermekököllyi, sárgás színű, tapintásra keményebb, de érzéketlen volt. Hivatásom oka az volt, hogy miután már az utolsó napokban bár fájdalomtalanul, de nehezebben vizelt, a beteg február 18-dikán reggel óta nem tudott vizelni és meleg ülőfürdő sem vezetvén sikerre, délután öt órakor eszköz bevezetése szükségessé vált. Csakis kettes számú mandarinnal ellátott angol cathetert sikerült a húgyeső felső fala mentén a hólyagba vezetni és a mandarin eltávolítása után ez útqn másfél liter tiszta vizeletet kibocsátani. Tekintettel a bevezetés nehéz voltára, ezen finom cathetert fonal és ragtapaszcsik segítségével rögzítettem és február 20-dikán azt egy négyes számú mandarinnal ellátott angol catheterrel felválthattam.

Február 22-dikén hatos, 24-dikén nyolczas, 26-dikán tizes, 28-dikán tizenkettes számú angol állandó cathetert alkalmazván, az utolsót márczius 3-dikán távolítottam el és ezentúl naponként 24-es számú francia fémsondát vezettem be és hagytam öt percig a húgyesőben feküdni. Márczius 13-dikán a beteget húgyesőtűkörrel is megvizsgálván, a pars bulbosa urethrae ban harántirányú az alsó és oldalsó falakra kiterjedő egyenetlen lefolyású halványvörös heget állapítottam meg, a sérülés alkalmával támadt húgyeső-repedésnek megfelelőleg.

Ezen eset azt mutatja, hogy a baj kezdetével használatba vett kezelés helyes volta dacára is, már oly nagy strictura fejlődött tizennégy nappal később, hogy kettes számú angol cathetert is csak nagy nehezen sikerült bevezetni és kétségtelenül nem maradt volna más hátra az esetben, ha eszközt bevezetni nem sikerül, mint külső húgyesőmetszést végezni.

Tapasztalatból tudjuk, hogy húgyesőrepedés után tiz nappal is már nagyfokú lehet a strictura, még oly esetekben is, hol látszólag csak a húgyeső nyákhártyája szakadt be és mélyebb sérülések nem történtek.

Azon esetekben is tehát, hol nem vált szükségessé azonnal állandó cathetert alkalmazni, akár önmagában, akár kapcsolatban külső húgyesőmetszés s az elszakadt végek esetleges resectiója és összevarrásával, szükséges már rövid idővel a sérülés után belépett gyógyulást követőleg időnként sonda bevezetést végezni strictura keletkezésének meggátolására.

Néha olyan esetekben is, hol a tünetek catheter bevezetését feleslegesnek engedték tartani vagy hol állandó catheter alkalmazása szükségesnek mutatkozott, megtörténhet, hogy napok mulva még gátmetszés is szükségessé válik. Volt esetem, hol állandó cathetert alkalmaztam csupán, de a szétroncsolt szövetek elgyenyedvén, a húgyesővön át távoztak és ha a mutatózó láz ezek után nem szünt volna, még a gát felől bemetszés szükségessé vált volna; a húgyesővel közlekedő sebtasakban vizelet meggyülése az által akadályoztatván, hogy a vizelet kiürítése csak catheter segítségével lett megengedve, az üregben levő geny a húgyeső ürterén át történő irrigatio és kézzel való kinyomás által lett naponként kétszer eltávolítva, míg az üreg sarjadzás útján teljesen kitelt.

Miután trauma után létrejövő húgyesőszerűkületek gyógyulása után ép úgy szükséges sonda időnkénti bevezetése, mint más

úton létrejött strictura gyógyulása után, az ezzel járó kellemetlenségek miatt nagyon sok egyén elhanyagolja az utókezelést, mig kifejlődő vizeleti zavarok nem hajtják újra a szakorvoshoz.

Tekintettel arra, hogy a kerékpározás annyira kezd tért hódítani, miszerint kilátás van arra, hogy a mindennapi közlekedési eszközök közé kerüljön, tanácsosnak találtam e sorok közlését, hogy bár ritkán előforduló eset lesz is ilyen a leírthoz hasonló sérülések létrejötte, a kartársak kerékpározók baleseteinél ezen irányban is ne felejtsek el a beteget megvizsgálni, még ha panaszaik nem is terelik reá figyelmüket.

### Községben végzett serumoltásokról.

Heller Armin dr.-tól.

(Vége.)

Megmérhetetlen becses, mint hygienikus culturalis haladás ama factum, hogy a köznép, a mely ridegséggel viseltetett mind- eddig mindennemű kísérletezéssel szemben, hihetetlen bizalmat fejt ki az első kedvező esetek folytán a serum iránt, már a rövid és reá nézve kellemes kezelési mód következtében is. Természetes, hogy csakis saját községemről beszélhetek (7200 lakos); de úgy hiszem, hogy mások is hasonló tapasztalatot tettek.

Itt legalább tény az az ezelőtt soha meg nem történt dolog, hogy a földműves apa gyengélkedő gyermekének torkát kanál segítségével önmaga is megvizsgálja és a diphtheriára való legkisebb gyanú esetén igénybe vevén az orvosi véleményt, lehető nagy philoserumistának mutatja be magát.

Az orvosi tudomány a köznép szemében magas piedestálra emelkedett, egy óriási lépés a rendszeres kezelés és hygienikus gondolkodás felé!

Az elhasznált serumra térek át.

Behringet (II.) nyolcz esetben (egy esetben kétszer), Roux-félt háromszor, Preisz serumát 60 esetben használtam és úgy találtam, hogy a mi honi gyártmányunk megbízhatóság dolgában semmit sem áll a külföldi mögött.

A serum felfogás és annak használatba vétele közötti legkisebb és legnagyobb időköz két hét és öt hó volt. Különösen a halálos eseteknél alkalmazott serum két hét és négy hó egy hét között ingadozott. Nincs arra nézve tapasztalatom, hogy a régi serum az újonnan felfogottnál hatásosabb vagy kevésbé lett volna az.

Kötelességemnek tartom ezek után, hogy egynémely számadatot összeállítsak ama mellékhatásokról, a melyek a serum alkalmazását kísérték. Megjegyzem, hogy könnyen sterilizálható, asztes dugattyúra járó fecskendőt vettem mindig igénybe. A tüt minden használat előtt és után borszeszlángban fertőtlenítem; a fecskendőt, valamint a gyermeknél az injeciálandó helyet abszolút alcoholal kezeltem.

Bemutatom a következő táblázatban a postinjectionis mellékhatásokat főbb jellegük szerint osztályozva. Ezen táblázat 64 oltott esetre vonatkozik.

Fehér herpeszerű hólyagcsák a szúrás helye körül s a törzsön ritkán elszórva, viszkető, majd égető érzéstől kísérvé. A herpeseket keskeny lobos udvar környezi. Fellép 2—8 nappal az oltás után, tartam 1—2 nap	Vörhenyszerű, márványozott, magas lázzal fellépő exanthema, benne kissé kiemelkedő, halvány, áttetsző bab—krajczár nagyságu, laposan elterülő hólyagcsák égető, fájdalmas érzés kíséretében. Fellép 3—4 nappal az oltás után 2 napi tartammal, mire az epidermis czafatosan válik le	Számos finom, élénkpiros, a bőr fölé emelkedő göbcsék (láz nélkül), es-ténként kinzó-an viszket. Fellép 5—8 nappal az oltás után. Tartama: 2 nap egyik esetben és 3 hét a másiknál	Az 5-dik bordaközben az axillaris vonal mögött mogorónyi, kezdetől fájdalomtalan, élesen határolt mirigybeszűremkedés. Láz nélkül. Fellép 4 nappal az oltás után. Bár kisebbbül, még mindig jelen van 4 hónapja	
4	2	2	1	9
6·2%	3·1%	3·1%	1·5%	14%

Kivéve az egy mirigybeszűremkedést, a többi eset néhány nap alatt tökéletesen gyógyult. A mirigybeszűremkedést lehetne még komolybá vennünk; azonban ezen daganatnak is, bár lassú, de folytonos és spontán visszafejlődése, a gyermeknek friss egészsége, erőteljesebb duzzadó külme, egyéb aggályos symptomák teljes hiánya, megnyugtató arra nézve, hogy jelentőségre nézve ezt is csak a többi postinjectionis esetek közé sorolhatom.

Kitűnik tehát a táblázatból az, hogy az eredménnyel szemben, a melyet a serum javára elkönnyelhetünk, ennek mellékhatásait, mint károsakat, fel nem lehet említenünk.

Legyen szabad, bár szoroson nem tartozik a dologhoz, a postdiphtheriás és maga a diphtheriás folyamat utóhatásaként előidézett jelenségeket szám szerint egybegyűjtenem.

Ezen táblázat 69 diphtheriás esetre vonatkozik.

Az inyvitóra, gégeizmok, garatizmok paresisa	Amblyopia diphtheriatica. Fellép 3 héttel a diphtheria után. Tartam: 3 hét	Összesen
18	1	19
26%	1 4	27 5%

Nem késem kijelenteni, hogy eseteimet tisztán a betegágy-nál diagnosztizáltam diphtheriának; mert hisz a községi orvosnak hivatása lehetetlenné teszi a mikroskopikus és bacteriologikus vizsgálatok megejtését. Úgy vélem azonban, hogy alig tettem diagnosztikai hibákat. Mellettem szólnak e tekintetben a halálos esetek, a betegségnek kimutathatólag fertőző volta, valamint a postdiphtheriás hűdéseknek táblázata, a melyet csakis ezért állítottam össze.

Ha pedig akadna valaki, a ki számadataimat az ő kicsiny-ségük miatt nem elég meggyőzőknek tartaná, úgy csak örülni tudok azon, hogy nagyobb számokat nem produkálhatok és örülni tudok annak a véleményemnek, hogy a diphtheriát illetőleg immár végét járjuk az ijesztő numerusoknak. A közegészség- és orvos-ügynek elvégre is főfeladata az, hogy a statisztikusnak kezébe mindig kisebb beteglési és halálozási számokat adjon.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(VII. ülés 1896. december 22-dikén.)

Elnök: Kézmárczky Tivadar; jegyző: Tóth István.

#### Hólyag-hüvelysipoly esetek.

**Taufer Vilmos:** Két nehéz sipoly esetet mutat be; az egyiket már 1/4 év előtt bemutatta; a betegnél teljesen hiányzott a mellső hüvelyfal s az urethrának csak 1/2 cm.-nyi részlete volt meg. A defectust a lehúzott uterussal fedte, de a rövid urethra, a sphincter hiánya miatt continentia nem volt. Ennek elérésére meghosszabbította az urethrát mellfelé mintegy körülkerülve a symphysist. Körülbelül 4 1/2—5 cm. hosszú új urethrát képezett a kis ajkából vett lebenyekből, majd több műtét után összeköttetésbe hozta az újonképzett urethrát a régivel s most is már elért annyit, hogy a beteg fekvő és ülő helyzetben teljes continentia képes, de álló helyzetben nem. Ennek elérésére az urethrának haránt irányban való szűkítését, másrészt gátképzés által való megtámasztását fogja eszközölni, a mi már egy hasonló esetében sikerre vezetett; teljes continentia ért el olyan betegnél, kinek előbb semmi urethrája nem volt.

A második eset szintén igen nehéz sipoly: a mellső hüvelyfalnak teljes hiánya, alig 1 1/2 cm.-nyi urethra-maradvány, a sipoly széleit mellül a csonthártya képezi. Itt is a lehúzott uterussal fogja fedni a defectust, de mivel mellül nincs mihez varrnia, a hüvely egy mélyebb niveaujában kétoldalt fogja egyesíteni, majd elzárja a mellső harántrest is s később az urethra meghosszabbítása útján remél a betegnek continentia biztosítani.

Megjegyzik, hogy több esetben végezte már az uterus lehúzását a sipoly fedése céljából s már 1885-ben alkalmazta az eljárást, a mikor még ez eljárás mint újabb methodus leírva, közölve nem volt.

#### Ovariectomia per vaginam 2 esete.

**Taufer Vilmos:** Az utóbbi időben végzett 6 olyan műtétről szól, melyet a laparotomia helyett per vaginam végzett.

Közte 2 fibroma eset, egyik gyermekfejnyi, másik köldökig érő; mindkettőt morcellement útján távolította el, klammerekkel csillapítva a vérzést; az utóbbi daczára a műtét hosszú tartamának s a jelentékeny nehézségeknek zavartalanul gyógyult; az első, melynek műtete lehetőleg kedvezően folyt le, meghalt és pedig ileus folytán, a minek okát bélkaecsnak a csonkra való odanövésében találja s a jövőben óhajtja jobban fedni jodoformgaze-pamatokkal a csonkokat, illetőleg a klammereket s azt véli, hogy 7—8 nap előtt nem célszerű a védő gaze eltávolítása.

Egy 3. esetében *tubaris abortus* folytán létrejött haematocoelet operált ez úton, eltávolítva úgy az álhártyákkal körülvett véromlényt, mint a kitágult tubát is.

A 4. esetben egyik oldali *hydrosalpinx*-ot operált a hátsó hüvelyboltozat megnyitásával, klammereket alkalmazva a csonkra s egyszersmind felszabadítva a lenőtt retroflectált uterust is.

Két esetben pedig, éppen a melyeket bemutat, dermoideysta miatt végezte az operatiót. Mindkét esetben diagnosztizálva volt a dermoid (egyiknél meg volt a Küstner-féle jel is); az elsőt a hátsó hüvelyboltozaton át fejtette ki punctio után, s mivel szennyezve volt a műtési terrenum, nem zárta a megnyitott peritonealis fűrt, hanem klammerbe fogva a csonkot, jodoformgaze-pamattal drainezte, míg a második e nemű esetben a mellső hüvelyboltozaton át haladva be, ez úton fejtette ki a gyermekfejnyi dermoidot, majd a csonk alakötése után zárta a peritonealis fűrt, illetőleg a hüvelyboltozatot.

Ez esetei mind gyógyultak.

Hasonló megbetegedéseknél nagy előnyét látja a vaginalis útnak a laparotomiával szemben s úgy véli, kellő dexteritás mellett sok oly nehézség győzhető le, a mitől régebben tartottunk. Hangsúlyozza a kellő feltárás szükségességét.

**Bäcker József:** Taufer 2. esetére nézve megjegyzi, hogy egy bélkaecsnak a csonkhoz való odanövése állandó veszedelme a hüvelyboltozat nyitvahagyásával végzett műtéteknek. Egy általa észlelt esetben a méh totalexstirpációjá végeztetett és a beteg a műtét utáni 8. napon ileus tünetei közt meghalt. A boncolásnál kiderült, hogy egy bélkaes a jodoformgaze-zal oly szoroson nőtt össze, hogy a leválasztásnál a jodoform-gaze egyes csafatai még visszamaradtak a bélkaeson.

**Taufer Vilmos:** Olyan esetekben, midőn meg nem állítható vérzés vagy szennyes műtét miatt a Mikulicz-féle tamponadeot végezte, kétszer egymás után észlelte a tampon eltávolításánál az említett összenövést. A tampon kihúzásánál ugyan észrevette, hogy bélkaesot is húz ki. A betegek nézve mindkét eset jól végződött; a tampon eltávolítása után drainaget alkalmazott.

Ezen összenövések erősek az első napokban; midőn a sebüregeben a suppuratio megindul, a tapadások meglazulnak. Ebből azt következteti, hogy a gaze-t nem szabad nagyon korán eltávolítani.

#### Sectio caesarea két esete.

**Bäcker József:** 1. Sz. M. 29 éves, I. P.: lumbo sacral kyphosis. Medence méretei: 24.5, 26, 15.5. Diagonális 13.0. Kímenet haránt átm. 5 cm. Abszolút szűkület miatt szeptember 7-dikén d. e. 11 órakor újjnyi méhszáj mellett sectio caesarea. A méhvarratok az egész méhfalon áthatoló selyem esomós varratok. A conservatív császármetszéshez castratiót tervezett, de a bal adnexumok leköltése és lementése után az igen rövid csonk kieszik a ligaturából, a mi sok körülöltést tesz szükségessé. Ezért jobboldalt csak leköti a tubát és bennhagyja az adnexumokat. Zavartalan reconvalescentia után 4 hétre beteg elhagyja a klinikát; tüdőhurutja miatt, melyhez szívgyengeség tünetei társultak, a II. belklinikán ápolatja magát, eleinte mint bejáró beteg, majd fokozódván nehéz légzése, felvétetik s pár nap múlva a tüdő-oedema tünetei között éppen 2 hónappal a műtét után elhal. A sectio általános oedemán kívül egyéb megbetegedést nem constatált. Érdekesek az ivarszervek bonzotani viszonyai. A medence a kyphotikus medencének tipikus fölcserélakját mutatja. A bemutatott praeparatumon látható, hogy a kyphosis legkiválóbb pontja a II. ágyékcsigolya. A medencebemenet egyenes átmérője 12.4; haránt: 10.4; ferde: 11.4 (jobb) és 11.7 (bal). A medencekímenetben a csontos medencén haránt: 5.7, egyenes 8.1.

Kiemelendő, hogy a jobb tuba, mely a műtétnél leköltetett, úgy látszik a selyemfonálnak partialis felszívódása következtében 2 hónappal a műtét után már újból átjárható volt egy sebészi sonda számára. Bizonyossága annak, hogy ily leköltések újabb teherbeesés ellen nem védik a nőt.

2. K. E. 24 éves, II. Gr. Első szülésénél perforatio. Mostani terhessége közepe óta lábai dagadtak; később areza is megpuffadt. Nov. 4-dikén jelentkezett a szülőszobán d. u. két órakor; hüvelyboltozata üres, méhszáj újjnyi. II. kf. Medence méretei: 23.4, 27, 18. Conj. diag. 8.9; erősen beugró promontorium, rhach. med. Conj. vera 7.0, tehát a med. a II. fokú szűkület alsó határát érinti. November 6-dikén d. u. 6 órakor a méhszáj 1 1/2 újjnyi; magasan álló fej mellett megreped a burok. November 7-dikén d. e. 6 óra 20 perczkor méhszáj 3 újjnyi. Eclampsia. D. e. 8 órakor újra eclampikus roham, fej a bemenetre illeszkedett, nagy szülési daganat, fej még kiemelhető.

A magzati szívhangok jó volta mellett a magzat érdekében labrafordításra határozzuk el magunkat s ennek sikertelensége esetén perforatióra készülünk a hallgatóság előtt. Narcosis alatt történik a kísérlet, melynél szembeötlő, hogy a műtő még kezét sem tudja bevezetni a med. üregébe; a pontosabb vizsgálat s a medence falainak kitapintása

ekkor kideríti, hogy a jobb synchondr. sacro-iliaco táján a bemenet magasságában egy esonttövis csaknem 1 1/2 cm.-nyire ugrik be a medence lumenébe. Ily módon a medenczét, ezen complicatio következtében a III. fokú szűkületek csoportjába kellett sorozni. Mérlegelve a viszonyokat, hogy protrahált szülés kapasan III. fokú szűkület miatt, eclampikus nőnél kell beavatkozni, az anya élete még perforatio esetén is oly mérvű veszélynek van kitéve, hogy ehhez viszonyítva a magzat életét is respectáló sectio caesarea kilátásai sem rosszabbak: az utóbbira határozzuk magunkat és gyorsan megtéve az előkészületeket, ugyancsak a tanteremben, a hallgatók jelenlétében végezzük a műtét conservatív alakját s ennek kapasan, mivel az előbbi eset bonczetele még nem volt ismeretes, a tubák lekötöttnek. A műtét zavartalanul végeztetett és élő magzatot hozott a világra. Kisebb hőemelkedések zavarták a gyógyulást, melyek 39<sup>o</sup>-ot nem értek el s a jobb spina magasságáig terjedő exsudatum fejlődött ki, mely a hüvely felé áttört s azután elég gyorsan megerősödött a beteg. Vizeletében azonban még most is van fehérje, s ezért belgyógyászati klinikára küldetik.

Tóth István örömeinek ad kifejezést, hogy kedvező viszonyok mellett az élő magzat perforatiója helyett mindinkább a császármetszést végzik.

*Kézmárcsly Tivadar:* A sectio caesarea veszedelmének csökkenésével annak indiciói is mindinkább bővülnek; a relativ indicatio alapján mind gyakrabban végzik a császármetszést.

A szóban forgó eset tanulságos annyiban, hogy még hosszabb idővel a víz kiürülése után is lehetett az asepsisben bízni. A másik tanulság az, hogy ilyen műtétet ne végezzünk többé tanteremben. Ő ennek tulajdonítja, hogy a seb gyógyulással gyógyult, bár minden cautea megtéte. Rövid idővel később castratiót végzett, szintén a tanteremben és ezen esetben is hasfali tályog képződött.

#### Dermoid- vagy echinococcus-cysta hüvelyen át megnyitott esete.

*Doktor Sándor:* Az esetet kiváló diagnostikus nehézségei teszik érdekessé. A hasban a cristák magasságáig föl-, a medenczében csaknem a gátig leérő kemény, elastikus daganat a hüvelyt a symphysishez nyomta és elzárta, a rectumot balra és előre tolta, a méhet maga előtt magasan fölemelte; ismételt próbapunctióra sem adott, csak egy-egy csepp büzös, egyszerű folyadékot. A beteg, ki egy év óta panaszkodott, de csak két hónap óta volt szenvedő, igen cachectikus volt s estéknél lázskodott. Megnyitáskor derült ki, hogy a tumor tartalma teljesen bomlott s rendkívül büzös, sűrű, tömlekes folyadék volt, melyben chitin-hártya-részletek is alig voltak mint ilyenek felismerhetők, horgok éppen nem voltak. Eleinte tamponálás, majd rendszeres öblögetés mellett az üreg elég gyorsan kisebbedett; most, egy hónappal a megnyitás után, emberfejnyíról gyermekökölhnyire zsugorodott; hártyás részletek elhalt, elmálló állapotban a gyógyulás alatt is ürültek belőle, tőrőszzerű, egész mogyorónyi rögökkel vegyesen.

*Tóth István:* A beteget a II. szülészeti és nőgyógyászati klinika ambulantiáján látta; pár hét múlva cachectikus állapotban ismét jelentkezett, de a kórodára helyszűke miatt nem volt felvehető. A vizsgálat alkalmával azt találta, hogy a daganat a végbelet maga elé tolta. A diagnosist echinococcusra tette; szóba jöhetett volna még a medenczebeli kötőszövet lipomája, ha a beteg nem lett volna oly cachectikus. Ovarialis tumorra vagy fibromára ez esetben gondolni sem lehetett, mert ilyen elhelyezkedéssel — hogy a végbél mögött foglaljon helyet és azt maga elé emelje — még nem észlelt ovarialis tumort.

*Bácker József:* Az I. szülészeti és nőgyógyászati klinikán észlelt egyik esetben a köldököt jóval meghaladó myoma mellett az egyik gőcz úgy benőtt a septum recto-vaginalebe, hogy a gátat előre domborította. Jelen esetben a daganat genitalis eredete ellen az szölt, hogy a daganat a végbelet felemelve, azt a symphysis felé szorította.

*Elischer Gyula:* A septum recto-vaginale szétfeszítését és a rectum előretolódását extrauterin terhességnél, midőn a pete a tubában van, 7 eset közül hatban észlelte. A szóban forgó esetben az adatok nem elegendők arra, hogy echinococcusra tegyék a diagnosist, annál is kevésbé, mert a bacteriologikus vizsgálat streptococcus és bacterium colit mutatott ki.

*Lovrich József:* Az echinococcus diagnosist gőcsövi alapon elajándékok tartja, mert a mikroszkopikus vizsgálatnál sem chitin-hártyát, sem horgot találni nem lehetett.

*Doktor Sándor:* Az operatióval nyert hártyákat másnak, mint chitin-hártyáknak tartani nem tudja, valamint a gyógyulás alatti leválásán ezen hártyáknak sem tudja másképp értelmezni. A collum-myomat csak annyiban vette be a diagnosist körébe, a mennyiben ismételt próbapunctióval sem nyert semmi olyan tartalmat, mely echinococcus mellett szölt volna. Ha a myoma malignusan elfajul, a végbelet kimozdíthatja helyéből.

#### Clitoris carcinoma operált esete.

*Doktor Sándor* mutatja be.

**Kórbonczati készítmények bemutatása az I. szülő- és nőbeteg klinikáról.**

*Lovrich József:* 1. Mindkét oldali ovarialis cystoma papilliferum rákos degenerációval sok fibromájú méh mellett.

A bemutatott készítmény F. J.-né, 59 éves, I. P. nőtől származik, ki 33 év előtt szült és gyermekágyban 10 hétig feküdt, 18 év óta tapasztalja, hogy alhasában cohabitálás alkalmával fájdalmi vannak, melyek fájdalmak utóbb meg sem szüntek, sőt annyira fokozódtak, hogy ágyban fekvő beteg lett; gyakrabban hány és gyomra fáj.

A klinikai vizsgálat mindkét oldali ovarialis cystoma papilliferum diagnosissához vezetett. A laparotomia alkalmával eltávolított méh s mindkét oldali adnexumok bonczati képe következő volt:

A méh mindenfélől subserosus, intramuralis, illetve submucosus fibromákban van eltemetve, melyek gyermekfejnyi daganatot alkotnak, a gőczok közül a legnagyobb körülbelül férfökölhnyi, jobboldalon van elhelyezve s a lig. latum lemezei közé hatol; a kisebb gőczok diónyiak, mogyorónyiak. Egy körülbelül 10 cm. hosszú, a fundusban tapadó polypus lóg be a méh tágult üregébe, melyet jobboldalon egy mogyorónyi subserosus fibromyoma domborít le. A jobboldali adnexumok körülbelül 2 cm. széles kocsánnyal veszik eredetüket a méhből és gyermekfejnyi cystává átalakulva láthatók. Ezen cysta fala körülbelül kártyapapír vastag s külfelületén régi adhaesiókkal borított, míg belfelülete legnagyobb részét sima, fénylő, heges és rajta elszórtan mogyorónyi, tyúktójsányi gőczok emelkednek a zavaros folyadékkal telt cysta üregébe. Ezen gőczok papillaris növedékeket mutatnak szabad felületükön s igen mozgékonyak, metszfelületükön carcinomás rajzolatok által tűnnek ki. Ovarium- vagy tuba-szövetet megkülönböztetni a rákszerű daganatban nem lehet. A baloldali adnexumok hasonlóan 2 ujjnyi kocsánnyal veszik eredetüket a méhből, azonban ott már a tuba az odanőtt ovariumtól a metszfelületen igen élesen distinguálható. A bal tuba tágult s félhaldalakú lefutás után vakon végződik. Fala papírvastag, áttetsző, külfelületén heges adhaesióktól körülvett, belfelületén a sima, fénylő, heges alapról egy néhány kölesnyi, lenesényi papillaris szerkezetű göbese emelkedik be. A kis diónyi ovariumot legnagyobb részét hegszövet képezi, s csupán szabad felülete alatt látható egy kis babnyi, tiszta savóval telt folliculus, melynek belfelületén hasonlóan papillósus göbésék láthatók.

A szövettani vizsgálat során kiderült, hogy a jobboldali daganat egy cystoma papilliferum, malignus carcinomatosus degenerációval. Hasonló gőcsövi képpel találkozunk a baloldali tuba cystosus zsákjában is.

A méh fibromái mikroszkopikus vizsgálat által is kizárólag fibromáknak bizonyultak, sehol sem sikerült egyebé szöveti constructiót kimutatni.

A beteg 39—39<sup>o</sup> hőmérsékkel és ki nem tapintható radialis pulssal a műtét után 30 órával elhalt. A kórbonczati diagnosissal a következő:

Peritonitis septica incipiens post laparotomiam. Perforatio enterae ulceris cancris flexurae sigmoideae exudem circumferentis. Metastases cancris gland. lymphaticarum vicinarum, omentis maioris, hepatitis et pulmonum. Oedema pulmonum. Atrophia universalis.

Jelen esetben az adnexumok malignus degenerációja a szervezet rákos megbetegedéseivel párhuzamosan fejlődött ki, a nélkül, hogy a kettő közötti összefüggés vagy vonatkozás kimutatható lenne. Más képet nyújt a flexura sigmoideán fejlődő rák s a több helyen létrejövő rákos metastasis, mint az adnexumok malignusan (carcinomatosusan) degenerált cystomája; más nagyságot, fejlődési stadiumot mutat az egyik, mint a másik. Közös tulajdonságuk a szervezetben előjövő tumorokkal csak a malignitás.

Feltűnő a méhnek jelen esetben található sok fibromás gőcza, az endometriumból előlógó polypus és e mellett még mindkét oldali adnexumok cystomája, complicálva a malignus, rákos degenerációval. A daganatok fejlődésének aetiologiját az évek előtti hosszas gyuladásos megbetegedésben találja.

2. Salpingitis purulenta gonorrhoeica emberfejnyi ovarialis cystával. W. M.-né 31 éves, I. P. Kilencz év előtt a szülés után hat hétre alhasi fájdalmak támadtak jobboldalt, s ezért három hóig feküdt, majd azóta váltakozva javult s rosszabbodott állapota, míg 1896. június, augusztusban újra heves fájdalmak léptek fel s ezen idő alatt fejlődött ki kezelő orvosra állítása szerint alhasában egy daganat, mely a klinikai vizsgálat alkalmával intraligamentosus ovarialis cystának lett diagnosizálva.

Salpingo oophorectomia végeztetett a laparotomizált betegben. Találtatott egy körülbelül férfifejnyi jobboldali ovarialis cysta, fala áttetsző, papírvékony, ürében zöldesen opalescáló körülbelül egy liter tiszta sárga savót tartalmazott. E cystás daganat alatt a szomszédsággal szívós szalagokkal összekapaszkodott tuba volt látható, melynek hosszúsága 20 cm., s a méhtől folyton vastagodva halad a körülbelül kis férfökölhnyi vakon s bunkószerűen végződő abdominalis vége felé.

A saetosalpinx kifejtése közben megrepedt s üréből igen sűrű, zöldessárgás, kissé tőrőszzerű, nem büzös geny ürült.

A genyből azonnal a kiirtás után oltott placentából készült peptonos húslébe s agarra, melyekhez az előbbi ovarialis cysta steril folyadékát keverte a szokásos 1/3 arányban. (Maga a cysta-folyadék ismételt vizsgálat után is sterilnek bizonyult.) Újra átoztatással gonococcusok jelenlétét sikerült kimutatni. Egyes culturákban a gonococcus mellett staphylococcus-tenyészetek is fejlődtek, melyek a kevert culturákban gyorsan ellepték és felülburjánzózták a gonococcus növedékeket. A culturákból vett tárgylemez-készítmények is tipikusan mutatták a gonococcus sajátosságait (a Gram-féle festést nem fogadták el), ellentétben a staphylococcusokkal, melyek Gram szerint igen jól festődtek.

A baloldalon adnexumok tyúktójsányi tumort alkotnak s a vizsgálat során kiderült, hogy itt is saetosalpinx chronicával van dolgunk, azonban az ez oldali tubából steril Roux-fecskendővel vett folyadékokban mikroorganizmust kideríteni nem lehetett.

Az operatio utáni harmadik napon a beteg elhalt; a kórbonczolat szerint „peritonitis purulenta post laparotomiam” volt jelen. E mellett oedema pulmonum, a vesék és máj zavaros duzzanata. A hasír purulens

váladékából agarra, illetve bouillonba történtek oltások, melyekből staphylococcus-culturák fejlődtek.

A megbetegedés legelső kiinduló pontját a kilencz év előtti szülésben találja; a gyermekágy lehetett alkalmi oka és előkészítője a tuba gonorrhoeikus megbetegedésének s a jelen anatómikus viszonyok előidézésének.

Említésre méltó azonban ez az eset, mert az utóbbi időben mutatta hirtelen gyors fejlődését; érdekes azért, mert az ellenőrző bakteriologikus vizsgálathoz magából a betegből nyert cysta-folyadék szolgált tenyésztő talajul.

A gyuladós megbetegedés mindkétoldali adnexumokra ráterjedt, de míg a baloldalon a betegség kezdeti stadiuma van jelen, jobboldalt a megbetegedés előhaladott.

#### Kétoldali papilloma ovarii.

**Tóth István:** Két esetét mutatja be; mindkettőnél hasonló a kór-kép, dudoros daganat, ascites. Az első 36 éves, hét év előtt operálták; mindkét ovarium csecsemőfejnyi tumorra változott minden cysta-képződés nélkül, papillák képződtek, az ovariumok felszínéről megindult burjánzás. A daganatot alkotva; mellette véres ascites. Laparotomia. A tumorok eltávolítása után teljes gyógyulás; 1½ év múlva ascitesnek nyoma sincs. A cseplesz megvastagodott, dudoros, mikroszkop csak lobos infiltrációt derít ki; semmi metastasis.

A II. esetet ez évben operálták; 40 éves, ascitese miatt orvosai már előzetesen csapolták; kétoldali papillás daganat; az egyik nagy ökölnyi, a másik tyúktojásnyi; ez utóbbi különösen tanulságos, a mennyiben ép ovariumszövet is van még benne, ép folliculusokkal és makroszkopie is látható az ovariumok felszínéről megindult burjánzás. A cseplesz hasonló elváltozást mutat itt is, de szintén csak lobos természetű. A beteg laparotomia után láztalanul gyógyult.

Mindkét esetben egyik oldali hydrosalpinxot találtak, a mi Ols-hausen szerint aetiologikus momentumként szerepelhet.

#### Adenoma uteri destruens esete.

**Dirner Gusztáv:** 54 éves, O.P., menstr. két év előtt maradt ki, illetve vált rendetlenné. Ez év tavaszán vérzéseinek komolyabb volta és genyes folyása miatt előleges erélyes tágitás után a méhür kikaparása végeztetett nála. Ettől fogva a vérzés ritkábban, de néha nagy erővel következett be, hozzácsatlakozott azonban oly fokú, naponta ismétlődő, déltől estig tartó méhgöres, hogy orvosa állítása szerint fájdalmaiba belekékült, szinte collobált. Vizsgálatnál a szűk hüvelyen és a vastagon hájas hasfalán át tetemesen nagyobb és egyenetlenül göbös kemény méhet lehet kitapintani. Összevetve ezt az anamnesissel, ebből fibromás méhre következtetett és a göresök magyarázatára felvette, hogy az előremert curettézésnél egy submucosus gócznak a tokja fel lett basítva s talán ennek megszületésén fáradozik naponta a méh. Minthogy azonban nem remélhette, hogy ezt a kemény s egyébként is senilis méhet sikerülne elég gyorsan tágitani s ez úton a beteget talán megszabadítani bajától, az uterus teljes exstirpációját ajánlotta s azt november 25-dikén laparotomia útján hajtotta végre, mert a boltozatában töleszerűen szűkülő hüvelyen át az öreg és igen kövér nőnél a meg-nagyobbodott méhet nem igen lehetett volna kihozni.

Sok nehézséget okozott az igen vastag, kövér hasfal és az összes ligamentumok senilis elváltozása, rövidülése, merevsége és feszessége; legtöbbet azonban maga a méh, mely oly törékeny, hogy a kiemelése-re beakasztott museux folyton kiszakadt. Már ez is elárulta, a mit a szövettani vizsgálat beigazolt, hogy malignus elfajulásban van. A szövettani vizsgálat szerint az újképlet egészen atypikus burjánzó hámsejtekből van összetéve; ezek szabálytalan hézagokat, csatornákat fognak közre, henger-köb alakúak, helyenként papillás cystomára emlékeztető elrendeződésűek. Az egyes nagyobb hámsejteket síma izomsejtlecek és sővények választják el egymástól, a melyek bizonyítják, hogy ez az adenomatosus túltengés mélyreható és így prognostice a legrosszabb indulatú carcinómával egyenlő. Ezen az alapon a daganat adenoma destruens seu malignum.

A beteg a műtétet jól állotta ki; a gyógyulást a hasfalán a szűrési csatornák felől bekövetkező abscedálás késleltette. Az abscedálás oka szerinte a selyem, mely — ha főzéssel aseptikussá lett — jó az intraperitonealis ligaturákra, de antiseptikus anyagokkal (carbol, sublimat) való kezelés nélkül nem akadályozza meg a hasfali szűrési csatornák mentén (különösen kövér nőknél) fejlődő abscessusokat, a melyeket azok a pathogen csírok érlelnek meg, a melyek a hasbőr mélyebb rétegeiben rejtőzve, daczolnak a has bőrének szokásos tisztogatásával. Azt hiszi tehát, hogy a hasfali varratokra alkalmazott selyem carbolban való kifőzés után is carbolos vagy sublimatos vízben kell áztatni a műtét idején.

A periodikus göresös fájdalmak a műtét óta természetesen eltűntek. Hogy mi okozta azokat, nehéz eldönteni; valószínűleg az újképlet feszülése a méh serosája alatt.

**Kézmárszky Tivadar:** A periodikus fájdalmakról, melyek a méh malignus daganatánál fellépnek, még nincs tiszta fogalmunk, valószínűleg azonban méhcontractiók eredményei. A fájdalmak periodicitása a symptomatológiában jellegző.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

**A szülés tanának és a műtevő szülészetnek alapvonalai atlaszszal.** Irta: Schäffer Oszkár dr., a szülészet és nőgyógyászat magántanára a heidelbergi egyetemen. A IV. kiadást magyarra fordította Bäcker József dr., egyetemi tanársegéd. 139 ábra. Budapest 1897. Singer és Wolfner kiadása. Ára 3 frt 60 kr.

**A kórboncztan alapvonalai. Atlaszszal.** Irta Bollinger O. dr., egyetemi tanár. Fordították: Minich Károly dr. és Kelen Béla dr. kórboncztan tanársegédek. I. kötet. A vérkeringési, a légző és emésztőszervek, a máj, epeutak és hasnyálmirigy bajai. 69 színes rajz és 18 ábra. Budapest. Singer és Wolfner. Ára 8 frt 20 kr.

Az előttünk fekvő két munka a Lehmann-féle orvosi atlaszoknak magyar kiadásban megjelent két kötete. Ez atlaszok német kiadásai a múlt évek folyamán rendkívül elterjedést nyertek úgy Németországban mint egyebütt, úgy hogy belőlük egyesek már négy kiadást is értek el; azonkívül kiadták már azokat angol, francia, olasz, orosz, spanyol, holland, dán és svéd nyelven is. Kiterjednek ezek a szülészetre, nőgyógyászatra, belgyógyászatra, sebészetre, törvényszéki orvostanra, a nemi betegségekre, melyek külön-külön kisebb, könnyen kezelhető kötetekben tartalmazzák az illető tudományokra vonatkozó rajzokat, diagrammokat, melyeket nemcsak egyszerű magyarázat kísér a szövegben, hanem rövid, összefüggő vonásokban tárgyalva van egyúttal az illető tudományok is.

Ez orvostani atlaszok jelentékeny kiegészítői az orvosi tanulásnak. Az igazi tanulásnak czélszerűen első sorban ugyan mindig tárgyon kell történni, de az előkészületet a tárgyon való tanuláshoz, valamint a megtanultaknak az emlékezetbe való könnyű visszahozását a czélszerűen szerkesztett és jó illusztrációkkal ellátott atlaszok nagyban elősegítik, úgy hogy azokat még a tárgyon való tanuláshoz sem nélkülözhetjük.

Midőn a fent jelölt kiadók arra vállalkoztak, hogy ez atlasz-sorozatot magyar szöveggel kísérve is kiadják, jó szolgálatot tesznek vele a magyar orvosi tanulásnak. A magyarul eddig megjelent első két kötet kiállítása semmivel sem marad hátra az eredeti kiadás mögött; a kíséző szöveg jó, a szakértő fordításért pedig a fordítók ismert neve kezeskedik; azoknak beszerzését tehát orvosnövendékeinknek és gyakorló orvosainknak ajánlhatjuk.

### Apró jegyzetek az orvogyakorlatra.

1. **Thyreoidin-tablettákkal chorea major** egy súlyos esetét 6 hét alatt gyógyította meg Wolfstein. A 12 éves leánygyermek naponta 3-szor 0'30 Extr. thyreoid.-t kapott. A gyermek betegsége elején feltűnő keveset vizelt, naponta csak 200—465 kem.-t s a tabletták használatára a diuresis gyorsan fokozódott, a harmadik hét végén a vizelet napi mennyisége már 1100 kem. volt s a teljes gyógyulás csakhamar bekövetkezett. (Archiv of Ped. XIII. Nr. 10.)

2. **Pityriasis versicolor** ellen Brocq szerint legjobb a jod-tinctura. Ha azonban a baj nagy felületen van elterjedve, a jod-tinctura nem használható. Ilyenkor előbb fürdő veendő következő szappan használatával: Rp. Saponis kalini 60'0; Acidi salicylici 2'0; Resorcini 1'0. Fürdés után a beteg erősen ledörzsölendő, mire a következő kenőcs alkalmaztatik: Rp. Acidi salicylici 0'3; Sulfur. praecip. 3'0; Ol. lini, Terrae silic., Lanolini aa 5'0. Ezen kenőcs nagyon erősen tapad a bőrre; eltávolítására tiszta vaselin vagy olaj használandó, utána pedig közönséges, avagy salicyl- vagy naphthol-szappannal mosás következik. Ezen eljárás a baj megszűnté után még egy ideig folytatandó és pedig hetenként kétszer. (Journ. de méd. et de chir. prat. 1897. 1. sz.)

3. **Periodikus fejfájás** ellen Flori az ergotint ajánlja. A Thomson-féle extractum fluidum secalis cornuti-ból (mely 6—7-szer gyengébb, mint a közönséges ergotin) 4 grammot vétet be naponként 12 gramm tinctura chinae-vel. (Sem. méd. 1897. 28. sz.)

## TÁR C Z A.

A fülörvoslás Angliában.<sup>1</sup>

Írta: *Váti Ernő* dr., fülorvos az Irgalmas-rend budai kórházában.

Ismerve jó részben már az előző évekből a *bécsi* és *berlini* fülklinikumokat és a fülgyógyászatot művelő többi intézetet, egy régi vágyamat láttam teljesedni, midőn Anglia szabad földjére léptem. Rég óhajtottam már ismerni ezt a különöz hírében álló, de nekem annyira rokonszenvesnek talált, értelmes s a nagy nemzeti erőfőt szinte duzzadó népet; ismerni óhajtottam szokásait, belső életüket, orvosi világukat; ez utóbbiból pedig különösen azokat a férfiakat, kik a mi specialis szakmánkat művelik s azon orvosi intézeteket, hol elméletileg és gyakorlatilag élvezve e szakot, fülgyógyászati irodalmunk épületéhez annyi követ hordtak már össze.

Nem tagadom, hogy nemcsak érdeklődéssel, hanem bizonyos áhitattal léptem be mindig ezen specialis orvosi intézetekbe. Mint mindig, úgy most is a közvetlenség bizonyos varázsaként hatott reám, személyesen ismerni s munka közben, betegek körében figyelni meg inkább az embereket. Nem a congressusok és vándorgyűlések chablonszerű zöld és fehér asztalainál, de igen is azon munkálkodás közben, melynek verejtékes gyümölcsei a szakirodalomban vannak mindenkorra megörökítve.

Sietek előre hangoztatni, hogy utamra vonatkozólag nem ringattam magamat illuziókban. Nem is tehettem ezt; mert nem ötlemszerűen határoztam el magamat, hanem egy évek előtt megfogamzott vágyamat vittem teljesedésbe.

Ennél fogva volt alkalmam az irodalomból már előre tájékozódni szakmánk ottani művelői és intézményei felől. Nagyjából tisztában voltam, hogy *mit* és *mennyit* fogok látni; így tehát elkészültem reá, hogy csalódás vagy nagy meglepetés nem fog élni. Ennél fogva inkább a személyi érintkezés, az egyéniségek kiismerése, az ottani művi eljárások és gyógykezelés kivitelének megszemlélése és a specialis orvosi intézetek megismerése volt czéлом. Részemről örömmel gondolok vissza, hogy ebbeli czéлом — vágyam szerint — elértem. S ha ottlétem alatt nemcsak a klinikumok s egyéb kórházak kapui nyitak meg készségesen előttem, de még az ezeket vezetőknél magánlakásai is — azt első sorban az angol nép sajátlagos vendégszereteten kívül volt tanítóimnak s tisztelt főnökeimnek, *Navratil* és *Böke* tnr. urak Angliában is jól ismert s ott is jól hangzó neveinek köszönhetem.

\*\*\*

Angliában a kórházak s egyéb orvosi intézmények úgy keletkezésükben, valamint külső megjelenésükben és belső életükben teljesen elütnek a continens hasonló intézeteitől.

Részletesen e viszonyokról egy más alkalommal fogok megemlékezni, e helyen csak röviden jelzem, hogy ott a kórházakat nem a közhatóság állítja fel, hanem az mind *voluntary contribution* (közadakozás) eredménye.

*Kívül* a kórházak lakályosak, *belül* meglepően tiszták, mondhatni úri kényelemmel vannak berendezve. Az *ápoló személyzet* a társadalom szegényebb középosztályából van sorozva; vallásos, művelt nők, fiatalok és rendkívüli tiszták.

Az általános kórházak a specialis szakokra alig néhol vannak berendezve. Olyan nagy arányú *fül- és gégeorvoslási osztályt*, mint pl. a mi *szt. Rókus-kórházunkban* van, Londonban nem találni. Ily értelemben hátramaradnak a *berlini* és *bécsi* orvosi intézmények mögött is.

A kórházakkal kapcsolatban ambulans betegek gyógykezelésére *ingyenes rendelések* és *gyógytár* — *dispensary* — van berendezve; itt csakis a tehetősebb betegek fizetnek, azok is igen keveset. Úgy az ambulantiát, valamint a kórházi beteg-anyagot *tanczélokra* használják fel. A kórházak legtöbbje mellett ugyanis *orvosi iskolák* vannak felállítva; ilyenek vannak: A *St. Thomas*, *Charingcross*, *Guy*, *St. Bartholemews*, *University*, *Kings College*, *St. Georges*, *St. Mary*, *Midlessex* és *London Hospital*-ban.

<sup>1</sup> Részlet a fül- és gégeorvosok ez évi V. rendes szakülésén tartott felolvasásból.

Egy-egy ilyen orvosi iskola kebelében az *orr-, fül-, torok- és gége-bántalmak* is az őket megillető figyelemben részesülnek. A tanár, az osztályt vezető főorvos vagy pedig a betegek gyógykezelésével megbízott szakorvos elméleti és betegbemutatással egybekötött gyakorlati előadást tart hallgatóinak. Ez utóbbiak nagy szorgalommal vesznek részt a régi betegek gyógykezelésében, a műtételnél sorrendben segédkeznek s az új betegekről a kórtörténetet klinikumi pontossággal készítve, ezt a beteggel együtt bemutatják a tanárnak, illetve a gyógykezeléssel megbízott szakorvosnak.

\*\*\*

Ezen rövid kitérés után legyen szabad magára a tárgyamra térni.

Nem a nagyság, de a vezető személy nagy nevéhez fűzött tiszteletem parancsolja, hogy a kórházak és a specialis orvosi intézetek rövid vázolását azzal a kórházzal kezdjem meg, hol a fülgyógyászat egyik első embere *U. Pritchard* működik. Ez a *Kings College Hospital* (Portngall Street W. C.). Modern nagy épület, óriási előcsarnokkal, tág lépcsőházzal és folyosókkal; nagy, tágas, világos termekkel. Ezen nagy épület csak 224 ágyra van berendezve; van benne egy nagy műtőszoba — *Theatre* a neve — az orvostanhallgatók számára berendezett padosorokkal. A kórházban évente 2500 fekvő beteg és 21,000 járóbeteg lesz gyógykezelve. Fekvő betegek számára *Pritchard*nak csak egy 6 ágyra berendezett osztálya van; ez ágyszám látszólag kicsiny ugyan az ő igen nagy ambulantiájához képest, de *Pritchard* rendelkezik még a városban egy fülpoliklinikával is, miként alább említeni is fogom, hol 16 ágyval kórház is van berendezve. A kórház földszinti helyiségeiben teljesen elkülönítve a fekvő betegektől van a gyógyszerár és a fül- s gégegyógyászati ambulans-helyiség berendezve. Ez utóbbi áll egy folyosószerű, nagy közös várószobából, egy nagyobb rendelőszobából és egy kisebb műtőszobából. A helyiségek egyszerűen, de kényelmesen vannak berendezve. A betegek vizsgálata alacsony asztalok mellett, elsötétített szobában, villamfény mellett, homlokra erősített reflectorral történik. Úgy itt, mint a többi kórházak ambulatoriumában a betegek nationalejának felvételét, vagy az esetleges befizetések könyvelését egy kórházi hivatalnok végezi az előszobában s a beteg már egy üres kórtörténeti lappal kerül a rendelőszobába. Mielőtt a főorvos elé kerülnének a betegek, az orvostanhallgatók s a segédorvos megvizsgálják azokat, felveszik a kórelőzményt s a beteg mostani panaszát. Érdekesebb esetek belé lesznek rajzolva a kórtörténetekbe és ennek megkönnyítésére schemák vannak benyomtatva az *orr-, fül- és gégeanatómiájából* a kórtörténeti lapba. Rendelés itt fülbetegek számára *hetenként egyszer* tartatik csak, akkor azonban a nagy anyagra való tekintettel 3—4 órán át. Ezt a módszert — miként később még rátérni fogok — a betegek érdekében, de a gyógykezelés ellenőrzése okából sem tarthatom célravezetőnek.

Maga az osztály vezetője *Pritchard* egy hajlott korú, öszes, nagyon rokonszenves férfiú, ki szívesen lát vendéget maga körül. Elismert első szaktekintély az angol fülorvosok között. Minden új betegét (számszerint 20—25) nagy türelemmel személyesen kérdezi ki s látja el; az orvosi iskola köréje gyűlt hallgatóinak hosszas előadást tart egy-egy érdekesebb betege fölött; magyarázatát előszeretettel kíséri rajzokkal is. Segélyére van a betegek gyógykezelésében s az osztályos ügyek elvégzésében régi segédje *Cheatel*, ki a londoni fülorvosok körében már most is kedveltségnek és igen jó hírnek örvend; különben osztályos orvosa a *Royal Ear Hospital*-nak. A kisebb műtétet mindjárt a rendelés alatt végzi *Pritchard*; az altatással végzendőket pedig a rendelés végén, a rendelőszoba melletti kis műtőszobában. Ugyanitt van a gazdagon felszerelt műszerszekrény is.

Ugyancsak ezen helyiségben rendel gégebetegek számára *hetenként egyszer* *Dr. Greville Mac Donald*. Nevét az irodalomból nagyon jól ismerjük; aránylag fiatal ember, nagy tudással és nagy munkaerővel. Ambulantiáján nagy anyagot gyűjt össze; az orvosi iskola hallgatóin kívül sok londoni és idegen orvos keresi fel rendelőóráit. Úgy *Pritchard*, mint *Mac Donald* kézi-



könyve a fül-, illetve az orr- és gégebántalmakról nagy elterjedésnek örvend az egyesült királyságban.

London legszebb és legmodernebb kórházában, a Themze partján elterülő *St. Thomas Hospital*-ban külön *fülgyógyászati osztály* nincsen; az ambulansbetegeket a kórház souterrain helyiségeiben elhelyezett, szépen és kényelmesen berendezett *rendelőszobákban* gyógykezelik. Egy óriási nagy előszobában iskolaszerűleg padokban ülnek a járóbetegek s nationalejüket feljegyezve egyenként kerülnek be innen a rendelőszobába. Fülbetegek számára hetenként egyszer rendel itt *Ballance*, ki ugyanezen kórházban Assistent-Surgeon (sebészeti rendelőorvos) és egyúttal sebésze és fülorvosa a Great-Ormond Streeten épült nagy *Sick-Children Hospital*-nak (gyermek-kórház). Bár *Ballance* az általános sebészetet űzi, előszeretettel foglalkozik *Horsley* barátjával együtt az agysebészettel; de a gyakorlatban és irodalmilag buzgón műveli a fülsebészetet is, miként azt több rendbeli ezen tárgyú monographiája is igazolja. A *St. Thomas Hospital* orvosi iskola nagyszámú hallgatója szorgalmasan hallgatja előadásait s a műtételnél a kórházi orvosokon kívül a hallgatók is sorrend szerint segédkeznek. Hetenként egyszer rendel s az így mester-ségesen meggyülemlt óriási beteganyagot a kisebb műtéteket, mint pl.: adenoid vegetatiók, polypok eltávolítása, tonsillotomia, stb. azonnal végrehajtja; a nagyobb műtétek végett a beteg a sebészi osztályra lesz felvéve és az ú. n. *Theatre*-ban (műtőterem és auditorium) műtéve.

Ugyancsak itt a souterrain helyiségben rendel tisztán orr- és torokbetegek számára *Semon* is, Anglia ez időszerinti legelső gégeorvosa. Nagy tudásával, lekötelező modorával és szívéllyel lebilincseli látogatóit. Előadásait casuistikus esetekből meríti; vonzóan, érdekesen és élénken beszél. Rendelőszobáját zsúfolva megtölti a rendes hallgatósága s a köréje gyűlt angol és külföldi orvosok. Óriási beteganyagát jórészt a segédjei dolgozzák fel, ő maga inkább a didacticai részszel foglalkozik.

Osztályos fekvőbetegei nincsenek.

A *Westminster Hospital* (Broad Sanctuary S. W.) 205 ágyra van ugyan berendezve, de sem fül-, sem gége-osztálylyal nem rendelkezik.

A fülbetegek számára az *Ear Departement*-ben (fülorvosi szakosztály) rendel hetenként kétszer *Ph. de Santi*, ki egyúttal rendelő orvos a sebészi osztályon. A gégeészeti szakosztályt, *Departement for Diseases of the Throat*, *Walter S. Spencer*, a belgyógyászati osztály assistant physicianja látja el. Mindkettő végtelen szívéllyes ember és szakmájukban elismert nevük van. Nagy beteganyaggal rendelkeznek. Specialis fekvőbetegeiket osztályaik többi betegei között helyezik el.

A *St. Georges Hospital* (Hyde Park Corner) 351 ágyra van berendezve; sem fül-, sem gégeészeti osztály nincsen, de a rendelőorvosok: *Bull* dr. a fülbetegek részére és *Schiold* dr. a gégebetegek részére, az osztályokra saját betegeikből annyit helyezhetnek el, a mennyire szükségük van. Egyike London leggazdagabb kórházainak; újonnan készült műtő terme egyike a legszebbeknek és legpracticusabbaknak, melyet valaha láttam. Orvosi iskolája igen jó hírnek örvend; ambulantiája nem igen nagy (700 fülbeteg). Itt rendelt ezelőtt *Dulby*, Anglia egyik legelső fülorvosa, ez idő szerint azonban csak privat praxissal foglalkozik. *Bull* szeretettel foglalkozik tárgyával és Londonban igen jó neve van; *Schiold* inkább a sebészettel szeret foglalkozni s a gégeészet csak mellékszakmája. Az orvosi iskola hallgatói itt is szorgalmasan vesznek részt a betegek gyógykezelésében.

A *St. Mary Hospital*-ban (Cambridge Place) a fülambulantiát *W. Hill* dr. látja el. Souterrain helyiség óriási várószobával. A rendelőszobája nagy, tágas; egy mellék helyiségben, melynek falai feketére vannak festve, több vizsgálóasztal van beállítva az orvostanhallgatók részére. Elsötétített szobában, gázvilágítás mellett dolgozik.

A gégebetegeknek *Scanes Spicer* dr. rendel ugyanezen helyiségben hetenként kétszer.

London egyik legnagyobb és legrégebb kórházában a *St. Bartholomews Hospital*-ban (Smithfield) a fülbántalmaknak gyógykezelése *Cumberbatch*-re van bízva. Van néhány ágyból álló fül-

osztálya és igen nagy ambulantiája. (A kórház összes ambulansainak száma 164,000!) A kórház összes ambulans betegei egy óriási várószobában gyűlnek össze, itt veszik fel róluk a nationalelet s innen lesznek eligazítva az ezen teremből nyíló különböző rendelőszobákba. Ez utóbbiak berendezése bizony nagyon egyszerű; a fülorvosi rendelőszoba pl. a nagy várószoba egy sarkában van olaszfaiból rögtönözve. Ügylátszik nappali világosság mellett szoktak dolgozni, mert ottlétemkor — egy borult, esős időben — egy kétes világosságú petroleum-lámpa adta a világosságot. Ezen régi kórház híres az orvosi iskolájáról s körboncztanai gyűjteményeiről; állítólag igen sok és érdekes fülpraeparatuma is van, de sajnálatomra nem jutott alkalom azokat megtekinteni.

A gége-, orr- és torokbetegeket *Bowlby* látja el ugyanitt a kórházban, kinek egy 15 ágyból álló osztálya is van. Két kis egymásba nyíló műtőszobája van s az altatásra kerülő eseteket gyorsan és gyakorlott kézzel, egymásután felváltva a két szobában végzi el. Itt láttam a legpontosabban vezetett *körtörténeteket*.

Az orvostanhallgatók a művi eljárásnál segédkeznek s a gyógyszeres kezelést maguk végzik egy segédorvos útmutatásai mellett. Hátrányosnak tartom azonban a hallgatókra nézve, hogy *Bowlby*, bizonyára nagy elfoglaltsága miatt, a sebészi tisztaság elveit nem mindig jutattja érvényre. Így pl. az ambulantiáján az a kézi edény, melyben a legszükségesebb eszközeit tartja, naponta csak egyszer lát friss vizet; így magyarázható azután, hogy a rendelés vége felé már több benne a kivágott mandula, polyp, adenoid vegetatio, vér és geny, stb., mint a carbol-víz. A mi iskolánk másra tanított bennünket, de a tisztasági érzék is mást parancsol....

A *Charing Cross Hospital* (Agar Street) 300 ágyra van berendezve. A *fülgyógyászati* ambulantiát *Waterhouse* vezeti, ki egyúttal a sebészi osztályon assistant-surgeon (rendelőorvos). Átlag 15 új betege és 30 régi betege van; a kisebb műtéteket mindjárt az ambulantián végezi, a nagyobbakat pedig a sebészi osztályon. Az ambulancia helyisége igen szépen van berendezve, mesterséges világításul a villamosat használja.

A gége-ambulantiát *Willcocks* látja el, ki egyúttal rendelő orvos a belgyógyászati osztályon. Van itt orvosi iskola is.

A *London East Hospital* a Withechapelben van építve s mint már említettem, a legnagyobb kórháza Londonnak.

A souterrainben elhelyezett óriási ambulans helyiségekben (évente az összes ambulansok száma 128 ezer) két nagy rendelőszobában s egy műtő-szobában végzi a rendelést *Howel*, *Mackenzie* egykori segédje a gége-betegek részére. Berendezése mintaserü. A vizsgálószobák falai embermagasságban feketére vannak festve s az orvosi iskola tanulói számára alacsony vizsgálószékek és asztalok vannak beállítva, melyek mind feketére festett olaszfallal vannak elkülönítve. *Howel*nek igen nagy instrumentariuma van s mint láttam az eszközöket mind saját módszere szerint idomítottatja át. A nagy ambulantiát csak több segéd segítségével tudja ellátni. *Howel* szerint mesterséges világításra a gáz legalkalmasabb és teljesen elsötétített szobában rendel. A fülvizsgáltnál, főleg demonstratiók alkalmával, nagy előszeretettel használja a *Brunton*-féle *auroscop*ot.

Az *Aural Departement*-ben *Woakes* (az idősebb) rendel. Szívesen foglalkozik, miként azt tudományos dolgozatai is mutatják, az orr sebészi bántalmaival. 12 ágyra berendezett osztálya van.

A *West London Hospital*-ban (Hammersmith Road. W.) a sebészi osztály assistant surgeon-ja *Paget* dr. (a nagy sebész fia) rendel *fülbetegek* részére. E kórházban láttam az ambulantiát leghiányosabban felszerelve; az asepsis maga is sok kívánni valót hagy fenn. A fekvő betegek a sebészi osztályon vannak elhelyezve. Ugyancsak e kórházban a belgyógyászati rendelőorvos, *Bull* dr. látja el a gége-ambulantiát.

Itt is mint a fülosztályon heti két rendelés tartatik 10—12 új beteggel.

A most felsorolt általános kórházakon kívül vannak még Londonban a 60 specialis kórház között elég szép arányban

kórházak a fül- és gégebetegségek részére. Egyike-másika azoknak még ezen század elején lett alapítva (pl. a Royal Ear Hospital 1816-ban); a legnagyobb része bennfekvő betegekkel van ellátva, de valamennyi megegyezik egymással abban, hogy lehetőleg nagy beteganyaggal rendelkeznek és hogy magánadakozásból emelkedtek fel. Vagy fül- vagy gégekórházaknak nevezetnek, ennek dacára azonban egyenlő arányban foglalkoznak mindnyájában az orr-, fül-, torok- és gégebetegségekkel.

Első helyen emlitem fel a *Royal Ear Hospital*-t (királyi fülkóroda) a Frith-Street-en, 1816-ban lett alapítva közadakozásból. Egy keskeny háromemeletes épület foglalja magában, hol a földszinten az iroda, a rendeloszobák és a gyógyszerár van; az emeleten a 16 ágyból álló osztály, a műtőszoba és az ápolószemélyzet lakosztálya. A kórház vezetője *Pritchard*, rendelőorvosok: *Cheatel*, *Baber-Cresswell*, *Matheson* és *Saint-Clair Thompson*, kik naponta felváltva rendelkeznek.

A beteganyag elég nagy (évente 210 fekvő és 3000 járó beteg); ez intézet a londoni orvosi világ előtt nagy tiszteletnek örvend.

(Folytatása következik.)

### Vegyesek.

Budapest, 1897. július 23-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1897. július 4-től 1897. július 10-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 404 gyermek, elhalt 260 személy, a születések tehát 141 esettel múlták felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, rosszuló toroklob 3, hökhurut 3, kanyaró 3, vörheny 6, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekági láz —, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 2, agykéreglob 12, agyvérömleny 4, rángások 6, szervi szívbaj 9, tüdő-, mellhártya- s hörgőlob és hörgőhurut 38, tüdőgümő és sorvadás 54, bélhurut és béllob 43, carcinomata et neoplasmata alia 15, méhrák 2, Bright-kór és veselob 4, angolkór 2, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 12, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 10, erőszakos haláleset 16. — A fővárosi közkórházakban ápolgatott e hét elején 2149 beteg, szaporodás 731, csökkenés 717, maradt e hét végén ápolás alatt 2163. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1897. július 9-től július 16-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 5 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 7 (meghalt —), vörhenyben 11 (meghalt 2), kanyaróban 70 (meghalt 7), rosszuló toroklobban és torokgyökben 9 (meghalt 2), trachomában 17, vérhasban —, hökhurutban 37 (meghalt 3), orbánczban 37 (meghalt 16), gyermekági lázban — (meghalt —).

— Oroszországban az egyetemek (8) évi budgetje 4 millió rubelt tesz, ebből egy millió a moszkvai egyetemre esik. (Hallgatónak száma 4206.) E mellett csak az elmúlt évben 150,000 rubel alapítványt kapott ösztöndíjakra, egy jótékony nő pedig teljesen berendezett fül- és gégeklínikát s fentartására fél millió rubelt ajándékozott.

— Az ingyenes orvosi kezeléssel való visszaélés, úgy látszik, nemesak minálunk, hanem a külföldön is meglehetősen terjed. Legújabbban a tekintélyes „Medical Society of the County of New-York”, mely 1806 óta létezik, is kénytelen volt a tárgygyal foglalkozni. Az egyesület elnöke, *Laudon Carter Gray* számadatokkal bizonyította, hogy a New-Yorkban az utolsó években nagy számmal keletkezett mindenféle ingyenes rendelőintézetek mennyire veszélyeztetik az orvosok megélhetését. Jelenleg New-Yorkban 26 kórház és 114 nyilvános rendelő intézet van, a hol a múlt évben a lakosságnak 39%-át: 737,171 embert ingyen gyógyítottak. 1895-ben 1,104,381 receptet írtak ingyen! A nyilvános ambulatoriumokban összesen 949 orvos rendel, vagyis a new-yorki orvosok 27%-a! (Die Heilkunde, 1897. február).

—r. Ország Sándor dr., karlsbadi fürdőorvos, rendel 8—9 és 3—4 óra közt. Alte Wiese, Nizza-házban.

—r. A budapesti poliklinikával egyetemben az ott működő s *Vas B. dr.* és *Gara G. dr.* vezetése alatt álló *orvosi laboratorium* is áttette helyiségeit a VII. ker., Hársfa-utca 13—15. szám alá s tevékenységét az eddigéhez hasonló irányban folytatja.

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

**Szt. Lukács-fürdő**  
téli és nyári  
gyógyhely.

Nagy kénes iszapfürdő; iszaporogatás, douche-massage, kő- és kádfürdő, rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. Gőzfürdők, uszodák. Olcsó és szép lakások. Prospectust küld

## HIRDETÉSEK.

TERMÉSZETES

### BILINI SAVANYUVIZ!

Legkiválóbb képviselője az alkalicussavanyúvizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenként növeli elismert jó hírnevét s azonkívül a legkiválóbb diaetikus italt képezi. **EDESKUTY L.** úr ivócsarnokában 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, szállodában és vendéglőben. Pastilles de Bilin a legtöbb gyógyszerárban és gyógyszerárú-kereskedésben.

### GYÓGYMECHANIKAI INTÉZET

(Dr. Zander rendszere szerint).

TESTEGYENÉSZET, SVÉD GYMNASTIKA,  
MASSAGE.

Budapest, VIII. ker., Muzeum-körút 2. sz. a.

(Nemzeti színház bérháza, I. emelet.)

Rendelő orvosok: Dr. REICH MIKLÓS, Dr. SÜMEGI JÓZSEF.

### AUSSEE,

Dr. SCHREIBER ALPENHEIM-je, hidegvíz-kúra, lúgos-fürdők, gyógygymnastika, hizlalási kúrák. — Junius 1-től október 1-ig.

### Orvos urak figyelmébe!

Azon tisztelt orvos urak, kik magukat önállósítani akarják

**KELETI J. BUDAPEST, IV., Korona-herceg-utca 17. szám alatti sebészeti műszergyártó üzelnél**

orvos-sebészeti műszereket, valamint teljes berendezéseket mindennemű magángyógyintézetek részére, havi vagy negyedévi részletfizetésre kaphatóak, szavaltott legjobb kivitelben és a legcoulansabb feltételek mellett.

Prospektusok és képes árjegyzékek ingyen.

### TARCSA GYÓGYFÜRDŐ

VASMEGYÉBEN.

Glaubersó tartalmú szénsavdús vasforrások.

A legújabb módszerek szerint berendezett pezsgő és ásványvíz, valamint vasláp-fürdők. Kellemes, hűvös égalj; a kényelem minden igényeinek megfelelő olcsó lakások; **villamvilágítás**, 2 jó vendéglő, gyógyszerár, naponta 2-szer zene; szép kirándulások. A női szervek bántalmái, sápkór, vérszegénység, továbbá a légzési és emésztési szervek bajai ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják.

### Megnyitás május 23-án.

A megnyitástól június 15-ig és augusztus 15-től szeptember 25-ig tetemesen olcsóbb árak. Felvilágosítással szolgál és kívánatra prospectust küld a fürdőigazgatóság. Állandó fürdőorvos **Dr. Rhorer Aladár** t. m. főorvos. **Tarcsai Károly-forrás** különösen mint óvszer járvány esetén ivóvízzel ajánlható. Megrendelések olyan városokból, hol külön raktár nem létezik, a fürdőigazgatósághoz Tarcsára intézendők. **Posta- és távirat-állomás helyben.** Vasúti állomás **Felső-Eőr**, a **Szombathely-Pinkafői vonalon**, honnan a 30 percznyiro (5.6 klm.) fekvő fürdőbe a közlekedést kényelmes bér- és társaskocsik (omnibusok) tartják fenn; egy négyülékes bérkocsis ára 2 frt 25 kr., társaskocsin egy hely 40 kr.

# S Z E M É S Z E T.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

Tartalom: Grósz Emil dr.: Az agydaganatok kíséretében keletkező papillitis pathogenesise és jelentősége. — Feuer N.: A trachoma a hadseregben. — Waldmann Béla dr.: A luxált cataracta operálásáról. — Scholtz Kornél dr.: Az iritis gonorrhoeicáról. — Ifj. Siklóssy Gyula: A hibás állású szemszűrők és a szemhéjbefordulás műtételeiről. — Irodalmi szemle. — Vegyések.

## Az agydaganatok kíséretében keletkező papillitis pathogenesise és jelentősége.\*

Grósz Emil dr., egyetemi magántanár, szemklinikai tanársegédttől.

Tisztelt Orvosegyesület!

Alig pár évvel a szemtükör feltalálása után kiderült, hogy az agydaganatok kíséretében bekövetkező megvakulás nem a látóideg vagy annak központja közvetlen nyomásából származik — mint azt régen hitték —, hanem az esetek túlnyomó számában a tükörrel jól felismerhető neuritis intraocularis: a papillitis eredménye. S még ma is, midőn az agybetegségek diagnostikája a physiologia nagy haladása következtében a vizsgáló módszerek egész seregével rendelkezik: a papillitis képezi az agydaganatok legállandóbb s legbiztosabb jelét. Alig van agydaganat, mely lefolyásának egész időtartama alatt bántatlanul hagyná a látóideget s azt kell mondanom, hogy nem túloznak azok, kik a papillitis előfordulását 95 s még magasabb százalékra becsülik. Abból, hogy az agydaganat többi tüneteinek kifejezett volta mellett is néha hiányzik, még korántsem következik, hogy egy újabb vizsgálat alkalmával a legnagyobb fokú papillitist ne találjuk. Ezt annál is inkább számon kell tartanunk, mivel Jackson figyelmeztetése óta tudjuk, hogy a pangásos papilla megjelenésével a látásromlás nem következik be szükségképen egyidejűleg.

A papillitisnek, mint általános tünetnek bizonyítására tehát ma már nincs szükség. De sajnosan be kell vallanunk, hogy eddigelé a megjelenő papillitis sem a daganat székhelyéről sem annak milyenségéről nem adott felvilágosítást. Ezen nem is csodálkozhatunk, mert míg a bántalom keletkezésének módjáról olyan ellentétesek a nézetek, addig a gócztünetkép való értékesítés lehetetlen.

Pedig ma nagyobb szükség van, mint valaha, hogy pontosan meghatározhassuk a baj székhelyét és milyenségét. Az agysebészet 10 év alatt szinte hihetetlen fejlődést mutat s e rövid idő alatt az agydaganatokat nagyrészt el is hódította a belgyógyászat köréből. Jól tudom, hogy ma még az eredményekről nem álkothatunk tiszta képet, de ha megbízható oldalról (Starr) azt állítják, hogy 97 operálásra 42 gyógyulás, 38 sikertelen beavatkozás és csak 17 halál esik, ez máris oly siker, mely egy eddig gyógyíthatatlan betegség therapiájában óriás jelentőségű. De az agysebészet még újabb eredményeket is ígér. A beavatkozás indicióját eddig úgyszólván az életmentés képezte, de e mióta Horsley azon tapasztalatát, hogy az agydaganat eltávolítása után a papillitis gyógyul, sőt, hogy a trepanálás maga is elég e bántalom visszafejlesztésére, újabb és újabb esetek igazolják: úgy hiszem képzelődés nélkül állíthatom, hogy új korszak előtt állunk.

Ilyen körülmények között a papillitis pathogenesisének kutatása nemesak igen érdekes theoretikus thema, hanem egyszersmind kiválóan gyakorlati értékű terrenum is.

Ez az oka, tisztelt egyesület, hogy papillitis pathogenesisének felderítésére eszközölt eddigi vizsgálataimról e helyen beszámolni bátorkodom. Ha csak egy lépéssel sikerül is közelednünk a kérdés végleges megoldásához, ennek a

\* A budapesti kir. orvosegyesület 1897. február 13-iki ülésén tartott előadás.

sebészeti beavatkozás indiciójának felállítására máris jelentékeny hasznát vehetjük. S megvallom, az a reménységem is van, hogy a tárgyunk előhozásával nemesak saját szakom művelőinek, hanem a neurologok és sebészek közreműködését is megnyerhetem.

E czélből mindenekelőtt röviden vázolni fogom a papillitis pathogenesisééről eddigelé felmerült nézeteket, ismertetni fogom az anatomikus vizsgálatok eredményeit, ezek után saját kórszövetani vizsgálataimról számolok be, hogy mindezek alapján a sebészi beavatkozás indiciójának megállapítására alapot, sőt irányt nyújthassak.

Annak eldöntését, hogy a papillitis agydaganatok kíséretében miképen jön létre, sokan megkísérlették. Kórszövetani vizsgálatok, állatkísérletek és klinikai észlelések egész serege szolgált e czélra, de mindez csak fogalomzavarra, s nem pedig a kérdés megfejtésére vezetett. Ugyanazon tények a legkülönbözőbb következtetésekre adtak alkalmat, sőt maguk a tények is a modern parlamentarizmus módjára az elfoglalt álláspont szerint más s más színben tűnnek fel.

A következőkben igyekezem, hogy az eddig felmerült magyarázatokat csoportosítva s a tényeket objective megbírálva, azokat értékesíthessem.

Graefe, ki a papillitisnek agydaganatok kíséretében való gyakori előfordulását felismerte, azt a magyarázatot adta, hogy a daganat közvetve vagy közvetlenül nyomást gyakorol a sinus cavernosusra, mi által a vena centralis retinaeben pangás keletkezik. E pangás a papillán az által jut legjobban érvényre, hogy a foramen sclerae mint multiplicator működik. Szóval e felfogás megegyezik a Türk-ével, ki az agydaganatok kíséretében még 1853-ban észlelt retinalis haemorrhagiát, ugyanesak a sinus cavernosusra gyakorolt nyomásból magyarázta. Ha ez állana, akkor a papilla erei valósággyal agymanometert képviselnének s a sokat mondó cerebroscopie névnek meg lett volna a jogosultsága. Csakhogy Sesemann még 1869-ben kimutatta, hogy a vena ophthalmica és facialis közlekednek s így a sinus cavernosusra gyakorolt nyomás a vena centralis retinaeben nem is hozhat létre pangást. Ez anatomikus leletet Hutchinson esete megerősítette, a mennyiben egy izben a sinus cavernosusnak aneurysma által okozott teljes elzárulása mellett a papillán pangásnak nyoma sem volt. De ha a sinus cavernosusra gyakorolt nyomás nem is okozhat papillitist, a foramen scleraenek multiplicatorkép való működése oly tény, melynek igazsága, mint látni fogjuk, kétségen felül áll s mely újabb tanúsága Graefe éleslátásának.

Epen a 60-as évek végére esik Schwalbe azon felfedezése, hogy a látóideg intervaginalis üre az agyhártyák közötti spatiummal közlekedik. Azonnal érthetővé vált Stellwag-nak még 1856-ból származó azon lelete, mely szerint agybántalmak kíséretében hydrops vaginae nervi optici keletkezik. S e communicatio felderítése adott életet a Schmidt-Rimpler és Manz neveit viselő transport theoriának. Állatkísérletekkel és boncolás leletekkel igazolták, hogy a koponyaurban keletkező nyomás hydrops vaginae nervi optici támadására ad alkalmat. Az így előálló ampulla vagy az ugyanezen úton a lamina cribrosa közeire reá terjedő oedema strangulálja a látóideg ereit, venosus stasis s végül az arteriosus anaemia útján gyuladás áll elő. A papillitis megjelenésének ilyen magyarázata tagadhatatlanul plausibilis. Az orbitában székelő daganatok nyomásuk által hasonlóképp papillitisre vezetnek s a daganat eltávolítása

söt punctio által való megkisebbitése pár nap alatt a papillán restitutio ad integrumra vezethet. (Terson esetében orbitalis cysta punctiója után a visus másnapra  $\frac{1}{20}$ -ról  $\frac{1}{2}$ -re, 6 nap alatt 1-re vezetett s a papillitisnek nyoma sem maradt.) A koponyaúr pusztá megnyitása elégséges, mint azt néhány év óta tudjuk, hogy a pangásos papilla meggyógyuljon. Mindez érvényesen támogatja a transport theoria helyességét.

De az észlelések és bonczolásleletek szaporodásával ellentmondó adatok is merültek fel. Feltűnő, hogy a nagy koponyaűrbeli nyomással járó hydrocephalus chronikus mellett aránylag ritka a papillitis, néha ökölnyi daganatok állhatnak fenn ép szemfenék mellett (*Bramicell, Gowers*), máskor kicsiny tumorok a legnagyobb fokú papillitist idézik elő (*Benedikt*), hydrops vaginae előfordulhat papillitis nélkül is (*Broadbent*) s viszont, agynyomással nem járó betegségek typosos látóidegfőgyuladást idézhetnek elő (*chlorosis, Gowers, Dieballe*), néha évekig hiányzik a többi tünetek közül a pangásos papilla s egyszerre kifejlődik, sőt vissza is fejlődhetik, mialatt a koponyaűrbeli nyomás emelkedés továbbra is fennáll, a gerinczagy hüvelyében teljesen hiányzik a hydrops jele (*Ausher*). Ez ellentmondó adatokon *Parinaud* (1879) magyarázata sem segített; szerinte a papillitis az agydaganatokat kísérő hydrocephalus internus s agyoedema útján jön létre. A scleralis gyűrű az, a mi a végtagon a ligatura, míg a látóidegtörzsét az ideghüvely kötés-kép támogatja, ezért nagy az oedema a papillán s az agyban, míg a közvetítő törzsben csekélyebb (1895). *Parinaud* theoriájának buzgó védője akadt *Rochon-Duvigneaud*-ban, ki ugyancsak az oedemából származtatja a congestiót, utóbb az infiltrációt s kötőszöveti proliferációt.

A nehézségeket könnyen megoldaná az úgynevezett reflex-theoria. *Jackson* (1863), *Brown Séguard* s *Benedikt* (1868) reflexúton magyarázzák a papillitis keletkezését. A daganat volna az izgató forrás, mely a látóideg ereire hat. Újabban ugyan *Betz* kimutatott egy központot, mely az opticus vasomotorikus központja lenne, de jól mondja *Gowers*, hogy e felfogás értelmében a legkülönbözőbb helyen előforduló daganatok csak úgy idézhetnék elő a papillitist, ha a látóideg erei mindezen központokkal külön összeköttetésben lennének.

Ilyen összefüggést nem ismerünk, de eddigi ismereteink alapján nem is tételezhetünk fel.

A gyuladás fogalmának gyökeres átalakulása adott életet a *Leber* nevéhez fűződő magyarázatnak. *Leber* szerint a papillitis gyuladás eredménye s a pangás csak következmény s nem annak okozója. Irritáló befolyást vesz fel, mert a hydrops vaginae nervi optici nincs mindig jelen, a centralis erek compressiójának anatomicus tüneteit nem látta, a chorioideában is vannak elváltozások, pedig ennek erei nincsenek kitéve nyomásnak.

*Leber* ezen még 1881-ben Londonban először s legutóbb 1894-ben is kifejezett véleményét *Deutschmann* állatkísérletek útján igyekezett bebizonyítani. Ő úgy találta, hogy a koponyaűrbe befecskendezett indifferens folyadék behatol ugyan a látóideg hüvelyébe, de nem okoz papillitist, míg néhány csepp tuberculotikus geny nagyfokú neuritis intraocularist idéz elő.

A koponyaűrbe fecskendett staphylococcus-culturák előbb megölték az állatot, még mielőtt a papillitis kifejlődhetett volna. Ez alapon a papillitist gyuladásos bajnak tartja, a hydrops vaginae nervi optici jelenléte nem is szükséges, legfeljebb elősegíti a gyuladást gerjesztő csírok lejutását.

Ez állatkísérletek azonban úgy hiszem csak azt bizonyítják, hogy tuberculotikus meningitis neuritist okoz, de nem bizonyít feltétlenül a mellett, hogy a pangásos papilla keletkezésének más oka nem lehet.

*Elschnig* anatomicus leletekkel támogatja *Leber* nézetét. A neuritis interstitialis állandó jelenléte képezi legfőbb bizonyítékát. A trepanálás gyógyító hatását a cornea punctiójának iridocyclitis chronica eseteiben való jótékony hatásához hasonlítja. Ugyancsak kórszövettani vizsgálatok alapján állítják *Edmunds* és *Lawford*, hogy a gyuladás a basalis meningitis leterjedése útján keletkezik, míg *Kuhnt* az erek perivascularis üreit tekinti levezetőül.

De hogy miért nem terjed le a gyuladás más agyidegek mentén is, arra egyik sem ad kielégítő választ.

\* \* \*

*Gowers* szokott éles látásával e magyarázatok elégtelenségét hangsúlyozza, a hydrops vaginae nervi optici nem lehet az egyedüli ok, de elismeri, hogy elősegítő tényező; a descendáló perineuritist számos eset illusztrálja s még azt is megengedi, hogy hirtelen keletkező intracranialis nyomás emelkedés venosus hyperaemiát okozhat.

*Kniess* igyekezik a sokféle theoriát egyesíteni s azt állítja, hogy a megakadályozott nyirkáramlás az agy felé, a behatoló cerebrosinialis folyadék s a gyuladást gerjesztő csírok mindmennyi tényezői a papillitis keletkezésének.

*Gowers* és *Kniess* ezen nézetei legjobban jellemzik a helyzetet.

S valóban, ha minden előzetes elfoglaltság és állásfoglalás nélkül objective bíráljuk a felhalmozott adatokat s az ezekből vont következtetéseket arra a meggyőződésre kell jutnunk, hogy a zavar különböző kórfolyamatoknak egy kalap alá vonásából származott. Így történhetett, hogy megbízható oldalakról végzett állatkísérletek eredményei egymással homlok-egyenest ellenkeznek (*Schultén, Adamkiewicz*).

A trepanálás és lumbal punctio útján gyógyult esetek a transport-theoria mellett klasszikus bizonyítékot szolgáltatnak, viszont máskor a leterjedő gyuladás anatomicus kétségbevonhatatlan jeleit találjuk, úgy hogy sem az egyik, sem a másik magyarázat igazságának kétségbe vonására nincs jogunk.

De szükségünk sines, mert agydaganatok kíséretében épen úgy létre jöhet egy pangásos folyamat, mint egy kezdetől fogva gyuladásos jellegű elváltozás!

Nem hiába beszélt *Graefe* pangásos papilláról és neuritis descendensről! Csakhogy ő előbbi az agydaganatok, utóbbi az agyhártyagyuladás következményeként tekintette. Mint-hogy azonban agydaganat kíséretében is találtak a neuritis descendens kórképét, máskor pedig agyhártyagyuladás pangásos papillával társult, ez ellentmondó anatomicus leletek a megkülönböztetés eljöttére vezettek s a legtöbb buvár csak fokozati különbséget akar elismerni.

Ezzel szemben azt kell mondanom, hogy *Graefe*-nek a kórkép szerint történő osztályozása helyes és qualitativ különbségen nyugszik, csak azon következtetése nem áll meg, hogy az egyik alak a tumorra, a másik az agyhártyagyuladásra volna többé-kevésbé jellegző.

Az a meggyőződésem, hogy agydaganatok kíséretében is előfordulhat mind a két alak s ezentúlra az a feladatunk, hogy e dualistikus felfogást a diagnostikában is értékesíthessük.

Felfogásomat mások s különösen saját anatomicus leleteimmel fogom támogatni.

Az újabb közlések közül különösen *Rochon-Duvigneaud*, *Elschnig* és *Uthoff* anatomicus leletei vonják magukra figyelmünket. Előbbi a pangásos alak paradygmáját, utóbbiak a gyuladásos eredetre szolgáltatnak meggyőző példákat.

Bár *Rochon-Duvigneaud*-nak nem sikerült az ér strangulálását kimutatnia, de az oedema kifejezett képét találta. Sem az ideghüvelyben, sem a törzsben nincs gyuladásos jel, csak a papillán látszik némi infiltratio, kötőszövet szaporulat és perivascularitis, de ezek csak következményes elváltozások. Előbb van szerinte oedema s congestio, később infiltratio s kötőszövetgyuladás, s végül az atrophia. Mindez megegyezik *Schmidt-Rimpler* felfogásával. Hasonló elváltozásokat különben *Gowers* is leír.

*Elschnig*, de különösen *Uthoff* esetei a perineuritis és neuritis interstitialis meggyőző képeit nyújtják. *Elschnig* szerint, ki 26 szemet vizsgált meg, a bántalom lényege: chronikus gyuladás. A lamina fibrosa elődomborodik, gyuladásos oedema jelentkezik, a kötőszövet aprósejtesen infiltrált, a physiologikus excavatiót újdonszerűen tölti ki, ér compressiót nem talált. A 26 szem közül 17 esetben volt az ideghüvelyben ampulla, tiszta oedemát gyuladásos tünetek nélkül sohasem

látott, míg a látóideg chronikus interstitialis gyuladása, valamint a perineuritis mindannyiszor jelen voltak, sőt gyakran a retina s chorioidea is mutattak gyuladós tüneteket. Ő azt hiszi, hogy a gyuladás a látóideg szemteke mögötti részéről harapózik a papillára.

*Uthoff* esetei a gyuladás leterjedésének valódi klasszikus példáit nyújtják. A széttolt s varicosusan túltengett idegrostok között aprósejtes infiltratio von oedemával, a kis erek megszorodtak, az erek falzatai aprósejtesen infiltráltak, az intervaginalis ürt sejtes izzadmány tölti ki.

Az objective bírálónak, kinek véleményét nem befolyásolja előzetes állásfoglalás már ezen esetekből is arra a gondolatra kell jutnia, hogy mind a két keletkezési mód lehetséges. Végeredményben azután úgy a pangás útján, mint a leterjedés útján keletkező papillitis az ideg secundaer degenerációjára vezet s ebben a stadiumban még az anatomikus vizsgálatok sem deríthetik ki a keletkezés módját.

Egy glaucómában megvakult szem számos gyuladós tünetet mutathat, de annak eldöntése, hogy e tünetek elsődlegesek vagy következményesek, majdnem leküzdhetetlen nehézségekbe ütközik, s jól tudjuk, hogy a glaucoma keletkezési módja ma is vitás. Így vagyunk sok tekintetben az eddig ismert vizsgálatokkal is. A leterjedő gyuladás anatomikus bizonyítékai kétségtelenek. De a strangulálás anatómiai lelete még mindig hiányzott, pedig ez döntő érvül szerepelhet a másik alak előfordulására; lássuk, mennyiben sikerült saját vizsgálataim által a felvetett kérdés megoldásához hozzájárulni.

1. P. J. 19 éves férfi 1895. december 9-dikén *Kéty* Károly tanár úr klinikáján halt meg. Az enucleált szemtekéket 5 milliméternyi látóidegcsomokkal *Genersich* tanár úr volt szíves vizsgálatra átengedni.

Az eset idegkórtani részleteit „agyacs megbetegedés bonczélet kapcsán” címmel Donáth Gyula tagtárs úr egy e helyen tartott bemutatás kapcsán az Orvosi Hetilap 1896-dik évi 20 dik számában részletesen közölte. A beteg általános megbetegedését 1893-ból származtatja. Az 1895. május 22-dikén Mohr Mihály tagtárs úr által megejtett vizsgálatkor a beteg látása  $\frac{5}{7}$ , közelpont 120 mm., pupillák középtágak, fényre jól reagálnak, mindkét szemfenék ép. Ugyancsak épek voltak a szemfenékek augusztus 3-dikán a *Kéty* tanár klinikájára való felvételkor, de október 26-dikán „vérzéses papillitis” képei jelentek meg. Az életben felállított diagnosist a *Genersich* tanár által december 11-dikén megejtett bonczolás igazolta, a mennyiben az agyacs daganatát derítette ki. A bonczolási jegyzőkönyv diagnosisa így szól:

Sarcoma medullare in verme cum devastatione ejusdem fere totali et hydrocephalo chronico interno et compressione cerebri, corporis quadrigemini et absorptione laminae vitreae cranii, atrophia nervorum opticorum, oculomotoriorum, trochlearium. Hyperaemia renum et hepatis.

A szemtekéket formolos kezelés után absolut alkoholban kaptam, a szokásos celloidin leágyazás után úgy ezen, valamint a következő eseteket is az egyetemi szemklinika laboratóriumában dolgoztam fel.

Mint a praeparatumok valamint az ezekről Scholtz Kornél szemklinikai gyakornok, barátom által készített photographiai felvételek mutatják, a papilla nervi optici 1 mm.-nyire emelkedik ki; a szomszédos retina ránczos, a széttolt idegrostok között mint látható, az erek mentén kis fokú aprósejtes infiltratio van, a physiologikus excavatiót laza sejtszegény szövet tölti ki, sem a látóidegben, sem annak hüvelyében kifejezett gyuladós tünetet látni nem lehet, de a központi éren egy rendkívül jellegzetes s eddig tudtommal még le nem irt elváltozás látható. Az érfalzat ugyanis a lamina cribrosa niveaujában az ürtér felé 4—5 hullámú beemelkedést mutat, ezeket épen a lamina cribrosa vonalainak megfelelő csipkék szakítják meg. *E lelet absolut bizonyítékát nyújtja azon eddigelé épen anatomikus úton be nem igazolt ténynek, hogy a jól kivehető oedema mellett érstrangulatio van jelen.*

Ezen körülményből, a gyuladós tünetek hiányából, valamint a papillitisnek az életben való keletkezési módjából

joggal következtethetjük, hogy adott esetben az intracranialis nyomás emelkedésből származott egyszerű pangásos papillával van dolgunk.

A daganatnak az agyacsban való székelése, a tentorium cerebelli ellentállása, a gyomrocsűrők közlekedésének gátlása s a vena Galeni magnara való nyomás mind hozzájárulnak ahhoz, hogy az intracranialis nyomás emelkedés oly fokot érjen el, mely a látóidegfőn is pangás keltésére elegendő. A lamina cribrosa lemezei tájékán keletkező oedema, ennek stranguláló hatása s így multiplicatorkép való szereplése az anatomikus leletből kétségtelen!

2. H. J. 16 éves fiú szeméit 1897. június 28-dikán vizsgálhattam meg. Látása  $\frac{5}{15}$ , mindkét szemfenéken gombyszerűen kiemelkedő, izzadmánnyal és vérzésekkel fedett papillák voltak láthatók. A beteg 1896. július 27-dikén *Korányi* tanár úr klinikáján halt meg.

A sectio igazolta a tumor cerebelli diagnosist, a mennyiben a vermis superiorban nagy diómekkoraságú solitaer tuberculum foglal helyet.

Az egyik szemet vizsgálat céljából *Pertik* tanár úr szíves volt átengedni.

A jó visus, a papillitis kinézése, az elváltozás újabb keletűsége mellett szolt s valóban, mint a Weigert szerint festett készítmények mutatják, a látóideg rostjai teljesen épek, de a perineuritis a papillitis gyuladós keletkezése mellett szolt.

A daganat tuberculotikus jellege a gyuladós alak jelentkezését, a cerebellumban való elhelyezés annak korai kifejlődését eléggé megindokolja.

3. Z. A. 41 éves férfit 1894. április 10-dikén vették fel *Kéty* Károly tanár belgyógyászati klinikájára. Látása mindkét szemén 1891-ben kezdett romlani. Jobb szemén kézmozgást sejtett, a balon szem előtt olvasott ujjakat. Mindkét oldalon atrophia hájló papillitis volt. A sectio tyúktójasnyi agyacs daganatot derített ki, mely a kis agyvelő legnagyobb részét tönkre tette. Ez adatokat *Jendrassik* tanár úrnak, a szemek átengedését pedig *Pertik* tanár úrnak köszönhetem. A papillák körülbelül 1 mm.-nyire emelkednek ki, sűrűn infiltrált kötőszöveti vázból állanak, a központi erek falzata nagy mértékben vastagodott, a látóideg hüvelyei izzadmánnyal teltek, vastag falúak, az ideg kötőszöveti váza jelentékenyen hypertrophiás s maga az ideg, mint a készítmények s photographiak mutatják, egyetlen ép idegrostot sem tartalmaznak.

Adott esetben tehát a perineuritis, neuritis interstitialis és a secundaer atrophia praevaleál.

De hogy a gyuladós tünetek elsődlegesek voltak-e vagy csak az oedemából keletkeztek, adott esetben, midőn a papillitis már három éve vagy még régebben állott volt fenn, senki sem döntheti el. Ime ez eset jól illusztrálja azt, hogy erőszakosan általánosítani nem szabad! Pedig a dolog természeténél fogva a látószervek többnyire csak ilyen előrehaladott stadiumban jutnak anatomikus vizsgálat alá.

E három eset elsejében tehát az oedema praevaleál érstrangulálással, az infiltratio csekély s a retinára és chorioideára nem terjed reá.

A második esetben az oedema kisebb szerepet játszik, a gyuladós tünetek lépnek előtérbe, de az idegrostok még épeknek látszanak.

A harmadik esetben legnagyobb fokú perineuritis és neuritis interstitialis tüneteit látjuk secundaer atrophiaival.

Mindez eléggé támogatja azon felfogásomat, hogy az *agydaganatok* kisérétében keletkező papillitiseket két csoportba kell sorolni, az egyik a *pangásos*, a másik a *gyuladós* eredetű alak.

Ha a papillitis pathogenesisének ezen *dualistikus* magyarázatát értékesíteni akarjuk, az *első kérdés*, melyre felelnünk kell, hogy milyen esetben melyik alak van jelen.

A dolog természetéből már eleve valószínűnek látszik, hogy a pangásos alak a tulajdonképeni álképletek eredménye, míg a gyuladós inkább tuberculum és gümma kisérétében fordul elő, mert igaza van *Rochon-Duvigneaud*-nak, mikor az intraocularis daganatok analogiájára hivatkozik. Az uvea

sarcomája izgalom nélkül fejlődhetik s az irisen a gyuladásnak nyomai is hiányozhatnak, míg a tuberculum és gümme mellett iritis és chorioiditis kifejezett tünetei jelentkeznek. Ugyanez állhatna az intracranialis daganatokra is. De hogy a hasonlatot tovább is fűzzük, nem szabad felednünk, hogy idővel a sarcoma másodlagos glaucomára s ezzel kapcsolatban ugyancsak gyuladásos elváltozásokra vezet.

Igy van ez az agydaganatok eseteiben is! Mindent számba véve, érthetővé válik, hogy *Benedikt* esetében a ponsban székelő kis tuberculum óriási papillitisre vezetett, míg gliomák mint azt egy *Korányi* tanár klinikáján elhalt beteg történetéből saját tapasztalatomból is tudom, ökölnyi nagyságúakra is nőhetnek s csak pár nappal a halál előtt idézik elő a pangásos papilla tüneteit.

Tudva azt, hogy a tuberculum az agydaganatok 32%-át teszi (Starr), nem csodálkozhatunk, ha a perineuritis és neuritis tüneteit hullában olyan gyakran találta.

A következő kérdés a körül forog, hogy e két alak szemfenéki képe mennyire különbözik egymástól. Azt kell mondanom, hogy a papilla áttünősége, laza kiemelkedése, a vénák szerfölött tág volta az oedemás alak, míg az ereknek opaque izzadmányba való betemetése s az elváltozásnak a papilla területén túl való terjedése a gyuladásos alak jellegvonásai. Csakhogy e differentiak épen úgy csak a kezdeti időszakban különböztethetők meg, a mint az anatómikus leletek is csak eleinte mutatják a feltűnő eltéréseket. Ilyenkor még a functionalis vizsgálat is segítségünkre jön, a mennyiben a jó visus az oedemás alak; a nagyon korán megromlott látás a gyuladásos alak mellett szól.

Egy már hónapok óta fennálló papillitis esetében, különösen, ha az már atrophia hájlik, épenséggel nem dönthető el biztossággal a kórszármas.

Végül nem kevésbé fontos kérdés, mennyiben localizál a papillitis. E tekintetben meg kell vallanunk, hogy ma még majdnem teljesen a kísérő tünetekre szorulunk, mivel a koponyaur legkülönbözőbb helyein keletkező daganat okozhat papillitist. Annyi azonban bizonyos, hogy a kis agy daganatai szerfölött gyakran okoznak a látóidegön változást. Már előbb is említettem, hogy a tentorium cerebelli ellentállásának és a hydrocephalus internus korai keletkezésének e tekintetben jelentékeny szerep jut. Az agyféltekékben több a hely a terjeszkedésre, az agyalapra pedig az ideghüvelyek s az intermeningealis ür közlekedésének korai elzáródása következhetik be. Edmunds és Lawford statistikája tényleg megfelel e feltevésnek.

Ha már most ezek alapján azt kérdezzük, jogosult-e a papillitis kedvéért való trepanálás s ha igen, milyen esetben indicált, erre azt kell felelnem, hogy a papillitis pathogenesisének most vázolt módjai határozottan megadják az alapot a műtéti beavatkozásra.

Hogy a koponyaurbeli nyomás alászállítása a pangásos alakot megszüntetheti nem szükség külön kiemelnem, de még a gyuladásos eredetűre is jótékony hatása lehet, a mint a tuberculotikus peritoneitis eseteiben kedvező a megejtett laparotomia. De még hangosabban szólnak a trepanálás mellett a már eddig is elért eredmények.

Már az is nagy feltűnést keltett, hogy az agydaganat eltávolítása után a papillitis meggyógyult, de mióta olyan esetekről is van tudomásunk, a melyekben az agydaganat nem volt eltávolítható vagy megelhető s a papillitis mégis meggyógyult: a palliatív trepanálás indicióinak kiterjesztése nagyon is indokolt. Mennél veszélytelenebbé válik az agy-chirurgia haladásával e beavatkozás, mennél inkább meggyőződünk, hogy a palliatív trepanálás korántsem nehezíti, sőt sok esetben még meg is könnyíti a későbbi curatív beavatkozást annál jogosultabb a papillitis kedvéért való korai beavatkozás. Hiszen nem szükség e helyen kiemelnem, hogy akkor a midőn a papillitis az idegrostok degenerálására vezetett nem várhatunk többé sikert! *Horsley, Hahn, Albertoni és Brigatti, Bruns, Tilling és Seydel* esetein kívül, melyekben a papillitis különböző okból végzett trepanálás után gyógyult, különösen a *James Taylor* által közölt 9 operálás tanulságos.

3 ízben az agydaganat eltávolítása után a papillitis meggyógyult, 3 ízben nem is távolították el a daganatot s kétszer teljesen, egyszer nagy mértékben visszafejlődött a pangásos papilla. Az utolsó 3 eset közül kétszer az eltávolított daganat recidivált, de a meggyógyult papillitis nem tért vissza, egyszer pedig egy cysta drainezése vezetett a látóidegfő meggyógyulására. Mindez tagadhatatlanul biztató s ha még azt is tudjuk, hogy *Horsley* 6 palliatív trepanálása közül egy sem végződött halállal, elég adattal rendelkezünk arra, hogy kifejezett papillitis eseteiben 2—3 havi sikertelen gyógyszeres kezelés után az operatív beavatkozást javasoljuk.

Ki hitte volna t. egyesület még 10 év előtt is, hogy a szemtükrü vizsgálat a koponya felvadásására adhat indicatiót?! S ime ma már tények alapján vitathatjuk annak jogosultságát!

Ez eredmény kétségtelenül az orvosi tudományok egyes ágainak intensív működésének, de mindenek fölött e szakok képviselői együttműködésének gyümölcse. A tudomány egy és osztatlan, ez egység rejti magában a haladás csiráját, s ez óv meg a megdondolatlan lépésektől. Egyik szak a másiknak új működési tért nyit, s egyik a másik vakmerő vállalkozásának gátat vet.

Nem tagadom, t. egyesület, hogy korom egész melegével lelkesedem az egyes orvosi szakok együttműködéséért. Ez együttműködés kérem a t. egyesülettől a most fejtegetett kérdés további tisztázására is!

## A trachoma a hadseregben.<sup>1</sup>

*Feuer N.-től.*

Ezen szakosztály tisztelt elnöke megtisztelő felszólítására azon feladat jutott osztályrészemül, hogy a hadsereg trachomájáról referáljak, úgy hiszem, hogy már a kiszabott idő rövidségénél fogva is, úgy fogok a szakosztály intenciójának legjobban megfelelni, ha minden statistikai adatot mellőzve, csak annak kijelentésére szoritkozom, hogy nemesak a mi hadseregünkben, hanem a legtöbb más államában is sokkal több trachoma létezik, mint azt tűrni szabad, ha csak nem akarjuk a hadsereget döntő pillanatban nagy katasztrófa veszélyének, a népességet pedig a hadsereg részéről folytonos infectionnak kiténni, mi nemesak az utóbbinak jólétét, hanem a hadsereg kiegészítési képességét is nagy mértékben károsítaná. Ezt előrebocsátva, mindjárt a két alapkérdés tárgyalásába foghatunk.

1. Mi az oka a hadseregben uralkodó trachomának?

2. Miképen lehetne ezt onnan kiítani?

Közben azonban még egy más kérdéssel is kell foglalkoznunk: vajjon azon vidékeken, hol a trachoma epidemice uralkodik, a trachomás hadkötelesek visszahelyezendők-e vagy besorozandók-e?

Az első kérdésre nézve bárminő legyen is a szemkankónak a trachomához való klinikai viszonya, egész biztossággal kijelenthetjük, hogy a hadseregben előforduló kankó és a trachoma semminemű összefüggésben sem állanak egymással. Ezt már azon körülmény is bizonyítja, hogy a trachoma mindig csak bizonyos, általunk jól ismert ezredekben uralkodik endemice; míg más ezredekben, ha a trachoma a polgársággal való érintkezés folytán be is hurezoltatott, az ott gyökeret verni nem tudott, illetőleg endemikussá nem válhatott; pedig a kankó-statistika bizonyára mindenütt körülbelül egyenlő adatokat tüntet fel.

Ép oly biztossággal állíthatjuk azt is, hogy semminemű szállás (ha csak ez direct nem vétetett át minden tisztogatás, szellőzés vagy ágyruhacsere nélkül valamely trachomás csapatól), vagy — szolgálat, semminemű időjárás vagy talaj — trachomát nem okozhat; noha sem az egyik, sem a másik ártalomnak disponáló képessége kétségbe nem vonható.

A „Das Trachom in der österr.-ung. Armee“ (Wien, 1889.) című közleményemben, a katona statistikai évkönyvekből

<sup>1</sup> Előadatott az 1894. évben Budapesten ülésezett nemzetközi hyg. és demogr. congressus katona-orvosi szakosztályában.

merített adatok alapján bebizonyítottam, hogy általában csak azon ezredekben fordul elő trachoma, melyek trachomás vidékről nyeri kiegészítésüket. *Mindig bizonyos arány áll fenn a sorozásnál megfigyelés alá kerülő trachomások és a tényleges csapatoknál előforduló esetek között.* Csak a 41. gyalogezred és az 1. dragonyos ezrednél talált trachomát, mely két ezred Csehország északkeleti részéből nyeri kiegészítését, nem tudtam akkor ezen bizonyítás keretébe illeszteni; de nemsokára erre is megtaláltam a kellő magyarázatot Reisinger<sup>1</sup> közleményében, melyből kitűnik, hogy Csehország fent nevezett részében is a trachoma endemikus.

Mi által jön azonban létre az összefüggés a hadkiegészítő kerület trachomája és az innen sorozott csapatost trachomája között? Természetesen a besorozás által. A míg 1883-ban Torontálmegyében tartott vizsgálataim a trachomakérdést Magyarországon fel nem vetették, de még sokkal később is nem fektettek elég súlyt a sorozóköteles és tényleges szolgálatban álló legénység szemvizsgálatára; sőt a kisebb foku és váladéknélküli trachomának jelentőségét sem méltatták kellőleg. Az 1883—84. évi katona-statistikai évkönyvek a következő okoknak tulajdonítják a trachoma elterjedtségét a hadseregben: 1. A nem elég szigorú eljárásnak a szolgálatra bevonuló legénység megvizsgálásánál, különösen oly vidékeken, hol a trachoma endemikus. 2. A csapatostek abbeli törekvésének, hogy a létszámot, a legénységnek a közegészségi intézetekbe való átadása által ne csökkentsék. Ezen körülmény gyakran arra is vezet, hogy a trachoma-betegeket a csapatnál meghagyva, elégtelen eszközökkel ambulatorice kezelik és ha a kórházakba való átadásuk már ki nem kerülhető, ott csak addig hagyják, míg a lobos s külsőleg szembeötlő tünetek multak, azaz míg a szem *látszólagosan* egészséges kinézést nem nyert.

Ezen idő óta azonban, melyre ezen évkönyv vonatkozik, legalább nálunk Magyarországon javultak a viszonyok. Nemesak a sorozó-bizottság katonai tagjai fordítanak nagyobb figyelmet a trachomára, hanem a polgári hatóság képviselői is 1886 óta a trachomások kipuhatólására a m. k. belügyministerium részéről azon strikt utasítást kapták, hogy az összes a sorozásra jelentkező hadkötelesek szeméit megvizsgáltsák és ezen vizsgálat eredményéről minden év május elején jelentést tegyenek a belügyministernek. A kaszárnyákban is a mosdók és törülközők behozatala, valamint a legénység szeméinek időszaki megvizsgálása által nagyban javultak a viszonyok a legénységnél, de a fent idézett évkönyvben megnevezett tényezők káros hatása még mindig nem szűnt meg egészen és különösen nem történt kísérlet az iránt, hogy bizonyos ezredeket a bennük régtől fogva meglevő és folytonosan megújuló trachomaanyagtól egyszer gyökeresen megtisztítsák. Míg ez meg nem történik, a sorozásnál kifejtett legnagyobb rigorositás sem elegendő arra, hogy a bajnak elejét vegye.

Azt is tekintetbe kell venni, hogy a trachoma még más úton is terjedhet oly ezredben, a mely trachomamentes vidékről nyeri kiegészítését és pedig az által, hogy a legénység a trachomás népeiséggel érintkezik és főleg a huszárezredek vannak ezen esélyeknek, a népnél való gyakori elszállásolás folytán kitéve, mire legújabb példálul szolgálhat a cs. és kir. 16. huszárezred, a mely a majdnem trachomamentes Debreczen, Arad és Nagyvárad vidékéről egészítettven ki, mult évben mégis Galicziából több száz trachomabeteggel vonult be Budapestre.

A hadseregben levő trachomának ezek szerint három forrása van:

1. Hogy trachomás újonczok állítatnak szolgálatba.
2. A tényleges hadseregben már meglevő és folytonosan kiújuló trachomaanyag.
3. A legénységnek érintkezése, illetve azok elszállásoltatása trachoma-vidékek lakossága között.

Ezen három forrást ki kellene rekeszteni. De mindjárt az első pontnál más nehéz kérdés merül fel: Vajjon tanácsos-e

oly vidéken, hol a trachoma endemice uralkodik, minden trachomás és a még nagyobb számú trachomagyánús hadköteleseket, a mely utóbbiakat a sorozó orvos nagy felelősségének tudatában röviden a trachomások közzé soroz, sans façon visszautasítani.

A ki ismeri a trachoma-vidék viszonyait, erre határozott nemmel fog felelni, mert nemcsak hogy a trachomás hadköteles nem fogja magát gyógykezeltetni, ha látja, hogy ezen baja a katonai szolgálat alól okvetlen felmenti, hanem még az egészséges is oda fog törekedni, hogy szeméinek művi izgatásával az orvossal szemben trachomát szinleljen, a mi úgy látszik, nem éppen ritkán sikerül is; sőt több ízben még azon gyanú is felmerült, hogy ily vidéken a hadkötelesek a trachoma infectiót valósággal keresik.

Hogy tehát ezen eljárás által nemcsak a trachoma a lakosság között előmozdítatik, hanem még sok csapatost kiegészítése is komolyan veszélyeztetik is, az a mondottakból eléggé kitűnik.

Megkísérlették tehát itt Magyarországon — és a IV dik hadtestparancsnokság területe kivételével még most is gyakorlatban van — hogy az összes vagy legalább a különben hadiszolgálatra alkalmas trachomás hadköteleseket nem osztályozzák, hanem mint betegeket a polgári kórházakba utasítják és később, de minden esetre még azon év folyamán az utóállítás elé vezetik. De ezen eljárás a bajt kevésbé vagy egyáltalán nem javította; a polgári kórházak nem rendelkeznek elegendő elkülönítő helyiséggel s különben is elégtelen eszközeikkel nem képesek ezen fiatal emberek közt a szükséges fegyelmet fentartani, vagy őket a megszökésben gátolni.

A fennálló rendszabály szerint a sorozó-bizottságtól a polgári kórházba küldött beteg ott legfeljebb négy hónapig tartható vissza, mely idő alatt, de különösen a nem mindig szakszerű kezelés mellett csak kevés valódi trachoma gyógyul meg. A kezelés ambulanter folytatható ugyan, a mire Magyarországon nemesak a hadköteles, hanem egyáltalában minden trachomás hivatalból kényszerítették; de főképp ezen trachomás hadkötelesekkel gyűlik meg a polgári hatóságoknak baja; sem pénz-, sem szabadságbüntetéssel nem lehet őket a rendes orvosi látogatásra (2—3-szor hetenkint) bírni, különösen a nyári hónapokban, mikor is a felnőtt ifjú esetleg az egész család számára kénytelen az évi szükségletet megkeresni, sokan közülök idegen helyen keresnek munkát, s így illetékes hatóságuk hatalmi köréből kiesnek. A dolog vége mégis a hadköteles visszahelyezésé.

Tekintettel ezen viszonyokra, úgy a m. kir. honvédelmi ministerium, mint a belügyministerium már 1885-ben átiratot intéztek a közös hadügyministeriumhoz, hogy a trachomás, de különben hadiszolgálatra alkalmas hadkötelesek kezelés végett ne a polgári, hanem katonai kórházakba adassanak, természetesen a felmerülő ápolási költségek visszatérítése mellett. Bár a 4-dik hadtestparancsnokság is a dolog illetén rendezése iránt élénken érdeklődött, a hadügyministerium nem fogadta ezt el.

Zárt levegő, nemkülönben a szabadban való mozgás és a megfelelő foglalkozás hiánya, különben mindig hátrányosaknak mutatkoztak a trachoma alapos kigyógyítására és a tapasztalat azt bizonyítja, hogy súlyos trachomásoknál, kik hosszantartó kezelést igényelnek, a kórházban csak javulás érhető el, a melyen túl az eset nem halad, sőt gyakran makacs rosszabbodásba esik vissza. Különösen a trachoma végstadiuma igényel ambulatorikus kezelést. Innen van az, hogy igen gyakran a katona kórházakból nem egészen gyógyult esetek részint a csapathoz, vagy pedig szabadságolás vagy superarbitráls útján a népesség közé bocsátatnak el.

Tekintettel a tömeges kórházkezelés elégtelen eredményeire és költséges voltára, már 1880-ban Csajághy főtörzsorvosnak, tisztelt főnökömnek, azt indítványoztam, hogy a trachomás, de különben katonai szolgálatra alkalmas hadkötelesek, a mennyiben sorszámuknál fogva a honvédséghez jutnának, besoroztassanak és külön barakkokban helyeztessenek el, a hol gyógykezelhetők és a mellett katonailag is kiképez-

<sup>1</sup> Graefe's Archiv f. Ophth. XXXVI, pag. 167.

hetők volnának; midőn továbbá 1885. szeptember havában Szabadkán, akkori állomásomban működő vegyes felülvizsgáló bizottság a hadköteleseknél évről évre feltűnő módon szaporodó trachoma okáról és az ez ellen követendő eljárásról kívánta véleményemet megtudni, úgy a honvédelmi ministerium, mint a 4-dik hadtestparancsnokság képviselőinek memorandumot nyújtottam át, melyben azt az ajánlatot tettem: állíttassanak fel az ötvenes években a trachoma-betegek befogadására szolgáló üdülőházakhoz (Reconvalescentenhäuser) hasonló trachoma-kaszárnyák.

Ezen trachoma-kaszárnyák pormentes vidéken álljanak, és nemcsak a trachomás, de különben katonai szolgálatra alkalmas hadkötelesek, hanem a tetteges szolgálat alatt trachomában megbetegedett katonák befogadására is szolgáljanak, ha az utóbbiaknál kórházi gyógykezeléssel czélt nem értünk.

Ezen trachoma-laktanyákban kedvezőbb hygienikus viszonyok közt és megfelelő katonai foglalkozás mellett a gyógyulás sokkal gyorsabban, alaposabban és olcsóbban érhető el, mint a különböző katonai kórházakban.

Rámutatam az erdős Fruska-Gorán fekvő egykori kadetiskolára Kameniczára, Pétervárad mellett. Ez egy szép, nagy épület, vasúton és vizen könnyen elérhető és földrajzi fekvésénél fogva az erősen inficiált Bácska, esetleg az egész déli Alföld trachomás hadköteleseinek és a katonai szolgálatban megbetegedettek befogadására igen alkalmas lenne. Akkoriban, mikor ezt az ajánlatot tettem, ezt a nagy épületet ruharaktárnak használták; jelenleg a pétervárad helyorség 1. zászlóaljának befogadására van szánva.<sup>1</sup>

Az egykori katonai határőrvidéken több nagyobb épület — volt kaszárnyák, ezredparancsnokságok, tiszt lakás stb. — körülvéve nagy udvarral és kerttel, szintén alkalmas volna trachoma-kaszárnyának, ha ilyenre a fentebb említett kameniczai épület mellett Dél-Magyarországon, t. i. a 4-dik és 7-dik hadtest területén belül még szükség lenne.

Magyarország északi részén, eltekintve az egykori üdülőházaktól, a melyek egyikét, másikat újból trachoma-kórháznak lehetne berendezni — legtöbbször nagy parkkal körülvett, sok lakatlan kastély van, melyek csekély összegért kibérelhetők.

(Vége következik.)

### A luxált cataracta operálásáról.

Waldmann Béla dr. szemklinikai gyakornoktól.

A „Szemészet“ 1894-dik évi 3-dik számában hét luxált cataractáról számolt be Grósz Emil, melyek a budapesti egyetemi szemklinikán az 1893/94-dik tanévben kerültek műtét alá. Kritikailag tárgyalta az idevágó eltérő véleményeket s esetei alapján azon nézet jogosultságát látta beigazolvva, miszerint a luxált lencse mielőbbi eltávolítása minden egyéb eljárás fölé helyezendő.

Azóta az 1896 dik év végéig 11 ily esetünk volt, melyek mindegyikénél az iridectomia és iridotomiával szemben az extractiónak nyújtottunk előnyt s hogy mily módon és mily eredménnyel, kitűnik az a következőkből:

1. D. A. 62 éves férfi jobb szemének látása hét év óta romlik ismeretlen okból. Az egyetemi szemklinikára 1894-dik évi augusztus 19-dikén vettük fel.

A mérsékelt belövelt jobb szem elülső csarnokának külső-alsó negyedében foglalt helyet az elszürkült lencse. Műtét 1894-dik évi augusztus 22-én: A lencse töpörödött lévén, a sebkészítés aláfelé történt, utána kicanalazás üvegtest-vesztése nélkül.

12 nap mulva távozott: a szem békés, visus + 10 D-val =  $\frac{1}{70}$ .

2. Z. B. 19 éves férfi jobb szeme 13 év óta vak ismeretlen okból. Az egyetemi szemklinikára 1894. november 19-dikén vettük fel.

<sup>1</sup> A legutolsó időben ismét kadetiskolára használtatik fel.

A töpörödött hályog aláfelé helyezett s alól az iris a lencsetokhoz tapadt. Fényézés nincs. Műtét 1894-dik évi november 20-dikán. A cornea felső részén ejtett seben keresztül kicanalazás kevés üvegtest-vesztéssel. 17 nap mulva távozott. A szem békés, pupilla kerek, fekete. Visus változatlan.

3. Cs. Z. 20 éves férfi mindkét szemén a lencse már születése óta gyakran változtatja helyét. Jobb szemét gyermekkorában tompa ütés érte, hét év óta vak s jelenleg igen fájdalmas. Bal szemén ectopia lentis van, visus =  $\frac{5}{10}$ . Az egyetemi szemklinikára 1896-dik évi január 26-dikán vettük fel.

Jobb szem élénken belövelt, fájdalmas s az elszürkült lencse a tágult pupilla szélei között foglalt helyet. Tensio emelkedett. Fényézés nincs. Műtét 1896-dik évi január 27-dikén. A lencse időközben az elülső csarnokba juttatva, a felfelé ejtett seben át önként távolodott kevés üvegtest-vesztés kísérésében. 18 nap mulva távozott. A szem békült s az iris a sebhez lap szerint oda feküdt. Visus változatlan.

4. S. M. 21 éves férfi jobb szemét 1895-dik évi november 11-dikén késsel megszürték. Az egyetemi szemklinikára 1896-dik évi március 2-dikán vettük fel.

A jobb szem elszürkült lencséje felfelé luxált. Tárgylátás nincs, fényézés, projectio jó. Műtét 1896. március hó 3-dikán.

A felfelé ejtett seben át horog segítségével iris-kimetszés, utána kevés üvegtest-vesztéssel kicanalazás. 16 nap mulva távozott. A szem békés, coloboma szabadszárú, visus + 11 D-val =  $\frac{2}{70}$ .

5. E. M. 69 éves férfi jobb szemén ismeretlen okból három év óta nem lát. Az egyetemi szemklinikára 1896. május 4-dikén vettük fel.

A jobb szem elszürkült lencséje aláfelé helyezett, látása csak ujjak olvasására szorítkozik. Műtét 1896. május 5-dikén. A felfelé ejtett seben át iris kimetszés és kevés üvegtest-vesztés mellett kicanalazás.

Tíz nap mulva távozott. Az időközben történt sebrepesztés folytán a csarnokban még vér volt, coloboma szabadszárú, visus = ujjolvasás.

6. K. P.-né 64 éves nő jobb szemén ismeretlen okból hét év óta nem lát. Az egyetemi szemklinikára 1896. május 18-dikén vettük fel.

A jobb szem elszürkült lencséje alá és hátrafelé helyezett. Tárgylátás nincs, fényézés és projectio jó. Műtét 1896. május 19-dikén. A felfelé ejtett seben keresztül iridectomia segítségével, üvegtest-vesztés nélkül kicanalaztuk ki a lencsét. 11 nap mulva távozott: A szem békés, coloboma szabadszárú, visus + 10 D-val =  $\frac{5}{70}$ .

7. H. J. 48 éves férfi bal szeme egy hónappal előbb fadarabbal sérült. Az egyetemi szemklinikára 1896. június 20-dikán vettük fel.

A bal szem élénken belövelt, fájdalmas, fénykerülő s az elszürkült lencse a tág pupilla alsó részletébe szorult. Tensio emelkedett. Tárgylátás nincs, fényézés jó, de a projectio szűkült. Műtét 1896. június 23-dikán. A felfelé ejtett seben keresztül a lencse önként távolodott. Kilencz nap mulva távozott. A szem békés, pupilla kerek, visus változatlan.

8. S. K. 81 éves férfi jobb szemének látása ismeretlen okból romlik három év óta. Az egyetemi szemklinikára 1896. június 22-dikén vettük fel.

A jobb szem halvány s elszürkült lencséje a pupilla területében libeg nagy kitérésekkel. Tensio normalis. Tárgylátás nincs, fényézés és projectio jó. Műtét 1896. június 23-dikán. A felfelé helyezett seben át iridectomia segítségével, üvegtest-vesztés nélkül tokostul távolítottuk el a lencsét. 10 nap mulva távozott. A szem halvány, coloboma szabadszárú, visus + 10 D-val =  $\frac{5}{70}$ .

9. L. J. 65 éves férfi jobb szeme állítólag csak öt nap óta fájdalmas. Az egyetemi szemklinikára 1896. augusztus 11-én vettük fel.

A jobb szem élénken belövelt, fájdalmas s az elszürkült lencse az elülső csarnokot tölti ki. Tárgylátás nincs, fényézés jó, projectio felül szűkült. Műtét 1896. augusztus 11-dikén.



A felfelé helyezett sebet ollóval még tágitanunk kellett s kevés üvegtest-veszteséggel kikanalaztuk a lencsét. 16 nap mulva távozott: A szem békült, csarnok alján vér, iris felül kissé dialyzált, visus = ujjak olvasása.

10. G. M. 19- éves leány jobb szeme ismeretlen okból 10 év óta vak s utóbbi időben fájdalmas is lett. Az egyetemi szemklinikára 1896. augusztus 19-dikén vettük fel.

Az elszürkült és töpörödött lencse aláfelé helyezett és felső része hátradőlt. Fényérzés nincs. Műtét 1896. augusztus 20-dikán. A felfelé helyezett lebenyes sebész és iris kimetszés után keresztbe fektetett Liebreich-féle csipővel tokostul emeltük ki a lencsét üvegtest veszteség nélkül. 11 nap mulva távozott. A szem teljesen halvány, coloboma szabadszárú, fekete. Visus változatlan.

11. T. E. né 48 éves nő jobb szemén 1½ év óta romlik a látása ismeretlen okból. 1896 február hóban ezen szemén praeparativ iridectomiát végeztünk s már akkor híg üvegtest ürült a megszakadtnak bizonyult zonula Zinnii-n át. Jobb szemét ismételtelen 1896. október 24-dikén operáltuk, a midőn is az időközben megérett szürke hályogját felfelé helyezett lebenyes seben át kikanalaztuk igen kevés üvegtest-veszteséggel. 13 nap mulva távozott. A szem halvány, coloboma szabadszárú, visus + 7.0 D val = 5/30.

Ezek után a Grósz Emil által 1894-ben közölt hét ugyan-csak a budapesti egyetemi szemklinikán operált esetet a leírt 11 esettel együtt egy közös táblázatban teszem szemléltetőbbé s ezzel eseteink minősége, az általunk alkalmazott kiviteli mód s a vele elért eredmények is könnyebb áttekintést nyújtanak.

Az esetek száma	aetiologia		luxatio helye		sebkészítés		Iridectomia segélyével	Kikanalazás	Csipővel kiemelés	Önként megszületett	Üvegtest veszteség	látásélesség a műtét után	
	sérülés	önként	elülső csarnok	üvegtest	felfelé	lefelé						javúlt	váltózatlan
18	5	3	4	14	16	2	9	13	3	2	6	13	5 <sup>1</sup>

Ezek szerint 1893. deczembertől 1896. deczemberig 18 luxált cataracta került műtét alá s mindegyik esetben a lencse mielőbbi eltávolítását eszközöltük.

Az aetiologióra nézve a sérüléssel eredetűekkel szemben túlnyomó számban vannak az önként létrejövők s hogy ez általános érvényű, bizonyítja Mooren kimutatása is, mely szerint 133 luxált cataractája közül csak 57 volt sérüléssel eredetű, míg a többi (76) önként jött létre. Ritkább a 3. sz. eset aetiologiója, itt ugyanis az ectopiás lencse egy ütés alkalmával vált luxálttá.

A luxatio helyére nézve:

A csarnokba négy ízben jutott a lencse, és vagy kitölti azt, vagy ha zsugorodott volt, akkor annak alján foglalt helyet. Minden esetben a szem fokozott izgalomával és fájdalommal jár s gondos elbánást igényel. Ritka a felfelé, túlnyomó az aláfelé való helyeződés s ez könnyen érthető, mivel a lencse súlyánál fogva a mennyre lehet a mélyebb helyet igyekszik elfoglalni.

A sebkészítés kettő kivételével mindannyiszor felfelé történt Graefe-kés segélyével, s így az uralkodó felfogással szemben csak annyiban jutottunk ellenkezésbe, a mennyiben az elülső csarnokba jutott lencsét is két ízben szintén felfelé ejtett seben át távolítottuk el. Ennek oka egyrészt, mivel a lencse helyzeténél fogva útját állta a kés aláfelé történő szabatos vezetésének, másrészt az egyik főczél, tudniillik az üvegtest lehető kiméltése, könnyebben elérhető egy felfelé ejtett seb mellett, a mi pedig a lencse önkéntes eltávolodását illeti, mely körülményt Arlt mint az aláfelé történő sebkészítés főelőnyét említi, az nem függ mindenkor a sebész helyétől, hiszen az elülső csarnokba jutott lencse legtöbbször oly feszülést okoz a szem belsejében, hogy bármely irányú seben

keresztül gyorsan kinyomul. De még a cosmeticus szempont is figyelembe veendő a sebkészítésnél, mivel néha éppen ily czélból kerülnek egyes esetek a műtét elé; már pedig az aláfelé ejtett sebnél a kinyomuló lencse könnyen maga előtt tolhatja az irist, s ha ez a sebhez nő, feltűnő és kellemetlen külsőt kölcsönözhet a szemnek. Végül köztudomású, miszerint a felfelé helyezett seb könnyebben gyógyul és kevésbé van kitéve a fertőzés veszélyének.

Az iridectomiát 9 esetben vettük segítségül, jöllehet Galezowski szerint ezt már az üvegtest visszatartása czéljából is kerülnünk kellene. De mivel hat esetben csak csekély, három esetben pedig semmi üvegtest-veszteségünk sem volt, bátran ajánljuk annak alkalmazását minden oly esetben, a hol ez által a lencse hozzáférhetőségét, gyors és biztos kiemelését előmozdithatjuk s csak az iris fogó megválasztása igényel némi körültekintést, mivel az iris támaszték hiányában gyakran kisiklik a fogó elől, úgy hogy némely esetben csak horoggal boldogulhatunk.

A lencse kikanalazását Pagenstecher-féle kanállal végeztük, három ízben harántul fektetett Liebreich csipővel emeltük ki, két ízben pedig a fokozott szemüri nyomás űzte ki a lencsét.

Üvegtest-veszteség az esetek 1/3-ban volt s mindannyiszor csak csekély mérékben.

A műtéti eljárás eredményei teljesen kielégítőek, mivel csak oly esetben maradt a visus változatlanul, a hol a fényérzés vagy projectio hiányt tüntetett fel, mindazonáltal a szem megbékülésében meg volt a haszon. 13 esetben lényeges javulást értünk el, rosszabbodást pedig a 18 egymásutáni eset közül egy ízben sem észleltünk.

A műtéteket narcosis nélkül, egyedül cocain-cseppentés alkalmazása mellett hajtottuk végre, az asepsis szabályainak szigorú betartásával.

Az operált beteg két napig fekvé maradt, hat napon keresztül 24 óránként kötést változtattunk s átlag 13 nap mulva távozott.

Mindezek alapján tehát kétségtelen, miszerint a luxált lencse mielőbbi eltávolítása hasznos eredménnyel jár s végezzük: 1. lehetőleg mindenkor felfelé ejtett seben át; 2. ne habozzunk iridectomiát is alkalmazni, ha ez által a lencse kibuktatását megkönnyíthetjük; 3. a kikanalazás magas karimájú nagy kanállal történjék, nehogy a lencse visszaesése által súlyosabb helyzet álljon elő.

## Az iritis gonorrhoeicáról.

Scholtz Kornél dr. szemklinikai gyakornoktól.

B. B. 23 éves hivatalnok 2½ év előtt kankót acquirált, a melyet különböző befecskendésekkel gyógyított. A húgyesőkifolyás a kezelés ellenére gyakran kiújult s minden egyes kiújulásnál a betegnek hol egyik, hol másik izületel fájdalmas lett, megdagadt; a kifolyás tünetével az izületi gyua dások is rendszerint megszűntek. Folyó évi február havában a húgyesőkifolyás ismét megindult, egy héttel rá mindkét bokaizülete s három héttel utóbb jobb kezének mutatóujja erősen megdagadt, fájdalmas lett. Márczius 25-dikén bal szeme kivörösödött, fájni kezdett, látása romlott. A bal szem gyuladását 4 nap mulva a jobb szemé is követte ugyanolyan tünetekkel. Szembaja miatt április 12-dikén kereste fel az egyetemi szemklinikát a következő állapotban:

Az erős testalkatú, jól táplált beteg csak lassan és nehezen jár, járásnál mindkét bokájában fájdalmakat érez. Mind-

<sup>1</sup> Ezeknél a fényérzés vagy projectio hiányos volt.

két bokaizület, valamint a jobb kéz mutatóujjának I. és II. percz közötti izülete duzzadt, vizenyös tapintatú, erősebb nyomásra igen fájdalmas. A húgycsőből bő sárgásfehér genyszerű kifolyás. Mindkét szem erősen fénykerülő, könnyező. A kötőhártyák nagy fokban belőveltek; jelentékeny ciliaris injectio. A corneák borúsak, helyenként szurkáltak. A mellső csarnokok rendes mélységűek, a csarnokvíz zavaros. Az irisek duzzadtak, piszkos színűek, elmosódott szálazatúak. A pupillák egyenlők, igen szűkek, kerekék, nem reagáló. A ciliaris tájak érintésre igen érzékenyek, a szemek feszülése normalis. Diagnózis: iridocyclitis acuta oc. utr. Rendelés: Meleg borogatások 3%-os bórsav-oldattal, 1% atropin. boric. cseppek ötször naponta mindkét szembe, sötét szoba, szürke védőüveg; belsőleg jodkalium; a lobos izületekre melegedő Priesnitz-borítások, a húgycső kifecskendésére 1/4%-os zincum sulfuricum-oldat. Április 27-dikén (két heti kezelés után) az erős fénykerülés és könnyezés még mindig tart. A jobb szem az izgalom még jelentékeny, a bal szem már alábbhagyott. A corneák simák csillogók, a csarnokvíz mindkét szemben tisztább, a pupillák a közepesnél tágabbak, kerekék, feketék. A ciliaris tájak érintésre még igen érzékenyek, a spontán fájdalmasság csökkent. Az izületek duzzadtsága kisebb, a húgycsőkifolyás megszűnt. Rendelés: a jobb szembe naponta 5-ször, a balba 3-szor atropin.

Május 14-én mindkét szemben atropin conjunctivitis tünetei mutatkoznak. Rendelés: 2%-os scopolamin. hydrobrom-oldatból becséppentések mindkét szembe 3-szor naponta.

Május 18-dikán a cseppeket elhagytuk.

Május 21-dikén elbocsátás: a jobb szemben közepes fénykerülés és izgalom. Igen kevésbé zavaros csarnokvíz, középtág kerek fekete pupilla. A bal szem teljesen halvány, a csarnokvíz tiszta, az iris ép, a pupilla a közepesnél jóval tágabb, kerek fekete. Látásélesség a jobb szemben: 3 m.-ről ujjak olvasása, a bal szemben 5/7. A jelen esetben a gonorrhoea és az iridocyclitis közti okozati összefüggés csaknem kétségtelen. Támogatja ezen állítást a kiújuló kankós kifolyások és az izületi megbetegedéseknek 2 1/2 éven át történő együttes megjelenése, a mely körülmény — ha nem is fogadjuk el a régi iskolának a „blennorrhagiás diathesis“-ről szóló tanát — eclatánsan bizonyítja, ezen egyének nagy hajlandóságát a gonorrhoeás metastasisokra. Attól eltekintve, hogy egy iritist létrehozó egyéb alkati bántalom (syphilis, polyarthritus rheumatica) a betegnél nem volt kimutatható, az iritis gonorrhoeás eredetére nézve támpontot találunk magának a szembajnak lefolyásában is. Feltűnő volt ugyanis egyrészt a subjectív tünetek rendkívüli hevesége (fájdalom, igen sokáig tartó fénykerülés), másrészt az objectív tünetek enyhése: a pupillák atropinra igen jól tágultak, s a mi különösen felőlő, plastikus izzadmánynak az egész hosszú (9 hetes) időtartam alatt nyoma sem volt, úgy hogy egyetlen synechia posterior sem képződött, a gyulladás mindvégig megtartotta egy iritis serosa jellegét. A gonorrhoeás iritisek vehemens fellépését Mackenzie<sup>1</sup> gyakran idézett leiratában igen jellemzőnek tartja. Az ő észlelései szerint a serosus izzadmányt igen gyakran az egész csarnokot kitöltő oly bő plastikus exsudatum követi, a melyen az iritisnek semmi más alakjánál nem észlelhető. Ezen izzadmány, bármily tömeges legyen is, rendszeren nyom nélkül felszívódik, a synechiák, bármily nagyszámúak is, kellő atropinkezelésre elszakadnak s a gyógyulás zavartalanul beáll, úgy hogy a gonorrhoeás iritisre nézve a heves fellépés és a tünetek tökéletes visszafejlődése határozottan jellemzők. Egy másik characteristicum a kankós iritiseknek gyakori kiújulása. Ezen kiújulások a legtöbb szerző észlelése szerint egybeesnek a húgycsőfolyás recidívájával és csaknem bizonyosra várható, ha az egyén friss kankóval fertőztetik. Míg az első iritis gyakran a serosus állapotnál marad, mint azt jelen esetünkben láttuk, a recidívák többnyire plastikus izzadmánnyal járnak.

A húgycső fertőzése és az iritis kitörése közt eltelt „incubatiós“ idő rendszerint rövid, Jahn<sup>2</sup>-nak egy újabb össze-

állítás szerint néhány nap és hat hét között ingadozik, középértéke 15 nap. Ritkábbak azon esetek, a melyek közé a mienk is tartozik, melyeknél az első kankó és az iritis között évek telnek el. Vannak esetek (Alt<sup>3</sup>, Mengin<sup>4</sup>), a melyeknél egy ophthalmoblennorrhoea előzte meg az iritist. Bajos dolog volna vitatni, hogy ilyenkor a metastasis az előbb iníciált húgycsőből indult-e ki vagy pedig a kötőhártyából, mint azt az említett szerzők állítják.

Érdekes kérdés az, hogy az iritis gon. mily viszonyban áll az izületi gyuladásokhoz. Tény, hogy gon. iritis megelőző izületi gyuladás nélkül igen ritka dolog. Ricord óriási beteganyagából csak egyet látott ilyet s újabban Despagnet<sup>3</sup> irt le egy arthritist nélkül támadó gyakran ismétlődő iritist, míg egy másik esetében az iritis megelőzte az izületi gyuladásokat. Az összes többi esetekben már az iritis kitörése előtt támadtak az izületi fájdalmak s csak kivételesen vele egyidejűleg. Tekintetbe véve ezen tényeket, valamint szem előtt tartva az iritisnek a polyarthritus rheumaticával való oki összefüggését, önkénytelenül felmerül azon gondolat, hogy az ily gonorrhoeás iritist ügyszólván egy másodlagos metastasis eredményének tekintsük. Legalább valószínűnek látszik, hogy a kórt nemző anyag nem közvetlenül a húgycső nyákhártyájáról, hanem az elsődleges metastasis által fertőzött izületi savós hártáról kerül a vérárammal a szembe. Hogy léteznek-e ezen vándorlást elősegítő bonczani vagy élettani praeformált viszonyok, vagy pedig az uveát egy ily természetű fertőzésre különösen fogékony testrészek kell-e tekintenünk, el nem dönthető. Az eddig ismertekből mindössze az világlik ki, hogy serophulotikus testalkat és gyakori meghülésekkel járó életmód elősegítik az iritisek keletkezését. Teljesség kedvéért felemlitendőnek tartom, hogy az újszülöttek genyes kötőhártyagyuladása épen úgy képes izületi megbetegedést létrehozni, mint a felnőttek húgycsőkankója (Deutschmann).

A gon. iritis gyakoriságát illetőleg a legjobb felvilágosítást adja Fournier statistikája, a mely szerint 62 kankós beteg közül átlag 1 szenved izületi gyuladásokban s a kankós izületi gyuladásban szenvedők 38%-a betegszik meg iritisben.

Mint minden iritisnél, úgy itt is a sugártest többé-kevésbé vesz részt a gyuladásban. Ettől eltekintve, a szemteke egyéb alkatrészei is szenvedhetnek. Felszínes és mély keratitiseket többen észleltek s Jahn a maga esetével együtt 6 olyan esetet gyűjtött össze, a melyekben a bántalom az egész uveára kiterjedt s a chorioidea gyuladása többé-kevésbé intenzív üvegtesti homályokat hagyott hátra.

A gon. iritis kezelése csak tüneti lehet s más iritisétől miben sem különbözik.

Érdekes lenne megismerni az iritist okozó fertőző anyag mibenlétét s közelebről, hogy találni-e az izzadmányban gonococust vagy csak egyéb bakteriumokat. Bár egy ily pozitív eredményű kísérlet jól megvilágítaná a gonorrhoeás metastasisok lényegének még mindig vitás kérdését, nagy felelősséggel járna egy súlyos iritisben szenvedő szemet megpungálni. Annait a bakteriologikus vizsgálatok kiderítettek, hogy ophthalmoblennorrhoeában elpusztult corneájú szemeken a gonococcus Neusseri igenis képes úgy az iris lapos hámban mint kötőszövetében is tenyészni, ellentétben azon régebbi nézettel, a mely szerint ezen coccus csak hengeres hámban él meg.

### A hibás állású szemszűrők és a szemhéjbefordulás mütéteiről.

Ifj. Siklóssy Gyula dr., rendelő főorvostól az irgalmas kórház szemosztályán.

Az utóbbi években sokszor állottam oly esetekkel szemközt, melyekben trichiasis és entropion miatt mütétet kellett végezni. Ismeretes, hogy ily esetekben a mütéti eljárásoknak egész raja közül válogathat a mütő, míg magát valamelyikre elszánja, a mely az esethez képest a gyógyulásra legtöbb

<sup>1</sup> Mackenzie. Malad. de l'oeil II. 35.

<sup>2</sup> Jahn. Ueber die Compl. d. Gonorrhoe. Inaug. Dissert. Berlin, 1893. (Az összes idevágó irodalomnak pontos összeállításával.)

<sup>3</sup> Alt. Amer. Journ. of Ophthalm. 1893. 3.

<sup>4</sup> Mengin. Recueil d'Ophth. 1880. 679.

<sup>5</sup> Despagnet. Recueil d'Ophth. 1888. 265.

<sup>6</sup> Clemens. Ueber Iritis gonorrhoeica. Inaug. Dissert. Berlin. 1882.

valószínűséget nyújt. Hogy teljes bizonyosságról nehéz beszélni, annak oka épen abban rejlik, hogy az esetek sokfélesége szerint nehéz megválasztani a megfelelő műtétit eljárást, annál is inkább, mert minden műtétmodor ajánlása alkalmával az ajánló eljárásának előnyeit lehetőleg kiemelni iparkodik és igen tágnak jelezi annak alkalmazhatása területét. (Ez állításom igazolására az utóbbi évek történetéből csak a subconjunctivális injectiókra hivatkozom.) A számítás abból indul ki, hogy mentől nagyobb a csábítás, mentől többet ígér valamely eljárás, annál többször, annál többen fogják megpróbálni s e próbálástól még azok sem fognak tartózkodni, a kiket hajlamaik a conservatív névre tesznek érdemessé. Már pedig ettől a conservatív elemtől függ minden ajánlott módszer sorsa: ez döntött a Knapp-féle mángorlás, még előbb a sublimatos wattatampon-massage mellett, ez dönt napjainkban a myopiások operálása felett stb.

A meleg, széleskörű ajánlást első sorban egyes kísérletek követik. A végzett műtét sikerétől, félsikerétől vagy balsikerétől függ azután, hogy a kísérletet tevő csatlakozik-e az ajánlóhoz, vagy fentartással nyilatkozik az egészről vagy pedig a teljes kiábrándulás, csalódás hangján közli az eredménytelenséget. Pedig ez utóbbit, vagy a féleredményt nem köszönheti másnak, minthogy az esetleg jó műtétit eljárást nem a megfelelő, specialisan erre alkalmas esetben használta, a mire pedig az ajánló túlbuzgalma ösztönözte.

Ez esetben azokról a műtétit eljárásokról akarok néhány szót mondani, a melyek nekem eddig a legjobb eredményt adták, felemlítve balsikereimet másféle műtétéknél, melyeket épen e miatt gyakorlatomból törültem, de felemlítem egyszerűsmind egy kis módosítást is, mely nekem már, a megválasztott esetben, gyakran tett jó szolgálatot.

Sokszor állottam szemben oly esettel, mikor egy ép conjunctivával rendelés, alsó szemhéjjal bíró ember, a kinek orbicularisa rendesen functionál, a kinek conjunctivája — legyen az illető bár éltebb is — nem volt kitéve éveken át hurutoknak, könnypontja nem áll el, a kinél, ha az alsó szemhéjat lefelé húzom s elbocsátom, az rögtön visszapattan, visszasimul a tekéhez, vagyis elfoglalja rendes helyét, a kinél tehát petyhüdségről, lazaságról, eversioról szó sem lehet, hogy egy ilyen beteg a hályogműtét után 3—4 nappal azzal lepett meg, hogy pl. az éjszaka igen nagy fájdalmi voltak operált szemében. Megnézve a beteg szemét, azt látjuk, hogy az alsó szemhéj bőre igen nedves, ujjaink alól kicsúszik, a pillaszőröket nem látjuk, csak ismételt húzásra kerülnek elő a szemrésből, melyből bőven ömölnek a könnyek. A szem maga sokkal izgatottabb, tisztán ciliaris injectio övezi a szaruhártyát; az egész kép — legalább a változás — egy traumikus kötőhártya és felületes szaruhártya benyomását teszi. A beteg fájdalmi is az erosio corneaenél panaszoltakhoz hasonlítanak. Ilyen esetben oly entropionnal állunk szemközt, melyet a huzamosabb lekötésen kívül a beteg jóindulata okozott, a ki „jól behűnta szemét”<sup>1</sup> s így orbicularisa valóságos göresős összehúzódásban van. Természetes, hogy ez az állapot igen hátrányos a betegre nézve, fájdalmas is és késlelteti a gyógyulást. Ezen segítő, collodiummal bekenhetjük az alsó szemhéjat; ez néhány perc alatt megszárad s alulról felfelé jelentékenyen megrövidíti a szemhéj hosszát. Egy hátránya van, hogy becsapponhat a beteg szemébe s igen nagy fájdalmat okoz, valamint oly erős reakciót a beteg mozdulatában, melynek következményei kiszámíthatatlanok.

Ajánlásban van oly esetben a sparadrap alkalmazása. Nekem jó eredményt ez soha nem adott. Nem tudtam jó tapadást elérni, mert a felületet nem birtam teljesen szárazra tenni.

Két ajánlott műtétit mód azonban feltétlenül jó eredményt ad, azonfelül nem nagyon fájdalmas és a beteg könnyen tűri (míg a 3—4 napos hályogműtét szemével is). Ezek egyikét Celsusról nevezik el s még a kisebb műtétanokban is megtalálható. Így hát nem is szorul arra, hogy valaki újolag felfedezze, felemlítését nem is menti más, minthogy a válogatásnál sok más műtétmódot félretéve, választhatjuk ezt

<sup>1</sup> Dufour professor szavai szerint „oly erősen, mintha diót akarna törni pillái közt”.

a kis beavatkozást. Ez annyiból áll, hogy figyelmesen megvizsgáljuk az entropionált szemhéjat (a műtét inkább az alsó szemhéjon ajánlható) letöröljük a könnyeket, kiegyenesítjük, megnézzük helyzetét akkor is, ha a beteg újra erősen behűnta szemét. Így tájékozódunk az entropion helyéről és annak fokáról. Ezután két csipővel, melyek közül a jobb kéz felől esőt magunk tartjuk bal kezünkkel, míg a bal kéz felőlit segédünknek engedjük át körülbelül 8—10 mm.-nyi hosszú, 1—2 mm.-nyi széles bőrredőt emelünk fel a szemhéj bőréből, a szemhéj szélével párhuzamosan haladó hossz tengelylyel attól 1—2 mm.-nyi távolságban s ezt a bőrredőt a jobb kezünkben tartott ollóval lehetőleg egy csapásra kivágjuk. Majd a vérzés csillapultával egy vékony kis varratot teszünk középtűt, egyet ettől jobbra, egyet pedig balra. Az így keletkező, hosszant futó kis hegyonal egyáltalán láthatatlan vagy alig látható, elvész a szemhéj vízszintes ránczai között. A varratok 3—4 nap mulva eltávolíthatók.

Sokkal jobb ez a vízszintes redő kimetszése általi rövidítése a szemhéjnak mint a Janson nevével megítélt eljárás, mely szerint egy függélyesen futó hossz tengelylyel bíró bőrredőt kell kimetszenünk s a sebszéleket függélyesen egyenesítenünk. Először is a műtét hatására csak rövid időn át van szükségünk, tehát nem szabad észrevehető torzitást okoznunk, a mit pedig a függélyes hegyonal mellett nem kerülhetünk el. Másodszor nem szabad arról megfeledkeznünk, hogy ez a Janson-féle operálás épen az által hat, hogy tarsus alsó végét — (a szemrésztől számítva az alsó szemhéjon) jobban odaszorítja a szemhez — a mi által a felső szélét attól elemeli, távoztatja: vagyis egy bizonyos mértékben szemhéjelállást, eversiót okoz épen középtűt, a hol legkisebb az odasimulás. Ilyen elállás igen sok kellemetlenséget okoz, könyesurgást tart fenn, idült hurutot idéz elő s találkozunk is ily esetekkel, kiknél az orbicularis gyenge.

(Folytatása következik.)

## IRODALMI SZEMLE.

A szem segédzerveivel és mozgó készülékével foglalkozó újabb közlések közül gyakorlati szempontból a következők bírnak nagyobb érdekléssel: *Wolff a ptosis* operálására két eljárást is ajánl. Az első lényegében a felső szemhéj emelő izmának előrevarrásában áll; *W.* a pillapocrez convex szélén ejtett bőrmetszéssel át kpraeparálja a levator inát, aláköti s az alákötési hely alatt átvágva odavarrja az invéget az izom tapadási helyére, a mely ugyancsak *W.* kutatásai szerint a pillaszél fölött mintegy 5 mm.-nyi magasságban van. A másik eljárás a szemhéjemelő izom resectiója, a melyet a szerző a kifordított szemhéjon a conjunctiva felől végez. A kötőhártyát a tarsus felső szélén redőbe fogva egy ollócsapással vágja át, a kidolgozott izomból egy tetszésszerű darabot kivág s a végeket összevarrja.

Az összetérő kancsalság operatív gyógyítását tárgyalja *Bull.* Váltakozó strabismusnál, ha az egyik szem csak kisfokban amblyopiás, az erősebben eltérő szemén végzett egyszerű tenotomia rendszerint kielégítő eredményt ad. Ha a strabismus állandó s a két szem fénytörése között nagyobb különbség van, a kancsalító szem belső egyenes izmának hátrahelyezése s a külsőnek előrevarrása ajánlatos; műtét után az ametropia-üveggel javítandó. Ha a külső egyenes izom elgyengült, ezenkívül még utóbb a másik szem belső egyenes izmának átmetszése is szükségessé válik. Mindkét internusnak egyidejű átmetszése *B.* szerint nem ajánlatos. Ugyanezen tárgyról ír *Landolt*, a ki számos éveken át nyert tapasztalatai alapján legegyszerűbb eljárásnak tartja mindkét egyenes izom előrevarrását egyúttal az in egy kis részének resectiójával kombináltan. *L.* szerint ezen műtét kis kivétellel többnyire megfelel céljának s más eljárások felett azon előnye van, hogy a szemek összetérítési szélességét nem csökkenti. (*Arch. d'Ophthalm. XVI. 401. 1.*)

A kötőhártya desinfectálására foganatosított eljárásokra érdekes világot vetnek *Bardelli* vizsgálatai, a ki a desinfectio előtt és után készített bakterium-culturákat a kötőhártyára öntött steril bouillonból. A desinfectiót operálandó szemeken eszközölték s a második bakteriologikus vizsgálat a kötélék levétele után

hajtattott végre. A kutatások kimutatták, hogy a fertőztelenítés előtt nagy számban talált bakteriumcoloniák a desinfectio folytán úgy számra, mint a fajok különféleségére nézve erősen megfogyatkoztak, de csak ritka esetben pusztultak el egészen. Ezen megfogyatkozás a szerző számításai szerint 69%-ot tesz ki akkor, ha a kötőhártyát steril folyadékokkal mosták ki, 87%-ot formollal végbevitt desinfectiónál és 98%-ot, ha a formolos kiöblítésen kívül még nedves formol köteléket is alkalmaztak. (Ann. di Ottalmologia XXV. 48. l.)

Pagnini a szemészetben használatos *gyógyszerek sterilizálásáról* értekezik. Kutatásai kimutatták, hogy a cocain 3%-os bórsav-oldattal sterilizálható. Atropin- és duboisin-oldatokban a fertőző csírok csak 1:1000 formol-oldattal pusztítható el, úgy-szintén az eserin-oldatban is, a mely utóbbi még 1:500 tricesollal is desinfectiálható. Pilocarpin-oldatok fertőztelenítéséhez is legalább 1:1000 arányú formol-oldat szükséges, míg pl. a zincum sulfuricum már 1:2000 formol-oldatban is egészen bacteriummentes. (Arch. f. Augenheilk. XXXIV. 71. lap.)

Újabb és régibb *gyógyszereket és gyógyeljárásokat* illető közlésekből említjük *Strscheminszky*-ét, a mely a *formalin* szemészeti alkalmazásáról szól. S. úgy találta, hogy ezen szer acut trachománál és blennorrhoeánál egészen hatástalan, egyszerű hurutos kötőhártyalobnál egyéb szokásos szereknél gyengébben hat, ellenben kitűnő szolgálatokat tesz cornealis fekélyek, különösen ulcus serpens esetében alkalmazva. (Arch. f. Augenheilk. XXXIII. 6. l.)

Ily fertőzéses valamint trachomás és phlyctenás *cornea gyuladások* ellen *Roymann thioform*-nak behintését javasolja száraz zárókötéssel egyetemben. (Ann. d'ocul CXV. 193. lap.)

*Burnett* a formalin kezeléssel jó eredményeket ért el heveny genyes kötőhártyaloboknál is. A kötőhártyát és a szaruhártyafekélyeket napjában egyszer 1:60 formalin-oldattal érinti s 4 óránként 1:2000 oldattal mosatja ki a szemet. B. a jó eredményeket annak tulajdonítja, hogy a formalin igen könnyen és gyorsan hatol be a szövetek mélyébe. (Arch. f. Augenheilk. XXXIV. 73. lap.)

Egy újabb mydriaticummal, az *ephedrene hydrochloricum*-mal kísérletezett *Suker*. Ezen szernek 10%-os oldata 10—20 perc alatt mydriasiszt hoz létre, a nélkül, hogy a szem alkalmazkodási képessége elveszne. Kellemetlen mellékhatásaitól alig van. (Arch. f. Augenheilk. XXXIII. 7. l.)

*Oliver* a *scopolaminum hydrobromicum* hatását vizsgálva, azt találta, hogy  $\frac{1}{480}$  grammnyi mennyiség a szembe csöppentve 23 perc alatt a sugárizmot tökéletesen bénítja. A pupilla rendes nagyságát 96 óra múlva nyeri vissza.

*Koster* saját szemébe csöppentett 5%-os cocain-oldatot. 3-szori csöppentés csaknem teljesen megszüntette alkalmazkodását. Ezen bénító hatás 20 perc múlva érte el maximumát. (Arch. f. Augenheilk. XXXIII. 6. l.)

A *trachoma* kezelésére ajánlja *Pedrazzoli* a következő eljárást. A kifordított szemhéjat egy gummicsővel bevont száru csipőbe szorítja és egy bórsavporba mártott száraz, kemény wattatamponnal addig dörzsöli, a míg a kötőhártya vérzeni kezd. A dörzsölés után erős nyomású  $\frac{1}{2}$ %-os sublimat-doucheal öblíti le a conjunctivát. Ezen kezelés 8 naponként ismétlődő, míg a közbeeső napokon egyszerű sublimat-lemosások végeztenek. (Ann. di Ottalm. XXV. 306. lap.)

*Scholtz Kornél* dr. A glaucomáról a múlt évben megjelent közlések közül említést érdemelnek a következők:

*Abadie*<sup>1</sup> a glauc. sympathicum egy esetét közli, mely három héttel később tört ki egy majdnem absolut szemén eszközölt iridectomia után a másik, addig épnek bizonyult szemén iritis tünetei között. Minthogy ezalatt az iridectomizált szem rosszindulatú lefolyást mutatott, enucleálta, mire a sympathikusan megbetegedett másik szem látszólagosan teljesen gyógyult s csak a később fellépett glaucomás rohamok győzték meg szerzőt a való-ságról, s ekkor eserin, chinin és bromkalium adagolására határozta el magát, de hogy mily eredménnyel, azt nem tudjuk. Egyidejűleg felemlíti *Galezowski* és *Gosetti* egy-egy hasonló esetét és hangsúlyozza, hogy a glaucoma sympathicumra igen jellemző az iritis tünetei között való fellépés.

*Simi*<sup>1</sup> azonban az *Abadie* által leírt esetet nem glaucoma sympathicumnak, hanem oly ophthalmia sympathicának tartja, mely a glaucoma prodromalis stadiumában tört ki.

*Galezowski*<sup>2</sup> számos észlelete alapján arra figyelmeztet ben-nünket, miszerint a papilla glaucomás eredetű atrophijája gyakran igen hasonló a tabeszes atrophijához, s az előbbinek biztos felismeréséhez 6 diagnostikus tünet megfigyelését ajánlja, ezek: 1. Glaucomás atrophianál a papilla fehér, főleg a külső felén. 2. A centralis venák kilépési helyeiken szűkültek s a papilla szélén tágultak. 3. Venosus pulsus látható. 4. A pupilla tág, szabálytalan alakú és fényre nem reagál. 5. A látótér glaucomás szűkülést mutat. 6. Szintévesztés csak a betegség későbbi stadiumában fordul elő és csak kis mértékben. Új elmélet gyanánt kimondja, miszerint a glaucoma simplex nem egyéb, mint a papillán székelő lymphangitis.

*Sutphen*<sup>3</sup> a glaucomás fájdalmak ellen igen becses szer gyanánt ajánlja a Natrium salicylicum 1 grm.-os adagjait, még azon esetekben is, midőn rheumatikus hajlammak nyoma sincs.

*Wicherkievicz*<sup>4</sup> mint új aetiologikus momentumot említi a hysteriát és felhoz egy esetet, melynél a méhbantalom sikeres kezelése után a szem állapota is javult. A glaucoma kezelésére vonatkozólag pedig acut eseteinél csak az eserin és sclerotomia előzetes sikertelen alkalmazása után fog az iridectomiához, melyet a glaucoma chronicumnál elejteni kíván, s csak ha a mioticumok hatás nélkül maradnának, engedi meg egy peripherikus iris részlet kimetszését.

*Schoen*<sup>5</sup> meg éppen eredménytelennek tartja glaucománál az iridectomiát, a prodromalis stadiumban pedig határozott fölényt tulajdonít a mioticumoknak.

*Sgrasso*<sup>6</sup> (15 eset) és

*Taylor*<sup>7</sup> (62 eset) a *De Vincentiis* által ajánlott eljárást, az iris gyökénél történő bemetszést dicsérik, mely után szerintök a tensio gyorsan alászáll s a látás is javul. *Wecker* ugyanezt sclerotomia interna név alatt mint új műtétet hozta javaslatba, aa mi ellen *De Vincentiis*<sup>8</sup> erőlyesen tiltakozik.

Ezek ellenében *Hahnloser*<sup>9</sup> a zürichi szemklinikára hosszabbban (1865—1895) észlelt glaucoma eseteiről számolván be, legjobbat az iridectomia gyógyhatásának tulajdonít.

Érdekes bemutatást tartott *Bergmeister*<sup>10</sup> a bécsi orvos-egyletben múlt év február 21-dikén. Az egyén 13 éves fiú, kinek egyik szemén hat hónapos korában a glaucoma infantile minden tünete jelen volt, miért is iridectomiát végzett rajta. Bemutatás-kor, tehát 13 év múlva, dacára hogy gyermekkor óta kanesalit, mégis szem előtt olvasott ujjakat s a szemteke kiskokú meg-nagyobbodásán kívül a glaucoma infantile minden egyéb tünete hiányzott.

Waldmann Béla dr.

## VEGYESEK.

— *A moszkvai nemzetközi orvosi congressus* szemészeti szakosztálya a következő themák megbeszélését tűzte ki napirendre:

A rövidlátás operatív kezelése. (Előadók: Híppel, Fukala.)  
A kötőhártya és szaruhártya gyuladásainak bakteriologiája. (Előadók: Uthoff.)

A subconjunctivalis injectiókról. (Előadó: Reymond.)  
A trachomáról. (Előadók: Hirschberg, Kuhnt, Knapp, Raehlmann, Niesnamoff.)

Ezeket kívül már eddig is 26 szemészeti előadást jelentettek be.  
— *A francia szemészek congressusát* május 3—6 tartották meg. Panas az autoinfectiónak a szembetegségekben játszó szerepéről tartott nagyszabású előadást.

— *Uj könyvek. William F. Norris and Charles A. Oliver. System of Diseases of the eye.* London and Philadelphia Lippincott Company 1897. (Ismertetni fogjuk.)

— *Hilbert. Die Pathologie des Farbensinnes Halle. Markhold 1897.*

— *Grósz Emil.* Előadások a szemtükrözésről, tartotta a budapesti kir. magy. tudomány-egyetemen. Budapest, Franke bizománya 1897.

<sup>1</sup> Boll. d'ocul. Bd. XVIII. 2. p. 12.

<sup>2</sup> Wiener klin. Rundschau. 1896 Nr. 5.

<sup>3</sup> Trans. Americ. Ophth. Soc. 1895.

<sup>4</sup> Z. Klin. Monatsbl. f. Augh. Bd. XXXIV. p. 161.

<sup>5</sup> Ann. d'ocul. CXVI. p. 161.

<sup>6</sup> Lavori della Clinica ocul. d. k. Univ. di Napoli B. IV. 3. p. 235.

<sup>7</sup> Ibidem. Bd. IV. 3. p. 197.

<sup>8</sup> Ibidem. Bd. IV. 3. p. 227.

<sup>9</sup> Dissert. inaug. Zürich 1896.

<sup>10</sup> Wiener klin. Wochenschr. 1896.

<sup>1</sup> Arch. d'ophth. T. XVI. Nr. 2 p. 81.