

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi kórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán- gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárczky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Dollinger Gyula: Érzéstelenítés a gerinczagyburok üregébe történt cocainbefecskendezéssel. 329. l.

Wenhardt János: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájából. Igazgató Kétly Károly tanár. A test melegítése phénix a air chaud-dal. 330. l.

Stern Samu: A hepatitis interstitialisból eredő hasvízkór sebészeti kezelése. 331. l.

Weisz Ede: Közlemény a budapesti kir. tud. egyet. II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. tanár.) A heveny és az idült izületi eszű közti viszony. 332. l.

Berend Miklós: Közlemény a budapesti m. kir. tud. egyetem II. sz. szülő- és nőbeteg kórodájáról. (Taufer Vilmos tanár.) Az újszülöttek helyzete szülőházakban és klinikákon. 333. l.

Schiff Ernő: Közlemény Konrád Márk dr. kir. tanácsos, a nagyvárad m. kir. bábaképző igazgató tanárának szülészeti kórodájáról. Újabb adatok az újszülöttek haematológiájához. 335. l.

Lénárt Zoltán: Válasz Alapy Henrik dr. észrevételére. 336. l.

Tarcsa. Kuthy Dezső: Új hygienés köpöcsészék. 336. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Novotny Lajos: A hólyagbetegségek mai állása. 337. l. — Könyvismertetés. Sternfeld: Über die sogenannte frühzeitige

Extraction der sechsjährigen Molaren. 338. l. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Van Gehuchten: A veszettség felismeréséről. (Marikovszky György.) — Közegészségtan. Rubner: Mesterséges fényforrások korom termelése. (Filep.) — Belgyógyászat. Brandenburg: A guajaktinktúrával végzett genypróba. (Hönig Izso.) — Cohn: A vörös vérszálakban látható basophil-szemcsék. (Hönig Izso.) — Valdemar Bié: A phototherapiáról. (Ulrich Gyula.) — Sebészet. Maier Carola: Az ulna primaer myelogen kövezet-hámrájának egy esete. (Zimmermann.) — Az orthopaedia az ideggyógyászat szolgálatában. (Kopits.) — Kisebb közlemények az orvostudományról. Noir: Mákacs csuklás gyógyítása. — Hopf: Scabies gyógyítása. 338—340. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — Válasz Halász Henrik dr. ír az „Orvosi Hetilap” 1900. május 27-diki számában közölt megjegyzéseire. — Választások a budapesti egyetem orvosi karán. — Jótékony sorsjáték az országos orvosi nyugalomdíj-alap javára. — Sub auspiciis regis. — A budapesti poliklinikai egyesület jelentése. — A király látogatása az új központi egyetem épületében. — Kelen István. — Helyettes kerestetik. — Fürdőink személyforgalma. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. 323—324. l. — Pályázatok. Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Érzéstelenítés a gerinczagyburok üregébe történt cocainbefecskendezéssel.

Dollinger Gyula dr. egyetemi nyilv. rendes tanártól.

Bier a mult esztendőben megjelent dolgozatában¹ azon meglepő felfedezését tette közzé, a mely szerint a gerinczagy subarachnoidalis üregébe fecskendezett 0.005—0.01 cocainmennyiség az alsó végtagokban és innen felterjedőleg a törzs képleteiben, sőt bizonyos cautelák mellett a fejen is teljes analgesia idéz elő, a mely már 5—8 perc múlva kezdődik, mintegy 45 perc múlva éri el tetőpontját, azután pedig ismét lassan elenyészik. A beteg az egész idő alatt teljes eszméletnél van, a tapintás érzése megmarad, de fájdalmat a beteg nem érez. Bier az eljárást saját magán és assistensén is kipróbálta. Az analgesia mindkettőjüknél a mellkasig terjedt, mintegy másfélórát tartott, azután teljesen eltűnt. Másnap erős fejfájás és émelygés lépett fel náluk, a mely egész nap tartott, a melyet azonban annak tulajdonított, hogy a befecskendezés után egyáltalában nem kímélte magát, hanem egész nap a dolga után látott. Bier leginkább ezen általános tünetek miatt az eljárást nem óhajtotta általánosítani, hanem azon esetek számára ajánlotta, a melyekben a chloroformnarkosis valamely okból nem ajánlatos. Azóta e módszerrel többen tettek kísérletet, legbehatóbban Tuffier foglalkozott vele, a ki a Semaine médicale f. év május hó 20-dikán megjelent számában teszi közzé tapasztalatait és egész eljárását. Ez röviden a következő:

A befecskendezés sterilizálható Pravaz-fecskendővel történik, a melynek 9 centimeter hosszú platinatűje 11 tized millimeter

¹ Bier: Versuche über Cocainisirung des Rückenmarkes. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1899. Bd. Cl. p. 361.

vastag, lumenje pedig 8 millimeter átmérőjű. A befecskendezendő 2%-os cocain-oldatot gondosan kell sterilizálni. Miután a felforrallással a cocain hatását veszíti, Tuffier az oldatot 4—5-ször egy-egy negyed óráig 80 Celsius fokra hevíti, közben pedig 3 óráig 38—36 Celsius fokra lehűteti. Ez meglehetősen hosszadalmas, időrabló eljárás, a melyet igen pontosan kell elvégezni, mert ezen múlik a siker. Nem sterilizált vagy régen sterilizált és megzavarodott oldatot nem szabad használni. A befecskendezés a 4. és 5. lumbalis csigolya ívei között levő résen át történik. Hogy ebbe a résbe könnyebben bele találjunk, a beteg ülve erősen előre hajol. A két crista ilei legmagasabb pontjait a hátán keresztül összekötő vonal jelöli körülbelül ezen rés helyét a gerincoszlopon. A befecskendezés helyét és kezeinket a szokott módon a leggondosabban desiniciáljuk, azután a beteget figyelmeztetve, hogy most egy kis szúrás fog érezni, de meg ne mozduljon, a kifózással sterilizált tűt az említett vonal magasságában a tövisnyújtványtól 1 centimetryire kifelé lassan a gerinczesatornába toljuk. Hogy tényleg a subarachnoidalis üregbe jutottunk, azt onnan tudjuk meg, hogy a tű esatornájából tiszta gerinczagyvíz kezd csepegni. Ekkor azonnal, még mielőtt sok kifolyt volna, a fecskendőt a tűre illesztjük és a 2%-os steril cocain-oldatból egy fél köbcentimetryit lassan befecskendünk és hogy a folyadékból semmi ki ne szivároгjon, a tűt a reá illesztett fecskendővel együtt még vagy két perczig a szúrási sebben hagyjuk. A csigolyaközötti rés igen változatos alakú és nagyságú ezért néha a megjelölt helyen nem sikerül a gerinczesatornába hatolni. Ekkor a tűt visszahúzzuk és az első beszúrási helytől kissé távolabb újra beszúrunk. A sikeres befecskendezés után 4—8—10 perczel a fájdalomérzés az alsó végtagokon csökkenni kezd, vele együtt eltűnik a hőérzés is, de a tapintási érzés megmarad. Némely beteg hangyamaszást érez alsó végtagjaiban, néha ezekben remegés is lép fel, a pulsus szaporábbá válik, néha a pupilla kitágul, bő izzadás és hányóinger lép fel, míg más betegnél mind e tünetek hiányzanak.

E közben konstatáljuk, hogy a fájdalomérzés az alsó végtagokon, majd fel a törzsön a hónaljig elmult s ez időtől fogva 1—1½ óráig nem tér vissza. Tuffier ezen tapasztalatairól már több apróbb közlést tett, legutolsó cikkekig, mindössze 63 beteget operált gerincezagi érzéstelenítéssel, köztük a műtét többnél a medencezen vagy a törzsön történt. Az érzéstelenítés, érte alatta analgesiát, mindenkor teljes volt, és a fentebb jelzett általános tüneteken kívül súlyosabbak nem mutatkoztak. Betegei között mindenféle korú egyének vannak, csupán gyermekeknél nem tartja a módszert kivihetőnek, mert ezek a beszúrás alatt nem nyugodtak.

Ezen tények nagy fontosságánál fogva klinikámon azonnal megtettem a szükséges intézkedéseket, hogy a módszert kipróbáljam. Az első beteget f. hó 22-dikén operáltam. A betegnél, a ki 22 éves volt, elhanyagolt dongaláb miatt az Achilles-inon tenotomiát kellett végezni, azonkívül át kellett vágni az összes talpi lágyrészeket. Phelps-műtét.

A műtétet 20 percczel a befeeskendezés után kezdtem meg. A mint a többi esetem bizonyítja, ez korán volt, mert a teljes érzéstelenítés többnyire csak 30 percczel azután következik be. A beteg különösen a műtét elején folyton, de egészen nyugodt hangon jelezte, hogy a metszések fájnak, e mellett végtagját meg nem mozdította, hanem nyugodtan tűrte a műtétet. Csúpn az utolsó percekben nem érzett fájdalmat. A műtét alatt erősen izzadt, hányó ingere volt, érverése 15 percczel a befeeskendezés után 142 volt, egy fél óra elteltével a rendesre ment vissza.

Ez az első eset tehát nem sikerült egé-szen. Másnap egy férfi gümös bokaizületét resekáltam. A teljes érzéstelenítés 30 percczel a befeeskendezés után állt be. A beteg az alszárcsontok lefűrészelését, a talus kiválasztását és a lágyrészekvágását nem érezte. Csúpn a lágy részek erős vongálását fájlalta. A műtét alatt semmi mellékhatás, másnap csekély fejfájás. A módszerrel ekként megismerkedve, azt f. hó 25-dikén hallgatónak mutattam be. Ekkor egy 42 éves

napszámosnőnél az alszárcsontok gümös elváltozása és másodlagos septikus befertőzése miatt magas alszáramputatiót végeztem. A beteg sem az alszárcsontok átfűrészelését, sem a lágyrészek átvágását, sem azt nem érezte, a mikor a hátsó lebenyből a nervus tibialis posticus mintegy 15 centiméternyire kihúztam és levágtam. A műtét alatt folyton közömbösen beszélgetett. A beteg egy fél órával a műtét után ebédet kért, azt jóízűen elköltötte és nála semmiféle mellékhatás nem mutatkozott. Ugyanekkor egy 66 éves férfitbeteg került műtetre, a kinek a végbél sphincterikus

részében hámrákja volt. A végbélfekély ki lett metszve és a beszűrődött inguinalis mirigyek mindkét oldalt kiirtva. E betegnél az analgesia 20 percczel a befeeskendezés után már teljes volt és egy óráig tartott, ezen időn túl a műtét még egy negyedórát vett igénybe, a mely alatt az analgesia már nem volt tökéletes. 5 percczel a befeeskendezés után a betegnél hányóinger, aggódó érzés, bő izzadás lépett fel. A tünetek 5 percig tartottak, azután a beteg egészen közömbös volt és fájdalmat, kivéve az utolsó 15 percet, nem érzett.

Május hó 30-dikán egy 14 éves fiúnál ferdén gyógyult törés miatt ékkivésés végeztetett, egy 27 éves betegnél osteomyelitis acuta infectiosa következtében fellépett, erős subluxatioval párosult térdzsugorodás miatt térdizületi resectio és egy 41 éves beteg-

nél lágyéksérv miatt Bassini műtét. A műtétet a segéd urak végezték. Mind a három esetben a bőr analgesiája 11—30 percczel mulva következett be, valamennyien erős émelygést kaptak, a melyhez hányás csatlakozott és igen bő izzadás. Azon két beteg, a kin csontműtét történt, a fűrészelést nem érezte, de a vésés és a csontvégek megmozgatása, valamint a lágyrészek vongálása fájta. A lágyéksérv műtéténél az ondósinór leválasztása a sérvtömlőről a betegnek nagy fájdalmat okozott, úgy hogy a beteg közbe nagyokat kiáltott. E közben a környezet bőre analgesia volt. A 14 éves fiúnál az analgesia az egész testre, a fejre is kiterjedt.

Az eddigi kísérletek azt mutatják, hogy a Bier-féle módszerrel tényleg képesek vagyunk nagy kiterjedésű analgesiát előidézni, a mely alatt némely műtétet teljesen fájdalom nélkül végezhetők és egyik-másik betegnél sem a műtét alatt, sem a műtét után nem lépnek fel mellékhatások, mint pl. az általunk amputált asszonyoknál; de annyit már most is konstatálhatunk, hogy az esetek legnagyobb részében igen kellemetlen mellékhatások mutatkoznak; a beteg a műtét tudata mellett, az intoxicatio tüneteit, a bő izzadást, az émelygést, a hányást is kénytelen kiállani, ehhez járul még, hogy a befeeskendezendő oldat sterilizálása hosszadalmas, kissé komplikált és ha nem pontos, a beteget esetleg igen nagy veszélybe dönti. Mindezek a felsorolt előnyök és hátrányok elég ok arra, hogy mi a módszer klinikai tanulmányozását folytassuk, de másrészt azt a nagy gyakorlat számára a jelenlegi alakjában még nem tartjuk alkalmasnak.

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájából. Igazgató Kétly Károly tanár.

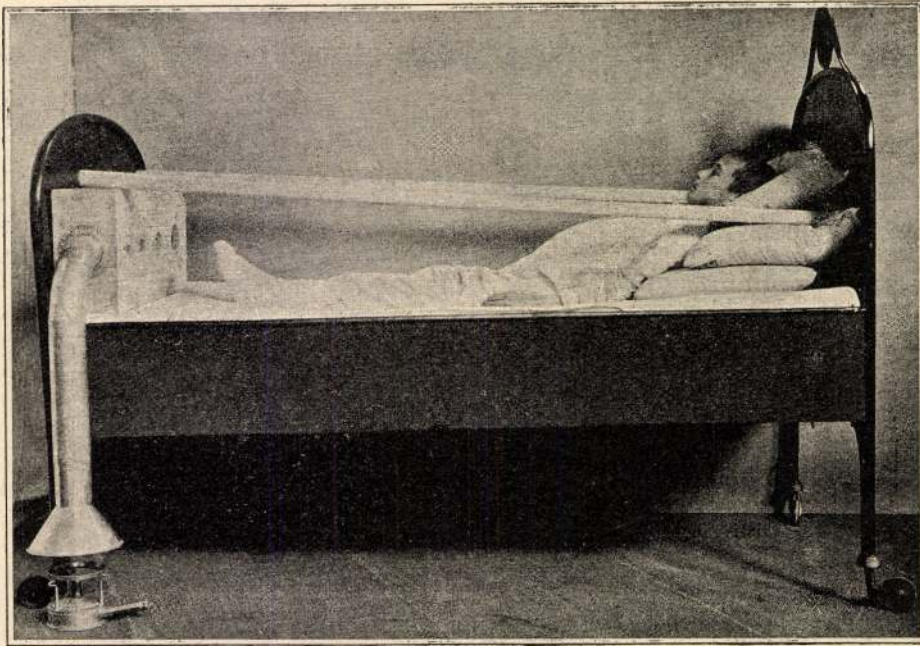
A test melegítése phénix à air chaud-dal.

Irta: Wenhardt János dr. belklinikai tanársegéd.

Ismeretes, hogy mindazon esetekben, a midőn a test hőkiadását ad minimum kell redukálni (operatio, acut vérszegénység

után, vagy mikor a gyomor elkerülésével kell a szervezetet táplálni, stb.), a célzott különböző módon igyekeznek elérni. Felmelegítik a fehérműt és ágyműt, meleg téglákat, forró vizet vagy homokot tartalmazó palackot, vagy külön e célra fémből vagy kaucsukból készített ágymeglegető edényeket, ismét máskor parazsat tartalmazó melegítő készülékeket visznek a takaró alá.

Mindenki, a ki ezen eljárásokat kénytelen volt gyakorlatilag végrehajtani, nemesak azt tudja, hogy ezek mennyi kényelmetlenséget okoznak a betegnek és munkát az ápolónak, hanem hogy bizony a legmegbízhatóbb ápolás mellett is nem oly



ritkák a bőr megpörkölései. Ezen okoknál fogva nem tartom minden haszon nélkül valónak, ha egy tapasztalatomat röviden közlöm. A múlt ősszel kerek gyomorfekélyben szenvedő, nagy mértékben lesoványodott, kiaszott beteget kellett a budapesti II. számú belklinikán kezelnem. A szájon át egyáltalában nem volt táplálható; tehát per anum és per cutem vittem a szervezetbe a szükséges tápanyagokat. Érthető, hogy ily körülmények között mily féltékenyen őriztem az organismus minden kalóriáját.

Célom elérésére a legalkalmasabbnak a phénix à air chaud-ot tartottam, a melyet ilyenre tudtommal még nem használtak. A mellékelt ábrán nem az eredeti Fulpius-féle, hanem az általam módosított phénix à air chaud látható. Ezen készülék egy faszekrényből áll, mely valamivel keskenyebb, mint az ágy, kissé maga-

sabb,¹ mint egy nagy termetű ember talpa, hosszú és fél ilyen mély (körülbelül 70 cm. széles, 30 cm. magas és 15 cm. mély). E szekrénykét az ágyak a lábfelelő végén harántul kell elhelyezni. Seprűnyélnél valamivel vastagabb két farudat úgy helyezünk el a láda felső falának a két oldalsó végén² és a vánkoston a beteg fejének két oldalán, hogy az ezekre borított lepedővel és pokróczokkal az ágyban fekvő beteg körül lehetőleg elzárt teret állítsunk elő. A szekrényke egyik oldalsó falába 8–9 cm.³ átmérőjű, meghajlított bádageső vezet, a melynek alsó, tölesérszerűen kiszélesedő vége annyira van a padlótól, hogy nagyobb, lehetőleg csillagszerűen égő borszeszlámpa könnyen alája állítható. A faszekrénykének a talpak felőli falán 4–5 különböző nagyságú kerek nyílás van; a legkisebb (körülbelül 5–6 cm. átmérőjű) a bádageső benyílásának szomszédságában, a legnagyobb (körülbelül 13–15 cm. átmérőjű) a láda másik végén. Ez által többé-kevésbé elértem azt, hogy a felmelegített és a bádagesővön át a faszekrénybe jutott levegő annak egész szélességében egyformán áramlik az ágyba. A beteg törzse mellé hőmérőt tesztek, hogy a takarók alatti hőmérsék ellenőrizhető legyen. Ha ez a kívánt határt elérte, akkor a lámpát el kell oltani vagy kissé földre kell húzni.

Ezen egyszerű és olcsó, házilag is könnyen előállítható készülékkel a beteget környező levegő könnyen a kívánt hőfokon (22–24° R.) tartható, a melynél a beteg még nem izzad. Ezen utóbbi körülmény igen fontos oly esetekben, a minő az enyém is volt, mikor a szükséges víz oly nehezen kebelezhető be az organismusba. Hogy az ágyba vezetett meleg levegő szárazságát legalább némiképen csökkentsem, lapos edényekben vizet tesztek a faládba. E végből azonban szükséges, hogy a bádageső benyílásával szemközt levő oldalfala a szekrénykének ajtószzerűen kinyitható legyen.

Gyomorfekélyes betegek kezelésénél még azon előnye is megvan ezen eljárásnak, hogy a takarók a farudakon nyugodván, nem nyomják a betegnek még az azok okozta nyomás iránt is érzékeny gyomortáját.

Mi belorvosok e készüléket már régen használjuk izzasztásra,⁴ de az említett beteg kezelése alkalmával tett tapasztalataim alapján igen ajánlhatom mindazon esetekben, a mikor a szervezet hővesztését lehetőleg korlátoznunk kell.

A hepatitis interstitialisból eredő hasvízkór sebészi kezelése.⁵

Irt Stern Samu dr. egyet. magántanár.

A szövetségi májlobban szenvedő betegekre nézve a hasvízkór fellépte a válságos időszak bekövetkezését jelzi. Ha a hashártyaüregben savó mutatkozik, akkor igyekezzünk oda irányulni, hogy a megfelelő gyógykezelési eljárásokkal a folyadékot eltávolítsuk. E törekvésünket azonban ritkán koronázza siker, a hasvízkór nagybodlik, míg végre beáll annak a szükségessége, hogy vitalis indicióból hascsapolást végezzünk. A betegek egy időre megkönnyebbülnek, a javulás azonban csak rövid ideig tart, mert az újból fellépő hasvízkór újabb csapolást tesz szükségessé. A rendes lefolyás azután az, hogy a többszöri csapolás után némelyek kimerülés folytán, mások szövődmenyes betegségben elhalnak.

Nagyon ritkák az esetek, melyekben a hasvízkór többszöri csapolás után teljesen elmúlt. Ily esetet említ Korányi tanár, betegénél a hasvízkór többszöri csapolás után egy évi fennállás után elmúlt s a beteg még két évig élt; Strümpell egyik esetében 15-ször csapolta s a beteg még hat évig élt; csak curiosumként említem, hogy Lecanu 886, Lanini 92 csapolást végeztek egy betegükön. Sokkal jobban járnak azon betegek, kiknél ki-

terjedt collateralis vérkeringési kör képződik, melynek közvetítésével a májon keresztül vezetendett vérnek egy része a máj elkerülésével az alsó ürös visszerbe ömölhetik. S nem lehetetlen, hogy azon esetekben, midőn a csapolás után a hasvízkór teljesen eltűnik, annak oka abban fekszik, hogy a többszöri csapolás folytán létrejött hashártyaizgatottság összenövéseket hoz létre, melyekben a betegre nézve jótékony collateralis vérkeringési kör kifejlődik. S így az a kérdés merült fel, hogy nem lehetne-e szövetségi májlobban szenvedő betegeknek ily összenövéseket s következőleg collateralis vérkeringési kört a hasvízkór gyógyítása céljából mesterségesen is létesíteni.

Az első idevágó állatkísérletek Ecktól származnak még 1877-ben. Eck¹ a májbéli vérpangás megszüntetésére a vena portae s a vena cava inferior között direkt összeköttetést létesített, de 8 kísérleti kutyája közül 7 egy hét, a nyolcadik 2½ hóval a műtét után elpusztult. Nem nagyobb szerencsével végezték később Hahn, Massen, Naneki és Pavlov a hasonló műtétet, hatvan állat közül 20 maradt életben, de ezeknél is oly súlyos zavarok fejlődtek ki, hogy a műtét alkalmazása embernél a lehetetlenség sorába tartozónak tűnt fel. Tillmann² a Talma által később említendő eset indította kísérleteinek végzésére, melyek célja volt megállapítani azt, hogy a vena portae teljes vagy majdnem teljes elzárásánál lehet-e művi beavatkozás által collateralis vérkeringési pálya képződését előmozdítani. Kísérleti eredményeit abban foglalja össze, hogy mindazon állatok, melyeknél a vena portae vagy annak főága alá lett kötve, elpusztultak, ellenben azon állat, melynél az omentumnak és a bélnek odanövése a hasfalhoz előidézett s ez által collateralis vérkeringési kör lett előállítva, életben maradt a vena mesenterica, sőt a vena portae majdnem teljes alákötése után is. És így T. szerint jogosult lehet a feltevés, hogy sikerülhet az említett módon a vena portae vére számára kielégítő oldalpályákat teremteni és talán sikerül a műtét által a pyelethrombosis kedvezőtlen kórjórátat megjavítani, és a májcirrhosisnál is sikeres lehet a collateralis vérkeringési pálya képződését előmozdítani.

Eddig a kísérletek, most lássuk az irodalomban közölt eseteket, melyek emberre vonatkoznak. Az idevágó eseteket részben a Semaine médicale-ből közlöm, a hol össze vannak foglalva. Lens szerint Talma inspiratiojából az első két kísérlet van der Meulentől 1889. évben, a másik Schelklytől 1891. évben származik. Mindkét beteg meghalt, az első valószínűleg shock következtében néhány órával a műtét után, a másik 15 nap után hashártyalobban. A harmadik beteg Lensé, a ki az omentumot a hasseb széleihez odavarrta; a betegnél a hasvízkór újból képződött s többszöri csapolás után a beteg 5½ hó múlva meghalt. Következik Morrison esete 1896-ban, mely jó eredménnyel végződött. A beteg nőnél a köldök s a fanív között történt a hasmetszés, mely után a máj, lép s a fali hashártya felülete durván lettek szívaacsos letörülve s végül az omentum a hasfalhoz odavarrva. A beteg meggyógyult, hasvízkór nem fejlődött ki többet. Két évvel az első műtét után a beteg a kifejlődött hassérvi miatt lett újból operálva, de meghalt. A bonczolat kimutatta, hogy edénydús összenövések fejlődtek a máj, lép, belek, az omentum s a hashártya között, végül a hashártya alatt kitágult visszerekből álló nagy edényhálózatot találtak. Morrison még két esetet közöl 1899-ben. Az első 42 éves férfi, a ki meggyógyult s kinél a hasvízkór két év után sem tért vissza, a lép is valamivel megkisebbedett. A másik beteg 54 éves nő, ki a műtét után 10. napon halt meg, a halál oka, a mint azt a bonczolat kimutatta, előrehaladt vesezsugor volt. Talma³ esete a következő: a 9 éves fiú vese- s májlobban megbetegedett, mely cirrhosishoz vezetett; a képződött hasvízkór csapolva lett, de sem ez, sem az ezután végzett hasmetszés nem vezetett eredményre, a hasvízkór újból képződött. Egy második hasmetszésnél az epehólyag s a cseplesz a hasfalhoz lettek varrva s ezután a hasvízkór sem jelentkezett többet, a metszés helye s a bordaközötti visszerek között tárgult visszerek hálózata fejlődött ki. Miután a kis fiúnál a lép nagybodlik megmaradt, egy harmadik hasmetszésnél a lép a hasbőr s az izmok közé lett varrva, mire

¹ Idézve a Semaine médicale-ban, 1899.

² Deutsche med. Wochenschrift 1899.

³ Berl. klin. Wochenschrift 1898.

¹ Ennek célja az, hogy a meglehetősen meleg takarók ne érintkezzenek a testtel.

² Jó, ha a rudak egyik végén szög van, mely a szekrényke felső falának végén levő lyukba illeszthető.

³ Keskenyebb csövön át kevesebb meleg levegő szállván fel, az ágy hőmérséklete nehezebben emelhető a kívánt hőfokra.

⁴ Persze ilyenkor nincsenek vizes edények a szekrénykében.

⁵ Bemutató előadás a poliklinika tudományos estélyén 1900. február 9-dikén.

az lényegesen megkisebbedett. A beteg teljesen felépült, észlelési idő két év.

Neumann² esete 1899. évből való. A 45 éves nőnél még hat hónappal a műtét után sem mutatkozik hasvízkór, közérzet jó, a beteg gyarapodott, a köldök körül tágult visszerek hálózata látszik, néhány visszer a bordaközötti visszerekig követhető. A műtési mód ugyanaz, mint a mi esetünkben s így arról akkor lesz szó.

Rolleston és Turner 1899-ben két esetet közölnek. A két betegnél a műtét úgy végeztetett, hogy a has jobb felében a máj magasságában lett a has megnyitva, a máj s rekesz felülete szivacsos lett letörülve s azután kenguru-inból készült fonál lett keresztülhúzva a májon, cseplecsen s a hashártyán át s azután úgy lett esomózva, hogy a cseplecs a hashártya s a máj közé jutott. Az egyik beteg 4½ hónappal a műtét után egészséges, a másik betegnél a hasvízkór újból képződött és többszöri csapolás daczára is újra képződik.

Összegezve az eseteket, melyek száma tizet tesz ki, látjuk, hogy Morrison két esetében, Talma, Neumann, Rolleston és Turner egy-egy esetében a műtét sikere meglepő, a mennyiben a betegeknek a hasvízkór nem képződött újból, a betegek közérzete s erőbeli állapota lényegesen emelkedett.

Eme rövid áttekintés után áttérhetek betegünk esetére. A beteg 41 éves férfi, állítása szerint jelen baja felléptéig teljesen egészséges volt. Jelen bajára nézve felemlíti, hogy három hónappal ezelőtt vette észre, hogy hasa nagybodlik s hogy alsó végtagjai dagadnak. A beteg állítja, hogy szeszes italokkal mértéken túl nem élt. Tanácsomra a beteg a poliklinikai kórházba felvétette magát, hol 1899. július 24-dikén következő jelen állapotot találtam. A beteg kissé cyanotikus, nehéz légzése van, a mellkasi szervek felett a rekesz feltolása folytán előidézett tüneteken kívül más eltérés nincsen. A has igen nagy, szabad hasvízkór állapítható meg, mely miatt a máj és lép nagysága nem volt meghatározható, az alsó végtagok a térdekig vizenyősek, a vizeletben idegen alkotórész nincs. Az említett tünetek a has csapolását tették szükségessé, melyet másnap végre is hajtottam, a mikor 13 liter kissé zavaros savót bocsátottam ki. A most megejtett vizsgálat kimutatja, hogy a májtompulat megkisebbedett, a lép nagy, a bordaívet jelentékenyen meghaladja. A csapolás után a betegnél a megfelelő javulás beállott s a beteg augusztus 5-dikén elhagyta a kórházat. A javulás nem tartott soká, a beteg augusztus 17-dikén újból jelentkezett, a hasvízkór ismét jelentékeny, miért is újabb csapolás végeztetett, mely alkalommal 9 liter savó bocsátott ki. A has az alkalmazott húgyhajtó szerek daczára újból telni kezdett, miért is arra határoztam el magamat, hogy a beteget megoperáltatom. A műtétet szeptember 4-dikén Reisz O. alorvos úr végezte. Helybeli érzéstelenítés után a has a köldök fölött közvetlenül körülbelül 5 cm.-nyi hosszúságban megnyitott s a savó kibocsátása után, miután ujjal való vizsgálat útján meggyőződünk arról, hogy a máj tényleg kisebb, Recamier-curettel a hashártya endothel rétege a seb környékében lekapatartott. Ezután az erősen tágult visszereket mutató nagy cseplecs, a mennyire hozzáférhettünk, a hashártyához varratott s egy csücske az alsó sebzugba kihúzatott s a bőr és az izom között készített tasakba két selyemkötéssel rögzített, ezután hasfalvarrat, melybe a cseplecs is befoglaltatik. A lefolyás zavartalan, a seb per primam gyógyult. De már szeptember 10-dikén újból hasvízkórt konstatálhattunk, melynek mozgékonyasága azonban korlátozott volt. Az alkalmazott húgyhajtószerek ismét hatás-talanok, végre szeptember 28-dikán újabb csapolást kellett végezni, mely alkalommal öt liter sűrű, kissé zavaros savót bocsátottunk ki. A csapolás után a tompulat nem tisztult fel egészen, úgy látszik összenövészek fejlődtek ki, melyek betokolást idéztek elő. A beteg november 21-dikén gyógyultan lett elbocsátva s most, február 9-dikén következő jelen állapottal mutathatom be. A jól táplált s megerősödött beteg közérzete kifogástalan, a mellkasi szervek épek. A has elődomborodó, a középvonalban a köldök fölött a műtéttől származó heg látható, a bőrön nagybodlikban tágult visszerek nem láthatók. A máj bal lebenye az epigastrium-ban kitapintható, egyenletes, síma felülete, a máj tompulata kicsiny, felső határa a rendesnél valamivel lejjebb van s már

a bordaíven éles dobos a kopogtatási hang. A lép megnagyob-bodott, a bordaívet négy harántujjnyira meghaladja s kitapint-ható, felső határa rendes s így semmi kétséget nem szenved, hogy lépdeganat áll fenn; a has egyéb részei felett rendes kopog-tatási viszonyokat találunk. A betegnél tehát a műtét után a máj és lép viszonyaiban változás nem állott be, a javulás annyiban mutatkozik, hogy a táplálkozás jó, hogy azóta az egy csapo-lástól eltekintve, hasvízkór nem fejlődött s ennek folytán a beteg közérzete oly jó, hogy ő magát teljesen egészségesnek mondja.

Ha most végigtekintünk az eseten, akkor azt mondhatjuk, hogy a betegnél a jelzett tünetekből hepatitis interstitialisra kellett a kórismét felállítani; a bántalom következtében oly nagy fokú hasvízkór fejlődött ki, hogy a has csapolása vált szükségessé. A csapolás utáni vizsgálat a kórisme helyességét beigazolta, a mennyiben megkisebbedett májtompulatot és megnagyobbodott lép-et találtunk. Az első csapolás után az alkalmazott kezelés daczára nagyon gyorsan újból hasvízkór lépett fel, mely három héttel az első csapolás után másodszori punctiót tett szüksé-gessé. Ezen második csapolás után is alkalmaztam a legkülön-félébb húgyhajtókat, de eredmény nélkül s akkor 17 nappal a második csapolás után végeztük a műtétet. Még egy csapolás vált szükségessé a műtét utáni 24. napon, s azóta, tehát négy és fél hónap óta hasvízkór többé nem jelentkezett. Feltűnő jelenség, hogy egy betegnél, kinél az első két csapolás után a folyadék olyan gyorsan képződött, a műtét után hosszabb idő mulva csak kisebb fokú hydrops fejlődik ki, melynek leeresztése után a hasvízkór többé nem jelentkezik. Nem akarok azon hibába esni, hogy post hoc ergo propter hoc következtetést vonjak. Nem téveszthetem szem előtt azt, hogy a mint már a bevezetésben említettem, le vannak írva esetek, hol többszöri csapolás után hasvízkór nem fejlődött többet, másrésztől gondolnom kell arra is, hogy más okból eredő hasvízkóroknál is a laparotomia után az ascites vagy végleg, vagy hosszabb időre eltűnt s így csak a tények megállapítására szorítkozom, melyek előttünk fekszenek. Vajjon a hasvízkór eltűnése jelen esetben a szerencsés véletlen kifolyása, vagy csakugyan a műtét folytán bekövetkezett össze-növészek s ezekben új collateralis vérkeringési pályák megnyílása következtében jött-e létre, s nem fejlődik-e újra, azt eldönteni nem lehet. Az irodalom is oly kevés adatot szolgáltat a kérdés meg-világítására, hogy az ítélet a műtét hatása és értéke felől nem hozható meg. Én a magam részéről a szerencsés esetből kifolyó-lag csak felhívni kívántam a figyelmet a művi beavatkozásra s azt hiszem, hogy oly esetekben, a melyekben a hasvízkór a vég-zett csapolás után nagyon gyorsan visszatér, nem kell soká habozni, hanem a műtétet meg lehet kísérelni annál is inkább, mintán a műtét a betegre nézve, ha az a sebészet megfelelő szabályainak szemmel tartásával végeztetik, veszélylyel nem jár.

Azóta a műtétet egy másik, szintén hepatitisből eredő has-vízkórban szenvedő betegünkön is végeztük. A beteg a poliklinikai kórházba való felvétele előtt már több ízben lett csapolva s nagyon el volt gyengülve. A műtétet ugyanúgy végeztük, mint az első esetben, de a beteg negyednapra a műtét után meg-halt. A halál oka, mint azt a bonczolat kimutatta, hashártyalob volt, melynek keletkezését a beteg kimerültsége mellett előmoz-dította ama körülmény, hogy a nagy cseplecs két helyen rögzítve volt s a sebzugba való bevarrása alkalmával tengelye körüli csavarodást szenvedett.

Közlemény a budapesti kir. tud. egyet. II. sz. bel-klinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. tanár.)

A heveny és az idült izületi csúsz közti viszony.

Közli: Weisz Ede dr. póstyéni fűrdőorvos.

(Folytatás.)

3. Sz. F. 24 éves hajadon. *Polyarthritus chronica deformans*. Észle-lési idő 2 hét.

Hőmenet: Reggel 36°50', este 37°30'. (Szeles időben hasogató fájdal-mak különböző helyeken.)

8 év előtt igen szellős lakásán meghűlt, a bal kézizület meg-dagadt, igen fájdalmas lett, állapota orvosi kezelés daczára csakély ingadozással 2 évig állott fenn. Ekkor javulás állott be, mely 2 évig tartott, de kezét kevésbé birta hajlítani. 4 évvel ezelőtt mindkét könyök- s váll-, majd térdizülete lett fájdalmas, a nélkül, hogy az izü-letek megdagadtak vagy mozgásban korlátoztak lettek volna. 1½ év

² D. med. Wochenschrift.

óta jobb könyöke kezd merevedni, 1 év óta az ízületek vastagodni kezdenek, az ujjak merevedni s ferde irányban torzulni, a térdek (4 hó óta) összehúzódni. A beteg folyton soványodik (3 hónap előtt néhány hétig sárgasága volt).

Lefolyás: Mindkét vállizület mozgása korlátozott, főleg jobb-oldalt. Bal könyökizület hajlított helyzetben korlátozottan mozog, jobb hajlított helyzetben merev. Mindkét kéz a pronált alkaron kissé radialis irányban hajlított, a jobb kéztőben csekély mozgás, a bal teljesen merev. A megvastagodott, mérsékelt szabad metacarpophalangealis ízületek ulnaris oldal felé tartják egymást fedőleg az ujjakat. Csipőizületek majdnem teljesen merevek, csombok kissé rotálva addukáltak. Térdizületek kissé hajlított helyzetben, passzív teljesen nyújthatók, a bal láb kissé pronált, a jobb supinált tartásban. Mindkét oldalt kis hallux valgus, egyébként az izvek többnyire megvastagodottak, mozgás közben élénken recsegnek. Az izomrendszer szintén igen rosszul fejlett, a felső végtagokon s mellkason jóformán csak kötőszöveti zsinegeket képez.

Változatlan állapotban távozik.

4. F. J.-né, 50 éves, házali neje. Észlelési idő 13 nap.

Hömenet: Maximum az első napon, még pedig 38°, azontúl csak egy-egy izben 37-40, 37-50 s 37-80. (Natr. salicylicum s antipyrin kezelés.)

16 éves korában 15 hóig szenvedett ízületi csúszban. 3 év előtt hátfájdalmak voltak, melyek nadályok alkalmazása után megszűntek. Nehéz napi munka után lábai több izben meg voltak dagadva. 2 hónappal ezelőtt háta kezdett erősen fájni, a fájdalmak lassanként az összes ízületekre terjedtek, utóbb ágyban is alig tudott maradni. Lefolyás: Számos ízület duzzadt, fájdalmas.

Javultán távozik.

A beteg másodizben is felvételre került:

5. Észlelési idő 7 hét.

Hömenet: Rendszeren 37-20 alatt, február 22-dikén maximum 37-50, február 23-dikén maximum 37-70, február 24-dikén maximum 37-70, azontúl 37-30, többnyire 37° alatt.

Kórodából való távozása után még 6 hétig gyengélkedett. Ezután teljesen jól érezte magát 4 évig. 1893-ban 5 hétig volt beteg. 1894. június havában kezdő diabetes tünetei. Lefolyás: A 3. hét végén ízületi fájdalmak kezdenek fellépni, még pedig: február 22-dikén a bal könyökizület fájdalmas, a fájdalom nyomásra fokozódik és a beteg karját nem tudja kinyújtani. Priessnitz-borogatás. Február 23-dikén a bal karban még mindig erős fájdalmak, főfájás, étvágy csökken. Február 24-dikén karja jobban van.

6. H. Gy.-né 44 éves, molnár neje. *Arthritis chronica*. Észlelési idő 4 hét.

Hömenet: Egyes napokon 37-60.

Jelen betegséget megelőzőleg mindig egészséges. Betegsége lassan keletkezett, felső végtagjait hovatovább nehezebben mozgathatta, járása is egyre nehezebb lett. 6 hó óta csak mankóval tud néhány lépést tenni. Különös fájdalmak nem voltak. Lefolyás: A felső végtag ízületei, ujjperecek is megvastagodtak, hasonlóképen a térdizületek mozgása kissé korlátozott.

Állapot változatlan.

7. G. F.-né 41 éves cseléd. *Arthritis chronica deformans*. Észlelési idő 3½ hét.

Hömenet: A felvételt követő napon 37-90; 37-3, 37-5 foknyi hőmérséklet gyakoribb, sőt utolsóelőtti napon 37-80; utolsó napon maximum csak 370. (Massage.)

7 év előtt 1 hétig tartó másodnapos malaria. Nem egész egy év előtt meghűlés után a jobb felső s alsó végtag ízületei megduzzadtak. 3 hó lefolyása alatt csaknem az összes ízületek a bántalom körébe vonattak. Lefolyás: Majdnem valamennyi ízület teriméjében megnagyobbodott, nyomásra fájdalmas. Mindkét kéztőizület, valamint a bal bokaizület csak nagyon korlátozottan mozgatható.

A bal bokaizület lényegesen javult.

8. M. J.-né 50 éves, vendéglős neje. *Arthritis rheumatica chronica*. Észlelési idő 2½ hét.

Hömenet: Többnyire 37-20 alatt, egyes napokon 37-50. (Massage, meleg fürdő.)

14 éves kora óta rövid ideig tartó, szaggató fájdalmak. 14 évvel ezelőtt a fájdalmak oly hevesek voltak, hogy kénytelen volt ágyban fekvé maradni. Ezután teljesen jól volt. Mintegy fél év előtt meghűlvén, térdbeli fokozódó fájdalmak miatt 10 napig feküdt. Azóta hol egyik, hol másik ízülete fáj, különösen jobb karja; az utolsó 3 héten ismét feküdt. Lefolyás: a fájdalmat mindennap más helyre localizálja. Legfájdalmasabbak a jobb kéz percarizületei.

9. Ö. F. 22 éves minden. *Polyarthritis rheumatica acuta*. Észlelési idő 1 hó.

Hömenet: Az első 2 napon 38-80 a maximum, azontúl csak itt-ott 37-5—37-60, de többnyire 37-20 alatt van a hőmérsék. A jobb boka megduzzadásakor a hőmérsék 36-8—37-40. Maximalis hő tonsillitisben szenvedésekor 38—38-10. (Jeges borogatás, 4 napon massage, a mit a beteg jól tűr. Lázzellenes szert nem kapott. Torokvíz.)

18 éves korában 5 hétig tartó magas lázzal s deliriumokkal járó betegséget, állítólag typhust állott ki. 6 héttel ezelőtt 2 hétig volt láza s hasmenése. Felvétele előtt 10 nappal, minden előzmény nélkül bal térde kezdett fájni, azonban fenn járt, míg 2 nap alatt térde tetemesen megnagyobbodott s a fájdalom már nyugalomban is jelentkezett. Lefolyás: Bal térd legömbölyödött, fedő bőr kissé halványpirosan elszínesedett, az ízület mozgásánál s nyomásra fájdalmas, hullámozik. A 2. hét elején a jobb boka duzzadt, melegebb s 6 napig fájt. Az észlelés 3. hetében 2 napig tartó tonsillitis follicularis.

A térd teriméje kisebbedett, fájdalmak enyhültek.

10. L. J.-né 52 éves magánzó. *Arthritis chronica deformans*. Észlelési idő 1 hó.

Hömenet: Csupán az utolsó két napról van feljegyezve, még pedig r. 36, este 38-10. (Meleg fürdők.)

12 éves korában malaria, 27 éves korában 1 évig tartó méhaja, 4 év előtt kezdte észrevenni, hogy a jobb középujj fáj s dagadt, 1 évre rá bokái s lábfejei is megdagadtak, néhány héttel később térdei, majd bal keze is úgy, hogy több hónapig az ágyat kellett őriznie. Iszapfürdőkre javult. 1½ év óta ismét rosszabbra fordult a baja, úgy hogy kénytelen az ágyat őrizni. Lefolyás: Térd- s bokaizületek megvastagodottak; a megvastagodásban a csontvégeknek is van része. A könyökizületek szintén duzzadtak, a phalangealis ízületek nagyobb mérvben dagadtak s csak korlátozott mozgást engednek meg.

A beteg klinikai tartózkodása alatt mindvégig jobban érzi magát.

11. P. F. 23 éves szobaleány. *Rheumatismus, insufficientia bicipitalis*. Észlelési idő 11 nap.

Hömenet: Felvételtől 37-20, azontúl maximum 370. (Digitalis.)

Gyermekekorában anyja kimondása szerint hosszasan szenvedett dyspepsiában, különben egészen 2 év előtt mindig egészséges volt. 2 év előtt 3 hónapon keresztül csúszos bántalmak voltak az alsó végtagokban, forrósága nem volt s munkáját, bár nem egészen rendszeren, de végezte. Bajából felépülve észrevette, hogy gyorsabb mozgásnál, lépcsőn járásnál szívdobogása s mellnyomása támad. Különben jelen betegsége kezdetéig más eltérést nem vett magán észre. 2 hét óta felső és alsó végtagjai ízületeiben néha tompa, néha hasogató fájdalmak vannak, melyek fekvésre kényszerítik. Lefolyás: Fájdalmak hol az alsó, hol a felső végtag ízületeiben, felkeléskor szívdobogás.

Javulás.

12. E. J. 62 éves géplakatos. *Polyarthritis rheumatica chronica*. Észlelési idő 12 nap.

Hömenet: Felvételtől 37-20, azontúl csak egy napon 37-10, különben 37° alatt. (Natrium salicylicum.)

23 éves korában fejtýphus. Azontúl jelen baja kezdetéig egészséges volt. Mintegy ¾ év előtt nedves hideg helyen dolgozván, lábaiban éles szúró fájdalmak kapott, majd később a térdekben, utóbb a csipőkben is. Bordáiban is volt időnként szúrása, utóbbi időben pedig a felső végtag ízületei is el kezdtek fájni. Láza nem volt. Lefolyás: Az ízületek fölött alaki eltérés nincsen, azonban nyomásra többnyire fájdalmak; fájdalmak miatt a mozgás is részben korlátozott.

Javulás.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti m. kir. tud. egyetem II. sz. szülő- és nőbeteg kórodájáról. (Taufer Vilmos tanár.)

Az újszülöttek helyzete szülőházakban és klinikákon.

Irta: Berend Miklós dr. gyermekorvos, v. egyet. tanársegéd.

(Vége.)

A nélkül, hogy ezen kísérleti adatok jelentőségét túlbecsülni akarnám, mégis azt hiszem, feljogosítanak ezek nemesak a további vizsgálatokra, de annak kijelentésére is, hogy a *vízrel végzett bimbómosások a szájjenezs fejlődését a kórodákon határozottan elősegítik*, sőt, véleményem szerint, ez képezi egyik leggyakoribb okát az infectionak. Másrészt annak kutatására ösztönzött ezen adat, hogy vajjon nem áll-e fenn a szoptató rhagadjai és az újszülött soorja közt valamely összefüggés?

Ez természetesen csak akkor volt tanulmányozható, mikor már a vízzel végzett bimbómosások kártékony voltáról meggyőződtem. És ekkor, az 1895—1898-diki beteganyag kórtörténetinek tanulmányozása közben kiderült az is, hogy míg a bimbómosások végzése alatt rhagadokkal nem bíró szoptatóknál 10%, addig rhagados szoptató nőknél átlag 20%-ra rúgott fel a szájjenezsmegbetegedések száma, de voltak hónapok, mikor a rhagados nők 75%-ánál (1895), máskor 58%-ánál volt soor! vagyis a *szoptató rhagadképződése az újszülött szájjenezsére praedisponáló momentumul tekinthető*. A rhagadok úgy segítik elő a szájjenezs fejlődését, mint a hogy a bimbó mosása általában; a rhagadok borogatására szolgáló gyenge carbol-oldat ugyanis nem öli el a szájjenezs csirait; a borogatóvízben (melyet egy kórodán sem változtatnak olyan gyakran, hogy a gomba kifejlődése megakadályozva legyen), legyen az akár egy 2%-os bőr-oldat, akár egy 1%-os carbol-oldat, a soorgomba vegetatioja nem szűnik meg teljesen. A csészék, melyekben a borogatóvizet tartják, a borogatásra szolgáló vatta, gaze vagy vászonleányok ugyancsak elég gyakran inficiáltak szájjenezs csirókkal. Helyesen említette *Kehrer* is már a soor tovaaterjedésének ezen útját az emlőbimbó által, klinikai szempontból azonban tudtommal eddig erre nagyobb súlyt nem fektettek. *Kehrer* megemlíti ugyancsak azt is, hogy szopóúvegek gyakran képezik a szájjenezs tovaaterjedésének közvetítő útját. Ez

a körülmény ma már, mikor a szopókák sterilításáról inkább gondoskodunk, nem játszik olyan fontos szerepet; hanem igen nagy szerepet kell tulajdonítanunk a bimbóinfectio egy másik, igen gyakori módjának, melynek az okát a *tejszívek* képezik. És itt valóban azt kell mondanom, hogy a tejszívek sterilítására még sehol sem fordítanak kellő figyelmet; nekem akárhányszor sikerült a tejszíven sooresirákat kimutatnom, illetve kitenyésztenem. Miután pedig ezen tejszíveket egyik anya a másik után használja, természetesen, hogy rhagadok esetén egyik bimbó a másik után infectiát szorral, és így terjed egyik gyermekről a másikra a szájpénész.

Itt meg kell említenem Hofmeyer würzburgi tanár megjegyzését, melyet a soorra nézve kérdő íveinkben találok: „miután a szopótatók bimbóinak nagy vulnerabilitása folytán a legtöbb bimbóvédőt használ (a mely pontosan tisztítatik), *soor nagyobb számban jön elő*”. Ezen észlelet az általam említetteknek ékesen szóló bizonyítéka.

Valóban, azt kell mondanom, hogy azon csodálkozom, hogy a bimbó megbetegedések óriási száma miatt még több szájpénészt nem látunk! Részemről a rhagadképződés és a soor közti összefüggés bizonyítékát vélem azon körülményben is látni, hogy a soor a hatodik életnap előtt csak ritkán észlelhető, a mint azt Runge, Epstein, Eröss és majdnem minden szerző hangsúlyozza. Platzer Sándor újabb vizsgálatai szerint pedig a rhagadképződés tetőfoka a II., III. és IV. napra esik a születés után (660 eset közül az 1-ső napon 22, a 2-dik napon 200, a 3-dik napon 257, a 4-diken 117, az 5-diken már csak 42, a 6-dikon 8, a 7-dik napon csak 4). A rhagadok képződése tehát 1–2 nappal legalább megelőzi a szájpénész fejlődését. Platzer hangsúlyozza, hogy szép eredményeket ért el a rhagadok száraz kezelésével, jobbakat, mint az eddig általában szokásos carbol-borogatásokkal; ezt már az újszülöttek szájpénészenek prophylaxisa szempontjából is fontosnak tartom és lehetőleg kívánatos volna vagy ezen száraz vatta-kezelés, a melyet Platzer ajánl, vagy egy más oly eljárás, mely mellett soor fejlődése inkább el volna kerülhető. Talán még thymol-oldattal vagy sublimattal is lehetne kísérleteket tenni, mert a carbolkezelést a szájpénész szempontjából semmiesetre sem tartom kielégítőnek. Legfontosabb azonban a *césészék gyakori sterilizálása, valamint az alkalmazott borogatóvíz gyakoribb változtatása*, melyeket elengedhetlen feltételnek kell tekintenünk. Igen fontosnak és öröndetesnek találom, hogy a kérdőíveinkre beérkezett egyik válaszban (Flandrin tanár Grenobleból) az ottani soorstatisztika következő adatát találok: 1. 1889–91-ben 5.9% a soor, 2. 1892–98-ig született 1220 gyermek közül egynél sem lépett fel soor, 1896–98-ig egy más sorozat gyermeknél 202 közül egy eset fordult elő. Flandrin pedig szóról szóra ezt mondja: *c'est dire que depuis plusieurs années le muguet a disparu de nos salles, et ceci depuis que l'on veille méthodiquement à l'asepsie de mamelon, soit à partir de l'année 1892*. Flandrin ugyan végeztet bimbómosásokat, de ez nem von le az észlelet értékéből, mert 1. zárt césészékben áll a bimbómosó folyadék, 2. naponta többször változtatva lesz és 3. a bimbó az egyes szopatások között sem áll szabadon, hanem állandóan borsavas vattával van fedve. *En sem akarom még azt mondani, hogy hagyjuk el a bimbómosásokat, hanem végezzük azokat oly módon, hogy ne segítsék elő a soor fejlődését.*

És itt vissza kell térnünk a tejszívek kérdéséhez. *Feltétlenül szükségesnek tartom, hogy csak olyan tejszívó használtassék, a mely sterilizálható*; ez ép úgy kívánatos az anya, mint a gyermek szempontjából. Teljesen elvetendő mint czélszerűtlen és nem tisztítható a ma még oly szokásos ballonos tejszívó, és csak az Auerd-féle használata engedhető meg. Szükséges azonkívül, hogy a tejszívek gyakran sterilizáltassanak és egyik szülőnő a másik után a tejszívet ne használhassa, a míg az nem sterilizáltatott.

Az újszülött védelméről levén szó, még más pontokról is meg kell emlékezni. Ilyen a Bednar-féle aphthák kérdése; úgy a soor, mint a Bednar-aphthák szempontjából egyaránt ajánlatos a szájmosságok elhagyása a kórodán, és azt vélénk, hogy ez a kérdés már eléggé le van tárgyalva és bebizonyítva. De kérdőíveink nem bizonyítják ezt! 36 kóroda közül még 28 helyen végeznek a szájmosságokat; a kérdőívek feleleteiből azonban egyúttal az is kiderül, hogy legtöbb helyen nem veszik észre vagy nem

fordítanak rá elég figyelmet! Még leginkább egységesnek látszik a szülőházak kezelése az esetleges mesterséges táplálás szempontjából, a mely már mindenütt sterilizált tejjel történik és már majdnem mindenütt eltűnt az a rossz szokás is, hogy az első életnapokban teát adnak az újszülöttnak!

Valóban elszomorító azonban azon adat, mely a lelenczházakra vonatkozik. Ugyanis csak az képezheti az újszülöttek szempontjából a megfelelő helyzetet, ha a szülőház direct összefüggésben áll egy lelenczházzal; ez egy oly conditio sine qua non, a melynek elmulasztása igen számos gyermek életébe kerül egyrészt, de az anyákra nézve is a legnagyobb hátránnyal jár. A 8–10. nap kijön a szegény szülőnő, sokkal gyengébb még, mintsem munkát vállalni képes legyen, a gyermekével nem tud mit csinálni; bizony ez olyan nyomor, a mely sürgős segítséget követel és kérdőíveim tanúsága szerint 36 szülőintézet közül lelenczházzal összeköttetésben csak 11 van (egy harmadnál is kevesebb!). Ennek a hiánynak nagy horderejét még leginkább a szülésznek kell érezniük és nem lehet nemesebb törekvés, mint ezen segíteni! Mert a lelenczháznak csak akkor van meg teljes hivatása, csak akkor teljesítheti minden tekintetben kötelességét és csak akkor válik úgy az anya, mint a gyermek szempontjából áldásossá, ha a szülőházzal direct összeköttetésben áll, illetve ha a szülőház munkáját is átvenni, könnyebbíteni képes!

Mert a szülőház vagy kóroda munkájának, terhének csökkentése az, ha beteg újszülöttek anyjukkal a lelenczházba küldetnek, sőt az újszülöttek lappangó infectioi, melyek nagy része nem is kerül kitörésre a kórodán töltött 9–10 nap alatt, csak így képezhetik megfigyelés s esetleg gyógykezelés tárgyát. Az adott viszonyok közt — ezt kénytelen vagyok kimondani — a szülészeti kórodák legnagyobb része az anyák elbocsátásánál nincs tekintettel az újszülöttnak még manifest megbetegedéseire sem, úgy, hogy ha az anya egészséges, a gyermeknek még súlyos betegsége esetén is el lesz bocsátva az anya gyermekével együtt. A szülőházak szempontjából ez teljesen érthető is, mert hiszen legtöbbszor helyhiánnyal küzdenek, de mégis szükségesnek tartanak, hogy oly helyeken, a hol a szülőház nem áll összeköttetésben lelenczházzal, maga a kóroda rendezzen be egy kis elkülönítő osztályt, a mely azon anyákat fogadná be, kiknek újszülöttjei betegek; életgyenge, koraszülött gyermekek befogadásáról ugyan csak ez osztálynak kellene gondoskodni. Mert az, hogy ilyen beteg gyermekeket gyermekórházakba utasítanak, sokat nem ér. A gyermekórházak mai felszerelése mellett, újszülöttek felvétele anyákkal azokban nem történhetik meg; vagy lelenczházat kell tehát állítani, vagy csecsemőórházat, vagy a szülőháznak magának kell gondoskodni a beteg újszülött ellátásáról. Ez utóbbi, megvaló-
lom, előttem a legtermészetesebbnek látszik.

Az elmondottakat a következő pontokban foglalhatom röviden össze:

1. Kívánatos, hogy az újszülöttek ép és kóros viszonyainak tanulmányozása a szülőházakban és kórodákban fokozottabb mértékben történjék; e célból az újszülöttek megfigyelésével gyermekorvos bizándó meg.

2. A szülőháznak feladata, hogy arra is fordítson némi gondot, hogy az anya a gyermekével való bánásra oktató népszerű iratok, fali jelzőtáblák által kitaníttassék.

3. Épen úgy, mint a hogy minden más kórodai beteg, úgy az újszülött is kórodai ruhában tartassék; a behozott fehérenemű egyáltalában nem, vagy csak kivételesen használandó, de sohasem előzetes kimosás és sterilisatio nélkül.

4. A helyes köldökkezelés kritériumát az képezi, hogy minél kevesebbszer jöhessenek érintkezésbe a köldökesonkkal idegen és így esetleg fertőző anyagok; a köldökfertőzés távoltartása a gyermekek szempontjából a legfontosabb működése a kórodának.

A helyes köldökkezelés elvei: a) az újszülöttet külön bába vegye át, b) a köldök leköttése előtt a leköttési helyen a zsinór összenyomassék, c) leköttés után, de a hurok meghúzása előtt a csonkból, melynek 1–2 cm.-nél hosszabbnak nem szabad lenni, a vér kiszorítandó, d) leköttés után a fürösztés oly gyorsan végeztesék, hogy az újszülött le ne hűlhessen, e) fürdő után a csonk pontos letisztítása, legajánlatosabban sublimat-alkohollal végzendő;

legtöbbször az első kötés tisztaságától függvén, hogy jön-e létre infectio vagy nem, minden használt eszköz vagy kötszer abszolút steril legyen, f) a köldökesonk vattába vagy gaze-lebenybe csavarva a has baloldalára hajtatik s 2—3-szor a has körül vezetett köldökpólyával rögzítetik, g) ezen kötés a köldök leeséseig nem igen változtatandó, kivéve ha piszkos lett; ilyenkor is elegendő legtöbbször a pólya eltávolítása; ha kötést változtatunk, a köldök, különösen tapadása helyén, sublimattal mosassék meg, kötés-változtatás indicatioját csak a gyermek lázas állapota képezheti; a fürösztés a köldök leeséseig korlátozandó, h) a köldökesonk leválása után a gyermek naponta fürdik, száraz köldökkezelés, esetleg hintőporok alkalmazhatók.

5. Szájmosások az újszülöttnél ne végeztesse; kétségtelennek látszik, hogy a szájmosások, bimbókezelés és a soor fejlődése között okozatos összefüggés létezik; miután a helytelenül végzett bimbómosások a soor fejlődését elősegíteni látszanak, ezen tényre tekintettel kell lenni és pedig úgy, hogy a bimbómosások korlátozandók.

a) Erős antiseptikus oldatokkal végzett bimbómosások megszüntetik a soort, de rhagadok képződését segítik elő; leggyakrabban a soor fejlődése vízzel végzett bimbómosásoknál.

b) Rhagadok esetén soor gyakran fejlődik; a rhagadok kezelése tehát úgy történjék, hogy ez lehetőleg elkerültesse; legnagyobb súlyt kell fektetni a tejszívó eszközök sterilizálhatóságára.

6. Megbetegedett újszülöttek lehetőleg ne adassanak ki házi kezelésbe; ha a kóroda nem áll — a mi pedig kívánatos volna minden esetben — lelencházal összeköttetésben, úgy a kórodán kell felállítani egy kórosztályt debilis, koraszülött és beteg újszülöttek megfigyelésére, melyen azok anyjukkal tartassanak.

Nem marad hátra más ezen fejtegetések elmondása után, mint lehető legnagyobb köszönetem kifejezésével adózni azon hazai, valamint külföldi szülész uraknak, a kik a kérdőívek pontos kitöltése által lehetővé tették, hogy felállított tételeimet adatokkal is illusztráljam; a legnagyobb köszönetem és hálám azonban Tauffer Vilmos dr. egyet. tanár urat, a budapesti II. szülő- és nőbeteg-kóroda igazgató tanárát illeti, a ki oly kegyes volt nemcsak észlelésre átengedni a kóroda újszülött anyagát, de azt is megengedte, hogy észleleteimet az érdemes gyermekvédő congressussal is közöljem, fogadja ezért leghálásabb köszönetemet.

Irodalom. 1. Winckel: cit. Lange: Physiol. des Neugeb. 2. Edlefsen: Archiv f. Gynäk. 15. k. 3. Haake, Gregory, Kézműszky: cit. Lange I. c. 4. Eröss: Pester med. chir. Presse 1885. 5. Preyer: Physiol. des Embryo. Lipsee. 6. Kézműszky I. Eröss: Archiv f. Gynäk. 41. k. 7. Hofmeier: Zeitschr. f. Geburtsh. IV. 8. Milne-Edwards: Notes cliniques. 1889. 9. Pirory: Virchow-Hirsch, Jahresbericht, 1870. II. 10. Eröss: Archiv f. Gynäk. 41. k. 409. I. 11—12. Fagonsky és Cholmogoroff: cit. Runge, Krankheiten der ersten Lebensstage. 13. C. Troitzky: (Soranus Ephesius, Pädiater der ewigen Stadt) Archiv f. Kinderkrankh. 17. kötet. 14. British med. Journal 1884. szept. 27. 15. Eröss: I. c. 16. Doktor S.: Pester med. chir. Presse 1893. 12. sz. 17. Epstein: Med. Wandervorträge 1888. 18. Berend: Orvosi Hetilap (Gyermekgyógy. melléklete) 1898. 19. Lassar: cit. Jacoby: Therapeutic of Infancy. 20. Grösz Gy. Orvosi Hetilap 1895. 21. Kehr: Über den Soorpilz, Heidelberg. 1883. 22. Platzer Sándor Archiv f. Gynäk. 1899. 58. k. 243. I.

Közlemény Konrád Márk dr. kir. tanácsos, a nagyvárad m. kir. bábaképezde igazgató tanárának szülészeti kórodájáról.

Ujabb adatok az újszülöttek haematológiájához.

II. közlemény.

Közlő: Schiff Ernő dr. gyermekorvos Nagyváradon.

(Folytatás.)

A vér fajsúlyának a vörös vértestecskék számával való összefüggésére nézve utalok a fennebb példaképen közölt táblázatra (Kiss Ilonka), a miből elég világosan látható, hogy szoros összefüggésről e tekintetben sem lehet szó. Elég, ha röviden arra utalok, hogy míg a vörös vértestecskék száma a 3—10. életnap között nagybárra 6.5 millió körül ingadozik, a vér fajsúly 1.0809—1.0620-ig terjedő értéktartományokat mutat, még pedig többször oly módon, hogy a vörös vértestecskék számának emelkedését a vér fajsúlyának csökkenése kíséri s fordítva. Pl. 18/III. reggel a vörös vértestecskéknek 6.330,000-nyi száma mellett a vér

fajsúly 1.0809 és 19/III. reggeli 6.624,000 vörös vértestecske mellett 1.0740; viszont 25/III. reggel 6.620,000 vörös vértestecske mellett csak 1.0654 és ugyanazon este ugyanazon számnak csak 1.0620 fajsúly felel meg. Hasonló magatartást látunk a már említett 12 felnőtt ifjúnál végzett vizsgálati adatokból, a mennyiben pl. egy esetben 8 millió vörös vértestecske mellett a vér fajsúly 1.0620, egy másik esetben 6.190,000 vörös vértestecske mellett 1.0688 és egy harmadik esetben 6.855,000 vörös vértestecske mellett 1.0620.

A vér fajsúly és a vörös vértestecskék száma közötti összefüggés ellen szól még szerintem azon körülmény is, hogy míg — a mint azt az előzőkben kimutattam — a vér fajsúly és az újszülött fejlettsége között határozott összefüggés van, a mennyiben a gyengébben fejlett újszülöttek vérének fajsúly alacsonyabb s fordítva, addig a vértestecskék számát illetően annak idején végzett idevonatkozó vizsgálataimnál ellenkezőleg azt találtam, hogy épen a gyengébben fejlett újszülötteknél voltak gyakrabban képviselve a maximális számértékek. Igaz, hogy idevonatkozó közleményeimben kiemelttem, hogy ezen körülményt csak annak tulajdonítom, miszerint a gyengébben fejlett újszülötteknél gyakrabban és könnyebben lépnek fel olyan zavarok, melyek a vérben foglalt alakelemek relatív számának megszorodását idézik elő, ámde ez mitsem változtat a dolgon, mert ha a vörös vértestecskék száma és a vér fajsúly között tényleg fennállana egy szorosan vett párhuzam, úgy a vér fajsúlyának is a gyengébben fejlett újszülötteknél kellene magasabb értékeket mutatnia.

Végül ellene szól szerintem az említett összefüggésnek azon már előzőleg általam jelzett körülmény is, a mely szerint a későbbi leköthet újszülötteknél nem találtam meg a fajsúlyértékeknek azon, a 3—4. életnapig terjedő fokozatos emelkedését s innen kezdődő fokozatos alászállását, a melyet találtam annak idején végzett vizsgálataimnál a vörös vértestecskék számát illetően. Ha a vér fajsúlyra vonatkozó értékek hasonló magatartása egyes esetekben halványan kifejezésre is jutott, az esetek legnagyobb részénél ez mégis hiányzott, másrészt korai leköthet esetekben is jutott néha kifejezésre.¹

Számos és rendszeres vizsgálataim alapján tehát azt kell mondanom, hogy egészséges újszülötteknél a vér fajsúly és haemoglobintartalma, valamint a vér alakelemeinek száma közötti parallelismus nem áll fenn. Hogy mennyiben áll fenn ilyesmi egészséges felnőttek vörösvérsejtében, azt daczára a már említett 12 ifjúnál végzett vizsgálati eredményeimnek, a melyek szintén ellene szólnak ilyennemű szorosabb összefüggésnek, legalább is kérdésesnek kell tartanom. Kérdésesnek kell pedig tartanom nemcsak azért, mert a mint láttuk, a nézetek nagyon eltérők, hanem főleg azon okból, mert az e tekintetben alapul szolgáló adatok nem egészséges egyéneknek folytatlagosan végzett vizsgálatok, hanem beteg egyéneknek végzett és túlnyomóan egyes vizsgálatok

¹ Érvül használok fel eme a késői leköthet esetekre vonatkozó s általam nagyszámú vizsgálatok alapján megállapított magatartását a vérben foglalt alakelemeknek, daczára annak, hogy Knöpfelmacher* feljogosítva érzi magát 12 esetben végzett összesen 84 egyes vizsgálata kapcsán ezen állításomat kétségbe vonni. Érvül használok pedig annál is inkább, mert a midőn én engem egyik oldalról csafolni vélt, öntudatlanul egy másik általam csak tartózkodással kimondott állításomat erősítette meg. Ő t. i. az icterus neonatorum tanulmányozása céljából végezte az említett néhány késői leköthet esetben a vizsgálatokat és kiemeli, hogy az általam jelzett magatartását a vörös vértestecskék számának nem találta meg. Ámde én icterus-tanulmányomban rámutattam arra, hogy három olyan késői leköthet esetben, a hol vizsgálataim folyamán icterus lépett fel, a vörös vértestecskéknek az első három életnapon át mutatkozni szokott fokozatos emelkedése kimaradt, s bizonyos tartózkodással felvettem a kérdést, nem lehetséges-e, hogy később leköthet újszülötteknél icterus fellépte esetén épen azért marad ki a vér alakelemei számának kezdetbeli fokozatos emelkedése, mert az a bizonyos többlet a vörös vértestecskéknek egy bizonyos célra el lesz használva? Ő tehát adataival legfeljebb csak megerősítheti azt, a mit én három késői leköthet esetben tett észleletem alapján csak tartózkodással mertem kimondani, hogy t. i. icterus neonatorum fellépte esetén a vörös vértestecskék számának első három napi fokozatos emelkedése kimarad, de semmi esetre sem bizonyíthatja azt, hogy az általam jelzett menete a vörös vértestecskék számának icterus fellépte hiányában sem mutatkozik, miután ilyen esetet egyáltalában nem vizsgált.

* Knöpfelmacher. Das Verhalten der rothen Blutkörperchen beim Neugeborenen mit Rücksicht auf den Ict. neonat. Wiener klin. Wochenschrift 1896. 43. sz.

eredményei. Részemről feltétlen és szoros összefüggést a vér fajsúlya és a vörös vértesséskék száma avagy a vér haemoglobintartalma között nem is várok, mert hiszen a vér fajsúlya nemesak a vörös vértesséskék, hanem a vérplasma vegyi összetételétől is függ, már pedig a vértesséskék számlálása magában véve egyáltalában nem ad felvilágosítást azok vegyi összetételéről még haemoglobin-meghatározás kapcsán sem, annál kevésbbé haemoglobin-meghatározás nélkül.

Az újszülöttek vérösszetételére nézve folyamatban levő más irányú vizsgálataim már eddig is meggyőzték arról, hogy a vér fajsúlyát egyes alkatrészek mennyileges magatartásával külön-külön összefüggésbe hozni nem lehet, mert a viszonyok, melyektől a vér fajsúlya függ, sokkal bonyolódottabbak. Nem kívánok itt eme kérdésre részletesebben kiterjeszkedni, miután fenntartom ezt magamnak akkorra, a midőn folyamatban levő vizsgálataim végleges befejezést nyernek; csak röviden kívánom itt megemlíteni, hogy eme vizsgálataimból — a hol a vér szilárd anyag tartalma, hamumennyisége, valamint a vérsavó fajsúlya a vérfajsúly kapcsán egyszerre lesz az első életnapok egymásutánjában meghatározva — az tűnik ki, hogy még a vér víztartalma sincs annak fajsúlyával abszolút szoros összefüggésben, a mint azt különben felnőtteken végzett vizsgálataik alapján *Becquerel* és *Rodier*, *Grawitz*,¹ *Stinzing*,² *Strauer*,³ *Moraczewska*⁴ és *Askanazy* is hangoztattak, mert hiszen a vér fajsúlyát nem pusztán az oldott anyagok mennyisége, hanem részben azok minősége és a különböző minőségű oldott anyagoknak egymáshoz viszonyított quantitativ magatartása szabja meg. Részemről tehát teljesen czéltévesztett eljárásnak kell tartanom azt a törekvést, mely a vér fajsúlyát annak egy bizonyos meghatározott alkatrésze által szabályozottnak igyekszik feltüntetni.

(Folytatása következik.)

Válasz Alapy Henrik dr. észrevételére.

Alapy Henrik egyet. m.-tanár úrnak az Orvosi Hetilap mult számában közölt észrevételére, a melyet a „Thiersch-féle transplantatio a gégebe és légcsőbe” című cikkemre tett, megjegyzem, hogy cikkem kéziratát a Magyar fül- és gégeorvosok 1899. évi május 25-diki gyűlésén tartott betegbemutatáskor már készen volt, ő pedig esetét később, az Orvosegyesület 1899. évi május 27-dikén tartott gyűlésén hozta nyilvánosságra. Az 1899. évi február 11-dikén Bókay tanár bemutatása kapcsán tett felszólalása pedig könnyen elkerülhette figyelmemet, mert Bókay tanár a bemutatás alkalmával a gégeének diphtheriához társuló heges szűkületeivel foglalkozott, holott én ezen időben, esetemre való tekintettel, a gégetumorok kiirtásának az irodalmát kísérem különös figyelemmel. Cikemből így maradt el az ő esetére való hivatkozás, a melynek prioritását vitassá tenni sem nem akarom, sem nem akartam.

Lénárt Zoltán dr.

T Á R C Z A.

Új hygienés köpöcsészék.⁵

Alkalmas köpetgyűjtő edények fontosságát napjainkban immár nem szükség fejtegetni, hisz egy 1898. januárjában kelt belügyministeri rendelet laikus közönségünk figyelmét is imperative hívta fel rájuk.

Az azonban igenis lehet és érdemes egyet-mást elmondani, hogy *minő legyen* a céljának megfelelni igyekvő köpöcsészé?

Mert a Pandora szelenczjét bizonyára egyöntetiben alkotta meg a mythos képzelme, mint a hogy a sokféle gyáros, nem orvos feltaláló stb., a köpöcsészéket.

S míg a zsebben hordható köpöcsészék egészen helyes alakját ismerjük a *Dettweiler*-féle szerkezetben, addig a régi jó „köpöcsészék” helyéből kiszorító, némi folyadékkal töltött *stabil köpetgyűjtők* és a betegágyánál szereplő *kézi köpöcsészék* alakja, szerkezete valóban nem egyéb, mint változatos, nem egyszer szinte kalandos „utazás a czélszerűség körül”. Hol ez, hol az a nagy bökkén van meg rajtuk, én legalább sem képben, sem valóságban eddig olyat nem ismertem, a mely

¹ *Grawitz*. Über die Anämien bei Lungentuberculose und Carcinose. Deutsche med. Wochenschr. 1893. 51. sz. 1347. lap.

² *Stinzing*. Zur Blutuntersuchung. Verhandl. des XII. Congr. f. innere Med. zu Wiesbaden 1893. 255. lap.

³ *Strauer*. Systematische Blutuntersuchungen bei Schwindsüchtigen etc. Zeitschr. f. klin. Med. 24. k. 295. lap.

⁴ *Moraczewska*. Blutveränderungen bei Anaemien. Virchow's Arch. 144. kötet, 157. l.

⁵ Előadta rajzok és eszközök bemutatásával a budapesti kir. orvosegyesület 1900. márczius 24-diki ülésében és a „Centralverband der Balneologen Oesterreichs” 1900. évi congressusán Raguzában.

a korrekt köpöcsészé *cardinalis követelményeinek* mindenben megfeleltethetett volna.

A legtöbb nem jól tisztítható, más erősen látni engedi a folyadékjába behullott köpetet, a tölsérjük rendesen nem elég meredek fallal bír ahhoz, hogy a tödövaladék jól lecsússzék rajta, soknak az anyaga sem megfelelő, a miből készült.

Egy kis szemle az eszközök során csakhamar elő fogja tüntetni igazamat.

A *stabil* (padlóra helyezendő vagy deréknyi magasságban a falra erősített) köpöcsészék legegyszerűbb mintája egy egyszerű tálc, illetőleg lapos lábas-forma, melyet, ha nincs túlsok görbült felszíne, igen könnyű tisztítani, de sem a köpettel szennyes víz szétlocsanását használatkor, sem a sputum láthatóságát nem bírjuk vele megakadályozni. E két utóbbi bajt teljesen elkerültük az ú. n. homokóra-alakú edénnyel, melynek alsó részében a Zucker-féle eszközön is látható kúp van elhelyezve, itt azonban az alapos tisztántarthatóság vált ellenőrizhetetlenné. A legegyszerűbb az az alak, melynek a köpöcsészék két külön darabból van összetéve, egy alsó csészéből és egy ráalkalmazott tölsérből. Mindennap látunk ily köpetgyűjtőket: az egész 8—11 cm. magas, tölsérje 4—8 cm. mély; mi sem természetesebb, mint hogy ilyen csekély magassági méretek mellett a tölsér belső felszínének alig van esése s alsó szája felette tág, az említett méreteknek 8—7 cm. átmérőjű. A köpet tehát nem jól csúszik le, a kifeeszenés nincs meggátolva, a csésze folyadékja a bennevalókkal együtt látható, s még hozzá a tölsér felső peremének válla, áthajtása miatt az eszköz tisztíthatósága sem a legkönnyebb.

Az az igen helyes intentio, hogy a köpöcsészék nagyobb magassági méreteket adjunk, eredményezett azután mindenféle gyanús fazékalakokat. Egy ilyen, majolikából valót, van szerencsém bemutatni. 18.5 cm. az eszköz magassága s ámbár domború hasával, természetes fogantyúival és kiálló felszíndíszítései révén sok gáncs férhet hozzá ez osztrák készítményhez, a jelentékenyebb magasság már megadja neki azt az előnyt, hogy tölsére is 11 cm. magas, tehát jóval meredekebb, s az alsó tölsérszél átmérője csak 3.5 cm., tehát a belátást az edénybe alaposan gátolja, a szennyezett folyadék szétlocsanását ugyan csak akadályozván.

A hazai eredetű Zucker Henrik-féle stabil köpöcsészék, a mit demonstrálni alkalmam van, 3 külön részből áll: egy vastag tejüvegéből készült csészéből, melynek alapján csúcsával felfelé nyúló (ugyancsak tejüveg-) kúp van, egy a csésze nyílására illő zománczott plémtölsérből s egy fényes pléhkarikából, melyre az eszköz kosmetikus czélból rá van helyezve. Ez utóbbi rész persze csak esorítja a készülék tisztán tarthatóságát, a kúp azonban határozottan eleget tesz annak a feladatának, hogy a köpettel szennyes folyadékfelszín oldalvást helyezze a csészének olyan laterális részébe, mely már a szemnek hozzá nem férhető. S ha nem is a „kipárolgás” van teljesen kizárva, mint a hogy az eszköz leírásai mondják, minden esetre a szétlocsanás veszedelemre a leirt készüléknél csekély. Amde eltekintve attól, a mit a tölsér anyagáról elmondandó lesz, annak, hogy a köpetes bennék ne legyen szembetűnő, egyszerűbb útja-módja is van, nem is említve, hogy a míg a kúp oldalt tereli a reá hulló köpetet, önmaga viszont a rajta tapadó, esetleg be is száradt köpetmaradványt egyenesen kiállítja, erősen megvilágított helyzetében.

A hasonló systema szerint készült Zucker-féle sarokba illő, magas támlás köpöcsészékről azt hiszem, nem kell megemlékezni ott, a hol hygienés eszközökről kívánok szólni.

A kézi, ágy mellé való köpöcsészék sorában a formák még nagyobb változatossága tűnik szemünkbe. A legegyszerűbb itt is a lapos, hengeres, egyenesfalú, nyitott csésze, mely, ha füle nincs, a könnyű tisztíthatóság kellékének eleget tesz, de egyébként a széles nyílással bíró alakok hátrányaival bír. Hasonlót lehet mondani a hozzá közel álló hasasabb formájú köpöcsészékről, csak hogy itt még a kellő tisztaság is nehezebben érhető el.

A tödövaladék szem elől elvonása céljából itt is magasabbá igyekeztek tenni a köpöcsészét, mint azt a stabil eszközöknél láttuk. Származtak azután magasabb, fazékszerű alakok s egy a tejesköcsögről himet varró alkotmány is. Bizonyos czélszerűség tagadhatatlan van bennük, csak a tisztíthatóságuk szenved, mihielyt az edény hasasodásával a belső felszín concavitása nő.

Továbbá keletkeztek egy darabból készült köpöcsészék, a melyeknek felső nyílása tölsérszerűleg szélesedett ki. Ez a módosítás elősegítette a köpet beléjuttatását az edénybe s csak attól kellett félni, hogy az eszköz felszíne lesz nagyon szövevényes alkotású, a mi ismét a könnyű tisztántarthatóság rovására esik. Ez utóbbi szempontból persze a fül is, mint már említve volt — pedig a dombordad oldalú edényeken a biztos kezelhetőség céljából szinte megkívánt járulék — kifogás alá esik.

Utóbb a felső tölsérszerű rész valóságos tölsérré alakul, csupán ennek alsó, az edénybe benyúló részlete nem fejlődik ki s az egész száji darab az edény aljával egy darabból készült. Meglehető jó forma létesült így. Amde a csésze nagy belső homorulata nem tetszett a tisztogathatóság szempontjából s helyébe csakhamar egy felfelé szűkülő kúp alakot alkalmaztak a leirt feltölsér-szájadékkal. A mi megjött a révén, elveszett a vámon. Most (a bemutatott rajz tanúsága szerint) eltűnt a nagy belső concavitás, de körbe futó szöglet támadt az edény alapja kerületén s hozzá szegődött még az ominosus fül.

A kézi köpöcsészék sorában is találkozunk homokóra alakúak, ha nem is a stabil csészéknél említett tiszta kiadásban. A köpet jól el van rejtve benne, csak a többi, már tárgyalt árnyékalak mutatkoznak itt is.

Eddigi szemlénk kellőképp meggyőzhetett róla, hogy a hygienés köpöcsésze egy darabból alig alkotható meg célravezetőben. S hogy ez irányban a túlzott igyekezet hová vezethetett, mutatja egy angol gyártmány: valóságos kávéskanna, felső nyílásában egy 5.5 cm.-nyire benyúló tölesérrrel, mely a kanna felső pereméhez mozdulatlanul hozzá van erősítve. Az edény tartalmát csak a belőle kinyúló csövön át lehet eltávolítani s az a recessus, a mely belső felső szélén köröskörül támad, semmi módon hozzá nem férhető az alapos tisztításnak.

A legtöbb kézi köpöcedény, mely ma már divatban van, ezért két külön darabból van összetéve: az alsó, tulajdonképeni csészéből és egy beléillő tölesérből. Az eszköz megalkotásának alap gondolata szelvényben az volt, hogy a tölesér felső szélé ne haladja túl a csésze peremét, hanem ezen áthalolva kapaszkodjék meg rajta. Így berendezéssel azután egy sereg variatio készült: 6—10 cm. magas eszközök, tölesérjük mélysége 1.2—4.5 cm., a tölesér alsó szájának diametere 4.5—1.8 cm.: csak egyes kiragadott méretek a sokból. Az egyik hengeres, a másik lefelé szűkülő edényű, más ismét hasas stb., kinek füle van, kinek rövidebb-hosszabb fogantyúja, egyiken a hüvelykujjnak szánt peczek, másikon semmi ilyen, a tölesérfedő felesáppantására szolgáló készülék; az eszköz anyaga üveg, porcellán, pléh, köcedény-massa, aluminium, sőt „papiermaché” is.

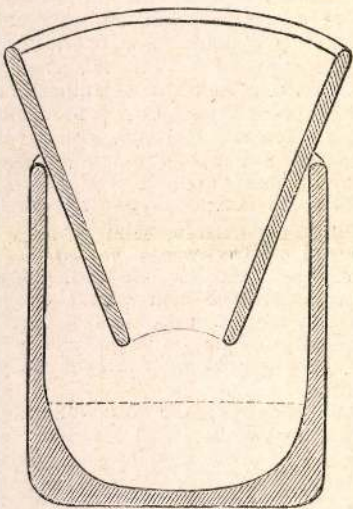
Én megkísérlettem a helyes köpöcedény legegyszerűbb alakját megadni, mely mindamellett, azt hiszem, megfelelhet majd a hygienés köpöcsésze postulatumainak.

Köpöcsészém egy hengeres, a nagyobb alaknál lefelé kissé szűkülő födedényből s egy hozzávaló tölesérből áll, mely utóbbit az edényből felső szélével jó magasan kiáll s csak súlyánál fogva tartja magát a födedény nyílásában.

Ez a berendezés úgy stabil köpöcedénynek, mint kézi csészének is a legegyszerűbbnek mutatkozik.

A kisebb alak, a kézi köpöcsésze dimensioi a következők:

a födedény magassága	9 cm.
a födedény nyílásának átmérője	7.5 "
a tölesér magassága	7 "
a felső tölesérnyílás diametere	9 "



A nagyobb alaké, mely a padlón vagy deréknyi magasságban a falon nyer elhelyezést, ezek:

a födedény magassága	15 cm.
a födedény nyílásának átmérője	16 "
a tölesér magassága	19 "
a felső tölesérnyílás átmérője	20 "

Az eszköz csaknem szigorúan geometriai formái és a jelzett arányok lehetővé tették, hogy szíves segítőm a csésze méreteinek megállapításában, Ruttner Kálmán úr (a Wessely és Tsa műszerész cég főnöke Budapesten) olyan köpöcedényeket gyártathasson, a melyek az elsorolándó sajátságokkal bírnak:

1. A csésze geometriai vonalai mellett kellő magasságot nyerhetett a köpetgyűjtő, annak a veszedelme nélkül, hogy bizonyos nem parlamentaritis edényekhez váljék hasonlóvá.

Ez a jelentékenyebb magasság (a kis alaknál: 12 cm., a nagynál 22 cm.) a következő előnyökkel járt:

a) A magasabb stabil köpöcedény tölesérjébe könnyebb a pontos beléköpés a tödővadásék félrejtése nélkül.

b) Megfelelő meredekséget nyert a tölesér belső felszíne, úgy hogy a köpet gyorsabban csúszik le a gyűjtőedénybe s kevesebb maradékot hagy a tölesér falán. A bemutatott minták egyikén 145°, a másikán meg éppen 159° az a tompa szöglet, a mit a belső tölesérfelső felületén alkot.

A demonstrált Zucker-féle csészén 131°, egy osztrák készítményénél 120°, az én kis mintámnál 115°, nagyobb mintámnál 111°.

c) A nagyobb magasság révén kellő kicsinyű lett a tölesér alsó szája s elegendő mélyre is került, gyengén megvilágítottá lón.

Kis alak Nagyonb alak

Az alsó tölesérnyílás átmérője 2.3 cm. 5.1 cm.

Az alsó tölesérszél távolsága a födedény fenekétől 3.5 " 4.0 "

E méretek mellett a beléállítás a födedénybe, az ott lévő köpetes folyadékra, igen meg van szorítva és nehezítve.

2. A vázolt szerkezet mellett elkerülhetővé vált a legkisebb kishűgellő résznek vagy barázdának az alkalmazása is az eszközön. Ilyen nincs is rajta, mindenütt sima, síkos felszín itt az uralkodó. Teljesen könnyű tisztíthatóság ennek az eredménye, egyszerű öblítés által is.

3. Azzal, hogy a tölesér felső része kinyúlik az edényből, egy olyan felszínt nyerünk a tölesér alsó szélén, mely a kis alaknál 2.7 cm., a nagynál 7 cm. széles lefelé tekintő részt alkot, a hová kis vigyázattal mellett nem igen jut köpet. Ez a felszín lehetővé teszi a tölesér ügyes kiemelését a födedényből a nélkül, hogy a kéz ujjai a tölesér szélével vagy éppen belső szélével érintkezésbe jutnának. Ez először hygienés kívánalom, másodszor az edény korrekt tisztántartásának szintén egyik elősegítője, mert a tisztítást végző cselédség kevésbé fog így feladatától undorodni. A kis alakon az orvosnak tesz jó szolgálatot az említett tiszta felszín, ennél fogva emelheti ki az edényből a tölesért, hogy a folyadékban lévő köpetet megszemlélje.

A köpöcsésze födedényének belső felszínén alul még egy színes jelző vonalat alkalmaztunk körben. Ez a betöltött folyadék magasságát kívánja megjelölni, azt a nívaut t. i., a meddig a vizet, desiniciens oldatot az edénybe töltenünk szabad, hogy az ott lévő őrít felhasználjuk s a folyadék tükre még se érje el a tölesér alsó száját akkor sem, ha bizonyos mennyiségű tödővadásék járul hozzá. A betöltendő folyadék-quantum a kis alaknál 60 cm³, a nagynál 300 cm³, elegendő tehát ahhoz, hogy a köpetet a beszáradástól a tisztogatás rendes időközén át megóvjá.

Meg kell említenem, hogy jóval azután, hogy első mintáinkat már Ruttner K. úr nekem készen bemutatta volt, éppen Ruttner úr szíveségéből a „Thüringische Glasinstrumenten-Fabrik” újabb árjegyzéke jutott a kezemhez, melynek egyik rajzán a tölesér felső része már kinyúlik a födedényből. Csak örömmre szolgál, hogy más is belátta e berendezés előnyeit, ámbár a jelzett kép kevésbé tanúskodik az intézkedés tudatossága felől. A födedény rajta kevésbé magas, erősen domború oldalfallal bír, füllel ellátott stb.

A mi végül a „Kuthy-Ruttner-féle köpöcsészek”-nek, melyeket a budapesti Wessely és Tsa cég fog forgalomba hozni, anyagát illeti, az üveg és köcedényanyag. Egyetlen darab sem lesz zománcozott pléhből, melynek zománca, ha megrepedt, alatta a pléh rozsdásodik s lehetlenné teszi az edény alapos tisztántartását. A jobb praxis számára a Wessely-cég a kézi köpöcsészeket aluminiumból is fogja készíttetni. Ez felette könnyűvé teszi az eszközt, a nélkül, hogy desinfectiojának szabatosága szenvedne, csak lúgokkal nem szabad érintkezésbe hozni. Arra természetesen nem is gondol a cég, hogy papírmaché-csészéket boesáson (könnyűségük kedvéért) forgalomba, mert ha ezeken a lakkok kopik, anyagjuk pár hét alatt már beszívja magába a szennyes folyadékot, a mit ilyenkor a csésze növekedett súlya is jelez.

Ugy gondolom, hogy az egyszerű eszköz — mely, mint értesültem, hazai gyártmány gyártására is olesón lesz árusítható — meg fog felelni a követelményeknek.

Kuthy Dezső dr. e. m.-tanár.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A hólyagbetegségek mai állása.

Közi: Novotny Lajos dr. kir. tanácsos.

(Folytatás.)

A húgyhólyagban a leggyakoribb betegség a gyulladás s az azt követő szövetrováltozás, melyekhez az öregsegi elváltozásokat s ama ritkább bajokat sorolhatjuk, melyek kő és daganatok elnevezés alatt ismeretesek. De legyen bármi, az öregkorban pl. a szövetek természetes visszaféjlődése, továbbá kő vagy daganat a hólyag betegsége: a nyálkás hártya gyuladása előbb vagy utóbb mégis csak jelentkezni fog, mert a hólyag is, mint testünk bármely más szerve, azon törvénynek van alávetve, hogy gyuladásba jó mechanikai, kémiai ingerekre és bakteriumok behatására.

Mint hogy azonban a húgyhólyag mélyen a medenczeesontok között fekszik, természetes, hogy a gyuladás is nagyon ritkán, vagy sohasem lép fel benne elsődlegesen, s így azt vagy az áramló vér tartalma (bakteriumok) okozza pl. typhusban, vagy a hólyagban felhalmozódott izgatató vizelet és a beléje jutott kóros anyag, mint a hogy azt vesébajokban a hólyagba jutott geny, vagy külső behatások, például instrumentális vizsgálatok után látjuk. A bakteriumok felhalmozódásában nagy szerep jut Melchior szerint a bakterium colinak. Érdekes Houston esete, hol 3 év óta tartó cystitis áll fenn s a vizeletben tenyésztésre typhus bacillus található. A vér a Vidal-reactiót adja s a beteg sohasem szenvedett typhusban.

Természetesen a húgyhólyag gyuladása az esetek legnagyobb számában a húgycsőből ered, mert a húgycső leggyakoribb baja a kankós gyuladás s így hólyaggyulladás urethritis posterior nélkül el sem gondolható. Melchior a prostatamirigynak tulajdonít nagy fontosságot a hólyaglob felkeltésében.

Ha tehát a beteg húgycsőbajról, vizeletíngerről panaszkodik: sohasé elégedjünk meg az urethritis s a hólyaggyulladás diagnózisával, hanem keressük azon mechanikai s kémiai ingert (követ, daganatot) s kutassuk fel a pathogen bakteriumok bevándorlásának útját-módját, mely a gyuladásnak okozója. A hólyag lobos bajának orvoslásában a souterain helyet a hólyagmosás foglalja el. Itt az újabb vizsálatok azután felderítették, hogy nem annyira az orvosszer, mint inkább a jó, alapos kiöblítés hat gyógyítólag. Az argent. nitr. még mindig főszerünk. Érdekes dolgot vet fel Bazy, ki azt ajánlja, hogy az orvosságot vaselinnel keverjük,

mely súlyosabb lévén, a hólyag fenekére üllepedik le, s így állandóan hat. Természetesen ehhez még sok szó fér. Messzebb menő a jó tanácsban *Piqué*, ki azt ajánlja, hogy ha mosásokra a cystitis nem gyógyul, végezzük még elég korán a magas hólyagmetszést, ne hogy ascendáló gyulladás köszöntsen be.

A hólyag ideges baja sokkal gyakoribb, mintsem gondolnók, hisz ez természetes is, mert a húgycső, a hólyag s a vese az idegek uralma alatt állanak s így az idegélet alteratioja s megbetegedése, pl. a tabes meg fogja zavarni a húgyszervek működését. Ennek folytán majd a vizeletkiválasztásban, majd pedig annak kiürítésében köszöntenek be zavarok, a hogy azt a hysteriás anuriában s az ideges compressor-görcs alkalmával látjuk.

A húgyhólyag ideges baja (neurosis) leginkább túlságos érzékenységből áll, mely miatt nem tűri meg a vizeletet, mert már 1—2 kanálnyi húgy is vizelesingert okoz.

A betegek szegényrűiek, idegesek, görvél- és gümőkórosok s a hólyag érzékenységét még a vizelet megváltozása (uraturia, oxaluria, phosphaturia) is emeli.

A vizelet genyet sohasem tartalmaz.

A tünetek tehát olyanok, melyek valamely súlyos betegséget kísérnek, hólyagkővet, hólyaggyuladást, hólyagdaganatot stb. Neurosira azonban csak azon esetben van jogunk gondolni, ha a húgyszervi betegvizsgálat eredménye negatív. A betegség igen gyakran ad alkalmat hibás körjelzés felállítására. Ha pedig a localis beavatkozás a kellő asepsis hiával hajtatik végre, a hozzátársuló cystitis még inkább megnehezíti a diagnoszt és súlyosítja a betegséget.

A therapia mai álláspontján mellőzünk minden localis beavatkozást s a gyógyítás az idegrendszer erősítésére irányul.

Vizeletrekedés s a húgyhólyag hiányos kiürítő képessége gyötrelmes, kínzó jelenség. Beköszöntésére a beteget nagy rémület fogja el s a környezetet fejvesztetten fut segítség után.

Ha vizelet után több-kevesebb húgy marad vissza, akkor a hólyag hiányosan működik, azaz insufficiens.

Hogy vizelet maradt-e vissza, azt háromféle módon tudhatjuk meg:

1. a beteg úgy érzi, hogy vizelet után nem ürült ki teljesen hólyagja s kis vártatva vizelni kíván;

2. vizsgálatkor a végbélbe dugott ujj kiérzi a telt hólyagot;

3. biztos eljárás a vizelet után történő húgyesapulás, mely alkalommal a kibocsátott húgy — a visszamaradt húgy (residualvizelet) — mennyisége jelzi egyszersmind az insufficiencia nagyságát, fokát.

A hibás hólyagműködés oka először a vizeletáram elé gördülő akadályokban, másodsor a hólyag izmainak gyengeségében, harmadsor a hólyagot beidegző idegekben keresendő. Az insufficiencia tehát magában a hólyagban s azon kívül fekehetik.

Akadályt gördítenek a kiáramló húgy elé a strictura, a kő, a daganat s a prostata bajai, mikor is a hólyag erőlködéssel igyekszik a vizelet elé gördülő akadályokat legyőzni, s így izmai hatalmasan túlfeszülnek s vastag kötelek alakjában nyúlnak be a hólyag belsejébe (trabecularis hólyag).

Az izmok betegsége, pl. senilis elváltozása, zsíros s amyloid elfajulása többnyire állandó insufficienciát okoz.

Az idegek baja — induljon az bár a környékből ki, mint felszálló neuritis pl. hólyaggyuladást vagy valamelyes más okból, vagy a központból pl. gerinczbagajoknál (myelitis transversa) — hasonlóképen többé-kevésbé állandó hólyaggyengeséget okoz.

Ezekből láthatjuk, hogy a hólyag hibás működésével az életkor minden szakaszában találkozni fogunk. Fiatalabb korban a kankó következményei (strictura) miatt s az öregkorban az izmok öregsegi elváltozásai, az izmok sorvadása miatt, s egyéb betegségekben is, midőn azonban nem insufficienciáról, hanem paralysisról, hólyagbénulásról szokás beszélni.

Midőn a hólyagizmok erős s túlfeszített működésbe jönnek, egyes izmok kötelek között a hólyagfal kifelé tolatik a hólyag felülete felé s diverticulumok képződnek. A diverticulumban kövek is képződnek.

A hólyag lecsapolása sohasem hajtható egyszerre végre, mert a nyomás hirtelen megszűnése nagy vérzést okozhat s az így támadt felületen út nyitunk a fertőző anyagok felszívódásának, mely már sokszor okozott halálos befolyást. *Ripperger* (1899) felvetvén a hólyagnak katheter nélkül történő kiürítését, t. i. hogy bimanualis nyomkodással a végbélen és hasfalán át a hólyagból a vizelet kipréselhető, a contraindicatiót is felemlíti, mint a cystitist, a hypertrophiás prostatát, a stricturát stb.

Az akut, heveny hólyaggyulladás nem önálló betegség, ilyenkor tehát mindig az okot kutassuk. Így ha gyermekeknél hólyaggyuladást észlelünk, köre, agognál öregkori elváltozásokra, prostata túlnagyosra, a fiatal korban kankó- és hólyaggyümőkőrra s csak azután gondoljunk ama körülményekre, melyek mellé a cystitis társul szegődik, daganatra s idegen testre. *Albarán* azt mondja, hogy a cystitisnek nincs specifikus mikroorganizmus, mert ilyenkor a hólyagban sokféle baktérium található. Így *Albarán*, *Halle* és *Legrain* 304 esetben 131-szer találtak bact. colit, staphylococcust 70 esetben. Egy esetben pedig a kankó után támadt cystitisben nem találtak gonococcust.

A hólyaggyulladás leggyakoribb oka a húgycsőkankó és a hólyaggyümőkőrsága.

Az ijesztő tünetek dacára, nyugalomra gyors javulás áll be; a baj összetéveszthető: spasmus vesicaevel, nephritissel, pyelitissel és nephritis suppurativával.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Sternfeld: Über die sogenannte frühzeitige Extraction der sechsjährigen Molaren. Verlag der Wallishauser'schen Hofbuchhandlung, Wien, 1900.

Az I. állandó molaris extractióját a 12-dik életévben már régebbi időben végezte számos fogorvos, mint praeventiv eljárást a szabálytalan fogelrendeződés és fogcaries ellen, mert ez által a szűk fogívben helyet teremünk az áttörő II. és III. molarisnak, s a fogak túlságosan szoros elrendeződésének megszüntetése által jótékonyan hatunk a fogak tartóságára is. *Andrieu* 1888-ban tudományos alapot akart adni ezen eljárásnak, s azt — az azóta már megczáfolt — tételt bizonyítgatta, hogy az I. állandó molaris tulajdonképen még a tejfogazathoz tartozik. *Andrieu* óta gyakran találkozunk az irodalomban ezen eljárás elkeseredett ellenségeivel és lelkes védelmezőivel. A két tábor közt a középútat foglalja *Sternfeld*, a ki kimutatja, hogy jól megválasztott esetekben az I. molarisok extractioja jó hatással van nemcsak mint praeventiv eljárás a fogelrendeződésre és a fogak cariesmentességére, hanem már meglevő anomáliáknál is igen jó eredményt lehet elérni. E tétel bizonyítására az irodalmi adatok beható kritikája után fejtegeti a viszonyokat, melyek között ez az eljárás indikálva van, s statisztikai adatokkal bebizonyítja, hogy épen az I. molarist kell eltávolítani, mert valamennyi fog között ez betegszik meg leggyakrabban cariesben. Szerző számos ide vágó eset közlésével élénkíti munkáját, melyet közel 100 jól sikerült és tanulságos ábra díszít.

M.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A veszettség felismeréséről. *Van Gehuchten* a brüsszeli orvosi akadémia f. é. január 27-dikén tartott ülésében előadta, hogy a rabies kórbonczatana eddig három phasison ment át. 1875-ig csak a makroszkopikus laesiokat ismerték, mint pl. a meninx hyperaemiáját. A második korszak *Benedikt* és *Kolesnikov* munkáival kezdődik és 1890-ig tart. Ez alatt az idő alatt vascularisatio laesiokat írtak le, melyek a véredények dilatációjában és pangásában, a kis erek thrombosisában, továbbá miliaris góczokat utánzó edény- és sejt körülötti infiltrációban álltak. *Benedikt* és *Kolesnikov* munkái azt a gondolatot bizonyították, hogy a rabies voltaképen myelitis és encephalitis. *Benedikt* valamennyi tünetet a vascularisatio zavarairól magyaráz. *Schaffer* a symptomákat a gerinczvelő hátsó szarvainak myelitisére vezeti vissza. Az 1890-ben kezdődő harmadik korszakban a szerzők főképen az idegsejtek laesiojával foglalkoztak. *Popov* a motorikus idegsejtek festvényes sorvadását vette a motorikus tünetek okául, mely sejtekre *Schaffer* hívta fel a figyelmet. *Schaffer* az idegsejtek elfajulásának különböző alakjait írja le, melyeket azonban nem tekint lényegeseknek a tünetek előidézésében. *Babes* 1892-ben ragaszkodik a pericellularis miliaris góczok fontosságához, melyeket rabikus tuberculumoknak nevez el, 1898-ban azonban elismeri, hogy azok fix vírussal oltás után eldögölt házinyulaknál hiányzanak. *Golgi* a sejtnak és a sejtmagnak sokféle laesioját írja le, melyek közül egyik sem specifikus a rabiesre nézve, melyeknek ensemble-ja mégis jellemző kórszövettani képet adna. *Marinesco* a hűdési jelenségeket a gyökökben lévő idegsejtek chromolysiséből magyarázza.

Van Gehuchten szerint a felsorolt leletek egyike sem jellemző. Ő 1898-ban *Nelis*-szel veszettségben elhullott nyulak, majd macskák és kutyák spinalis és sympathikus ganglionjaiból metszeteket készített, mindig megtalálta a következő tümenényt: újképződésű szövet, melyet valószínűleg az idegsejteket bezáró tokok endotheljenek proliferatioja képezett, lassankint magához ragadta ezeket a tokokat és az idegelemek destructiojához vezetett. Ezen újképződés első stadiumának felel meg a bőr, izmok és inak hyperexcitabilitása, később valamenyi idegelem tönkremenetele maga után vonja az anaesthesiát és a paralyisist. A motorikus pályák épek maradnak, s az állapot csak azért paralytikus, mert érzéketlen. Ezt *Van Gehuchten* reflex paralyisnek nevezi.

Veszettségben elhalt két ember boncolásánál *Van Gehuchten* a központi idegrendszerben semmi nevezetes leletre sem akadt, a cerebrospinalis ganglionokban ellenben ugyanazon elváltozásokat találta, mint a nyulaknál, kutyáknál és macskáknál. A lelet szerinte pathognostikus értékű.

Degivé felszólalásában közli, hogy az ő kísérletei igazolják *Van Gehuchten* leletét. 15 gyanus kutya közül ugyanis 11-nél megtalálták a *Van Gehuchten*-féle tümenet, azután valamennyi kutya velejével inficiáltak más állatot és csak annak a 11 kutyának a veleje idézett elő veszettséget, melynél már előzőleg megtalálták a *Van Gehuchten*-féle tümenet. (*La Semaine medicale* 1900. január 31.)

A párisi „Académie de médecine“ 1900 április 10-diki ülésében *Cornil* felolvassa *Babes* cikkét a veszettség gyors felismeréséről. A vizsgálat a következőképen történik. 1. A maró kutya velejéből beoltunk egy nyúl agyába. 2. Ugyanazon kutya nyúlt agyának egy darabját formalinos alkohollal megkeményítve, 24 óra múlva metszeteket készítenek belőle, azokat megfestjük methylenkével, majd viztelenítjük és gyenge nagytással vizsgáljuk. Ha a szövettani vizsgálat a szürke állományban embryonalis csomókat, egyidejű edényköri vagy általános embryonalis burjánzással és az idegelemek chromatolysisével enged konstatálni, az eb veszett volt. Kísérletek igazolják, hogy csak azon beoltott nyulak pusztultak el veszettségben, melyek az említett leletet felmutató velővel lettek inficiálva. (*La Semaine Médicale* 1900. április 11.)

Ugyancsak az „Académie de médecine“ 1900 április 17. ülésében *Nocard* értekezett az ebdühnek post mortem való felismeréséről. Elmondja, hogy az állatorvos, ha a kutyát csak post mortem látja, sokszor

nem képes megmondani, hogy veszett volt-e az vagy sem. Az oltás csak 15–20 nap múlva ad felvilágosítást. Gyors módszert kerestek tehát Cuillé és Vallée és a gangl. plexiformékban a van Gehuchten és Nelis által leírt elváltozásokra akadtak. Egészséges, vagy más bajban elhullott állatoknál még eddig nem találtak hasonló jelenséget. De Cuillé és Vallée azt is kimutatták, hogy a tünetek csak akkor vannak meg mindig, ha az állat a veszettség következtében hull el. Ha azonban hamarabb megöletik, a leírt szövettani lelet gyakran hiányzik s azért ilyenkor nem lehet azt mondani, hogy az eb nem volt veszett. (La semaine médicale. 1900. április 18.)

Marikovsky György dr.

Közegészségtan.

Mesterséges fényforrásaink korom termelése. A tökéletlen égés és a koromképződés köztudomás szerint egymással kapcsolatos folyamatok, úgy hogy egyiknek jelenlétéből a másikra lehet következtetni. A higienikusoknak (Erisman, Cramer) azonban már régebben feltűnt, hogy látszólag tökéletes égési folyamatnál is, pl. jól szabályozott lámpák-nál a felfogott égési gázok vegyelemzése után egy bizonyos résznyi szén szel sem találtak meg szén-sav alakjában. Rubner újabb ismét kísérletezett ez irányban, a mindennapi életben tett némely észleletétől ösztönözve. Azt tapasztalta ugyanis, hogy a fehérre festett falak lassankint megbarnulnak még olyan helyiségekben is, a melyek kizárólag Auer-égőkkel vannak megvilágítva. Ez csak akkor lehetséges, ha még az Auer-égő is kormoz. Kísérleteihez igen egyszerű készüléket használt, a mely áll egy 50 cm. hosszú üvegcsőből, a melynek egyik vége a vizsgálendő lámpaüveg hengerének felső szélén nyugszik, másik végéhez pedig egy kis fémdoboz van erősítve, melyben egy darabka szűrő papír van kifeszítve. Ezen az üvegcsőn és szűrő papíron 2–3000 liternyi levegőt szívat át, melynek mennyiségét gázóra közbeiktatásával pontosan meghatározhatja. A lámpa gázalakú égési termékei az üvegcsőben lehülnek, a szűrő papír pedig a képződő korom mennyiségéhez képest szürke vagy fekete lesz. Ily módon a leg-tökéletesebben szabályozott Auer-égő vizsgálatánál is a szűrő papír elég sötét szürke színeződést mutat. Az eljárás igen jól használható a levegő koromtartalmainak meghatározására is. (Hyg. Rundschau 1900. 6. sz.)

Filep.

Belgyógyászat.

A guajaktinkturával végzett genypróbát ajánlja újlag Branden-burg. Tudvalevőleg a vérnek a vizeletben való kimutatására a Van Deen ajánlotta eljárást (guajaktinktura és terpentín-olaj hozzáadására kék szín) általános használatba ment át. Azonban guajaktinkturával minden ozonizáló anyag (pl. terpentín-olaj) nélkül is képesek vagyunk kimutatni geny a vizeletben ugyancsak kék elszíneződés által. Az eljárás igen egyszerű és kényelmes, és így általános elterjedést érdemel. De mivel a vizeletben foglalt redukáló anyagok a reactio létrejöttét megnehezítik, illetve meggátolni képesek, ezért egy módosítást ajánl: kevés vizeletet (a geny mennyiségéhez képest 1 cseppből egész 1 cm³-ig) szűrő papírra öntünk; a papírt vízzel mossuk és azután egynehány csepp guajaktinkturát csepegtetünk rá, a mire a vizelettel nedvesített helyek geny jelenléte esetén kékre festődnek. Ugyanezen módosított eljárással a vízzel hígított egynehány csepp leukaemiás vér is adja a jellemző színreaktiót. Mindkét esetben a reactio létrejötté minden valószínűség szerint egy a leukocytákból előállított fehérjenemű anyagnak, a nukleo-proteidok hatásának tudandó be, és a geny oxidáló hatását, úgy látszik, ezen alkatrészenek köszönheti. Azonban a májból, lépéből és a thymus-ból előállított nukleo-proteidok nem képezik meg a guajaktinkturát, hanem csak a leukocytákat tartalmazó szövetekből (mint a csontvelőből) előállított nukleo-proteid, a mely még nagy hígítás mellett is kékre festette a guajaktinkturát. Ennélfogva bizonyos körülmények között ez a különbség felhasználható volna a leukocyták felismerésére nemcsak a máj, lép és vese szöveti sejtjeivel szemben, hanem még az adenoid szövetekben (thymus, nyírkmirigyek) levő lymphocytákkal szemben is. (Münch. med. Woch. 1900. 6. sz.)

Hönig Izsó dr.

A vörös véresejtekben látható basophiluszemcséket Cohn protoplasmaelfajulásoknak tartja, a melyek a vérsérum kémiai megváltozásával, a minőt anaemiáknál mindig van alkalmunk kimutatni, bizonyos összefüggésben állanak. Ezzel szemben némelyek ezen szemcséket a vörös véresejtek magvai maradványának tartják. Ezen felvételt megdöntöttnek tartja azon kísérletével, hogy állatoknál mesterségesen anaemiát idézett elő (körülbelül 1/3-át a vérmennyiségnek bocsátotta ki) és az ezután eszközölt vérvizsgálatnál azt tapasztalta, hogy a szemeses vörös véresejtek nem rögtön a vérvétel után voltak kimutathatók, hanem csak második vagy harmadnap. A rögtön megjelenő szemcsék azt jelentették volna, hogy a vérvetés folytán excessív működésre serkentett csontvelő még nem teljesen kész vörös véresejteket is, melyeknek magva még nincs teljesen kiküszöbölve, adott át a vérkörnek, tehát a látható szemcsék magbéli eredetét bizonyította volna. Ez a hypothesis tehát a fent említett oknál fogva elesik és ezért hajlandó a szemcsék létrejöttét inkább a vérvetés okozta hydraemiának tulajdonítani, a mi mellett szól még az is, hogy a szemcsék feltűnő gyakran polychromatophil módon elfajult véresejtekben találtak. (Münch. med. Woch. 1900. 6. sz.)

Hönig Izsó dr.

A phototherapiáról ír Valdemar Bie, előrebocsátva, hogy az eddigi vizsgálatok csupán 2 biztos tényt állapítottak meg, t. i., hogy a fény a bőrön lobot képes előidézni, és hogy a fénynek bacteriumölő képessége van. A további vizsgálatok megállapították, hogy a sugárzó

hő nem foly be a bőrlob előidézésére, hanem csupán az ibolyántúli sugaraknak van lobgerjesztő hatásuk.

Negatív phototherapiának nevezi Finsen azon eljárását, a melylyel különböző kiütések bántalmát, nevezetesen himlőt iparkodott a kémiai sugarak kizárásával gyógyítani, azon feltevésből indulva ki, hogy ha a kémiai sugarak lobot képesek a bőrön előidézni, akkor a már fennálló lobot növelni képesek és viszont ezen sugarak kizárásával a lob intenzitását csökkenteni lehet. A kísérlet céljából a betegeket az ártalmatlan vörös fénybe helyezte, a mit azok jól tűrtek, kellemesebb lévén ez nekik a teljesen sötét helyiségnél. Eddigél 150 himlő-estet kezelt ilyen eljárással és az összes észlelők az eredményt kitűnőnek mondják; minél korábban kerülnek a betegek ilyen kezelés alá, annál biztosabb a jó eredmény; így a kik még a genyedés szaka előtt kerültek a vörös fénybe, azoknál a genyedés teljesen elmaradt. Chatinière 4 kanyaró-estén ugyanilyen eljárással szintén jó eredményt ért el úgy, hogy szerző ajánlatosnak tartaná azt scarlatinánál és erysipelasnál is megkísérteni.

Attér ezután az úgynevezett „positív phototherapiára“, a melyet Finsen concentrált chemikus fényugarakkal bacteriumok okozta helyi bőrbajoknál alkalmazott. Miután a concentrált chronikus sugarakkal való kezelés legfőbbképpen ezen sugaraknak bacterioid hatásában rejlik, Finsen azt az indicatiót állította fel, hogy a kórfolyamat felületes, helyi és bacteriumokozta legyen. Ezen alapon körülbelül 400 lupus vulgaris-estet kezelt és szép eredményeket ért el; később igen kiterjedt esete-knél időkimérés szempontjából pyrogallol-kenőcs alkalmazásával iparkodott a fénytherapiát támogatni, hogy ez által a bőrt simábbá és a fénynek átjárhatóbbá tegye. Jó eredményeket kapott lupus erythematosusnál (30 eset) és alopecia areatanál (7 eset) is, bár itt a hatás nem oly megbízható. (Therapeutische Monatshefte 1900. január.)

Ullrich Gyula dr.

Sebészet.

Az ulna primaer myelogen kövezethámrákjának egy esetét közli Maier Carola a zürichi Krönlein-klinikáról. 20 éves nő jobb ulnáját elesés közben megütötte. Haematomán kívül a karon semmi sem volt kimutatható. A trauma óta beteg karja állandóan fájt. Egy évvel később felvett skiagramm az ulna felfuvódott voltát mutatta; ennek következtében myelogen sarcomára tétett a diagnosis. Műtét által az ulna az ép csonton belül resecáltatott s az ily réven keletkezett defectus implantált elefántesontdarab által lett pótolva. Gyógyulás per primam, 3 év óta recidivának semmi jele.

A szövettani vizsgálat centralisan a csontban ülő, tipikus hámgyöngyképződéssel járó carcinomát tüntetett fel. Szerző az irodalomból még négy ilyen esetet tudott összegyűjteni, melyek azonban nem minden kétségen felüliek primaer voltukat illetőleg. Saját esetében sem műtét előtt, sem 3 évvel utána más primaer gócot kimutatni nem lehet. Beteg viruló egészségnek örvend. Hogy ez esetben miképen keletkezhetett carcinoma oly szervben melyben eredetileg nincsen hám, azt sem Cohnheim, sem pedig Ribbert teoriájával teljesen megmagyarázni nem lehet. Még a legplausibilisebb az a felvétel, hogy a trauma által a csonton ejtett fissurán át jutott az epithel a csontba, mert az embryonalis csír theoriája jelen esetre meglehetősen erőltetett. (Beiträge zur klin. Chirurgie, 26. kötet, 553. lap.)

Zimmermann dr.

Az orthopaedia az ideggyógyászat szolgálatában ezímen Hoffa oly idegbajok gyógykezelése körül szerzett tapasztalatait közli a terjedelmes dolgozatban, a hol a belgyógyászati kezelés mellett a jó eredmény elérésére még orthopaedikus kezelés is igénybe vétetett. A kezelés a szükséghez képest majd sebészi beavatkozásból, majd különféle támasztó készülékek (gépek) alkalmazásából állott, igénybe véve a massaget és gyógygymnastikát is.

A szerző 13 év alatt 264 idegbeteget kezelt 23 különböző idegbaj gyógyítása végett. A cikk e betegek kórtörténetének a felsorolásából áll, helyenként összegezve az elért eredményt és a kezelés körül szerzett tapasztalatokat. Néha átlépi az orthopaedia határait: így közül egy esetet, a hol arezidegbénulásnál plastikát végzett és ezzel igyekezett helyreállítani a két arczfél symmetriáját.

Nagyon bőven és érdekesen foglalkozik a gyermekbénulás következményeivel, a zsugorodások és különféle következményes elferdülések eredetével és azok kifejlődésének az okaival. Leírja bőven a tenni-valókat a zsugorodások megelőzésére és az alkalmazni szokott támasztó készülékeket. A gyógyeljárásnál a mindinkább elterjedő intrasplan-tationak nagy teret ad és táblázatba összeállítva adja az egyes izmok pótlására lehetséges kombinációkat. Számos kórtörténetet közöl az intézetében szokásos eljárásoknak és azok részleteinek a megismertetésére.

Tág teret nyújtanak az orthopaedicus kezelésnek a cerebra-lis diplegiák. A kezelés természetesen tünetszerű. Küzdünk a görcsösen megfeszülő és zsugorodásokat okozó izmok ellen massage, gymnastika, immutációk, kötések és gépek segítségével. Szerző az ily eseteket 4 csoportba osztja a prognosis szerint. Az első csoportba az alsó végtagokra terjedő görcsös izületi zsugorodás és merevség (Little-féle megbetegedés) tartozik. A második csoportba tartozó esetek azok, a hol a görcsös izületi merevség a felső végtagokon is jelen van, társulva hülyeséggel, látási és beszédzavarokkal. Harmadik csoportba az athetosis, a negyedikbe a cerebra-lis hemiplegiák tartoznak. A második csoportba tartozó betegségekkel szemben tehetetlenek vagyunk, a harmadik és negyedik csoportbeli betegségek prognosisa aránylag jó, de legtöbb eredményt ért el az első csoportba tartozó betegekkel.

Végül közli még a gyógykezelés módját — mely massagéból és gymnastikából áll — tabesnél, paralysis spinalis spasticánál, myelitisnél,

spondylitisből eredt bñulásnál és dystrophia musc. progressivánál. Az elért eredmény ez eseteknél a betegség kifejlődésének foka szerint több vagy kevesebb volt. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. V. kötet, 4. és 5. füzet.)

Kopits.

Kiseb közlemények az orvosgyakorlatra.

Makacs csuklás több esetben sikeresnek találta *Noir* a rhythmikus nyelvttractiókat (Laborde szerint), egy percen át végezve. Az eljárásra Lépine tanár egy régebben közölt esete vezette, melyben egy makacs csuklásban szenvedő betegnél, a kinek erősen lepedékes nyelvét demonstrálás céljából hosszabb időn át kiölve tartatta, a csuklás teljesen megszűnt. (Progrès médical, 1900. 1. sz.)

Scabies gyógyítása. Hopf dicséri a Franciaországban használatos eljárást, mely összesen másfél óráig tart. Az első fél órában a beteg egész testét zöld szappannal és meleg vízzel bedörzsölik; a második fél órát forró fürdőben tölti a beteg, miközben még mindig kenik zöld szappannal; a 3dik fél órában pedig a Hardy által módosított Helmerich-féle kenőcsöt alkalmazzák a bőrre: Rp. Flor. sulf. 20-0; Kali carbon. 10-0; Axung. 120-0. Ezután felölti az illető időközben fertőtlenített ruházatát. A kenőcs 24 óráig marad a testen. Ellenjavalt ezen kúra kiterjedt ekzémánál és lymphangitiszknél, továbbá a gyermekkorban. (Berliner klin. Wochenschrift, 1900. 9. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. június 1.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 19-dik hetében (1900. május 13-dikától május 19-ig.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elvezületett 520 gyermek, elhalt 313 egyén, a születések tehát 207-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 39-5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 23-7, az egy éven felüli lakosságnál: 18-7, az öt éven felüli lakosságnál: 16-3. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 0, morbilli 3, scarlatina 6, variola —, cholera asiaticus —, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 17, apoplexia 6, eclampsia 7, szervi szívhibák 15, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 56, tuberculosis pulmonum et phthisis 65, diarrhoea et enteritis 3, gastro-enteritis 15, rák és egyéb újkepletek 16, ezek közül méhrák 3, morbus Brightii et nephritis 7, rachitis 2, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, atrophia et inanitio 0, marasmus senilis 13, erőszakos halálokozások 15, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 5, baleset 7, kétséges 2 (—). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hó végén volt 2798 beteg, szaporodás e héten 755, esőkkenés 943, maradt e hét végén 2610 beteg. B) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi május 14-dikétől május 20-áig terjedő 20 héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 44 (37), diphtheria, croup 19 (27), hagymáz (typhus) 4 (2), kanyaró (morbili) 99 (99), trachoma 21 (12), vérhas (dysentery) 1 (—), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 27 (18), orbáncz (erysipelas) 23 (17), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (3), ezenfelül varicella 11 (39).

○ **Válasz Halász Henrik dr. úr az „Orvosi Hetilap” 1900. május 27-diki számában közölt megjegyzéseire.** A terjedelmes irodalom átnézése közben elkerülte figyelmemet, hogy az *Imre József* főorvos úr vezetése alatt álló hőmérvázóház helyi *Erzsébet-szemkórházban* rendszeres orvizzigálatokat is végeznek szembetegségeken, mert különben felemlítettem volna. *Halász Henrik dr. úr* cikkében egyébként semmi olyan nem foglaltatik, a mi felemlítés tárgyát képezhetne volna. *Paunz Márk dr.*

✕ **A választások a budapesti egyetem orvosi karán az 1900/1 tanévre a június hó 1-én tartott ülésen következőleg ejtettek meg: Orvostudományi dékán lett: Bókay Árpád tanár; orvostudományi jegyző: Pertik Ottó tanár; szigorlati elnökök: Genssich Antal és Plósz Pál tanárok; kari könyvtárnok: Hőgyes Endre tanár. Rektorválasztók lettek: Kéty Károly, Réczey Imre, Dollinger Gyula, Moravcsik Emil tanárok. Magántanár képviselők lettek: Bartha Gábor és Imrédy Béla e. m. tanárok.**

* **Jótevény sorsjáték az országos orvosi nyugalomdíj-alap javára.** Az országos orvosi szövetség igazgató tanácsa, mint ismeretes, megtette a lépéseket arra, hogy a jótevény célokra engedélyezni szokott sorsjátékokban való részesedést az országos orvosi nyugalomdíj alapja javára is kieszközölhesse. Az elnök és több igazgatótanácsi tag bizottságilag jártak ez ügyben a pénzügyministernél, majd utóbb Kéty Károly elnök, Hochhalt és Nékám tanár tagok a királynál voltak ez ügyben kihallgatáson. A fogadtatás mindkét helyen azt a benyomást tette, hogy az ügy kedvezően fogja megoldását nyerni.

⊕ **Sub auspiciis regis.** Folyó hó 31-dikén d. e. 11 órakor folyt le a tudomány-egyetem központi épületében az idej. sub auspiciis regis doktori avatás. Verebelyi Tibort az orvosi, Gombóc Zoltánt pedig a bölcsészeti tudományok doktorává avatták e módon. Az ünnepélyen, mely az egyetem dísztermében folyt le, Zsilinszky Mihály dr. közoktatásügyi államtitkár képviselte a királyt. A nagytermet előkelő közönség töltötte meg, míg a karzatokat ellepte az egyetemi ifjúság sokasága. A pódiumon Ponori Theurek Emil rektor ült, tőle jobbra és balra Klug Nándor orvostudományi, Timon Ákos jogi, Fröhlich bölcsészeti és Berger hittudományi dékánok, mindannyian díszmagyarban. Zsilinszky Mihály államtitkár Mária Terézia felkoszorúzott képe előtt emelvényen állt szintén díszmagyarban. Előtte egy vörös bársonyvánkon a királyi jelvények feküdtek. Vele szemben a promoveálásra váró ifjak ültek fekete magyar ruhában. Az egyetemi tanács előtt a fakultások pedellusai állottak díszben, jelvényeikkel. Ponori Theurek Emil rektor előadta az ifjaknak, hogy szorgalmuk jutalmául sub auspiciis regis avatja őket doktorrá a király kegye, mire Klug orvostudományi dékán felszólította. Verebelyi Tibort, hogy olvassa fel a pályázat alkalmával benyújtott tanulmányát, Verebelyi a „körtani eszmék történeti fejlődése” című dolgozatát olvasta fel. Ezután Fröhlich bölcsészeti dékán felszólítására, Gombóc Zoltán „az ugor-magyar összehasonlító nyelvészetről” olvasott fel egy értekezést. Verebelyi ezután fölkérte az egyetemi tanácsot, hogy avassa őket doktorrá. Erre előlépett a rektor s először Verebelyi, majd Gombóc tette kezét a feszületre s elmondták az esküt, melynek szövegét Berger hittudományi dékán olvasta elő. Ezután Klug orvostudományi és Fröhlich bölcsészeti dékán ajánlották az ifjakat sub auspiciis regis doktorrá avatásra, mire Ponori Theurek rektorral élén az egyetemi tanács közfoglással doktorrá avatta őket. A kitüntetést Verebelyi köszönte meg, mire a rektor mindkettőjüknek átadta a doktori diplomát és felszólította őket, járuljanak a király képviselője elé. Zsilinszky Mihály államtitkár kucmáját fejére tette és lelkesítő beszédet intézett az ifjakhoz. Ezután a király gyűrűjét az új doktoroknak a következő szavak kíséretében adta át:

„Legyen e gyűrű a multnak jutalma, a jövő záloga és életük irányítójá.” Verebelyi doktor megköszönte a jutalmat, mire a rektornak „Eljen a király!” kiáltásával befejeződött az ünnepély.

⊕ **A budapesti poliklinikai egyesület kórházában az 1899-dik év folyamán — mint azt az igazgató tanács évi jelentéséből olvassuk —**

281 beteg ápolatott 6158 ápolási napon, ambulatoriumában pedig 33,455 beteg fordult meg 144,458 rendeléssel. Ezek közül belső bajos volt 2641, mellüri bajos 1025, hasüri bajos 1151, idegbajos 2421, gyermekbeteg 4660, sebbajos 2660, fogbajos 3482, húgyvisszafolyás bajos 1851, orr-, torok- és gégebajos 2901, fülbajos 2117, szembajos 4471, nőbajos 1002, bőrbajos 3070. Az egyes osztályokon 2 egyetemi rendkívüli és 11 egyetemi magántanár tartott előadásokat, melyeket 329 orvostanuló hallgatott. A laboratóriumban 579 vizsgálat történt; a sebészeti osztályon 159 véres műtétet végeztek. A poliklinika tisztviselői: Erőss Gyula dr. igazgató, Török Lajos dr. titkár, Stern Sámuel dr. pénztáros, Hirschler Ágost dr. gazda, Terray Pál dr. az orvosi testület jegyzője. Az osztályokon működtek: Goldzieher Vilmos, Schaffer Károly egyetemi rk. tanárok, továbbá Stern Samu, Terray Pál, Hirschler Ágost, Schwarz Arthur, Erőss Gyula, Puky Ákos, Feleki Hugó, Rothman Ármán, Baumgarten Egmont, Lichtenberg Kornél, Liebmann Mór, Török Lajos, Vas Bernát egyetemi m. tanárok, Reisz Oktáv dr. alorvos, 22 assistenssel és 17 gyakornokkal. Az 1900-dik évre bevételül és kiadásul 78,972 korona 19 fillérnyi költségvetés van előirányozva.

⊕ **A király látogatása az új központi egyetem épületében f. hó 29-dikén délelőtt történt.** Ő Felsége 3/12-kor érkezett meg az egyetemi épületbe, melynek kapujánál a közoktatásügyi miniszter és az egyetem tanácsa fogadták. Az aulában az egyetem összes tanárai és az ifjúság fogadták a királyt, ki az egész épületet részletesen megtekintette és megelégedésének adott kifejezést.

— **Vámosy Zoltán dr.-t,** a gyógyszer-tanész tanársegédjét az orvosi tanártestület ugyanczen tanész mellé adjunctussá választotta.

— **Kelen István dr. fűdőorvost** a kassa-oderbergi vasút igazgatósága karlsbadi orvosi tanácsadójává nevezte ki.

□ **Helyettes kerestetik** néhány hétre közszégi orvosul. Azon fiatal orvosok, esetleg orvosszigorlók, a kik e helyettességre reflektálni kívánnak, forduljanak Kerkápoli Gyula dr. úrhoz Kecelen (Pest m.).

— **Tudomásul.** Kevéssé használt teljes svéd gyógy-gymnastikai berendezés a mechanotherapia igényei szerint összeállítva, jutányos áron eladó. Tudakozódni lehet: Markus Lajos, Budapest, VI., Bulcsu-u. 7. sz.

△ **Fűdőink személyforgalma.** Lépik V/10. 179.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénés iszapfűdő, melynek 520 m²-méter nagyságú természetes forrásmedencéiben az ásványvíz naponta négyszer megújul, **localis iszapborogatások.** Mindenféle gyógy- és fűdő-fűdők. Kifűdő szállodák. Vendéglő saját áramban. Olcsó árak. A fűdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospectust ingyen küld az igazgatóság.

Dr. **Herózel** egyet. m. tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma” (magánygyógyintézet) **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére) Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kifűdő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospectus.

Vízgyógyintézet bejáró és bennlakó betegek számára a **Herózel-szanatóriumában** (Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.) **Kuthy Dezső dr.,** a hydrotherapia egyetemi magántanárának vezetése alatt. Igen mérsékelt árak. Rendelés új betegeknek (az év minden szakán) d. e. 8—10; hétköznapokon (kedd kivételével) d. u. is 5—6 között.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia (Összes ülés 1900. május 28-dikán.) 341. l. — Budapesti kir. orvosegyesület. (XXI. rendes ülés 1900. május 19-dikén.) 341. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(Összes ülés 1900. május 28-dikán.)

Elnök: Eötvös Loránd báró; titkárok: Szily Kálmán, Gyulai Pál.

Thanhoffer Lajos r. tag: Emlékezés Mihalkovics Géza dr. r. tagról.

Az emlékezéséből szerző kivonata szerint közöljük a következőket:

„Drága Hazánk ez érdemes tudományos Testülete egyik oszlopos tagjának, Mihalkovics Géza r. tagnak, a kitűnő tudósnak emlékét üljük ez ünnepies órában.

Követtem életét gyermekkorától: láttam pajkos eseményeit, komoly fiatal s azután meglelt tudóssá fejlődni; láttuk mindnyájan kar társai legmagasabbra törni őt, kitüntetve úgy a kormány, mint a külföld és hazai testületeink részéről. Láttuk idegemésztő munka közben a tudományosság zenitjét érni el, hogy onnan korán, jóval aggkora előtt, mint villámsújtott bukják le érdemtelenségre, akkor, midőn különben a magyar tudományosságának a még hátralevő dicsőséget megszerezhetette s megkezdett nagyszabású műveit befejezhette volna.

Az ő rövid élete s egész lényünk testi, szellemi és erkölcsi futása szakasztott olyan, mint a parányi, testet egybetevő sejt élete. Ez is nő, életjelenségei nyilvánulnak, hova tovább- és tovább fejlődik, de elérve fejlődésének csúcspontját, tovább nem tökéletesül, hanem letörik, elpusztul s leszál az enyészet ölébe, mert minden mulandó az ég alatt.

Furcsa tragikuma az életnek, hogy meg sem kérdezték bennünket, akarunk-e a világ milliárd és milliárd élő lényei között megjelenni és köztük élni s azt sem fogják tőlünk megkérdezni, mikor akarjuk életünket egy másik ismeretlennel felcserélni, s a mikor magasra vittük és folytonos munkával, küzködéssel, létért való küzdelemmel, véres verejtékezés közben oda jutottunk, hogy a megérdemelt pihenésre babérainkból nyugágyat készíthetnénk magunknak: a kérlelhetlen kaszás bekopogtat ablakunkon s elragad, elvisz magával, azt mondják egy másik, jobbik hazába; de ki tudná megmondani, milyen az a haza? nem alszik-e ki létünk végképen, nem oldódik-e fel az az erő, mely bennünk leledzett, a világegyetem chaosának nagy ködében; vagy tudunk-e majd valamit arról, hogy léteztünk; látni fogjuk-e egymást s meg fogjuk-e ismerni egymást, örvendeni fogunk-e majdan egymásnak újból e másik, boldogabb hazában? Lesz-e ott kárpótlás, azért a sok szenvedésért, a melyet az ember e nyomorult sárrögön átél?

Igen, vagy nem! Ki tudná megmondani; de hiszszük s e hitünk boldogítja s ha Te megdicsőült ott fentről látod azt, hogy Téged halálad után még jobban megbecsülünk, még jobban tisztelünk, jól esik Neked, a mint jól esik nekünk is, hogy bánatos érzéseink némi enyhüléssel, emlékedet megülve, síróda a bús emlékezet cypruságát mi is lerakhatjuk s emlékedet a tudomány e felszentelt csarnokában megünnepelhetjük.

Hogy akadémiánk s Hazánk ez egyik, mondhatni nagy fiának, igazi tudósnak s érdemes tagjának életét, tudományos pályafutását, nagyszabású műveinek s kitűnő buvárlatainak híű vázát adhassam s mint embert is jellemezzem, vissza kell mennem életem emlékeimben a gymnasium padjai közé, azután követnem kell őt az egyetemen, annak egyes intézeteiben; a zenedébe és Sándor-utcai kis, legénykori lakásunkba, a hol egyetemi assistenskedésünk korában az estéket együtt töltöttük; együtt csevegtünk, élményeinket el-elmondogattuk egymásnak s tudományos ismereteinket ki-kicséréltettük épen azon két nevezetes tudományszakban, a melyeket mindketten a legnagyobb szenvedéllyel űztünk s a melyek az orvosi tudomány legpositívabb alapjait rakják le. Ez a két tudományszak az anatomia és az élettan.

Éveken át folyt érintkezésünk egyikünkkel sem maradt nyom nélkül s nem is maradhatott olyanokra, mint milyenek mi voltunk, a kik az utilitarismus legkisebb árnyéka nélkül a tudomány iránt igazi, mondhatni platói szerelemmel s naivitással viseltettünk s annak csakis szépségeit, fenségességét láttuk s a tudományt űztük csakis azért, mert szép és igaz volt, nem tekintve, nem is gondolva e korban arra, vajjon megélünk-e mellette. Mi csak azt néztük tisztá idealizmussal eltelve, vajjon mikor vagy eljutunk-e egyáltalán oda, hogy mi is elérjük nagyjainkat s Hazánknak buvárlatainkkal szolgálatokat tehesünk.

Szép és ideális kor volt az, s azt hiszem azelőtt még jobban és általánosabban is megvolt ez a szép tulajdonság fiatalainkban, mint most. A realistikus irány nemcsak a művészetekben hódít manapság, hanem a salonban is, valamint a küzdelmes élet minden rejtekén. A hamarélés és élvezés mohó vágyának, a csilogni vágyának, az egyénnek, a tudománynak, a művészetnek és mindennek a mi modern s realistikus, túlcitálása megérett századát zártuk le nemrégén. Jobbat

nem fog hozni a mostani század sem, sőt felő, hogy mindinkább rosszabb lesz az utilitarismusba való kapkodás s az abban való áldatlan bennrekedés.

Ezen bevezető után Thanhoffer tanár Mihalkovics Géza tagtársunk életét és irodalmi munkásságát részletesen vázolja, a miket itt mellőzünk, mert a boldogultnak lapunkban a halálát követő számban úgy élete, valamint irodalmi munkássága is ismertette volt, nemkülönben Pertik Ottó tanárnak az Orvosi Archivumban, valamint Waldeyer és Lenhossék Mihály tanároknak német nyelvű nekrológjaikban ismertette vannak boldogultnak élete és művei egyaránt.

Áttérve tanár boldogult Mihalkovics élete folyásának, valamint élete végszakának ismertetésére, ezekből a következők legyenek itt közölve.

Boldogult gyermekkorától, de még inkább későbbben, különösen assistens korában hidegebb modorú s mondhatni begombolkózott volt, különösen attól kezdve, midőn nekem megvallotta, hogy a régi hatvani-utcai bonczatani laboratóriumban, abban az istállónak nevezhető régi vesztőhelyen, a melyben bold. Lenhossékunk oldala mellett ölte egészségét vele együtt, fecskendezésre való erős gőzü massák olvasztásakor erős vérköpést kapott. Arcza rózsái akkor veszték el s egész életében, bár tüdejében, mint teteme bonczolásakor magam is láttam, csaknem egészen begyógyult régi tüdő sebé, arcza vértelen, igen halvány s fiatal korában különös nőies finomságú s fehér volt. A ki közelebről nem ismerte, szótalan modoráról nem is következtette, hogy benne érző szív lakozott s hogy az nemesebb érzelmekre meg-megdobbant s fiatal korában néha-néha a műsákhöz is folyamodott és kellemesen pergő jambusokban s rigmusokban pengette a lantot is.

Tanár korában is magába zárkózott és szűkszavú volt; társaságban azonban, különösen a megrakott finom asztal mellett fel-felvidult, kedélyes volt s olykor-olykor sikerült pohárköszöntőket is rögtönözött.

Egyszer-máskor, különösen élete végső éveiben nervosus volt s ez gyomorgöreseinek tudható be, a melyben, mint maga megvallotta, sokszor szenvedett.

Jó lelkiületére vall, hogy szerette nagyon az állatokat és a virágokat. Remek virágos kertje svábhegyi nyaralójában s abban berendezett házi laboratóriuma mindene volt. Vágya kertje szépiésében kioltathatatlant volt s egész vagyont ölt abba bele. Nagyon szerette a rózsákat, maga és kedves neje maguk szemezgették, oltogatták azokat s évente barátjainak több száz rózsát küldögetett ajándékba. Szeretett nagyon utazgatni; még betegsége közben is kifizutott külföldre az anatómusok congressusaira vagy egyebűvé, hogy intézetek berendezését tanulmányozza.

Előadásai kellenél gyorsabb tempóban haladtak s hallgatói csak úgy kábultak belé, midőn gyorsan pergő nyelvvel rövid háromnegyed óra alatt annyit hallottak tőle, hogy előadása kis könyvet tett volna ki, ha kidolgozva megjelent volna az. Ő abból az elvből indult ki, hogy jó a fiataloknak mennél többet a tárgyról előadni, hogy valami megmaradjon a fejükben. Előadásai azonban bár keresetlenek, a pathostól mentek voltak, mely tudományosságáról tettek mindig tanubizonyosságot. Embryologiai előadásai főleg igen részletezők s e szakmának többnyire csakis egy részére terjedtek ki s igen behatóak voltak.

Mintegy 5–6 évvel halála előtt vívőeres csomóit ferrum sesquichloratum befecskendezésekkel Bécsben gyógyította. A nem nagy, de veszélyes operációt jól kiállotta. Nemsokára erre a különben elég egészséges férfiú betegeskedni kezdett. Gyomorhájai kezdtek gyötörni s mintegy 4 évvel ezelőtt orvosi a gyomorfekély képződését konstataáltak egy nagy vérzés után, a mely csaknem halálos volt rá nézve s az is leendett volna, ha egyik fiatalabb kartársunk Cantani-féle módszer szerint véletlenül a Svábhegyen levő eszközével nagyobb mennyiségű konyhasóoldatnak bőr alá való fecskendezésével elfogyott vére egy részét nem pótolta volna.

Csakhamar helyrejött gondos ápolásra, de magára nem igen vigyázván, ismét vérzést kapott, a mely életét újból veszélyeztette s lassan-lassan alá is ásta, s a hivatalos teendő s még inkább az egyetemi rektorsággal járó izgalmak a letális kimenetelt csakis sietették. Egy augusztusi napon végre kiszenvedett kedves felesége karjai között, az ő s barátjainak őszinte nagy bánatára és tudományosságunk nagy kárára.

Thanhoffer tanár a következőképen fejezi be emlékezésedét:

„Gyászunk kettős. Ünnepeztünk nemcsak mint embert és pályatársat siratjuk, hanem mint kiváló, európai hírű tudóst. Hazánk legelsőinek legelsőjét, a kitűnő anatómust s egyetlen úttörő embryologusunkat.

Gyászunkat még fokozottabban érzi hátramaradt kedves jó lelkiületű, szerető hitvestársa és kedves fogadott leánya, a kik egyúttal munkatársai is voltak. Nyugodjanak meg ők is velünk együtt a kérlelhetetlen sors határozatában. Ő pedig aludja örök álmát békességben; szelleme pedig lebegjen itt a tudomány e hajlékában felettünk s emlékét mi tagtársai kegyelettel őrizzük meg mindenha.”

Budapesti királyi orvosegyesület.

(XXI. rendes ülés 1900. május 19-dikén.)

Elnök: Genersich Antal; jegyző: Lévai József.

Eszmecsere a bábaképzés reformjáról tartott előadás felett.

Bársony János: Animositás nélkül, teljesen elfogulatlanul a magam tapasztalásaira támaszkodva bírálgatom az eddig lefolyt vitát s előre is azt kell bejelentem, hogy jóformán mindenben egyetértek az előadóval, s Tauffer tanár úrnak nagy szónoki tehetséggel elmondott replikájában tulajdonképpen nem tudok találni elfogadható ellenérvet. Olvastam magam is az 1899-ben megjelent memorandumot, élénk figyelemmel kísértem azokat a tiszteletreméltó lépéseket, melyeket ezen a téren a közoktatásügyi ministerium tett s a legjobb mederben láttam a bábatanítást előrehaladni, a mikor a kormánybiztosi kinevezést olvasván, nem tudtam annak más értelmet adni, mint hogy a bábügy rendezését illetékes körök azon az úton látják szükségesnek és jónak, a mely útát Tauffer tanár úr a memorandumában kifejtett. Én azon a véleményen vagyok, hogy az út sem nem szükséges, sem pedig nem áldásos. Azt mondtam először, hogy nem szükséges. A Tauffer tanár úr memorandumuma szerint a meglevő számhoz még 4000 bábára volna szükségünk, hogy — elosztva őket megfelelően — a vidék is bábával el legyen látva; ugyancsak a memorandum szerint már 1897-ben 424 bába a munkából kieséssel szemben a túlproductio; 1897 óta felállították a szombathelyi bábaiskolát s tervben van a kassai és pécsi. Kenézy debreczeni bábatanárnak 1899. évben füzetben megjelent javaslata szerint a bábaintézetek képesek tanfolyamonként az eddig kimutatott 41 átlagon felül 60 tanulót kiképezni, csak az szükséges, hogy a tanulók beküldésére a közsegeket vagy köröket az illető közegek kényszerítsék; Kenézy ezen az alapon tisztán érthetően kiszámítja, hogy így a meglevő intézetekkel is pótolható már öt-hat év alatt az eddigi szükséglet s bizonyára még rövidebb idő alatt akkor, ha a tervbe vett két intézet is munkába lép. Aránylag tehát rövid néhány év alatt a mai legjobb szándékunk és akaratumk szerint állítanók be ezt a bábügyet, a melynek hiányosságát reparálni természetesen még mindig hivatva lesz a mindinkább civilizálódó jövő. Ezzel szemben azt lehet mondani, hogy minden év hosszú idő, a mikor emberáldozatokról van szó. Igaz, hanem hát az a kérdés, hogy az a provisorius intézkedés a czédulás bábakkal olyan nagyon moderálna-e azt az emberáldozatot? Csakugyan olyan áldásos volna-e az, hogy okunk volna letérni erről a mindnyájunk által a viszonyokhoz mérten legjobbnak elismert útról? Nekem az a véleményem, hogy határozottan „nem”. Én 17 éves gyakorlatom alatt vidéken jártamban-keltemben egyetlenegyszer a múlt évben találtam egy bábára, a ki kielégített, ez röviddel előbb kerülvén ki a hosszabb időn át tartó klinikai subordination alól, nem is eshetik a többivel egy serpenyőbe. Valahányszor vidékről előkerültem, mindig keserűség fogott el ezekben az asszonyoknak a járatlanságán s a tárgy fölött gondolataimban odaconcludáltam, hogy rövid az öt hónapi idő ennek a fegyelmezetlen, tanuláshoz nem szokott, az életben másfelé is elfoglalt eszű anyagnak a kiképezésére. Én is tanítással foglalkoztam, mióta orvos vagyok folytonosan s azt láttam, hogy a fiatal, folyton képezés alatt álló, azért fogékonyabb medikusanyag számára is végzetlenül kevés egy félesztendő és hogy ha egy-egy idősebb orvos-társam, a ki az iskola padjáról régebben kikerült, feljött hozzám cursusra, a midőn hat hétig egyedül vele foglalkoztam, ez alatt az idő alatt alig tudtam öt valamieskőre megtanítani. Mit lehet hát várni egy hat hétig képezett 30–40 éves asszonyságtól! Az én véleményem szerint ezek a czéduladiplomások sokkalta több kárt fognak okozni emberéletben, mint a parasztbábák. A parasztbába már tudatlanságának érzetében nem mer tenni, de nem is vár tőle mást az a reászoruló paraszt komaasszonya, mint vigasztaló szót vagy babonát, míg a tudós asszonyságnak többet is kell tenni és fog is tenni. Továbbá a memorandum azt mondja, hogy az 1897. évről összeírt 8616 okleveles bába, kiknek egy bizonyos része még 26 év előtt szerezte diplomáját; no hát az egyszerűen borzasztó volna, ha most 4000 czédulást világba bocsátanánk azzal a tudattal, hogy ezeknek egy jó részével még 26 év után is találkozunk kell a gyakorlatban. Nincs az országnak elég pénze, hogy egyszerre minden vonalon a bábügyet rendezze; ezt elhiszem és sajnálom annak a körülbelül 5000 asszonynak az érdekében, a ki szülés közben vagy következtében elpusztul. Ez a veszteség azonban nemcsak a bába rovására esik, hanem a hiányos orvossegítségére is, még pedig nagyon nagy perzentben és mikor a Tauffer tanár úr memorandumának bekezdő soraihoz a fájdalmas fölkiáltást olvastam a 15 ezer halvaszületett és 145 ezer egy év alatti elhalt gyermek sirja fölött, akkor nem annyira a bába, mint inkább az orvoshiányra, meg a lelenczházra gondoltam. De különben a czédulás bábákat sem kapjuk ingyen! A tanár úr előírása szerint egy czédulás bába-cursus 1800 frtot igényelne és 13 várost sorol fel, a hol ilyenre szükség volna — az évente 24,000 frtot tenne ki. Azután meg a Kenézy kimutatásában azt olvasom, hogy egy bábánövendéket elsőrendű bábaiskolában 40–42 frtból ki lehet tartani s nagyon illetékes helyről tudom, hogy van most is másodrendű intézet, a hol 48 frtba kerül egy növendék. Így hát nagy anyagi hasznót vagy megtakarítást sem látok a czédulás bábák képezésére körül. És hát gondolkozunk csak egészen ösztönös a mód fölött is, a melylyel ezek a czédulások a tudásukhoz jutnának. Kórházigazgatók, osztályorvosok feljőnnének intézetekbe 3 heti cursusra, hogy a mit 3 hét alatt tanulnak, azt 6 hét alatt átadják a czédulásoknak. Én azt merem mondani, hogy tudni könnyebb, mint tanítani, s minél rosszabb, szellemileg ala-

csonyabb az anyag, annál nehezebb azt tanítani; úgy tudom, hogy a bábatanítással rendszeren foglalkozók szorgalmasan dolgozó keze alól félévi cursus után is alig kerül egy-kettő, a ki annyit tanult meg, a mennyi a tanárát kielégíti. Milyen lesz tehát az a tudomány, a melylyel egy vidéki kórházban hat hétig képezett, a faluról berendelt asszony hazautazik czédulás felhatalmazással arra, hogy ő magát okosnak tartsa! A vidéki kórházigazgatókról nem mondom, hogy nem tudnak, sőt többet tudnak, mint mi egyoldalú specialisták, mert nekik mindenhez kell érteniök; de tanítani nem tudnak, már pedig annak, a ki egy fafejű falusi asszonynak meg akarja hat hét alatt töltetni a fejét azzal, a mire okvetlenül szüksége van, annak nagyon otthon kell lenni a tudás és tanítás terén. Tauffer tanár úr úgy mondja, hogy elég, ha megtanulja a kezét mosni; arra, míg a kezét mosni megtanulja, csakugyan felmegy a hat hét és az csak arra való lesz, hogy mert tisztának gondolja, szabad vele polypragmasiát űzni a vizsgálatok tekintetében. Én meg vagyok róla teljesen győződve, hogy az ilyen csak kezemosó bába, már hogy okosnak lássék, fontoskodásból is többet fog vizsgálni, mint az, a kinek volt idő a vérebe átvinni, hogy a vizsgálgatás veszedelmes dolog. A memorandumban még azt is olvasom, hogy a városok túl vannak tömve bábakkal; ezt én nem bánom, mert a hol sok a bába, ott van concurrentia s a hol concurrentia van, ott iparkodnak több tudást, nagyobb qualificatiót szerezni; én nem félek a bábaproletártól, tessék őket nagyon szigorúan büntetni, legyen velük, ha gazságot követnek el, kegyetlen a hatóság; sőt én azt valom, hogy óhajtanám, hogy mindenütt túlproductiót lássak, mert akkor fel lehetne emelni a bábacursusokat fél évről egy évre; és hogy az a mostaninál tökéletesebb kiképzés minden szülés előtt nagyon kívánatos, arról is teljesen meg vagyok győződve.

Mindeneken a legjobb lelkiismeretem szerint végiggondolva, azt ismételem, a mivel hozzászólásomat kezdtem, hogy t. i. a Tauffer tanár úr ajánlotta intermezonnak sem szükségét, sem hasznát nem látom, de sőt ösztönös azt tartom, hogy 4000 ilyen tudatlant évtizedekre szétszórni az országban, ma a XX. században képtelenség, visszaesés s az egészségügyre kártékony intézkedés, s momentán nem tudom belátni, hogy akkor, a midőn a másik egyetemi tanszék feje, a bábatanárokat az egy Konrád kivételével mind s a szülészek nagy többsége az ellenkező véleményen van: miért ragaszkodik a kormánybiztosság a bizonyos és egyenes útról letérő, jövőjében áldatlan czédulás bábaképzéshez!

Dörner Gusztáv: T. Orvosegyesület! Engedje meg nekem is, hogy Hoffmann dr. előadásához és Tauffer tanár hozzászólása után, e kérdésben nyilatkozzam.

Először is, mintán azt hallom, hogy Hoffmann dr. úrnak előadását és quasi támadását nekem imputálják, ki kell jelentenem, hogy H. dr. úr sem itt tartott előadását, sem annak hasonló tartalmú mását a „Magyar Szó”-ban nem az én unszólásomra, hanem egészen sua sponte írta; én pedig tisztelve mindenkinek az ő meggyőződését, neki is, a ki már nem kiskorú ember, szabadjára hagytam, hogy gondolatait ott a hol akarja és úgy a hogy tudja — megengedem, hogy itt-ott talán temperamentumosan — elmondja.

Ki kell persze jelentenem azt is, hogy lényegében a tőle elmondottakkal egyetértek; ellenben Tauffer tanár úr újabb tervezetének ama lényeges részével, hogy nálunk en gros és állami assistentia mellett, az ő saját fővénközsége alatt, ad hoc inscenált 6–8 hetes cursuskban czédulás bábák képeztesse — mert ez a punctum saliens —, nem értek egyet.

Elhiszem, hogy ezzel az én meggyőződésemmel nem törődnek azok, a kik bábügyünk ezt a fajta fejlesztését tervezték és immár keresztül is viszik. És ha ebben az ellentétben nézetben egyedül leledzeném, a mint hiú lehetne Tauffer tanár úr ismételt írásbeli és szóbeli ama nyilatkozata után, hogy vele minden szakember egyetért, akkor természetesen egy szót sem szólnék. De immár itt hallottuk Bársony tanár ellentétes álláspontját és én az összes bábaiskolák tanárainak nézetéről is úgy vagyok informálva, hogy nem értenek egyet Tauffer tanár tervével. Így tehát vigasztal engem az, hogy én is szakemberekre hivatkozhatom, a kiket e tervezet megalkotásában és keresztülvitelében nem kérdeztek meg s a kiknek nézetével szintén nem törődnek.

Tauffer tanár ugyan azt mondja, hogy ez az ő új tervezete ugyanaz, a melyet 12 évvel ezelőtt itt az Orvosegyesület plenuma is elfogadott, miután a puerperalis bizottságban vitátták volt meg. Én nem tudok benne arra ismerni. Ott másodrendű állandó bábaiskolákról van szó, 3 havi cursussal (Ungvár, Szegzárd); itt 6 hetes cursusról, irni-olvasni nem tudó parasztbábák részére egyik-másik megyeszékhelyen, annak kórházában, a hol évente talán van 5–10 szülés, tehát a 6 hét alatt esetleg egyetlen egy sem. Így ezt az ő újabb tervezetét aligha lehet úgy oda állítani, mintha ezt ama 12 év előtti puerperalis bizottság és az Orvosegyesület plenuma is sanctionálta volna. Hanem igaz, hogy sanctionálta az országos közegészségügyi tanács, a hol — a mint Tauffer tanár mondta — tervezete, a melynek fogantatását nem ismerem, egyhangulag ment keresztül.

Nem tudom, kik voltak a referádnál jelen, kik vettek részt a discussioban, mert a jegyzőkönyvet nem olvastam; de azt tudom, hogy az e kérdéshez hozzáférők közül Tóth Lajos dr. ministeri osztálytanácsos úr consternálva volt a tervezet fölött és azt hiszem, hogy egy másik legcompetensebb férfiú, a ki szintén tagja az O. K. Tanácsnak, szintén perhorrescálja a czédulás bábáknak az eddiginél is intenzívebb és kiterjedtebb képzését. Bevallom tehát, hogy engem érdekelne tudni, kik vettek részt az O. K. Tanácsban folyt discussioban, mert az az egyhangú elfogadása a memorandumnak reám olyan benyomást tesz, mintha az Tauffer tanár nagy szaktekintélye előtt való hódolatnak volna a kifejezése, mint a hogy ilyen specialis kérdések sok tagú tanácsban

rendszerint a referens előadása értelmében szoktak egyhangúlag elfogadtatni.

Tauffer tanár úr talán nekem is azt fogja mondani, hogy ha az ő memorandumja érdekelt és kíváncsi voltam egyre-másra ezen bába-reform kérdésében, mentem volna el hozzá s ő kész örömet felvilágosított volna a dolgok állásáról. Én ellenkezőleg azt reméltem, hogy azon a bizonyos enquéten, a melyen, bocsánatot kérek, ha tévedek, de én azt hittem, hogy nem, incidensképpen került szóba ez a fontos kérdés, hogy ezen az enquéten, a melyen az összes bábaiskolák tanárai jelen voltak, hogy egyebek közt arról is nyilatkozzanak, vajjon hajlandók volnának-e az ő iskolájukban az okleveles bábaképzés mellett 6—8 hetes paralell cursusokban czédulás bábákat is képezni, mondom, azt reméltem, hogy ott és akkor Tauffer tanár úr nyilatkozni fog s velünk is szóba fog állani, a mit azonban nem tett, kitérve a discussio elől azért, mert ezen az enquéten ebben a kérdésben határozatot hozni nem lehetett. Hiszen mi csak discutálni szerettük volna a kérdést, csak hallani akartuk argumentumait az ő reformja mellett, miután néhányan közülünk aggályainknak az ilyen bábaképzés ellen kifejezést adtunk és Konrád meg Novák is csak 3 hónapos időtartamban nyugodtak meg.

Tauffer tanár úrnak a múlt szombaton itt az ő megvesztegető, szép és prima előadásában elmondott érvelései, sajna, nem térítettek engem arra a hitre, hogy az, a mit ő most a Belügyministertől reáruházott nagy hatáskörrel csinálni fog, jó dolog lesz, s hogy ebbe csak bele kell nyugodni. Ez bizony nem lesz egyéb, csak egy experimentum crucis, a mint azon az említett enquéten Tóth L. tanácsos úr mondta. El kell hát szenvedni. De kritizálni most is kell és a jövőben is szabad.

Nem akarom per longum elmondani mindazt, a mit fel lehet hozni; nem is fogok a külfölddel előhozakodni, a távol nyugottal, mikor mi most ebben a bábaügyben olyan nagyon keleties izű reformot tervezzük, bár ajánlanám a kormánybiztos úr figyelmébe Romániát, a hová tőlünk visznek bábákat, nekünk hallatlannak tetsző fizetéssel. Az általa felhozottakra reflektálva, bizony kimondom, hogy se a törvénytörvényes „főorvosképezte” „czédulás”, se az újoncz, 6 hét alatt képzett „czédulás” bába nekem nem kell, de sőt azt hiszem, Tauffer tanár úrnak magának se kellene ilyen bába, ha az ő hozzátartozójáról volna szó. Nekem nem kell a szegény falusi, pusztai vagy „vadrkerti” nép számára se, annál kevésbbé, mert éppen ezt a népet kellene a legjobban képzett bábák segítségével megvédeni és megtartani, mert ott van az őserő, melyből a degeneráló városi faj megújodik. És tudom, hogy ő is azt akarja; de mert nem lehet tökéleteset, hát inkább semmit? Így kérdezte a minap. Inkább semmit, mint ilyen rosszat. Mert ez nem jobb a meglevő czédulás bábánál, a kinek a főorvos eddig is kiadta az ő falujára a licentiát.

És itt csakugyan álljunk meg egy pillanatra. Hisz tényleg, az országban van törvényesen creált czédulás bába, a kitől tulajdonképpen senki se veheti el az ő jogát, hogy folytassa a praxisát ott, a hol eddig folytatta. És hol vannak ezek a czédulás bábák? Mert, csakugyan, Tauffer tanár úr utolsó memorandumában azok nincsenek, még a pécsiek és kaposváriak sem, pedig ott 1891 óta együttvéve legalább is 6—700-at képeztek és Ungvárott 1891—96-ig, meg Szegzárdon azóta talán szintén 300-at. Ez már együttvéve 1000 czédulás bába, a kik iskolákban képeztettek! De van ezenkívül a Tauffer-féle első nagy munka kimutatása szerint „főorvosképezte” czédulás bába 2300; ez a szám bizonyára azóta sem fogyott, hisz a pótlásról gondoskodhattak a megyei főorvosok. Tehát aligha tévedek, ha felteszem, hogy van most is az országban 3300 czédulás bába, a ki mind abban a jóhiszemben praktizál, hogy neki ezt a jogot a törvény biztosítja. És úgy látszik, ismerik a törvény ezen clausuláját, mert bátran felveszik eddig a harczt a diplomás bábakkal is. És ha ez a törvény, akkor nem is lehet, nem is szabad tulajdonképpen őket háborgatni; más szóval, a kívánt 4000 újonnan képzendő czédulás bába közül 3300 most is megvan, ezeket nemlétezőnek tekinteni nem lehet, ezeket keresetüktől, brevi manu, megfosztani nem is volna emberséges, ha egyszer odaültették őket. Arra kényszeríteni pedig, hogy talán éppen ők újra szerezzék meg a licentiát, nehezebb lesz, semmint a tervezők talán hiszik.

Nem volt hát egészen alaptalan Hoffmann dr.-nak az a kérdése, hogy ezekkel a meglevő czédulás bábakkal miért nem számol be újabb memorandumában is Tauffer tanár úr.

Tauffer tnr. úr múlt szombaton azt mondta, hogy ezeket az új czédulásokat csak arra akarja megtanítani, hogy ha vajdával bábik, mossa meg a kezét, ne kenje be tehéntrágyával a repedt gátat és ne itasson lúgyot a beteg gyermekágyassal! Hát ezt elmondhatja nekik, de legfőleg azt fogja elérni, hogy majd olyan is megpróbálja, a ki eddig nem hallott róla. Azután azonban megnyugtató, hogy majd készül a „Kis Káté” — a hivatalos bábatankönyv kivonata! Tehát a quintessentiát fogják kapni a szegény, alphabeta parasztasszonyok. Én eddig úgy tudtam, hogy az essentia erős, attól könnyen elkábul az ember és azt is hallottam, hogy gyermekeknek mesébe öltöztetik a tanulságot, mert ezt követni bírja az ő gyenge elméje. Extractumokat a medicus a vizsgára vág be, de az életben ennek nem veszi hasznát. A bábamesterségnek a minimumát is Káté alakjában sem lehet 6—8 hét alatt *alphabetáknak* úgy a fejébe verni, hogy az életben hasznát vegyék.

Mert, kérem, itt van a bibéje, itt van a retrograd stigma, hogy „*alphabetákat*” akarnak 8 hét alatt bába-licenciátusokká képezni. Szó sincs róla, lehet *alphabetákat* is mesterségre bocsátani és kitanítani; de kérem, mondjanak nekem csak egy mesterséget is, a melynek gyakorlására a szokás vagy a törvény 8 hét alatt valakit enged; még a borbélymesterségre sem, pedig ez csak hajvágásból, fésülésből és beretválásból áll.

Azt nem is akarom itt kiszámítani, hogy a 42 napból a beiratásra,

vizsgára és a vásárnapokra hány nap megy veszendőbe és hány marad a „gyakorlati” tanításra, mert hisz az elméletire — memorandumában legalább — Tauffer tnr. nem fektet súlyt. De azt mégis óhajtanám tudni, hogy még a kaposvári közoktatásban is, a hol állítólag 70—80 szülés van évente, tehát 1—1 cursus alatt legfeljebb 8—9, de másutt egy év alatt sincs 10, hogy e helyeken miképpen lehessen gyakorlatilag a bába-mesterséget megtanulni, feltéve a legnagyobb szakismeretet és buzgóságot úgy a vezető orvos, mint a főbába részéről. Mert bábákat phantomon tanítatni csak nem lehet komoly célja a reformmal egyetértő szakembereknek.

De nem ezek az én aggodalmaim T. tnr. reformja ellen; nem törődöm már én azzal, hogy ki fogja tanítani és mit fognak nekik tanítani, hisz azt úgy is tudom, hogy ezek az „új czédulás” asszonyok maguk fognak legjobban tűnődni rajta, hogy ennyiből áll hát a bába tudománya? s ezért kellett nekik 6 hétig falujukat odahagyni? Az én aggodalmaim sokkal súlyosabbak. Ott kezdem, hogy én a czédulás bábaintézményt a maga eredetijében, ott az 1876-diki XIV-dik törvényezikben is monstruosusnak tartom; de ott és akkor, a mikor ezt a törvényt kiesztették, hogy soha végre ne hajtsák, legalább még tudom menteni. Menteni azzal, hogy akkor nem volt olyan vasúti hálózatunk, mint ma és nem volt zónatarifánk; és azzal, hogy akkor csak két igazi bába-iskolánk volt a két egyetemen; még azzal is, hogy a codificátorok biztak a törvény azon pontjainak végrehajtásában is, a melyek a diplomás bábákra vonatkoznak s azokat védik a czédulásokkal szemben. Ez utóbbi nem történt; de létesült egymásután a sok új bába-iskola, a melyekről T. is elismeri, hogy 1 év alatt 600 diplomás bábát képeznek, s a melyekről *Kemény* kiszámította, hogy újak létesítése nélkül is, okos beosztással s némi támogatással felülről, a meglevő bábahiányt alig 4—5 év alatt képesek előteremteni; természetesen szintén úgy, hogy minden falu a maga *népéből* küldjön az iskolába egy arra való asszonyt, persze hogy nem *alphabetát*. És ez annál inkább keresztül vihető volna, mert manapság csak nem jöhet többé tekintetbe az a 75 kilométernyi távolság 1—1 bába-iskolától, a mely a törvényben azt a határt jelöli, a melyen túl diploma szerzésre kötelezni senkit sem lehet.

És ezt a torzszülöttjét e jóra való törvénynek, most 25 év múlva kissé megfésülve, praesentálja nekünk újra az Országos Közegészségi Tanács fedezetével Tauffer tnr. úr s mindenáron el akarja hitetni, hogy szép is, jó is, hasznos is, csak fogadjuk be, mert szebb és jobb és hasznosabb nekünk most nem terem; mert égető szükségünk van rá; mert ez fogja leszállítani a nagy gyermekhalandóságot, ez fogja megszüntetni a borzasztó pusztítást gyermekágyi lázban.

Rémítgetni gyermekeket szokás; felnőttek a veszedelem szemébe mernek nézni s csakhamar tisztában vannak vele, hogy igazi-e a veszély és jó-e az orvosság!

A czédulás bábaorvosság pedig a lehető legrosszabb; már csak inkább semmit, mint ezt! Maradjon inkább az eddigi állapot és jussunk csak — a mint Tauffer kiszámította — a meglevő iskolákkal 15 év alatt oda, hogy mindenütt diplomás bábák legyenek, a mi különben a mai anyag s állapot mellett szintén nem lesz annak az orvossága, a miről Tauffer szomorú számadatai panaszkodnak.

Most is útjában van a diplomás bábáknak; ezentúl még inkább az lesz. Engem igaztalanul ér a vád, hogy nem ismerem a vidéki bába-viszonyokat; igenis, ismerem; ismerem tőlük maguktól, mert sokat levelezem velök. Ime, egyik utolsó levélből néhány részlet, a mely *Somogy-Szobrról* jött, az újbáb, ú. n. megyei rendszerű czédulás bábák vidékéről: Kaposvár—Pécs.

Tekintetes Szerkesztőség: . . . öt hónapi tanulás is kevés a bábapraxisra; nagyon sajnós, hogy 6 hetes tanulókat akarnak pártfogolni, hiszen azok járatlansága miatt dől a nép mint a feloldott kéve, ezek mellett jön elő a legtöbb nyomorult nő, mert bármily rendellenesség történjék kezén, nem folyamodik orvoshoz, ha a család akarná is, csálhatatlannak mondják az ő tudományukat — a kuruzslást. A diplomás bábát üldözteti a néppel s ő maga is üldözi s elszed előle minden jövedelmet. Ha családom nem menne kapálni, aratni, felkopnák az állam a czédulás bába miatt . . .

Mi ilyen dolgot hiába jelentünk; a czédulás bábát jobban pártfogásolnak, az ő működésüket senki se veszi figyelembe, jelentésünket kigunyolják, pedig nagyon helyes volna az ilyen bábáknak a nyakára lépni, kiszorítani az ilyen *nép pazarlókat*. . . stb.

Kiss Ferenczné.

A most gyártandó czédulás bábák meggyőződése szerint is az okleveleseknek veszedelmes concurrentiát fognak csinálni. Nemcsak kiűnn az életben, de már az iskolában is; mert ugyan melyik falusi asszony, a ki 6 hét alatt lehet bábává, fog 5 hónapra feljönni? Ezt annál inkább el kellene ismerni a reform tervezőinek, mert hiszen ők, még az iskolák 75 kilométeres körén belül is czédulás bábakkal óhajtják pótolni gyorsan a papiroson kimutatott hiányt; ezt pedig a törvény nem is engedi. Azonban leginkább az életben, mert a nép e czédulást fogja kívánni, hisz ez az olcsóbb, ez csak 6 hétig tanul, bizonyára ez az okosabb is, ennek csak 6 hét kellett a bábamesterség elsajátítására: szóval ez szűletett bába, mert nálunk nem a poeta, de a bába: nascitur. De nemcsak az oklevél után törekvő tanuló-bábák közt, hanem a már működő diplomás bábák közt is nyomasztó és elkeserítő hatása lesz ennek az új czédulás bába-csinálásnak állami protectioval, mert gondolkozóba fog esni mindegyik azon, hogy 6 hét alatt is megszerezhető imé már a bába-praxisra való jogosítvány.

És nem volna figyelmen kívül hagyandó az a hatás sem, a melyet ez a reformtervezet magokra a bába-iskolák tanítóira és vezető embe-reire tesz, a kik egész odaadással és lelkesedéssel állottak ennek az ügynek a szolgálatába és nem csüggedtek addig, ha még oly nehéz volt

is feladatuk, nem csüggedtek, mert lelkesítette őket az a tudat, hogy jobb jövőt készítenek elő, hogy culturállamba illő viszonyok létesítésén fáradoznak, s önmegtagadással végezték feladatukat. És most? Most azt kell látni, hogy a jól megindult mederbe egy zavaros mellékáramot bocsátanak bele, a mely alkalmas, hogy beiszapolja az ő tisztább folyású vizüket s így kedvüket szegje; azt nem is akarom említeni, hogy feltették róluk, sőt felhívták őket, hogy ők is evezzenek ezen a piszkos vizen, ők is szaporítsák az iszapját, ők is képezzenek iskolákban párhuzamos tanfolyamokban czéduulás bábákat is. Igazán kísértetbe jövök megkérdezni, habár félmem kell, hogy Tauffer tnr. úr személyes kérdésnek találja venni, hogy ő a míg bábatanító is volt, vállalkozott volna-e erre a káplári munkára, vagy tűrte volna-e csak az ő intézetében; sőt azt is bátorodnom kérdeznem, miért várt ezzel a reform javaslatával épen addig, a míg a bábáktól megszabadult, miért nem vette az odiumot magára addig, a míg ő is egyik bába-iskola élén állott és ha oly nagyon felkínálja nekünk most a czéduulás bábákat, és oly nagy súlyt helyez azok gyakorlati képzésére, miért nem rendez be az ő új, nagy klinika-ján a szünidőben egy *mintacursust* ezeknek a czéduulás bábáknak, a melyre meghívhatók volnának mindjárt azok az urak is, a kik a vidéki központokban fogják ezeket a cursusokat tartani. Én azt hiszem, hogy az engedélyt erre a magas kormánytól könnyen ki fogja eszközölhetni, mikor olyan fontos dologról van szó, hogy a gyermekhalandóság csökkentessék és a gyermekágyi láz leszállítsák Magyarországon.

Mert kérem e tervezetnek a consequentiája ez lesz. Szabad-e kételkedni benne annak, a ki Tauffer memorandumát olvasta, a melyben a nagy gyermekhalandóság és a puerperalis láz nagy pusztításának megállítására van véggkövetkezésképen, logikai szigorral, mentőangyalnak odaállítva a 4000 új czéduulás bába!

És még is, Tamás vagyok benne s velem tamáskodnak sokan. A felsorolt misériakon ez a bába változtatni nem fog; az 6 heti cursust után is ép úgy, csak hogy szabadabban, bátrabban fog kenni és fenni, kuruzsolni és irtani, mint azelőtt és fog természetesen mellékesen bábáskodni is, de talán nem fog trágyát tenni a vulvára és hügyot itatni a beteggel, mert ennek káros voltára megtanították a cursusban.

Mindezek után tehát én ezt a czéduulás bábaintézményt — akár régi mivoltában, akár új köntésében — károsnak, culturállamba nem illőnek, tehát elvetendőnek tartom. Delendam esse censeo.

Még ki kell térnem Tauffer tnr. úr azon szemrehányására, hogy a bábaügyért való munkálkodásában őt senki a szakférfiak közül nem követte, senki tőle ezt a buzgólkodó, reformáló működést át nem vette, pedig ő várta, hogy más lépjen sorompóba az ügyért.

Hát ez a vád alapos is, nem is. Oda, a hová ő indult, igaz, nem követte senki, sőt erősen opponáltak neki már akkor, a mikor először lépett fel a II-od rendű bábaiskolák érdekében, pedig akkor még rendszeres iskoláról, 3 havi tanfolyamról volt szó. Sőt Novák, az ungvári II-od rendű bábaiskola igazgató tanára, iskoláját, a melyet Tauffer iniciatívájára kapott, 5 év után rendes iskolára kérte átférmáltatni, a mi meg is történt, pedig ezen iskola körébe tartozó megyék még nem voltak és ma sinésenek a könnyebben, illetve gyorsabban gyártható czéduulás bábákkal ellátva, a mely esetben érthető lett volna a 3 havi cursusok beszüntetése. A vallás- és közoktatásügyi kormány azonban szívesen belement a drágább, de jobb iskolába, mert az ő intentionnak ez felel meg. Oda tehát nem követték őt. Hanem most, hogy újra előállt és nem II-od rendű iskolákban akarja az 1—1 megyére szóló jogosítvány-nal ellátott II-od rendű bábákat képezni, hanem III-od rendű, legalacsonyabb fajta bábák kiképzésén fáradozik és pedig 4000 ilyen bábát tart szükségesnek, sőt erre már költséget is ki tudott szorítani a mi takarékos pénzügyminiszterünktől, most igen is előállt mindjárt *Kenézy Gyula*, a debreczeni bábaiskola igazgató tanára egy sokkal szebb reformjavaslattal, a melynek keretében a bábahiány kérdését néhány év alatt a meglevő bábaiskolák segítségével is meglehet oldani és annál könnyebben, ha a belügyi kormány, úgy a mint a hajlandóságot most megmutatta, morális és anyagi támogatásban is részesítene bennünket.

Többi bába-tanársaimat sem éri igazságosan Tauffer tnr. úr vádja, mert azok mind esendben, de nagy buzgalommal munkálkodnak azon, hogy lehetőleg jól képzett bábákat küldjenek ki az életbe, a mivel jobbat cselekednek, mintha oly terveken dolgoznának, a melyek homlok-egyenest ellenkezőnek azzal a feladattal, a melyre felesküdték.

És bocsánatot kell kérnem a t. O. E.-től, ha még magamat is védeni bátorodom T. tnr. úr szemrehányása ellen. Mert én is dolgoztam valamieskét a bábaügy jóvoltáért. Igaz, hogy én sem törtem a fejemet azon, miképen kell a bábák rendi niveauját sülyeszteni s nem állami segítséghez folyamodtam vállalkozásom keresztülvitelében, hanem magukhoz a bábákhoz és nem is sikertelenül. Kétkedve és vállvonogatva, némelyek ajkbigyesztve vagy mosolyogva, sőt gúnyolódva fogadták vállalkozásomat, támogatni pedig nem támogatott senki azok közül, a kiknek ez kötelessége lett volna. Mindez nem csüggesztett el s nem csüggesztett el az sem, hogy eleinte áldozatokkal járt ez irányú működésem, de nincs okom se banni, se szégyelleni azt, hogy immár 8-dik éve megvan a bábáknak a maguk szaklapja: a *Bábakalauz*, a melynek 1200 olvasója van és ez 1200 bábának tesz olyan jó szolgálatot, mint a melyet valaha tenni fognak az ismétlődő és póttanfolyamok, a melyek az államnak sok pénzbe fognak kerülni; miglen ezt a Bába-Ujságot még csak ajánlani se volt hajlandó a belügyminiszterium a hatóságoknak, hogy a községi és körbábák részére járassák.

Ezen a Bába-Ujságon kívül 4 éven át *Bába-Kalendárium* czímen egy könyvecskét is küldtem a lap előfizetőinek, a melylyel közéjük csempésztem a „*Bába-Naplót*“, hogy megtanulják és megszokják szülési eseteik feljegyzését. Sőt csináltattam erre a czélra külön füzetet is, a melyből már néhány ezer elkelt; úgy hogy mondhatom, a *Bába-Napló*

vezetésének elrendelésére a talaj elő van készítve és nem kell pium desideriumnak hirdetni, a mint Tauffer tnr. még tavaly az Orvos-Szövetség egy ülésén is tette. Évről évre küldik be nekem spontán egyes bábák az ő naplójukat; bátorodom egy ilyet, valamint a Kalendárium 1—1 példányát ezennel az elnök úr asztalára letenni. Ezekben a Kalendáriumokban először 1895-ben, azután 1898-ban nagy költséggel kinyomattam az ország összes bábáinak a névsorát is, úgy a mint azt Chyzer ő Méltósága jóvoltából megkaptam; az 1898-diki évben odanyomattam azt is, hogy hol kapta a bába oklevelét és mi a fizetése. Tehát megcsináltattam minden állami segítség nélkül azt a *törzskönyvet a bábáknak*, a melyet T. tnr. úr a minap említett, hogy most az ő kormánybiztossága már nyomatja. Persze hozzá kell tennem, hogy ez a bába-névsor hibás volt mindig; folyton jöttek az én lapom előfizetői sorából a reclamatiók, hogy ők a hivatalos névsorból miért maradtak ki? s persze fenyegettek, hogy nem járatták tovább a lapot, ha a jövő évben nem corrigálom az ő nevével a névsort.

És csináltam még valamit; létesítettem 1895-ben a M. Bába-Egyesületet, a melyről *Agai dr. úr* minapi válaszában hiába gúnyolódik. Ha ismerné a czélját és tudná, hogy a külföldön mindenfelé és csak Németországban magában 100-nál több ilyen egyesület van, s ezeknek létesítését a hatóságok mindenfelé pártolják és támogatják, talán jobb véleményyl volna felőle, tagjai felől, sőt talán létesítőjéről is. Az egyesület alapszabályainak egy példányát is van szerencsém bemutatni.

Még bátorodom hozzátenni, hogy ezeket mind jóval azelőtt kezdtem, mintsem úgy lettem volna érdekelve a bábaügyben, mint mostani állásomban. De hozzá kell tennem azt is, hogy T. tanár a lap alapításakor törekvésében üdvözölt; a Bába-Egyesületnek pedig protektor-ságát is viselte, a míg a budapesti bábákat ő képezte s szívesen engedett neki helyet az intézetében.

Az én lelkiismeretem tehát szintén nyugodt és nyugodtan viseli T. tanár úr indirekt szemrehányását, hogy ő a bábaügyért való munkájában egyedül maradt.

Abban a törekvésében, hogy leszállítsa a bábarend niveauját, az igaz, izoláltan és egyedül áll, már t. i. a mi a bábaiskolák tanárait illeti, mert azt tudom, hogy azért vannak többen a vidéki főorvosok közül, a kik a bábák képzését illetőleg éppen olyan alacsony mértékkel mérnek, mint T. s hogy a pécsi és kaposvári czéduulás bábacursusok vezetői szintén meg vannak elégedve, sőt el vannak ragadtatva az ők képezték bábákkal.

Végezetül pedig azt mondanám, hogy nem ezt a fajta, de az igazi bábareformot várom és remélem.

Ennek legyen az apostola, spiritus rectora Tauffer. Ne nézze le a bábáságot, de emelje, legyen a bába állami tisztviselő, a mire a diplomája képesítse. E reformnak az előkészítését *Kenézy* javaslata megmutatja; meglegezszen ezzel is, de elérendőnek és elérhetőnek tartom a bábaügyben én is, a mit nyugaton akarnak, a következőket:

I.

1. Nem alacsonyabb, de mostaninál jóval magasabb előképzettséggel bíró és kifogástalanabb erkölcsi niveau álló nőket kell a bábáknak megnyerni.
2. A tanítási időt 10 hónapra kell kinyújtani nemcsak azért, hogy a gyakorlati kiképzés jobb lehessen, hanem hogy a szükséges anatómiai és physiologiai ismeretek a szülésetből a tanulóknak tartósan vésődjenek az eszükbe és hogy a pathologiai részt is több haszonnal lehessen előadni.
3. A tanulás ideje mindig az intézetben bennlakással legyen összekötve.
4. Tanulónak csak 20—30 éves nők vétessenek fel.

II.

Az ország bába-kerületekre osztandó és

1. A bábák mint kerületi vagy körbábák az állam részéről alkalmaztassanak.
2. A kerületi vagy körbábának meghatározott, a megélhetést biztosító fizetése, illetve jövedelme legyen; mert csak úgy lehet a bábamesterség *hivatás*, nem pedig *mellékfoglalkozás*.
3. A kerületi bábának a szükséges fertőtlenítő és kötőszerek a betegápolási alap rovására szolgáltatandók ki.
4. A kivénült kerületi bábának nyugalomdíj biztosítandó.
5. A bábáknak minden szülési esetről jegyzőkönyvet kell vezetniök.
6. A bábákat és jegyzőkönyveiket félevenként a kerületi orvos, illetve a megyei tisztí főorvos ellenőrizi.
7. Az egyes bábakerületek bábái saját továbbképzésük czéljára orvos vezetésével egyesületeket képeznek.
8. Ismétlődő tanfolyamok vagy pótló vizsgák szerveztessenek oly bábák részére, a kik oklevelük megszerzése után 2 évre alkalmazást nem nyertek.
9. Az egész bábaügy természeténél fogva és az egységes vezetés okából is a közoktatásügyi ministerium alá tartozzék.

Aczél Károly: Szintén foglalkozik laikusok oktatásával, a mennyiben különböző néprétegeket tanít a mentés elemeire, még pedig nem is 6—8 hétig, hanem 6 előadásban, és igen jó eredményeket lát. A fő szempont, hogy ne sokat, hanem csak a legfontosabbat tanítsuk. A Tauffer tanár által tervbe vett 6—8 hetes czéduulás bába-cursust nem tartja rettenetes dolognak. Kevés az, a mit a bábának tudnia kell; nem is jó, ha annyira kiképezzük a bábát, hogy magát mintegy orvosnak

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárczky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Torday Ferencz: A gyermekkori heveny fertőző kórok prophylaxisa. 347. l.

Weisz Ede: Közlemény a budapesti kir. tud. egyet. II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. tanár.) A heveny és az idült izületi csúsz közti viszony. 347. l.

Schiff Ernő: Közlemény Konrad Márk dr. kir. tanácsos, a nagyváradi m. kir. bábaképezde igazgató tanárának szülészeti kórodájáról. Ujabb adatok az újszülöttek haematológiájához. 349. l.

Trajtler István: Évi jelentés Batizfalvy Sámuel dr., a testgyógyászat magán-tanárának sanatoriuma és vizgyógyintézete XLI. évi működéséről. 351. l.

Tárca. Grósz Emil: Az orvos szakértői működése. 352. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Novotny Lajos: A hólyagbetegségek mai állása 353. l. — Könyvismertetés. Frederick Treves: Intestinal Obstruction. 354. l. — Lapszemle. Közegészség. A vegyi vizsgálat értéke a cognac megvizsgálásánál. (Filep.) — Hill és Johnston: A fertőtlenítés megírásához új próbátárgyak. (Filep.) — Freund: A marha-szállító vasúti kocsik fertőtlenítése. (Filep.) — Belgógyászat. Walko: Adat a filix-mérgezéshez. (Jaka b.) — Launois és Bensaude: Adeno-lipomatose symétrique. (—ts.) — Benoit és

Bernard: Hysteriás haspuffadás. (—ts.) — Piolet: Világra hozott tumor. (—ts.) — Sebész. Gosset: A renalis retentiók kezeléséről. (Peker Rezső.) — Szülészeti és nőgyógyászat. Franz: A gyermekágy kisebb hőemelkedései. (Bäcker.) — Orr-, torok- és gégebetegsége. Lermoyez: Az acut cocainmérgezés. (Tóvölgyi.) — Killian: A közvetlen bronchoskopia és annak értékesítése a tüdőbe került idegen testeknél. (Tóvölgyi.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Lewis: Savós mellúri izzadmányok gyógyítása. — Galli Valerio: Galandféreg elhajtása. 354—356. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A m. orvosi könyvkiadó társulat. — A fővárosi egészségügy. — Nemzetközi malaria-conferencia Liverpoolban. — A kórházak jóltevői nevének megörökítése. — Balkányi Miksa. — Hógyes tanár Pasteur-intézete. — A Taufer-féle szülészeti poliklinikum. — A Kézmárczky-féle szülészeti poliklinika. — Fördőink személynforgalma. — Megjelent. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herezet dr. — Sarbó dr. 356. l. — Pályázatok. Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet. Taufer Vilmos tnr.: Közlemények a 2. számú női klinikáról.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gyermekkori heveny fertőző kórok prophylaxisa.¹

Irta: Torday Ferencz dr., a Stefánia-gyermekkórház segédorvosa.

Míg az orvosi búvárkodás a kórokozó csírok felfedezésén és pontos meghatározásán munkálkodott, addig a gyakorlati élet emberei oly rendszabályokat és intézkedéseket igyekeztek meghonosítani és kötelezővé tenni, melyekkel a fertőző kórok továbbterjedésének lehetőleg gát vettessék. A mindennapi élet tapasztalatai arról tesznek tanúságot, hogy ezen a téren hasznos működés, a fáradságot jutalmazó eredmények elérése csak úgy lehetséges, ha az ügy érdekében a közigazgatási hatóságok erélyvel, czéltudatos és következetes intézkedésekkel, a gyakorló orvosok pedig szakavatottsággal és lelkiismeretességükkel együtt működnek. A lakosság jóakarata és nagyobb intelligenciája hathatós támaszunk lehet, de az ennek hiánya által teremtetett akadályok nem olyanok, melyeknek leküzdése sok ízben nem sikerülne.

Mai előadásom keretében nem az e czélra törekvő hatósági intézkedéseket kívánom ismertetni, hanem szíves engedelmmel felsorolni bátorodom egynémely olyan teendőt, melylyel a gyakorlatot űző orvos a maga hatáskörében jelentékenyen hozzájárulhat ahhoz, hogy a fertőző kórok a nagy dispositio mellett is lehetőleg megkíméljék a gyermekeket.

A statisztikai adatok halmozásából, melyből következtetni lehet a heveny fertőző kórok évenkénti fellépésére, illetve időközönkénti járványos elterjedtségére, hivatkozni bátorodom a székes főváros statisztikai hivatala által összeállított táblázatokra, melyekből látható, hogy 1882 óta 10,000 lakó közül évente hányan betegedtek meg a különböző fertőző kórokban. 1883-ban voltak itt e tekintetben a legkedvezőbbek a viszonyok, mert akkor

10,000 lakos közül csak 114 betegedett meg fertőző kórbán, 1886-ban a cholera- és himlő-járvány idejében 353-at tett ki ezek összege, az 1898-dik év 266-os arányszámával nem marad messze e mögött. A fertőző kórok által az ember életében végzett pusztításról tesznek tanúságot azon adatok, melyekből látható, hogy pl. az 1898-dik évben 10,000 lakó közül heveny fertőző kórbán elhalt Brüsszelben 6, Párizsban 8, Bécsben 11, Budapesten 15, Szt.-Pétervárott 35 egyén.

A közelmúltban képezte itt e körben eszmecsere tárgyát az a kérdés, hogy mi az oka annak, hogy különböző egyének az egyes fertőző betegségekkel szemben különböző ellentállási képességgel bírnak. Preisich tagtárs úr előadta itt az immunitás tanának mai állását, elmondotta az activ és passiv immunitás közötti különbségeket, kritice ismertette az activ immunitást magyarázni igyekvő összes hypothesiseket, elmondotta, hogy a dispositio hiánya alatt sokszor a histogen immunitást kell érteni, mely nem egyéb, mint a szervezetnek a természet adta képessége, melyhez öröklés útján jutott vagy az élet folyamán szerzett meg s melyet neki a szervezetet alkotó elemek és ezek termékei nyújtanak. Ezen histogen immunitásnak, mely egy faj különböző egyéneinél szűk határok között ingadozik, szám szerinti kifejezés a contagium indexxel adható. Ezen szám jelzi, hogy 100 egyén közül, kik a contagiummal érintkeztek, fertőző kórbán tényleg hányan betegedtek meg.

Az orvosi tudomány egyik nagy jelentőségű, végeredményében messze kiható, újabbkori nagy vívmánya az, hogy némely fertőző kórral szemben az immunitást hosszabb vagy rövidebb időre sokszor meg tudja szerezni gyógyszeres beavatkozás útján oly egyéneknek, kik ezzel természetüknél fogva nem bírtak. Nem kívánok ezuttal a védhimlőoltás korszakot alkotó felfedezésére kitérni; a köteles védhimlőoltás eredményeiről sem kívánok megemlékezni, melyeknek köszönhető, hogy a valódi himlő a német gyermekgyógyászati tankönyvekben sokszor nincs is ismertetve, mint ma már nem létező kórkép, hanem rátérek szíves engedel-

¹ Előadott a budapesti orvosi kör 1900. január 15-dikén tartott ülésén.

mükkel a diphtheria ellenes védoltás kérdésére. Hosszas kísérletekre támaszkodva, *Behring* törvényében azt mondja, hogy némely fertőző kórral szemben immunissá lehet tenni egyes egyéneket az által, hogy beléjük azon fertőző kór ellen mesterségesen immunizált állat véréből, illetve vérsavójából egy bizonyos mennyiséget beoltanak. A diphtheriával szemben így szerzett passiv immunitásnak, miként a tapasztalat mutatta, nagy gyakorlati jelentősége van. A diphtheria elleni fogékonyság, illetve contagium-index *Gottstein* számításai szerint Berlinben 10%-ot tett ki, viszont Königsbergben ezen százalék *Hilbert* statisztikája szerint eléri a 18–20-at is. A családtagok közti fertőzés gyakoriságát illetőleg, *Feer* Baselban az általa összegyűjtött nagy anyag alapján úgy nyilatkozik, hogy a diphtheriánál két megbetegedés egy családban gyakori, három kevésbé gyakori, négy és több ritkaság. *Dennig* Tübingában egy járvány alkalmával azt tapasztalta, hogy az esetek 58%-ában csak egy megbetegedés volt a családokban, míg 42%-ában több megbetegedés is volt. *Löhr* által észlelt járványokban a család több tagjának megbetegedése 10–42%-ban következett be. Ha ezen adatokkal szembe állítjuk a megbetegedés gyakoriságát oly beteg környezetében, mely védoltatott, úgy az eddig közölt nagyszámú védoltások eredményeiből az tűnik ki, hogy védoltás mellett a megbetegedések száma a diphtheria-ragályozásnak kitett gyermekek közt alig tesz ki 3–4%-ot s ezen megbetegedések legnagyobb része is vagy a védoltás utáni 2–3. napon belül vagy az azt követő 3–4 héten túl következett be. *Seitz* által Helgolandban, *Behring* és *Erich* által pedig az oldenburgi hercezségben, nemkülönben Magyarországon *Kármán* által és általam eszközölt általános védoltások arról tesznek tanuságot, hogy ezekkel a járványok korlátozása, illetve megszüntetése sikerülhet. A diphtheria ellenes védoltások értékéről meggyőző adatot a kórházi fertőzések leküzdésénél elért eredmények szolgáltatnak. *Heubner* klinikájáról *Löhr* és *Slawyk* közölték, hogy ott a belgyógyászati fiúosztályon 1894–1896. június 30-dikáig 23-an betegedtek meg diphtheriában. Hogy a kórházi fertőzés tovaterjedését meggátolják, kezdetben csak a diphtheriában megbetegedett közelében fekvőket védoltották, később a felvett 1–3 éveseket, majd 1896. január 1-től az összes felvetteket. Midőn a kórtermeket egészen védoltották, az egyes megbetegedések után több eset nem fordult elő; ellenben midőn csak részleges védoltást végeztek, úgy a nem védoltottak között újabb megbetegedések is előfordultak. Egy és háromnegyed évig, míg a kórodán az általános védoltások történtek, nem volt diphtheriamegbetegedés, öt héttel később, hogy a védoltásokat abbahagyták, rövid idő alatt hárman betegedtek meg súlyos diphtheriában s ezek közül egy meg is halt. Azóta újból végzik a rendszeres védoltásokat és nincs is több diphtheriás megbetegedés, illetve kórházi fertőzés. A budapesti Stefánia-gyermekkórházban ez irányban tett tapasztalatok is megerősítik a védoltásokba vetett bizodalmat, mert itt 5 év alatt 606 beteg védoltatott s ezek közül csak 7 betegedett meg diphtheriában. A morbilli-osztályon végzett sikeres védoltások nemcsak különös meggyőző erővel bírnak, mert a morbilli-beteg diphtheria-infectioa különösen hajlamos, de hozzájárulnak a morbilli-croup genesisének tisztázásához is, mert míg *Babes*, *Hoffmann-Wellenhoff*, *Roux*, *Escherich*, *Podack* és mások a morbillihez csatlakozó croup-esetekben megtalálták a kórokozó diphtheria-bacillust, addig a vegyes fertőzések elmaradása morbilli-osztályokon *Löhr* és mások nézete szerint is a mellett bizonyít, hogy genuin morbilli-croup diphtheria nélkül valószínűleg nincs.

A védoltások praeventiv értékének megbecsülésénél számbaveendő azon körülmény is, hogy míg egyrészt a betegek és egészségesek hosszabb időre való teljes elkülönítése sokszor, kiváltképp vidéki gyakorlatban, teljesen lehetetlen, addig másrészt kétségtelen, hogy a virulens bacteriumokkal bíró egyének terjesztik közvetlen első kézből vagy hosszabb közbülső sorozat útján a diphtheria-ragályozást. A serum-kezelés a diphtheria-ragályozás útjait csak kevésbé befolyásolta, mert míg a serum előtti időben *Löffler* és mások reconvalescens diphtheria-betegek szájából 30–50 nap elteltével virulens Klebs-Löffler bacillust tenyésztettek ki, addig ennek lehetősége serumkezelés mellett is megvan, mit *Silberschmid* és mások vizsgálatai is bizonyítanak, kik 32 nappal a gyógyoltás után virulens diphtheria-bacillust talál-

tak. Kórházi tapasztalataink is megerősítik ennek lehetőségét, bár inkább a mellett szólnak, hogy nagy átlagban a 8–20. nap között vész el a száj-, garat- illetve orrüregből a virulens diphtheria-bacillus. Ha sikerül is elkülöníteni a beteget környezetétől addig, míg az szenvedő állapotban van, a reconvalescencia idejében úgyszólván mindenütt megszűnik a szigorú quarantaine.

Igaz, hogy a diphtheria-bacillust tárgyakon többen találták meg, mint pl. *Abel* egy 6 hó előtt diphtheriás gyermek játék-szerén, *Park* párnacihán, *Wright* és *Emerson* diphtheriás beteget ápoló nők cipőjén, *Jaeger* egy kendőben, melyet 3 hét előtt egy diphtheriás beteg használt; viszont azonban *Flügge* a miasmikus terjedés valószínűségét kizárja, mert a *Löffler*-bacillusok a por szárazságában többnyire elpusztulnak, bár *Germans* kísérleti alapon ezen állítás valóságát kétségbe vonta. Az infectionnak mindkét úton való tovaterjedésének lehetősége annál inkább kell, hogy a vele szemben való hathatós védekezésre ösztökéljen; szükséges tehát, hogy egyrészt nagy erélyességgel vitessenek keresztül a közigazgatási hatóságok által czélszerűeknek talált intézkedések, másrészt, hogy általános gyakorlatba jöjjön a diphtheria-beteg gyermek környezetének védoltása, mint oly eljárás, melynek czélszerűségét nemcsak a gyakorlat mutatta meg, de hasznosságának elfogadható magyarázatát a tudományos buvárkodás kísérleti alapon is meg tudja adni.

Wassermann, *Orlowski*, *Abel* vizsgálatai szerint egészséges, diphtheriát, illetve gyanus torokmegbetegedést soha ki nem állott egyének vérében diphtheria-antitoxin változó mennyiségben lelhető. *Fischl von Wunsheim* újszülöttek vérében is nagy százaléokban találta meg ezt. Ezen antitoxin hiányát pótolja, vagy mennyiségét gyarapítja a védoltás, de csak rövidebb-hosszabb időre. Míg a szervezetükben keringő antitoxin folytán immunis egyének csak viszonylag azok, mert *Wassermann* kísérletei szerint az egyes egyének serumának antitoxin tartalma igen különböző és időközönként változó, úgy a védoltottak is csak addig immunisak, míg annak hatása szervezetükből nem elimináltatik. Ha a szervezet antitoxint nem termel, a védoltás után meg nem határozható idő múlva újból fertőzhető. Az e téren tett nagyszámú tapasztalatok a védoltás útján nyújtott immunitás tartamát, ha 250–300 egység injiciáltatik, 3 hétben állapították meg; úgy látszik, hogy az immunitás nagyobb adag serum használatának esetén is körülbelül ezen időhöz kötött. *Heubner* klinikáján ez alapon úgy jártak el, hogy ez idő elteltével a kórházban továbbra is ott maradtott gyermekeket újból és újból védoltották és így teljesen sikerült őket a diphtheriás fertőzés lehetőségétől megóvni. Semmiféle súlyos betegnél nem volt káros a védoltás, miként a ma már sok ezer meg ezer esetben végzett védoltások mutatják; az igen kis százaléokban észlelt serumkütegtől eltekintve, a védoltottaknak a serum semmi bajt nem okozott. A *Heubner* klinikáján követett eljárás útmutatás lehet az irányban, miként lehet eljárni, ha valahol a gyermekek hosszabb időn át vannak kitéve kiterjedt járvány folytán az imminens fertőzés veszélyének.

A serumtherapia és a védoltások ellenesei *Kassowitz*-czal élükön előtérbe állítják pl. *Kolts*-nek azon tapasztalatát, hogy 50 családban, a hol diphtheria-beteg volt, egy megbetegedésnél több nem fordult elő és *K. Müller*-ét, a ki 50 nem védoltott testvérnél csak egy esetben látott megbetegedést. Ezen közléseknek bizonyító értéket tulajdonítanak, és nem veszik tekintetbe *Flügge*, *Feer*, *Hilbert*, *Dennig* és másoknak az előbbieken közölt statisztikáját, mely tanuságot tesz arról, hogy az öldöklő kór a serum felfedezése előtt mily sok esetben pusztította ki egész falvak gyermekserégét. Azon sok ezer gyermekkel, kiket a védoltás útján diphtheriában való megbetegedéstől megóvni sikerült, szembeállítják azon néhányat, kik a védoltás dacára sem kerültek el a fertőzést. Theoretikus magyarázatát az eshetőségnek könnyű adni, mert vagy fertőzve volt már a szervezet a védoltás idejében s így a védoltás csak attenuálta, illetve késleltette a kór tüneteinek kifejlődését, vagy már részben eliminálódott az antitoxin s így már nem volt képes paralyzálni az utólag acquirált virulens diphtheria-bacillusok által termelt toxin hatását. De miként a serumtherapia fényes eredményei alapján kétségtelen, hogy a diphtheria-antitoxin-serum, ha nem is panacea, de ez idő szerint a leghathatósabb gyógyszer a diph-

theriának, úgy a védőtások is sikerrel akadályozzák meg a diphtheria-ragály tovaterjedését. Mig Behring 1894. szeptember 24-dikén Bécsben e szavakkal: „es sei Pflicht der für das Sanitätswesen verantwortlichen Personen und Behörden durch Belehren und auf anderen Wegen für die allgemeine Einführung der Schutzimpfung gegen Diphtherie zu wirken“ mondott felhívását csak a maga kísérleteivel igazolhatta, addig ma már erős jogalappal bír azon sokfelől hangoztatott nézet, hogy lelkiismeretbeli kötelessége az orvosnak védőtások útján a diphtheria-betegek környezetét a fertőzéstől megóvni.

A gyakorlati életben a betegágnál végzett bakteriologikus vizsgálatoknak úgyszólván kizárólag diagnostikus értéke, illetve jelentősége van, a Klebs-Löffler diphtheria-bacillus utáni keresés az egyetlen, melynél a kutatás nemcsak a diagnosis és therapia, de a prophylaxis szempontjából is értékes. Kétségtelen, hogy minden oly megbetegedésnél, melynél gyanu forog fenn az iránt, hogy a kórkép nem a diphtheria-bacillus által termelt toxinok által idéztetett-e elő, a beteg érdekében haladéktalanul serumkezelés fogantatandó; de ily kétes esetekben a költséggel és sok kellemetlenséggel járó óvintézkedések csak a kórisme bakteriologikus igazolása esetén rendeltetők, illetve hagyhatók el nyugodt lelkiismerettel. Túláságosan igénybe venném az urak szíves figyelmét és türelmét, ha megkísérteném elősorolni és jellemezni mindazon kórképeket, melyeknél a diagnosis bakteriologikus vizsgálat közbejött nélkül nem dönthető el; e helyett csak utalok a Hilbert által ismertett számadatokra. Az európai irodalomban közölt diagnostikus célból végzett diphtheria-bacillus-vizsgálatoknál 5509 esetből 71%-ban, 62,000 amerikai esetből pedig 62%-ban találták meg a keresett bacillust. Löffler 100, klinice diphtheriának diagnostizált esetben 25-nél nem talált jellegzetes diphtheria-bacillust. Hogy a kórházi diphtheria-materiálisok statistikájában alig 4-6%-a a vizsgálatoknak negatív eredményű, abban leli magyarázatát, hogy egyrészt csak klinikailag teljesen kifejezett esetek vétetnek fel, másrészt, hogy ott, hol a bemutatáskor kétely forog fenn a folyamat természete iránt és a beteg állapota a felvétel halasztását megengedi, a felvétel előtt bakteriologikus vizsgálatot végeznek és csak pozitív eredmény esetén eszközlik azt. A bakteriumok kitenyésztése és mikroszkopikus diagnostizálása költséges laboratoriumi berendezést és nagyobb szakavatottságot igényel, viszont a vizsgálati anyag beszerzése a betegágnál és beszállítása e célra berendezett laboratoriumokba semmi nehézséggel sem jár. Előnyös az az eljárás, midőn kémcsövekbe rézsút öntött friss vérsavót vizsgálunk magunkkal a beteghez, a platinkacsot borszeszlángnál sterilizáljuk és vele a beteg kóros testrészéről a vérsavóba oltunk, a kémcsövet ezután dobozban, esetleg posta útján a laboratoriumba beszállítatjuk. Békésmegyében végzett kísérleteimnél így jártam el és így tapasztalhattam ezen eljárás azon hátrányát, hogy a nem egészen friss vérsavó könnyen elfolyósodik s így egyszerűbb, ha Hesse ajánlata szerint steril kémcsőben steril üvegpálcát hordunk magunkkal és a kóros testfelület érintése után visszahelyezzük az üvegpálcát a kémcsőbe s így küldjük azt el vizsgálat végett. A gyakorlatban bevált Esmarch tanár ajánlata is, hogy steril szivacsot hozunk egy jól elzárt borítékban magunkkal, ezzel sterilizált pince segítségével töröljük le a kóros felületet, azután a szivacsot a borítékba visszatéve, juttassuk azt jól elzárva, esetleg posta útján a laboratoriumba.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. tud. egyet. II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. tanár.)

A heveny és az idült izületi csúsz közti viszony.

Közli: Weisz Ede dr. pöstyéni fürdőorvos.

(Vége.)

13. J. Zs. 28 éves varrónő. *Polyarthrititis rheumatica deformans chronica*. Észlelési idő 3 1/2 hó.

Hömenet: Hömenet többnyire 37° alatt, azonban majdnem minden héten 1—2-szer 37°-ra. Három ízben 37°-ra volt a hőmérsék, sőt az utolsóelőtti hét egyik napján 37°-ra. (Massage.)

Egész életében gyenge gyomra volt. 7 év előtt betegedtek meg előbb a bal, majd a jobb felső végtag, utóbb az alsó végtagok izületei.

Lefolyás: Az izületek többnyire duzzadtak, a kezek torzultak, a járás nehézkes. Az izomzat sorvadt.

Javulás.

14. M. J.-né 32 éves, korecsmáros neje. *Polyarthrititis rheumatica*. Észlelési idő 18 nap.

Hömenet: Csak az első 3 napon 37°-ra—38°-ra, azontúl többnyire 37° alatt. (Natrium salicylicum. Tolysal.)

Időnként csekélyebb szaggyatászerű fájdalmak voltak az alsó végtagokban. 5 nap előtt egyik bokaizülete kezdett duzzadni s fájni. Egy artezi fürdő után a betegség az összes izületekben kitört. Lefolyás: Typikus heveny polyarthrititis.

Gyógyulás.

15. B. L. 41 éves napszámos. *Polyarthrititis chronica*. Észlelési idő 1 nap.

Hömenet: Felvételnél 37°-ra.

Jelen baja kezdetéig mindig egészséges volt. 3 év előtt kezdtek térdei fájni s járása nehezebbé esni, később a térdek meg is duzzadtak, csak nagy fájdalmakkal tudott járni. Néhány héttel később a boka s lábujj, utóbb az összes izületek lettek a bántalom körébe vonva. Nem minden izülete volt egyszerre fájdalmas; ha a fájdalom s duzzanat új izületre ment át, a tünetek a másikon rendszeren alábbhagytak.

16. K. J. 28 éves, cseléd. *Rheumatismus articulorum intervertebralis*. Észlelési idő 2 1/2 hó.

Hömenet: Az első héten 36°-ra—37°-ra. A második héten egyszer 37°-ra, egyszer meg 38°-ra. Azontúl a napi maximum rendszeren 37 s 37°-ra között ingadozik, csak elvétve van egyes napokon 37°-ra. Az utolsó héten különös ok nélkül 4 napon át 37°-ra—37°-ra. (Natr. salicyl., kal. brom. Morphiumkenőcs. Thermocauter, ungu. Mezerei.)

Három év előtt méhgörcsökből szenvedett. Mintegy 1 év előtt háta kezdett napról napra erősebben fájni, végre munkaképtelenné vált. A fájdalom a lumbalis tájból kiindulólág végre az egész hátra kiterjedt. Lefolyás: Több csigolya a szomszédos izomzattal nyomásra érzékeny. A hátfájáson kívül kisugárzó fájdalmak a bal felső s jobb alsó végtagokban. Az idegrendszerben semmi elváltozás nincs. A 6. hétben a 3. hátsócsigolya magasságában thermocauterisatio. Az égetett sebek a hőmérsékletben nem okoztak változást, különben az utolsó előtti héten begyógyultak. Javulás.

17. A. G. 25 éves, postatiszt. *Polyarthrititis rheumatica, insufficiencia valv. bicuspidalis*. Észlelési idő 10 nap. (Natrium salicylicum.)

Gyermekekben tüdőgyulladás. Baja 1 hó előtt kezdődött egyik izületről a másikra vándorló fájdalmakkal. E mellett azonban fennjárt s nem érezte magát betegnek, mig nem 3 nap előtt lázas lett, izületei nagy mérvben megfájdultak s bal bokaizülete megdagadt. Lefolyás: Jobb bokaizület is kezd duzzadni lenni, felette a bőr kissé elpirosodott. De a tünetek mindkét bokaizületben gyorsan eltűntek, a csipőizületi fájdalmak is megszűntek.

18. F. V. 36 éves, kovács. *Arthritis chronica deformans*. Észlelési idő 4 hét.

Hömenet: A felvétel napján 37°-ra—37°-ra. (Priesnitz-borogatás, jodkali, fürdő, massage.)

12 éves korában 3 hóig tartó malaria; 3/4 év előtt térdei kezdtek fájni, lassanként az összes izületek megfájdultak s a járás is nehezebbé esett. 5 hó óta képtelen dolgozni. Lefolyás: Számos izület fájdalmas, korlátoltan mozog. Javulás.

19. A. M. 22 éves, cseléd. *Polyarthrititis subacuta*. Észlelési idő 5 hét.

Hömenet: Többnyire 37° alatt. Egyes napokon a maximum 37°-ra—37°-ra. A 3. hét egy-egy napján 37°-ra. (Priesnitz, jodkali, salicyl-kenőcs, guajacol-esetelés.)

Egy hó előtt szűró fájdalmak léptek fel mindkét bokaizület táján. 3 napi ágybanfekvés után egy hétig fájdalmak nélkül dolgozhatott. Azóta bokái ismét fájnak, megdagadtak. Lefolyás: A kóródán való tartózkodás alatt térdei is több ízben kezdenek fájni. Javulás.

20. V. E. 17 éves, szobaleány. *Myorheuma*. Észlelési idő 4 hét.

Hömenet: A hőmérséklet minden rend nélkül összevissza, hol 37° alatt, hol 37° felett volt, még pedig a 29 észlelési naphól 8 napon 37° alatt, 7 napon 37°-ra—37°-ra, 8 napon 37°-ra—37°-ra, s 6 napon 37°-ra—37°-ra volt. (Salicyl, antipyrin.)

A törzs- s végtagbéli izmok nyomásra fájdalmasak, részben az izületek is. Lefolyás: Gyógyulás.

Az esetek heveny, félheveny s idült esetekre oszlanak.

Az *acut* esetekből az 1-ső s 9-dik számú szolgáljon mutatóképpen mint olyan, a hol a minimalis kezdeti láz szerelése nélkül is gyorsan elmúlt.

Az 5. s 14. számú esetben szintén rövid ideig tartó minimalis láz volt, mely salicylra gyorsan mult. Az 5. számú beteg második ízben is felvételre került s akkor heteken át a félheveny, illetőleg félidült izületi csúsz képét nyújtá 37 s 37°-ra között ingadozó napi maximummal.

A 2. eset azért nevezetes, mert az idült sokizületi csúsz képe alatt fél év előtt keletkezvén, utóbb helybelileg acut színű gontissá fejlődött. Érdekes, hogy a gyuladt, kissé vörösen elszínesedett, hőemelkedést mutató fájdalmas térd mellett az általános hőmérséklet a 37°-ra fokot meg nem haladta.

A 17. számú esetben figyelemreméltó a lappangva, a betegnek fenjárása közben fellépett bicuspidalis insufficiencia

nemkülönben az, hogy a beteg, a nélkül, hogy közérzete különben rossz lett volna, vándorló ízületi fájdalmakkal 1 hónapig fenjárt, míg végre lázas lett. Némi valószínűséggel talán felvehető, hogy a dolog nem fejlődött volna annyira s a láz oly későn bizonyára fel sem lépett volna, ha a beteg csendes bajával egy hónapig fenn nem jár. Ilyen s hasonló esetekben azon benyomásunk támad, hogy egy idült, enyhe eset inkább erőszakos módon, mint szükségképpen heveny nyé fejlesztetett.

A 3., 5., 7., 10., 12., 13. s 18. számú esetekben a megbetegedés kezdettől fogva idülten lépett fel s többnyire többé-kevésbé súlyos eltorzulás fokáig fejlődött. Ezen 9 betegnél a napi hőmérséklet maximuma egyes napokon 37.5° körül van, de itt-ott 37.9, sőt 38.1° is észleltetett. Egy esetben az esteli hőmérséklet rendszeren csak 37.3° vala; egy 62 éves betegnél (12. eset) a 37.2 foknyi hőmérséklet, úgy hiszem, szintén nem tekintendő rendszernek.

Midőn így egyfelől úgynevezett heveny ízületi csúsz-eseteket látunk, néha minimalis, szerelés nélkül is gyorsan múló lázzal és több heti, szinte idült bevezetéssel, másfelől idülten maradó eseteket időnként 37.5 s nagyobb hőmérséklettel: vajjon miért állítsuk ezen egyébiránt sok más tekintetben hasonló eseteket ellentétképpen egymással szembe?

S vajjon hová sorozzuk pl. a 11., 16. s 19. számú eseteket? Heveny vagy idült csúzzal van-e dolgunk?

A 11. esetben a kéthegyű billentyű elégtelensége heveny ízületi csúsz mellett szólana, a baj fejlődése s láztalansága (a felvétel napján 37.2°, azontúl 37 a maximum) idült csúsz mellett.

A 16. esetben a hátmegbetegedés egy éven át való fejlődése idült, a hőmérsékleti mozgalmak inkább heveny csúsz mellett vallanak stb.

Hogy nemcsak az ízületi, hanem az izomszűz körül is felmerülhetnek kételemek annak heveny vagy idült volta iránt, szépen mutatja a 20. eset. A baj, mely 2 hó óta az izmok spontan s nyomásra való fájdalmasságában áll, 29 napig észleltetett a klinikán. A hőmérséklet napi maximuma minden rend nélkül összevissza hol 37° alatt, hol 37° felett volt, még pedig összesen 8 napig 37° alatt, 7 napig 37.1–37.2 volt, 8 napig 37.3–37.4, s 6 napon át 37.5–37.8°.

Az utolsó eset hőmenete szinte jellemző szabálytalanságával igen jól feltűnteti azon számos eshetőséget s átmenetet, mely a „heveny” s „idült” csúsz bizonytalan határán majd erre, majd arra fordul.

Elvi ellentétet a láz tekintetében a heveny s úgynevezett idült ízületi csúsz között nem találunk.

A mi a bonczatani elváltozásokat illeti, ezek úgy a heveny, mint az idült ízületi csúznál néha a meglevő fájdalmasság daczára oly kis mérvűek, hogy szabad szemmel nem láthatók, többnyire azonban az elváltozások szembeütőnek.

Ha a heveny s idült ízületi csúznál észlelhető elváltozásokat egymással összehasonlítjuk, lényeges különbséget szintén nem találunk.

A bőr az ízületek felett itt is, ott is lehet duzzadt, többé-kevésbé pirosan elszínesedett, avagy rendes színű. Az izzadmány lehet híg, hullámozást mutató, vagy sűrűbb, s kis mennyiségű. Az ízületi tokszalag egyszerű vérbőségtől kezdve a bolyhok tömeges túltengéséig számos változáson mehet át úgy a heveny, mint az idült esetekben stb.

Utóbbiaknál természetesen gyakrabban fogunk makacsabb, jobbára szervült képletekkel találkozni, mint a heveny eseteknél, a mennyiben a kötőszövet alakulásához rendszeren hosszabb idő igényeltetik. De vannak heveny polyarthritisek is. Több rendbeli közleményeimben ismételt volt alkalmam ilyenekre utalni, a hol az egyszeri megbetegedés vagy egyes recidívája után súlyos bonczatani elváltozások hosszú időig vagy végleg fenmaradtak, különösen étecsőbb egyéneknek tapasztaltam ezt gyakran.

Úgy látszik, fiatal egyéneknek inkább az endocardiumnak, öregebb egyéneknek pedig az ízületi tokszalagnak van nagyobb hajlama állandóan megbetegedni.

A szív- s ízületbeli elváltozások fordított viszonya, mely már a polyarthritisek acuta keretén belül is korbeli tekintetben feltalálható, az idült ízületi csúznál, a hol a korbeli átlagok még nagyobbak, még jobban szembeütők. Azaz, minél öregebbek az

idült ízületi csúzban szenvedő betegek, annál gyakoribb náluk a tokszalag s annál ritkább náluk a szív megbetegedése.

Miközben a heveny s idült ízületi csúsz ide tartozó beteganyagának korbeli különbségeit hangoztatjuk, mindinkább azon felfogáshoz közeledünk, hogy bizonyos betegségek más alakot öltenek az ifjú-, mást a férfi- s még mást az öreg korban. A fiatalabb kornak inkább a hevenyebb, az idősebb kornak inkább az idült kórkép látszik jobban megfelelni.

Ama inkább fokbeli, mint lényeges különbségek, melyek a heveny s idült ízületi csúsz között felmerülnek, bizonyos határig a betegek korbeli különbségével magyarázhatók.

Igy nem fogunk pl. azon sem fennakadni, hogy idült ízületi csúsz kapcsán jóval ritkább a chorea, mint heveny polyarthritiseknél, lévén a chorea egyébként is inkább a fiatalabb kor betegsége.

A következőkben még csak röviden ki akarjuk mutatni, hogy még a ritkább jelenségekben is oly megegyezés van a heveny s idült ízületi csúsz között, hogy a két kórkép szoros rokonságát ez alapon is vitathatnók.

A körülírt bőrvizenyő az idült ízületi csúznak egyik igen ritka tünete. Terjedhet ez fél, egész, 1 vagy 2 végtagra stb. Természetére nézve egyaránt távol van a lobos infiltratumtól s a tisztán pangási vizenyőtől. Összeállítására nézve a tömött pöf-fedtség, az ujjnyomást megtartó vizenyős megvastagodás s ezen túl a deszkakeményeségű infiltratum között váltakozhatik. A bőr fölöttégy gyorsan láttam eltűnni, különben hetekig, s tovább is tarthat.

Ehhez hasonló részleges bőrvizenyők észlelhetők ritkán a polyarthritisek acutánál is. Pribram szerint közvetlen összefüggésben vannak a polyarthritisek acuta kórtényezőjével s bizonyos hasonlatosságot mutatnak az idült csúznál fellépő, gyakran makacs, kemény bőrvizenyővel. Magam a bőrvizenyő valamennyi fent röviden érintett alakját észlelhettem idült ízületi csúznál.

Egy másik, talán még ritkább jelensége a polyarthritisek acutának az úgynevezett csúzos csomók (rheumatismus nodosus), melyek köles, egész diónyi nagyságban, többnyire az inakból kiindulva, porcokmányok, lényegileg kötőszöveti kötegekből állók. Nagyságuk szerint többé-kevésbé gyorsan eltűnnek, de néha hosszabb ideig is fenmaradnak. A csúzos csomókkal más helyen szándékozván részletesen foglalkozni, itt csak annyit akarok megemlíteni, hogy minden kiadásban az idült ízületi csúznál is észlelhettem.

Utóbbi időben nagyobb figyelemmel kezdik azon viszonyt is kísélni, melyben a polyarthritisek acuta a környi idegzethez áll.

Részletesebben foglalkozik e tárggyal Ferdinand Steiner,²⁷ a ki 35 esetben poly- vagy oligarthritisek folyamán különböző idegtörzsek fájdalmasságát s nyomásra való érzékenységet látta, és a ki e bántalom alatt „eine der Gelenkaffection gleichwerthige Localisation des rheumatischen Processes” csúzos természetű perineuritist sejt.

Hasonló tüneteket az idegtörzsek mentén észleltem s irtam le az idült csúznál is. (Lásd pl. „Észleletek az idült ízületi csúsz köréből.” IV. eset. Klinikai füzetek stb. 1894.)

A környi idegrendszer terén is teljes párhuzamosságot látunk a heveny s idült ízületi csúsz között.

Hátra van, hogy a porczos s csontos elváltozásokról mondjunk néhány szót.

Első tekintetre úgy látszik, mintha ilyenmő elváltozások heveny sokizületi csúznál elő sem fordulhatnának, a mennyiben a csontképződés nehezen illik bele a heveny csúsz, illetőleg heveny lob fogalmába. Hiszen elcsontosodással átvitt értelemben is rendszeren csak nagyon hosszúra nyúlt s végleg befejezett folyamatot, azaz az idült állapotnak is jóformán végkimenetelét szoktuk jelezni.

Hogy idült ízületi csúznál a csontok izvégeinek csontkemény megvastagodása előfordul, nem szenved kétséget.* Casuistikus

* Röntgenezés segélyével e viszonyokat tisztábban láthatni. v. Noorden, a ki az 1897. belgyógyászati congressus eszmecseréjében részt vett, Röntgen-felvételeire támaszkodván, szintén állítja, hogy lehetetlen ezen idült ízületi bántalmak terén a kötőszöveti alakokat a csontképző alakoktól különválasztani, mert ezek sokszor karöltve járnak egymással.

közleményeimben már számos idevágó esetet közölhettem. Mennyiben vesznek ezen megvastagodásban a porcok, s mennyiben a csontos elemek részt, külső vizsgálattal bajos eldönteni. De a kórboneztanból tudjuk, hogy ezen megvastagodások inkább csontszövetből állanak, lévén a porcnak amúgy is csontos átalakulásra, vagy pedig regressiv elváltozásra hajlama.

Kérdés, hogy a heveny ízületi csúznál mennyiben fordulnak elő ily csontszerű elváltozások?

Részemről több esetet láttam, a hol polyarthrititis acutával való közvetlen kapcsolatban csontos elváltozások jelen voltak. A klinikai kórtörténetek között szintén a polyarthrititis acuta egy idevágó esetére akadtam, a hol a tibiának nyilván a periostból kiinduló heveny megvastagodása volt észlelhető.

Příbram²⁸ különböző szerzők hasonló eseteiről számol be. Egy esetben maga is látott, még pedig lázas időszakban, a koponyán s csecsnyújtványon néhány periostealis képletet fejlődni s gyorsan eltűnni.

Regnier s Legendre²⁹ szerint többnyire az élet első felében levő egyének betegednek meg akut vagy subakut csúzos osteo-periostitisben, a mely csúzos rohamtól kísérve vagy a nélkül, a csont rohamos megnagyobbodásához s állandó hyperostosishez vezethet.

Nagyon tanuságos e tekintetben a Virchow-Eberth-féle³⁰ eset: Egy tíz éves fiú vízbe esés után lázzal járó ízületi s izom-csúzból betegedett meg. Betegsége alatt a csontok izvégein, nemkülönben a bordákon csomók támadtak, melyek rhachitises eredetűnek látszottak. 2½ éven belül ezen osteophyták száma, melyek mindig lázas visszaesés kíséretében tömegesen jelentek meg, a 63-at meghaladta. Bonezoláznál a szám még nagyobb volt; syphilis s rhachitis ki volt zárható.

Látjuk tehát, hogy még olynemű elváltozások is, melyek lényegükben fogva idült jellegűek, polyarthrititis acuta kapcsán előfordulhatnak.

Még a ritkább bonczani elváltozásokban is van tehát bizonyos megegyezés a heveny s idült ízületi csúz között, úgy mint azt eddig aetiológiai s klinikai téren szintén találtuk.

Miután pedig semmiféle elméleti szempontból sem lehet az idült ízületi csúzt a polyarthrititis acutától elkülöníteni, a gyakorlatban sem szabad ezen összetartozóknak látszó kóralakokat idegen kórképek gyanánt egymással szembeállítani.

Nem akarjuk ugyan állítani, hogy valamennyi idült ízületi csúznak látszó eset egy kalap alá való. Tudjuk pl., hogy a syphilis s gonorrhoea alapján is fejlődhetnek hasonló kórképek s hogy e betegek nem is szoktak mindig meggyónni. Ismerjük továbbá a köszvényes alakoknak a csúzzal való oly mérvű hasonlatosságát, hogy egyes esetekben biztos kórisme lehetetlen.

Az idült ízületi csúz czége alatt bizonyára itt-ott más kórok is üzi mesterségét.

S ha akadtak, a kik még oly klinikai typus egységes voltán is kételkednek, a minő a polyarthrititis acuta, annyival inkább lehetséges, hogy az idült ízületi csúz rokonságába idegen elemek befurakodnak.

E megszorítással azonban el kell ismernünk, hogy az idült ízületi csúz széles körében van egy túlnyomó nagy csoport, melynek tagjai egymással s a polyarthrititis acutával névrokon családot képeznek.

A polyarthrititis acutából való származás elégszer nyilvánvaló. „Tudjuk, hogy olyan egyének — e szavakkal tünteti fel Kéty²¹ tanár a polyarthrititis acuta s idült ízületi csúz közti viszonyt —, kik egyszer polyarthrititisben szenvedtek, mennyire ki vannak téve az újból megbetegedésnek, különösen akkor, ha a lob nem fejlődik tökéletesen vissza. Ez rendesen akkor következik be, ha a lobfolyamat intensív vagy a betegség alatt czélszerűtlen magatartás és viszonyok vagy constitutionalis hajlam állanak fenn. Ilyen esetekben a heveny lob visszafejlődése tökéletlen, a mi vagy recidívákban vagy chronikus ízületi csúz kórképe alakjában mutatkozik.”

Sokszor az idült ízületi csúznak a polyarthrititis acutából való származása teljesen elmosódhatik, a mennyiben a polyarthrititis acutának — különösen éltebb egyéneknek — annyira abortív megjelenése lehet, hogy a baj eredetileg idültnek látszik keletkezni.

Végül kedves kötelességet teljesítek, midőn Kéty tanár úrnak azon szíves előzékenységeért, a melylyel a klinikai anyagot rendelkezésemre bocsátá, e helyen is hálás köszönetet mondok.

Irodalom. 1. Orvosi Hetilap 1899. 2. Verhandlungen des XVII. Congresses für innere Medicin. 3. Lehrbuch der Constitutionskrankheiten. Stuttgart, 1893. 4. Über chronischen „Rheumatismus“. Deutsche med. Wochenschr. 1894. 5. Verhandl. d. Congresses für innere Medicin. 1897. 6. Ibidem. 7. Specielle Pathologie und Therapie. V. Band, I. Theil. 8. A belgyógyászat kézikönyve. II. kötet. 9. Handbuch d. Chirurgie. Pitha und Billroth. 1882. Bd. II. 10. Orvosi Hetilap 1890, 34—42. sz. 11. Zur Aetiologie des acuten Gelenkrheumatismus. Archiv für klin. Med. Bd. 51. 12. Aetiologie u. Klinik des acuten Gelenkrheumatismus. 13. Idézve Příbram szerint, lásd 7. 14. Idézve Příbram szerint. 15. Zur Aetiologie des acuten Gelenkrheumatismus und seinen Complicationen. Deutsche med. Wochenschr. 1866 Nr. 46. 16. Étude clinique et expérimentale sur la pathogenie du rhumatisme articulaire aigu, Paris 1893. Ref. Virchow's Jahresberichte über d. Leistungen etc. 1894. 17. Idézve Příbram szerint. 18. Zur Aetiologie des acuten Gelenkrheum. u. seiner Complicationen. Zeitschr. für klin. Med. 1892. IV. — Deutsche med. Wochenschrift 1894 Nr. 49. 19. Lásd 7. 20. Über die Aetiologie d. acuten Gelenkrheumatismus. Centralblatt für innere Med. 1897. 21. Lásd 7. 22. Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der Polyarthrititis idiopathica. Wiener med. Wochenschr. 1899 Nr. 44—45. 23. Zur Aetiologie d. acuten Gelenkrheumatismus. Verhandl. d. Congr. für innere Medicin. 1897. 24. Lásd 12. 25. Lásd 6. 26. Lásd 7. 27. Eine bisher kaum beachtete Complication des acuten Gelenkrheumatismus. Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. 58, H. 2 u. 3. 28. Lásd 7. 29. Lásd 7. 30. Virchow: Die krankhaften Geschwülste. Bd. II. S. 83. 31. A belgyógyászat kézikönyve. I. kötet.

Közlemény Konrád Márk dr. kir. tanácsos, a nagyváradi m. kir. bábaképezde igazgató tanárának szülészeti kórodájáról.

Újabb adatok az újszülöttek haematológiájához.

II. közlemény.

Közli: Schiff Ernő dr. gyermekorvos Nagyváradon.

(Vége.)

Egyik előző munkámban¹ már utaltam röviden azon körülményre, hogy az általam itthon vizsgált esetekben a téregységben foglalt vörös vértestecskék száma feltűnően magasabb volt, mint a prágai lelemezésben vizsgált eseteimnél. Ugyanottan kijelentettem azt is, hogy a vér alakelemeinek eme feltűnően magas értékeit semmi esetre sem hozhatom összefüggésbe a vizsgálati módszertől elválaszthatatlan hibaforrással, miután mindkét helyen ugyanazon készülékkel dolgoztam, s mert az eljárás technikájában már akkor mintegy 1200 esetben végzett vizsgálat után alig követhettem el hibát; fel kellett tehát vetnem azt a kérdést, vajjon nem annak tulajdonítandó-e az említett két csoportbeli esetek vörös vértestecskéinek száma közötti feltűnő különbség, hogy a vér térfogategységében foglalt száma a vörös vértestecskéknek az egyes nemzetiségekhez tartozó egyéneknek különböző?

Említett közleményemben nem terjeszkedtem ki részletesebben e kérdésre, miután arra nézve, hogy a vérben foglalt alakelemek száma az egyes nemzetiségek szerint különböző volna, a rendelkezésemre álló irodalomban nem találtam adatot. Stierlin² az egyedüli, a ki keresvén az okát annak, hogy miért térnek el egymástól oly feltűnően a felnőttek vörös vértestecskéinek számára vonatkozó adatok, kijelenti, hogy nem hajlandó ezen adatok eltérő voltát az individualis ingadozások által okozott értékkülönbségeknek betudni, hanem inkább hajlandó azt hinni, hogy e tekintetben többrendbeli másnemű körülmények s „Vielleicht die Nationalität“ játszanak közre.

Idézett közleményemnek alapját képező s a vér alakelemeinek számára vonatkozó vizsgálataimat eszköz hiányában és mert a megvilágosítandó kérdésre nézve nem tartottam jelentőségteljesnek, nem képesoltam össze haemoglobin-meghatározásokkal, s így az itthoni és prágai eseteim véreinek haemoglobin-tartalma közötti különbségről nem szerezhettem meggyőződést. Midőn azonban jelenlegi tanulmányaim folyamán betekintést kívántam szerezni azon kérdésbe, mennyiben van összefüggés a vér fajsúlya és annak haemoglobintartalma között, s ez okból a már említett 259 fajsúlymeghatározást

¹ Újabb adatok az újszülöttek haematológiájához. Akad. értekezések. XXII. k. 2. sz. 67. l. 1892.

² Stierlin. Blutkörperchenzählungen und Haemoglobin-Bestimmungen bei Kindern. Inaug.-Diss. Leipzig. 1889. 12. l.

haemoglobin-meghatározásokkal kötöttem össze, feltűnt előttem, mennyivel felette áll itthoni eseteim vérének haemoglobin-tartalma a prágai eseteim vérének haemoglobin-tartalma felett. Eme körülmény még inkább előtérbe tolta nálam azt a gondolatot, hogy a vérben foglalt alakelemek számbeli magatartása, a vérnek haemoglobin-tartalma, s így általában a vér összetétele az egyes nemzetiségek szerint változó.

Tudvalevő, hogy a klimatikus viszonyok ilyenmő befolyása a vér összetételére számos megfigyelés által be van igazolva. Így *Viault*¹ kétségtelenül megállapította, hogy az embernél a vörös vértetescskék száma a tengerszin feletti magasság szerint változik, a mit azután *Egger*, *Koeppé*² s mások is igazoltak. A fajt illetőleg eddig nincsenek határozott adataink. *Hayem*³ két néger és egy eszkimó vértetescskéinek számát vizsgálva, az európaiak vörös vértetescskéinek számával szemben nem talált jelentékeny különbséget, ámde soraiból mégis az tűnik ki, hogy egyáltalában nem tartja valószínűtlennek, hogy a vörös vértetescskék száma az egyes emberfajoknál különböző, sőt szerinte ez a kérdés megoldásra vár. Hangsúlyozza azonban, hogy: „Ceux qui entreprendront ces recherches, devront d'astreindre a examiner le sang d'un grand nombre d'individus d'une même race pour être autorisés a considérer un caractère quel qu'il soit, comme définitivement acquis. Ce caractère n'aura une valeur generale que s'il s'exprime par une différence sensible et constante, etc.”

Azt hiszem, hogy vizsgálataim a *Hayem* által előirt feltételeknek megfelelnek, még pedig úgy jelentékeny számuk, mint ama jelentékeny különbség által, mely a vér alakelemeinek számát illetőleg a két csoport között fennáll, a mint azt már említett közleményemben jeleztem. A mit itt a kérdés megvilágításához még mint újat hozzáfűzhetek, az a feltűnő különbség a két csoportbeli esetek vérének haemoglobin-tartalmában. (Ismételten megemlítem, hogy jelenlegi vizsgálataimat is a *Fleischl*-féle haematometerrel végeztem, még pedig tekintettel az állandó magas értékekre, felényire graduált pipettákkal.) A míg prágai vizsgálataim alkalmával az első életnapon egyetlen egyszer találtam 125% haemoglobint és 110—115%-ig terjedő értékeket is még aránylag ritkán, addig itteni eseteimben a 160%-nyi haemoglobin-tartalom sem tartozik a ritkaságok közé, sőt egy esetben — ismétlem, az első életnapon — 172% haemoglobint is találtam.

Hogy az összehasonlítást könnyebbé tegyem, ime ide iktatom a vér haemoglobin-tartalmának első 10 napi átlagos menetét, szembeállítva egymással a két csoportot.

Kor	Prágai esetek		Itthoni esetek		Különbözet
	száma	hgl.-tartalma%	száma	hgl.-tartalma%	hgl. %
1. életnap	8	104.6	18	144.0	39.4
2. „	10	104.2	18	135.0	30.8
3. „	10	100.1	17	135.0	34.9
4. „	10	96.5	17	130.2	33.7
5. „	10	94.0	16	132.3	38.3
6. „	10	94.5	12	127.75	33.25
7. „	10	93.5	10	120.8	27.3
8. „	7	97.7	9	118.1	20.4
9. „	7	96.3	8	118.0	21.7
10. „	6	96.0	7	119.6	23.6

A mint látható, a különbsétek a napi átlagos értékekben — mert minden egyes számadat a reggeli és esteli meghatározás középértékéből levont átlagot képviseli — az első 6 életnapon át 30.8% és 39.4% között, a 7—10. életnapon át 20.4%—27.3% között ingadoznak, olyan feltűnő különbsétek, a melyeket már sem eljárási hibának, sem más külső körülménynek nem lehet betudni.

Kíváncsi voltam azonban meggyőződést szerezni arról, mutatkoznak-e nálunk felnőtteknél is ilyen feltűnő magas értékek, s ezért alkalmat vettem magamnak 12 VII. gymn. oszt. tanítványomnak a vérének a vér alakelemeinek száma, fajsúlya és haemoglobin-tartalmára nézve megvizsgálni, s az így nyert adatokat szembe-

állítani másoknak felnőttekre vonatkozó adataival. Igaz, hogy a szerzők adatainál nélkülözöm a vizsgált esetek korának pontos megjelölését, azonban tekintetbe véve, hogy — a mint az az itt következő táblázatból látható — tanítványaim átlagos életkora 17 év volt, nem gondolnám, hogy az esetleges korkülönbség szolgáltatná az okát a vér alakelemeinek számában észlelhető jelentékeny különbséteknek.

Név	Kor	Vörös vértetescskék sz.	Vér-fajsúly	Hgl. %	Megjegyzés
Nábráczky	17 év	8'057500	1'0620	107	
Molnár	17 „	6'675000	1'0587	105	
Missuray	18 „	6'880000	1'0688	112	
Cseresnyés	18 „	6'6240000	1'0573	106	Anaemikus küllemű. Gyermekekoriában évekig prurigoban szenved.
Kranczky	17 „	5'945000	1'0613	100	
Papp R.	17 „	6'190000	1'0688	102	Feltűnően anaemikus küllemű.
Berkovits	16 „	6'855000	1'0620	98	
Stern Ödön	17 „	7'010000	1'0587	96	
Kába J.	18 „	7'435000	1'0653	114	
Dukasz	18 „	6'340000	1'0671	102	
Nemecz	17 „	5'700000	1'0602	92	Anaemiás küllemű.
Személyi	14 „	6'705000	1'0688	104	
Középért.	17 „	6'699318	1'0632	103.17%	

Látható, hogy a 12 eset vizsgálati adataiból levont átlagos értékek, különösen a mi a vörös vértetescskék számát és a vér haemoglobintartalmát illeti, jóval magasabbak, mint bármelyike az eddig a felnőttekre vonatkozó hasonló adatoknak, daczára annak, hogy a 12 ifjú közül 3 határozottan anaemiás küllemet mutatott. Az elsőnél (Nábráczky) talált látszólag túlmagas száma a vörös vértetescskéknek magamnak is feltűnt, ámde az érték valódisága felől csakhamar meggyőződtem, midőn az első vizsgálat után egy héttel ugyanazon időpontban, ugyanazon körülmények között ismét 8'090000 vörös vértetescskét találtam, vagyis majdnem ugyanannyit, mint az első vizsgálat alkalmával. A 12 esetből levont átlagos haemoglobin-tartalom 103.17%, holott prágai eseteimnél az újszülöttek is csak az első két napon mutatnak 100%-on felüli haemoglobin-értéket, ellenben a 10. életnapon az átlagos haemoglobin-tartalma a vérnek csak 96%. Nagyobb gyermekek-nél külföldi adatok szerint még alacsonyabbak a haemoglobin-értékek. Így *Leichtenstern*¹ 5 éves gyermeknél 76%, 6—10 évig terjedő életkorban 80% haemoglobin-tartalmat talált; *Widowitz*² szerint 5 éves gyermeknél a vér haemoglobin-tartalma 92%; 6—10 évig terjedő korban 80—100% között változnak értékei;³ ugyanezen életkorban *Hock* és *Schlesinger*⁴ szerint a vér haemoglobin-tartalma 68—95% között váltakozik. Én magam prágai vizsgálataim alkalmával néhány nagyobb (2½—5 éves) gyermeknél 60.0—80.4% között ingadozó haemoglobin-értékeket találtam.⁵

Kevésbé feltűnő már a különbség az én adataim és a külföldi szerzők adatai között a vér-fajsúly magasságát illetőleg. Az újszülöttekre vonatkozó adataimat ugyan alig hasonlíthatom össze mások adataival, mert hiszen ez életkorból az egész irodalomban csak két számadatot találok feljegyezve, t. i. *Lloyd Jones*-ét, a ki az első két hétre vonatkozólag 8 vizsgálat alapján 1'066, és *Monti*-ét, aki egy „újszülöttnél” 1060 vér-fajsúlyt talált. Tekintetbe véve, hogy az én terjedelmes vizsgálataim szerint az első 10 napi átlagos vér-fajsúly 1'0707 (az első napi átlagos érték 1'0760, a 10. napi 1'0652), így az újszülöttek vér-fajsúlya nálam szintén jóval magasabb. Ámde, ha a felnőtteket külön tekintem, úgy a különbsétek már nem oly feltűnően nagyok, mert a fenn közölt 12 esetben a fajsúlyértékek 1'0573 és 1'0688 között ingadoznak; ezzel szemben, hogy csak az újabb szerzőket említem,

¹ *Leichtenstern*. Haemoglobingehalt d. Blutes in gesunden und kranken Zuständen. 1878. Leipzig.

² *Widowitz*. Haemoglobingehalt d. Blutes gesunder und kranker Kinder. Jahrb. f. Kinderh. Bd. 27. u. 28. 1888.

³ Ugy a *Leichtenstern* mint a *Widowitz* itt közölt adatai a *Fleischl*-féle százalékos hgl.-tartalomra átszámított értékeket képviselik.

⁴ L. c. 5. l.

⁵ Ueber das quantitative Verhalten d. Blutkörperchen und des Hgl. bei neugeborenen Kindern etc. Zeitschr. f. Heilk. XI. k. 4.8 l.

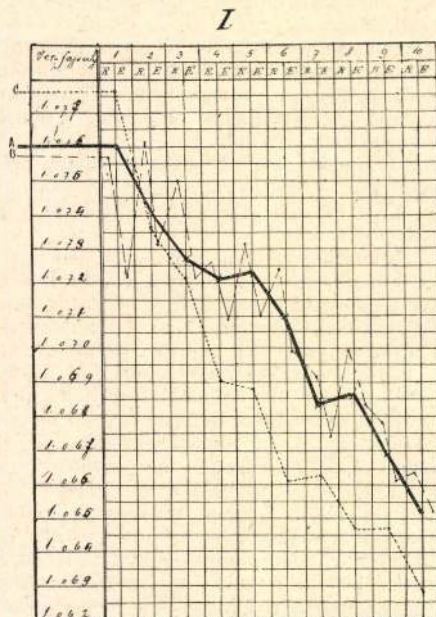
¹ *Viault*. Sur l'augmentation considerable du nombre des globules du sang chez les habitants des hauts plateaux de l'Amerique du Sud. (Acad. des sciences 1895. dec. 15.)

² Idézzve *Grawitz*-nál: Klinische Pathologie des Blutes. Berlin, 1896. 219—220. l.

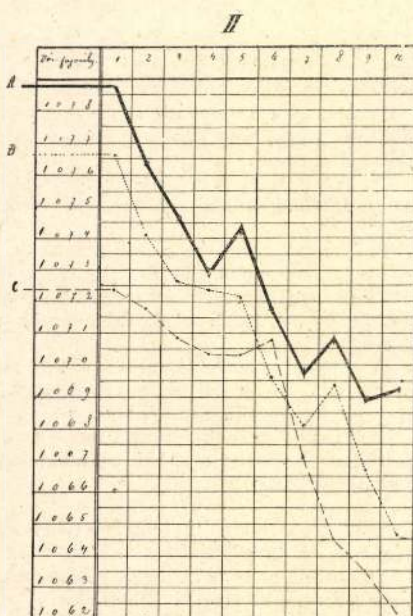
³ L. c. 186. l.

Aronnet¹ 1'0576—1'0654 közötti, Lloyd Jones 1'035—1'068 közötti (Lloyd Jones minimalis határértéke semmi esetre sem vonatkozhatik normalis esetre), Devoto² 1'058—1'059 közötti, Schmaltz férfiaknál 1'058—1'062 közötti, Peiper ugyancsak férfiaknál 1'0477—1'0665, Siegl férfiaknál 1'060—1'064, Hammerschlag férfiaknál 1'0565—1'066, Menicanti férfiaknál 1'058—1'066 és v. Noorden általában 1'055—1'060 közötti fajsúlyértékeket találtak. Bár az összehasonlítás annyiban nem egészen exact, a mennyiben az én 12 esetem átlagos 17 éves korával szemben, az említett szerzők által vizsgált esetek kora előttem ismeretlen, annyi mégis nyilvánvaló, hogy a vér fajsúlya tekintetében, legalább a mi a felnőtteket illeti, adataim s a külföldi szerzők adatai között nincs meg az a feltűnő különbség, mint a vér alakelemeinek száma tekintetében. A mennyiben az én 12 felnőtt esetemnél talált fajsúlyértékek tényleg az átlagos viszonyoknak volnának kifejezői úgy minden esetre kérdéses, mi lehet az oka annak, hogy a vér alakelemeinek aránytalanul magasabb száma és haemoglobintartalma mellett a fajsúlyértékek nem megfelelően magasabbak? Erre természetesen a vérnek másnemű alkatrészeit illető vizsgálatok hiányában felelet nem adható. Annyi azonban eddigi észleléseim alapján kétségtelen előttem, hogy a mi nemzetiségünkhöz tartozó egyének vérösszetétele nemcsak az újszülötteknél, de a felnőtteknél is különbözik más nemzetiségbeli egyének vérösszetételétől.

Ámde ha ez tényleg így van, a mit egészséges felnőtteknél végzett további rendszeres vizsgálatoknak kellene eldönteni, úgy nagyon természetes, hogy akkor, a midőn mi a nemzetiségünkhöz tartozó egyéneknél egy a vér alakelemeinek számára, haemoglobintartalmára és fajsúlyára vonatkozó vizsgálat alapján azt a kérdést akarjuk eldönteni, anaemiás-e a kérdéses egyén, avagy sem, hogy akkor nem vehetjük mértékül a különböző külföldi szerzők ide-



A vér fajsúlyának menete az első tíz életnap folyamán. A) Napi átlagos értékek menete nem icterikus újszülötteknél. B) Napi átlagos értékek menete icterikus újszülötteknél. C) Napszaki ingadozások menete nem icterikus újszülötteknél.



A vér fajsúlyának menete az újszülött fejlettségi foka szerint. A) I. csoport. 3500—4300 grammig terjedő init. súlyal. B) II. csoport. 3000—3500 grammig terjedő init. súlyal. C) III. csoport. 2000—3000 grammig terjedő initialis súlyal.

vágó átlagos értékeit, mert a midőn az azon átlagértékekhez viszonyított vizsgálati adat látszólag normalis viszonyokat mutat, ugyanakkor a nálunk a vér összetétele tekintetében fennálló tényleges viszonyokhoz képest az illető egyén valójában már anaemiásnak tekintendő. A kérdés eldöntése tehát ennyiben gyakorlati jelentőséggel bírna.

* * *

Végzett vizsgálataim eredményeit a következőkben foglalom össze:

1. Az újszülöttek vérének fajsúlya egyénileg eltérő abszolút értékeket mutat, a mennyiben ezen értékek az első 10 életnap folyamán eseteimben 1'080—1'060 között ingadoznak, még pedig oly módon, hogy az első 6 napon az 1'070—1'080 közötti fajsúlyértékek, a 6—10. életnapon pedig az 1'060—1'070 közötti értékek vannak túlsúlyban.

2. Az újszülöttek vérének fajsúlya legmagasabb az első életnapon (átlagban 1'0760), ettől kezdve a 10. életnapig fokozatosan csökken (átlagban 1'0652-re). A csökkenés mérve egyik napról a másikra átlagban 0'001, tíz nap alatt tehát összesen 0'010.

3. Az újszülöttek vérének fajsúlya nagyobb éjjel mint nappal. A különbség legnagyobb az első három nap alatt (átlagban 0'003), a későbbi napokban fokozatosan kisebbedő (0'002—0'001-ig).

4. Befolyással bír az újszülöttek vérének fajsúlyára a) azok fejlettsége, a mennyiben fejlettebb újszülöttek vérfajsúlya magasabb s fordítva; b) a köldökzsinór lekötési módja, a mennyiben a későn lekötöttek 10 napi átlagos vérfajsúlya magasabb. Ellenben nem bír befolyással a vér fajsúlyára az újszülött neme, valamint azon körülmény sem, hogy először vagy többször szülőtől származik-e.

5. Az icterus neonatorumban szenvedő újszülöttek vérfajsúlya alacsonyabb, mint a nem icterikusoké. Ez a különbség azonban csak a 4. életnaptól kezdve mutatkozik, a midőn t. i. eseteimben az icterus átlagban fellépett. A különbség a nem icterikusok javára eseteimben 0'003-at tesz ki.

6. A vér fajsúlya vizsgálataim szerint sem annak haemoglobin-tartalmával, sem a vörös vértestecskék számával nem áll szoros összefüggésben.

7. Eddigi vizsgálataim alapján úgy a vér fajsúlyát, valamint annak haemoglobin-tartalmát és a vörös vértestecskék számát illetőleg valószínűnek kell tartanom, hogy a vér összetételére a nemzetiségnek határozott befolyása van.

Évi jelentés

Batizfalvy Sámuel dr., a testegyenészet magántanárának sanatoriuma és vízgyógyintézete XLI. évi működéséről.

Közlő: Trajtlér István dr.

Az elmúlt XLI. évfolyamban (1899. év január 1-jétől 1899. év december 31-dikéig) 149 beteg (89 férfi, 60 nő) kezeltetett az intézet helyiségeiben, kik közül 3 az 1898. évről maradt az intézetben, 146 pedig az 1899. évben vétetett fel.

Az intézeti 149 beteg kezelése összesen 4842 ápolási napot vett igénybe. Ezek közül:

hónap	10 beteg	194 napon át ápolatott
január	18	317
február	21	370
márczius	21	380
április	32	380
május	37	580
június	38	651
július	24	320
augusztus	28	339
szeptember	24	512
október	24	382
november	16	304
december		

Megjegyzendő, hogy a betegek havi létszámában az előző hónapokban felvett, de további gyógykezelés alatt maradt betegek száma is befoglaltatik, a megfelelő hónapban jelentkezett új betegekkel együtt.

A betegek korát tekintve volt:

16—20 éves = 9,	36—40 éves = 31,	56—60 éves = 7,
21—25 éves = 9,	41—45 éves = 20,	61—65 éves = 3,
26—30 éves = 29,	46—50 éves = 9,	66—70 éves = 2,
31—35 éves = 22,	51—55 éves = 7,	71—75 éves = 1.

A tulajdonképeni betegeken kívül számos szülő, rokon és kíséző nyert rövidebb vagy hosszabb ideig ellátást a gyógyintézetben.

A betegek hazánk következő megyéiből valók voltak: 1 Abauj-Torna, 1 Arad, 5 Bács-Bodrog, 2 Bars, 1 Bereg, 2 Békés, 2 Bihar, 3

¹ Aronnet. Quantitative Analyse des Menschenblutes. Inaug.-Diss. Dorpat. 1878.

² Devoto. Ueber d. Dichte d. Blutes unter pathol. Verhältnissen. Prager Vierteljahrschrift XI, 175. 1.

Borsod, 1 Brassó, 3 Csanád, 4 Csongrád, 4 Gömör-Kishont, 1 Hajdú, 1 Heves, 2 Hunyad, 4 Jász-Nagykun-Szolnok, 1 Kis-Küküllő, 2 Kolozs, 1 Liptó, 1 Maros-Torda, 9 Nógrád, 1 Pest-Pilis-Solt-Kiskun, 2 Pozsony, 1 Sáros, 1 Somogy, 2 Szabolcs, 1 Temes, 3 Torontál, 1 Vas, 1 Verőce, 4 Zala, 1 Zágráb, 1 Zemplén, 1 Zólyomgyéből. Ezenkívül volt 76 Budapestről, 2 Ausztriából.

Az intézetben kezelt betegek a következő bajokban szenvedtek: gége- és légzőbetegségek 2, szív ideges betegségei 2, agy és agyburok vérzése és agyverőmleny 1, gerinczagsorvadás 10, idegzsák 3, hystéria 53, ideggyengeség (neurasthenia) 65, idült izületi lob 3, bujakkór 1, gerincz elferdülés 4, chronikus mérgezések 3, daganatok a végbélben 1, látóidegsorvadás 1.

A betegek közül gyógyultak és javultak távozott 139 (83 férfi, 56 nő), gyógyulatlanul 1 férfi, meghalt 1 férfi, további gyógykezelés alatt maradt 8 (4 férfi, 4 nő).

Az orvos-sebész ambulansokon kívül hosszabb-rövidebb ideig bejárólak a következő testgyógyászati esetek gyógykezeltettek: dongaláb 4, gerinczoldalgörnye 5, gerinczpúp 2, lúdtalp 2, madármell 3.

Az intézet betegeit gyógyították: Angyán Béla, Basch Imre, Dirner Lajos, Hajós Lajos, Jendrassik Ernő, Kétyl Károly, Korányi Sándor, Laufenauer Károly, Moravcsik Ernő Emil, Novotny Lajos, Ottava Ignác, Plósz Pál, id. Siklóssy Gyula tudorok és tanárok, az intézet igazgató-tulajdonosa, valamint a vízgyógyászat vezető főorvosa Trajtlér István dr.

Fertőző betegségek, minő a hagymáz, himlő, vörheny, ronsoló torklob, kanyaró, az intézetből kizárva, nem különben az örültek is.

A rendszeres vizsgálmód az intézeti tágas telek fenyeves kertjében külön e célra emelt épület nagy gyógytermében, a beteg bajához és egyéniségéhez mérten, az intézeti szakorvos folytonos felügyelete mellett alkalmaztatik.

A gyógytermek a tudomány mai kívánalmainak megfelelőleg gazdagon fel vannak szerelve a szükséges gyógyszerközzel s azok célszerű berendezése a technikai kivitel tekintetében is kiállja a versenyt.

A vizsgálmód mellett az intézetben a villamozás, massage, svéd gymnastika és a Charcot-féle felfüggesztő gyógmód rendszeresen alkalmaztatik.

Testgyógyászati célokból, a bennlakó betegeken kívül, svédgyógytestgyakorlatra bejáró gyermekek is elfogadtatnak.

Az intézeti épület, mely Weber Antal műépítész tervei nyomán határozott rendszerrel bíró olasz renaissance-stylben épült, szabad, magas téren 12 méternyi (38') magasságban a Duna 0 pontja felett, árnyas park közepén fekszik. Van két udvara; árnyékos kertje 2988 négyszög-méternyi területet foglal el. Szélirány a délkeleti és északnyugati közt változik; a talaj homokos.

Csatornázás a házon belül agyagesővekkel, a házon kívül a kerten át az utcán fűcsatornába falazott. Városi vízvezetékkel van ellátva a kert és az egész épület, főző- és mosó konyhák, closetek.

Az újonnan kényelmesen bútorozott betegszobák tágasak és világosak s osztályzat szerint minden rangú igénynek megfelelnek.

Az étkezés az egyéni esetekhez alkalmazkodva, részint a kórszobákban, részint az intézeti nagy ebédlőteremben a közös asztalnál történik.

A betegek szórakoztatásáról magyar, német és francia nyelvű könyvtár, zongora, az olvasó-terem asztalán fekvő szépirodalmi folyóiratok, napilapok s különféle társasjátékok és a környékbe történő szintén társas kirándulások által van gondoskodva.

Az ápoló szolgálat a betegek számához mérten több-kevesebb személy által eszközöltetik és szükség esetén nappalra és éjjelre oszlik.

T Á R C Z A.

Az orvos szakértői működése.

Brouardel¹ könyvének azon részét, mely az orvos felelősségéről és az orvos titoktartásáról szól, ezen a helyen már az 1898-dik év folyamán ismerttettem,² ezúttal azon részt szándékozom főbb vonásaiban a magyar orvosi közönséggel közölni, a mely a szakértői működéssel foglalkozik; joggal mondja Brouardel, hogy ezen feladat igen közelről érinti az orvos reputációját. Nálunk fejtegetéseinek különös aktualitást ad az új *bűnvádi perrendtartás* (1896:XXXIII.) életbeléptetése és a *polgári törvénykönyv* külsőben levő megalkotása s épen ezért, úgy mint azt az előző alkalmakkor tettem, a francia viszonyok ismertetését a magyar törvényes intézkedések beiktatásával kiegészítem.

Franciaországban az 1892. november 30-diki törvény kimondja, hogy orvosszakértő a törvény előtt csak francia diplomájú orvos lehet; a bírósági szakértő címét külön rendelet szabályozza, de a törvény minden orvost kötelez arra, hogy adott esetben a bűntető bíróság hivatalos felszólításnak engedelmeskedjék. A törvény alapján 1893. november 21-dikén rendelet jelent meg, a mely a „bírósági szakértő” cím adományozását a felsőbíróságok hatáskörébe utalja, a melyek a ki-nevezéseket a törvényszékek előterjesztésére és a főügyész meghallgatásával eszközlik. Csakis olyan francia diplomájú orvosok jelölhetők, a kik már öt éve orvosi gyakorlatot folytatnak. Bizonyos kivételektől eltekintve, csakis a bírósági szakértők bízhatók meg a szakértő fel-

adatának teljesítésével. Brouardel haladásnak tekinti, hogy ezentúl nem a vizsgáló bíró tetszésén mulik, hogy kit választ szakértőül, de még azt óhajtaná, hogy az orvosi fakultások jelöljenek ki ezen feladatra alkalmas orvosokat. Helyteleníti, hogy csak olyanok nevezhetők ki, a kik már öt éve orvosi gyakorlatot folytatnak, hiszen ilyen módon az egyetemi évek alatt elsajátított specialis ismereteket elfeledik. Ehhez járul a 23-dik §., mely az orvost kötelezi a megbízás elfogadására, melynek teljesítéséhez specialis jártasság volna szükséges. Azt sem szabad feledni, hogy milyen következményekkel jár az ember életére, ha egy szüléssel foglalkozó orvos kénytelen boncolni. Ezen intézkedés eredménye azután az, hogy szakértő erőszakos nemi közönséges bűnyűgyében azt állította, hogy a 11 éves leánynak nincs hymenje, holott kiderült, hogy az érintetlen. A tévedést beismerte, de azzal védekezett, hogy tanulmányi évei alatt sohasem látott hyment; mások a szakértők a vádlott ruháján levő foltokról azt állították, hogy embervértől származnak, pedig állításuknak nem volt alapja; a mérgezések félreismerésének számos példája is előfordul. A megbízás elfogadásának kötelezettsége nem is volt az 1892-dik évi törvény tervezetében, de a kamara concret eset benyomása alatt beleiktatta. Abban az időben ugyanis egy község valamennyi orvosa megtagadta egy rothadt hulla boncolását, a melyet székhelyüktől 4—5 kilométernyire vízből húztak ki.

Franciaországban a boncolással egy orvost biznak meg, ennek az a következménye, hogy a vidékről, a hol legtöbbször igen kedvezőtlen viszonyok között kell a feladatot teljesíteni, tökéletlen látéletek és jegyzőkönyvek érkeznek. A felülvizsgálatra kerülő boncolások *felében* a koponyafűrt ki sem nyitották, de meg innok hiányában az utólagosan fogalmazott leírások szerfölött hiányosak.

Brouardel figyelmeztet, hogy az orvosnak nincs joga a sértett vizsgálatát narcosisban végezni, azt is hangsúlyozza, hogy ha a sértett vonakodik magát a rendes vizsgálatnak alávetni, a szakértő ne erőszakolja a dolgot, hanem egyszerűen jelentse a bíróságnak, s ennek lesz a kötelessége, hogy a sértett felet felvilágosítsa vonakodása következményei felől. Értékes tanácsokat találunk arra nézve, hogy mikép viselkedjék a szakértő az esküdtek előtt. Azt ajánlja, hogy az orvos ne a látélet rendes sorrendjében nyilatkozzék, hanem előadását következtetéseivel kezdje s ezeket azután okolja meg, különben a laikus esküdtek nem képesek a fejtegetések megértésére. A technikus terminusokat kerülni kell, ezek kiejtése esetén, értelmüket azonnal magyarázzuk meg. Az orvos a hozzája intézett kérdésekre nyugodtan s óvatosan feleljen s az ellenőrző szakértővel szemben is őrizze meg hidegvérét. A szakértő, ha véleményében téved, ezért nem vonható felelősségre, hiszen a bírón mulik, hogy elfogadja-e a szakértő felfogását (megtörtént már nem egyszer, hogy az orvos azt állította egy nőről, hogy pár nap előtt szült, pedig terhes volt s néhány nappal később élő gyermeket hozott a világra). Természetesen más beszámítás alá esik, ha a szakértő hamis bizonyítványával megteveszteti akart.

* * *

Magyarországon a szakértőkről a csak nemrég életbe lépett „*a bűnvádi perrendtartás*”-ról szóló *törvény* (1896:XXXIII.) XIV. fejezete a következő intézkedéseket tartalmazza:

225. §. „Ha a bűnvádi ügyre nézve fontos ténykörülmények megállapítására vagy felderítésére személyes megfigyelés szükséges: bírói szemlét kell tartani.

A mennyiben a szemlével megállapítandó tények felismeréséhez és megítéléséhez külön szakértelem szükséges: szakértők alkalmazandók.”

227. §-ból „Ha a szemléhez szakértők szükségesek: a bíróság rendes szakértői közül kettőt, az ügy fontosságához képest esetleg többet kell alkalmazni. Csekélyebb fontosságú körülménynek megállapítására vagy ha több szakértő nehezen volna található, egynek alkalmazása is elégséges.

A rendes szakértők csak akkor mellőzhetők, ha ellenők aggodalom merült fel, ha akadályozva vannak, ha a késedelem veszélyt jelne, vagy ha közöttük nincs olyan, a ki a kívánt szakértelemmel bír.

Ha szükségesnek mutatkozik, a rendes szakértőkön felül más szakértők, nevezetesen olyanok alkalmazhatók, kik a kívánt külön szakértelemmel bírnak.”

228. §. „Olyan ügyben, melyben az eldöntendő kérdések felismeréséhez és megítéléséhez külön szakértelem szükséges, a terhelt, vagy ha több a terhelt, ezek együttesen saját költségükön ellenőrző szakértő közreműködésével élhetnek.

Az utóbbinak joga van a terhelt vagy terhelték érdekeit szakértői közreműködésével előmozdítani s megoltalmazni.

Nevezetesen a szemlénél jelen lehet, az esetleges hiányokra vagy mulasztásokra figyelmeztethet és a szemle teljesítésére, valamint a véleményre nézve észrevételeit akár a jegyzőkönyvben, akár külön iratban előterjesztheti.”

A 229. §. felsorolja, hogy kik nem alkalmazhatók szakértőkkül (rokonság, részesség stb.)

A 230. §-dik bekezdése szerint:

„A felek kifogásaikat a szemle előtt előterjeszthetik. Ha ezek nyomatékosak és a más szakértők alkalmazásából származható késedelem veszélyt nem jár, a kifogásolt szakértő mellőzendő.”

A 231. §-ból „Az, a kit szakértőül kirendeltek, nem tagadhatja meg közreműködését: ha a szemlénél szükséges szakmára rendes szakértő minőségben van alkalmazva, vagy, ha a szakmát keresetképen gyakorolja és a 229. §. esete fenn nem forog.

¹ La responsabilité médicale, secret médical, déclarations de naissance. Inhumations, expertises médico-légales. Paris.

² Orvosi Hetilap 1898. 29. és 53. o.

Mindazáltal, ha a szakértő az illető vizsgálat teljesítésére vagy vélemény adására magát kellően képesnek nem érzi, vagy más nyomós okot hozhat fel, egyes esetekben, ha sürgős eljárás szüksége nem forog fenn, a kirendeléstől kivételesen felmenthető."

A 232. §-ból: "A megjelenésre kötelezett, de az idézés daczára meg nem jelent, úgyszintén az eskü letételét vagy a vélemény adását törvényes ok nélkül megtagadó, vagy a véleményt megintés daczára elő nem terjesztő szakértőt a bíró, illetőleg a bíróság kétszáz koronáig, ismétlés esetén hatszáz koronáig terjedhető és elzárásra változtatható pénzbüntetéssel bünteti s azonfelül az okozott költségek megfizetésében marasztalja."

A 233. §. a szakértő esküjéről szól.

234. §. "Ha a szakértők véleményük előkészítése céljából szükségesnek találják, bizonyos körülményekre vonatkozólag a szükséges felvilágosítások az ügy irataiból nekik megadhatók, esetleg az ügy iratai is vagy egy részök velük közölhetők. Ugyane célból új tanuk hallgathatók ki, sőt a már kihallgatott tanuk újra kihallgathatók és a szakértők a kihallgatáson, a bíró beleegyezésével, a tanuhoz közvetlenül kérdéseket intézhetnek."

Grósz Emil dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A hólyagbetegségek mai állása.

Közli: Novotny Lajos dr. kir. tanácsos.

(Vége.)

Chronikus hólyaggyulladásra ad alkalmat a vesebaj, a különféle prostatabetegségek, a húgycsőszűkület, a hólyagba jutott idegen test, a hólyagkő, a hólyagdaganat és végre a sonda- és kathetervizsgálat is fertőzés által.

Feltűnően az insufficiens és bénult hólyag ad alkalmat a gyulladás kifejlődésére, mert a pangó vizelet alkalmas a fertőző organismusok tenyésztésére.

A vizelet zavaros, genyes. A baj a hólyag öblítésére néha gyorsan meggyógyul, máskor éveken át tart s csak az alapbántalom (daganat, kő) eltávolításával gyógyul.

A baj könnyen áttérjed a vesékre s gyakran kőképződésre ad alkalmat. Azért nem szabad késlekednünk a hólyagmosással. Itt azonban nem a bactericid hatásra kell a súlyt fektetnünk, mint a hogy azt kezdetben tették, hanem arra, hogy a hólyagot megszabadítsuk a lob termékeitől, melyre hamarosan regenerálódik a beteg nyálkahártya.

A *tuberculosis* természetesen a húgyhólyagban is kifejlődhetik.

A tüdőben, a peritoneumban, a pleurában előbb tuberculomok támadnak s csak azután lép fel a tüdőben a catarrhus, a peritoneumon a peritonitis, a pleurán a pleuritis, hasonlóan a hólyagban is előbb tuberculomok keletkeznek s csak azután köszönt be a hólyaggyulladás.

Két időszakot vehetünk fel tehát: a tuberculomok képződését és a fekélyképződést. A régiek csak a cystitis tuberculosát ismerték. Manapság azonban a gümők képződése a hólyagban ép oly valószínűséggel diagnosztizálható, mint a tüdővész prodromál stadiuma.

A tüdővész első hírnöke a tüdőhurut, a vérkőhögés; a cystophthisis prodromál stadiuma a vizeles gyakorisága s a vérvizeles.

A betegség fellépését olyanoknál észleljük, kik szegényvérfűek, lymphás s gyenge testalkatúak s kik sokáig szenvednek kankóban. Továbbá olyan erőteljes egyéneknek, kiknél a mellékherében, a prostatában vagy az ondóhólyagban kemény göböket tapinthatunk ki.

Ha tehát az urethro-cystitis nagyon makacs s az orvoslásra nem gyógyul, valószínűnek vehetjük, hogy a hólyag gümőkóros betegségével van dolgunk.

A tuberculosis a bacillus okozza, annak kimutatása azonban nem mindig sikerül. Irányadóul vehetjük, hogy a bacillus feltalálása a tuberculosis mellett bizonyít, de fel nem találása még korántsem szól ellene. *Williamson* (a Med. chronicle 1899. évi egyik számában) súlyt fektet arra, hogy a vizeletben a genyten esetben vizsgáljuk meg, hogy van-e benne tub. bacil., de egyszersmind óvatosságra int, nehogy összetévesztjük smegma bacillussal, mi okból azt ajánlja, hogy a vizsgálatra katheteren bocsássuk le a vizeletet. A mi a prognosist illeti, az nem oly rossz, mint a hogy lépten-nyomon halljuk. A tüdővész prognosisa rosszabb, mégis gyakran van alkalmunk látni, hogy a prodromál stadiumból mily meglepően bontakozhatnak ki a betegek.

Utmutatónál arra nézve, hogy mi szolgálhat a cystitis alapjául, a következőket említhetjük:

A gonorrhoeás cystitist hevenyész kankó előzi meg, vagy a már régebben fennálló kankós hólyaggyuladással a tünetek a localis terapiára javulóba mennek át, míg a gümőkórú ez nem mondható;

hogy kő jelenlétében már előzőleg beálltak zavarok járásnál, kocsizásnál, melyek nyugalomra engedtek, míg a gümős cystitisnél ezt nem tapasztaljuk;

hogy a daganatot nagyobb vérzés előzte meg időszakos egymásutánban, mindinkább rövidebbre-rövidebbre szabódva, a nélkül, hogy a vérzéssel kapcsolatban gyakori vizeles jelentkezne;

hogy a vesebajokkal járó cystitist vesetáji fájdalmak s a húgnak már előzetes elváltozása előzi meg;

hogy a diabetesben s másnemű megbetegedésekben ezeknek tünetei jóval a cystitis előtt léptek előtérbe;

végre, hogy legsúlyosabb esetben is az esetek legnagyobb számában a húgy savanyú kémhatású.

A therapia a kystoskopia felszínre kerülése óta sok esetben arra irányul, hogy a fekélyeket kikaparjuk. *Desnos* (a Bull. génér. de therap. 1898. évi egyik számában) a cystitis tuberculosát tárgyalva, a test erősítésére czélszerű diétát ajánl s felemeli szavát a szokásos tejkúra ellen, mely a felnőtt embernek nem mindig felel meg. Vegyes étrendet ajánl s belsőleg arsenpraeparatumokat, kreosotot és guajacolt.

A hólyagkőre általában még mindig a régi klinikai tünetek állanak, így ha a gyermeket vizelesinger és hólyaggyulladás lepi meg, kőre gondolhatunk, ha felnőtteket kocsizás, járás s az újabban lábra kapott kerékpározás után fájdalmas vizelesinger, véres vizeles s a makkban fájdalom éri, hólyagkőre s csak azután gondoljunk más egyéb betegségre, pl. prostata-bajra.

Legtöbb húgykő-analysist *Réczey* tanár végzett. A kő magja lehet felhám, vérrög, máskor idegen test, így *Morestin* egy esetében a cystotomia suprapubicával eltávolított hólyagkő magját egy Nelaton-katheter darab képezte (*Société anatomique de Paris* 1899. február 3.)

A kő nagyságát gyermekeknél és nőknél bimanualis tapintás által, egyébként a fémsondának a kövön való végig csusztatásával, végre a kystoskop által határozhatjuk meg. Hazánkban e vizsgáló módszer kultiválását illetőleg *Dollinger* és *Réczey* tanárok az érdem, kik a húgy-szervek bajaiban szenvedők részére külön ambulantiát tartanak a klinikumon.

Kőre gyanus esetekben sohase mulasztjuk el a fémsondával, a kőkutatóval való vizsgálatot. Ez a szabály régi, de mindig jó marad. Vannak azonban esetek, hogy sem kutatóval, sem kystoskoppal nem juthatunk a hólyagba; ilyenkor az X-sugarakkal érhetünk célzt. Hogy azután a kő eltávolítására mily eljárás a legjobb, az a sebész dolga.

Hólyagdaganatok diagnosztikáján és therapiáján a kystoskopia nagyot lendített. Ha a beteg arról panaszkodik, hogy vizelete hol tiszta, hol meg véres, de a vérvezelés nem okoz fájdalmat, hólyagdaganatra gondolunk. Hólyagdaganatra gondolunk akkor is, ha a beteg véres húgyot ürített ugyan hol nagyobb, hol rövidebb időközökben már azelőtt is, de fájdalmat s gyakori húgyingert csak a sonda- vagy kathetervizsgálat óta érez s hogy tiszta vizelete csak az instrumentalis vizsgálat óta vált zavarossá s bűzössé.

A hólyagdaganat jelei:

A vérvezelés már magában véve is oly jellemző, hogy abból bátran hólyagdaganatra gondolhatunk. Sajátsága, hogy úgyszólván a beteg tudta nélkül köszönt be s megcsúsz, hogy a beteg csak utólagosan a fehér ruháról, az éjjeli edényből vesz tudomást róla. Másik sajátága, hogy előbb csak nagy, pár hónappal később pedig mind kisebb és rövidebb időközökben jelentkezik. Harmadik sajátága végre, hogy az anamnesisben semmi nyomát sem fedezhetjük fel annak, a mi a vérzést megindította volna, mert hol a nap teendői közben, hol meg épen ágyban fekvé lepi meg a beteget.

A vizeletben úszkáló daganatrész biztos jele a hólyagdaganatnak.

A sonda-vizsgálat ritka esetben nyújt biztos adatokat, mert elgondolható, hogy a lágy daganatokat nem lehet vele kitapintani.

A sonda- és katheter-vizsgálat különben, ha tisztátalan eszközökkel végeztetik, a betegre legtöbbször végzetes a beálló hólyaggyulladás miatt.

Kivitele ellen tehát épen ez okból tiltakoznunk kell s csak a legnagyobb szükségben alkalmazzuk!

A kystoskopia a kellő asepsis szemmel tartása mellett a legbiztosabb vizsgáló módszer, mert tiszta képet nyújt és a daganat helyzetéről s nagyságáról kellő felvilágosítást ad.

Ha azonban a hólyag kapacitása ad minimum csökkent s a vérzés csillapíthatatlan, tévovázás nélkül fogjunk a Thompson-féle digital exploratiohoz vagy a magas hólyagmetszéshez, mely alkalommal therapeutice is beavatkozhatunk. A daganat eltávolításának módja a sebészet körébe vág. *Tuffier* (*Revue de Chirurgie* 1898. számában) a húgyhólyag teljes kiirtásáról számol be a hólyagra kiterjedő rák miatt, midőn az uretereket az S romanumba varrta. Itt csak azt jegyzem meg még, hogy az újabb kystoskoppal per vias naturales eltávolítható egynemű daganat. Érdekes esetet említ *Rabe* a hólyagdaganatok történetéből. Egy 65 éves beteg a kórházba való felvétele után pár órára meghal, a sectio alkalmával a hólyagban egy jókora követ találnak, mely alaposabb vizsgálatra inkrustált fibromának bizonyult. Hogy a hólyag melyik részéről vált le valamikor, nem volt felderíthető.

Az idegen testekről azt jegyezhetjük meg, hogy leginkább a húgycsővön keresztül jutnak a hólyagba, bár idegen testekről szólunk akkor is, ha lőtt seben át, vagy ha a medenczezsontok törésével csontdarabok jutnak a hólyagba. Érdekes e tekintetben *Héresco* esete. A betegnél 8 éves korban coxitis támadt, mely után tályog képződött, 7 évre rá súlyos cystitis köszöntött be, melynek oka egy a hólyagban levő kő, de melynek magja egy csontdarab.

Idegen testek jutnak a hólyagba, ha azok gyógyítás végett alkalmaztattak, bougie, catheter, viaszgyertya vagy ha a potentia emelésére vagy a bujaság kielégítésére vezetettnek be a húgycsőbe, honnan azután könnyen a hólyagba csúsznak.

Sőt a vaselin is, ha sok ideig használtatik a műszerek sikamlóssá tételére, mint idegen test a hólyagban leülepedhetik (*Novotny*).

A lágy idegen test felismerése csak a kystoskop által lehetséges. Eltávolításuk vagy fogóval, vagy véres úton történik.

A hólyagsértések két csoportba oszthatók: hólyagsértés, külső sebzés nélkül, ez volna az úgynevezett hólyagrepedés, és hólyagsértés külső sebzéssel párosulva, mely szűrő eszközzel és löfegyverrel idéztetik elő.

A hólyag megtöltésekor beálló repedést inkább a kóros hólyagfalban s a hólyagizmokban hirtelen beálló göres hozza létre.

Ila a hólyag akkor reped meg, midőn folyadékot fecskendezünk beléje, a tünetek annyira jellegzők, hogy a veszedelem alig kerülheti el figyelmünket, t. i. a hólyag részéről az ellentállás hirtelen megszűnik, az alhasban kiemelkedő hólyag eltűnik, a húgyesapon a folyadék nem, vagy annak csak kevés része ömlik vissza gyenge áramban. *Drappier* szerint (*Journal des scienc. méd. de Lille* 1899) a halandóság 87%. Egy érdekes esetben spontan gyógyulás állt be. *Tuffier* különben kísérletekkel kimutatta, hogy az aseptikus húgy a peritonealis üregben kisebb mennyiségben könnyen felszívódik s lobgerjesztőleg csak akkor hat, ha nagy mennyiségben ömlik a hasüregbe.

Hólyagsértés esetében a hasfal megnyitása, hamarosan végezve, életmentő beavatkozás, mit jó lesz a mai páros viadalo aerában megjegyezni feleknek s orvosoknak egyaránt, memento lévén arra nézve u. i., hogy jó párbajorvos csakis kipróbált sebész lehet.

Könyvismertetés.

Intestinal Obstruction. By Frederick Treves, F. R. C. S. Cassel & Comp. London. 1899.

Az 560 oldalas mű kimerítő képét nyújtja a bélelzáródásnak. Három részből áll. Az első részben a mechanikus feltételek alapján csoportosítja a bélelzáródás alakjait, a mely feltételek: 1. strangulatio, 2. torsio, 3. invaginatio, 4. eldugulás, 5. stenosis. Az első négy variatásban lényeges elváltozás nincs a bél falában. A strangulatio módjai: kötél (alszálag, omentalis, Meckel-diverticulum) alá szorul valamely bélkaes; kifizetett kötélre rácsavarodik a bél; összenövészek tartják vissza megtört helyzetében a belet; valamely nyílásba szorul a bél. Belső herniák 1. diaphragmatikus sérvek, hol a tulajdonképeni előesések sérülések után támadt defectuson keresztül is sérvek vétetnek, 2. a duodenum-jejunalis árok sérve, 3. Winslow-lik sérve, 4. intersyngmoidealis, 5. pericoecalis sérvek. Tünetei megegyeznek a kizárt sérv tüneteivel. Volvulusok közül főleg a flexura volvulusát tárgyalja, mely $\frac{2}{3}$ részét képezi a volvulus-eseteknek. Óriási meteorismussal jár, mely gyakran a tüdő s szív munkáját veszélyezteti. Az intussusceptionnak 3 alakja van: enterikus, ileocolikus, ileocoecalis. Az ezek által előidézett bélelzáródásnál szerepel a) a mesenterium, mely a visszatérő réteg belső falának ellene fekszik, b) meggyörbülés, c) vérkeringési zavar, d) beékelődés (belső, polyp, epekő). Az intussusceptio azért válik vissza nem helyezhetővé, mert duzzanat képződik az apexen, továbbá gátolja a görbülése, csavarodást szenvedhet, az ileocoecalis valvula mint sáncz tarthatja vissza, vagy polyp van az apexben. A kerek vagy karélyos idegen testek kevésbbé okoznak elzáródást, mint inkább az éles vagy hegyes idegen testek, a melyek egyik szervből a másikba furakodhatnak. Epekővek közül főleg azok okoznak elzáródást, melyek nagy dimenziójuknál fogva nem férhetvén ki a d. choledochuson, arrodálják az epehólyag falát s fistula bimucosa képződése után jutnak a duodenumba. Az elzáródás helye 50%-ban az ileum alsó része. A bél stenosisát 2 osztályba sorozza, úgy mint a heges és a rákos (malignus) szűkületek osztályába. A heges szűkületek előjönnek ulceratio, sérvkizárodás után a vékonybelekben és sérülésekre. Leggyakrabban tuberculosus és dysenterikus fekély okoz stenosisot, s ez utóbbi néha oly vastakos, hogy Treves a muzeumokban sok scirrhus diagnossissal ellátott praeparatumban dysenterikus zsugorodást ismert fel. A rákos szűkületeket illetőleg: rendszeren primaer rák okoz bélelzáródást, különösen azok a kis tömött tumorok, melyeknél a növekedéssel lépést tartott a szétesés s stromában gazdag heges gyűrű képződött. Bélelzáródásnak elég gyakran képezhetik okát: tumor a bél falában, a bél falán kívül s bélsár felhalmozódás.

A második rész a bélelzáródás klinikai tüneteiről szól. A bél-elzáródás lehet 1. acut, 2. chronikus és 3. olyan chronikus, melynél acut tünetek lépnek előtérbe. Az acut bélelzáródás rohamokban jelentkezik collapsus s a köldök tájára lokalizált fájdalom kíséretében. Csakhamar hányás jelentkezik, mely fokozott bűzösödés s rendszeren az 5. npra bélsárhányással fokozódik. Compact bélsártömegek hányása tulajdonképen nincs, mert látjuk a colon-elzáródásnál, hogy inkább megpukkad, semhogy áthajtaná a bélsarat a vékonybél felé. A hányadék mindig folyékony. Brington mechanikus úton magyarázza a bélsárhányást. Szerinte az anyagok halmozódása folytán a rendszer peristaltikus mozgás alatt két áram keletkezik: egy fali áram, mely a bélmozgás irányát követi, és egy tengelyáram, mely az elzáródás helyétől felfelé, tehát a gyomor felé tart. Ő ezt egyik végén zárt üvegesőben is demonstrálta. Tehát bélelzáródásnál a hányás nem egyéb, mint a tengelyáram emelkedő pontjának a gyomorig való jutása. Treves hozzáveszi még a hasprést és a diaphragma összehúzódásakor gyakorolt nyomást is. A bélsárszag pedig a rapide meginduló decompositio eredménye. A constipatio elejétől fogva absolut. A hőmérsék lefokozott a pulsus zaporasága mellett, a húgyelválasztás gyérült. Kinzó szomjúság, csuklás jelentkezik, a vizeletben indicán mutatható ki. Meteorismus rendszeren felületes, míg volvulusnál óriási s rendszeren a 3. napon jelenik meg. Véres ürülék távozása intussusceptionra jellegzetes.

Chronikus bélelzáródásnál a tünetek lassan fejlődnek ki. Előzetes zavarok vezetnek be, gyakori constipatio, fájdalmak a hasban, a béltractus hurutos állapota, időnként haspuffadás, colica, melyek csőrékre és hashajtóra elmulnak. A beteg eleinte könnyen emészthető dolgokkal tudja állapotát türtőztetni, majd folyékony táplálékra szorul, végre vagy kimerülés miatt meggyöngy, vagy acut elzáródás rohamra fejezi be a bántalmat. Chronikus bélelzáródás, mely acut tünetekkel végződik, főképen nagyon szűk stricturánál jön elő emésztetlen anyag, idegen test, bélsár-

göb beékelődése után (erélyes hashajtókra), vagy a szűkület helyén a bél hirtelen meghajlik, megtörik, volvulus vagy intussusceptio keletkezik. Néha oly alattomosan fejlődik, hogy a rosszindulatú strictura ez által tűnik fel.

A harmadik rész a gyógyítás elveit tárgyalja az acut és chronikus elzáródások összes alakjainál. Acut bélelzáródásnál a beteg nyugalma a modern „legkiválóbb“ fekvőhelyek helyett keskeny, tömött aljú, hasátorral ellátott ágyon biztosítottassék. A morphiom feltétlenül szükséges szer, de adagolása feltételezi a diagnossis biztosságát, mert pl. strangulált herniánál könnyen béléngangraenának lehet oka, nem azért, mintha a belek táplálkozására volna hatással, hanem nagyon megnyugtítja a beteget is, az orvost is, ki későn operál, mikor már a bél elhalt. A végbél kiürítendő. A beteg táplálása csak per anum ajánlatos. Nem hiszi Treves, hogy suspensioban levő anyagokból valami is felszívódna, hanem csak teljes oldatban levők. Egyébiránt acut bélelzáródásnál a táplálás kérdésével csak a jó barátok s a hitvesi reputatioját féltő nő szempontjából kell foglalkozni az orvosnak, a kinek első s legfőbb kötelessége sürgetni az operatit. Narcosis előtt a gyomor kimosandó, hányás csökkentésére 1 miligr. strychnin subcutan. Operatio alá későn került eseteknél Treves sürgeti a beleknek nyomás alól való felszabadítását a bélsár kieresztése által, mert csak így kerülhetni ki a halálos intoxicatit. Peritonitis nem képez contraindicatit, sőt rosszabb kimenetelűek azok a bizonyos fájdalomtalan esetek. Volvulusnál törekedni kell a visszahelyezett bél rögzítésére, mely a flexura volvulusánál néha a bonezasztalon sem sikerül. Megpróbálták a belet s mesenteriumot a hasfalakhoz varni, a mesenteriumot resekálni, mik, ha nem sikerülnek, nem marad más hátra, mint a bél resectioja. Intussusceptionál vagy vértelen eljárással, vagy műtéttel érünk célzt. Az előbbi mindig megkísérendő, mert 10% ilyen úton gyógyul meg. A vértelen eljárások közül csupán a forciozott csőre és a beleknek levegővel vagy gázokkal (szénsav, hydrogen, oxygen) felfúvása jöhetnek szóba. A műteti eljárások közül a Barker-féle műtéttel lehet a legtöbb sikert elérni. Itt az intussusceptumot a nyaknak finom silkkel előzetes levárása után a convex oldalon vitt hosszmetsetzen keresztül kibuktatjuk s lemetsszük. Az ezután támadt esonkot két sorozatban levárrjuk.

Chronikus bélelzáródásnál a beteg erejét helyes diatétával igyekezzünk fentartani, székeléséről pedig sós hashajtókkal gondoskodjunk. Chronikus intussusceptionál mindig megkísérendő a laparotomia után az intussusceptum kihúzása, utána, ha nem sikerül, szintén a Barker-műtét ajánlatos. Stenosisnál szóba jöhetnek az entero- vagy coloplastica, a stricturás rész kimetszése, utána anus praeternaturalis vagy a végek összevarrása. Entero- vagy coloplasticát csak rövid, heges szűkületeknél alkalmazhatunk, míg malignus szűkületnél legideálisabb eljárás a tumor kimetszése s a végek összevarrása. Ez azonban sokszor lehetetlen, mert a stricturás rész felett a bél kitágult és túltengett, alatta pedig összetöprődött. Ilyenkor a Murphy-gomb alkalmazása járhat sikerrel. Elhanyagolt eseteknél Treves szintén a bélsár kiürítését hangoztatja. A colostomia nagyon hasznos műtét, utána a bélsár azonnal kieresztendő. A lumbalis colostomiát ritkán alkalmazzák, inkább az iliacus colostomiát.

Láng Sándor dr.

Lapszemle.

Közegészségtan.

A vegyi vizsgálat értéke a cognac megvizsgálásánál. A németországi vegyészek mult évi congressusán azt a határozatot hozták, hogy a fufuroleactio nem ad megbízható felvilágosítást arra nézve, hogy a cognac valóban borból készült párlat-e vagy pedig hamisított. Szakértő egyén sokkal bizonyosabban el tudja ezt dönteni a cognac ízéből és szagából. (Hyg. Rundschau 1900. 6. sz.)

Filep dr.

A fertőtlenítés megbírálásához új próbatárgyakat ajánlanak Hill és Johnston; előbbi üvegbotokat használ, a melyekre valamely microorganismus rászáritás által fixálva van. Az üvegbotok steril kémcsövekben vannak elhelyezve, a melyek vattával vannak bedugaszolva, úgy, hogy a dugaszt képező vatta rá van erősítve magára az üvegbotra. A fertőtlenítő eljárásnak kitett üvegpálcákat azután steril tápanyagokba hozza. Johnston gummidarabkáira staphylococcus pyogenes aureust szárit rá és ezeket különböző színű musselinzacskókba helyezi. Ezek szolgálnak gázalakú fertőtlenítő szerek vizsgálatára, míg a folyékony desinfectienssekkel való kísérleteinél igen kitűnőnek találta a microorganismussal fertőzött vatta-golyócskákat. (Hyg. Rundschau 1900. 6. sz.)

Filep dr.

A marha-szállító vasúti kocsik fertőtlenítésére czélszerű a Freund-féle eljárás, a mely abban áll, hogy a kocsikat frissen készített 5%-os forró chlormész-oldattal egymásután 12-szer lemosás, minden mosáshoz 100 liternyi folyadékot használnak. A chlor szagának eltüntetése ezéjából azután még egyszer alkénessavas natriummal is leöblítik a kocsik falait. Gruber vizsgálatai alapján ez a módszer teljesen megbízható. (Hyg. Rundschau 1900. 6. sz.)

Filep dr.

Belgyógyászat.

Adat a filix-mérgezéshez. A prágai klinikáról Walko közölte esetben egy 32 éves erőteljes leánynak, a ki 3 év óta szenved galand-féregben, egy napi koplatast után 5 gr. extr. filic. mar. aeth. és 50 gr. cort. punic. Granat. decoctumának keverékét adták be. Néhány percz mulva erős nyálfolys, könyezés mellett ködös látás, szédülés lépett fel, de csakhamar eltűnt. Fél óra mulva erős hányás, a mikor majdnem az egész orvosság kihányatott. Két óra mulva újra könyezés, nyálfolys, szédülés, rövid vakság lép fel, ezekhez esatlatkoztak ezúttal:

nagy fájdalom a hypogastriumban, hányás, nyelő göresök, remegés az egész testben, tonikus göresök előbb a jobb, később a bal alsó végtag fesztől izmaiban, a karokban, a kezekben. A légzés gyors, felületlen, erős cyanosis; érelőkés igen szapora, gyenge. 10 percz múlva a göresöket hűdéses állapot váltotta fel, melyből a beteg lassan — fekete kávé, camphor-injectiók, bürizgatók adagolása után — teljesen magához tért. 3 óra múlva hirtelen az egész roham ismétlődött. Nyálfolyással kezdődött s a göresök nagy dyspnoé és cyanosis után újra egy hűdéses állapothoz vezettek, a mely csak több óra múlva szűnt meg. Több roham nem jelentkezett; a taenia 12 óra múlva fejével együtt távozott.

A filix-mérgezések elkerülésére szerző azt ajánlja, hogy a felszívódás megakadályozásáról a bél lehető gyors kitakarításával gondoskodjunk, annál is inkább, mert a filix által okozott bódulat csak rövid ideig tart és így a fej újra odatapadását is elkerüljük. (Deutsches Archiv f. klin. Medicin, 63. kötet, 3—4. füzet.) *Jakab.*

Adéno-lipomatose symétrique néven *Launois* és *Bensaude* olyan bajt neveznek, melyben lipomás daganatok a test különféle helyén symmetriásan vannak elhelyezve, különösen a nyaki tájon találhatók és első szempillantásra is jellemző külsejűek. Szerzők szerint e baj valóságos betegségi egység (entité morbide), mely a többi lipomától nagyon eltér és a nyirokmirigyek és nyirokutak elsődleges megbetegedésében áll, és leginkább az adeno-lymphomelehez áll közel. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1900. janvier-fevrier.) —ts.

Hysteriás haspuffadás. *Benoit* és *Bernard* a lyoni katonakórházban egy tüzért vizsgáltak meg, a ki arról panaszkodott, hogy legkisebb munka után megpuffad a hasa és fájdalmas lesz. A beteg tettetőknek látszott első pillanatra; folyton a saját egészségi állapotának megfigyelésével volt elfoglalva. A kellő ellenőrzés kiderítette, hogy hasának ezen puffadtsága (0.75 m.-ről 0.90-re) nem akaratlagosan előidézt, hanem tényleg a fáradtság alatt támadt. A baj *hysterián* alapult. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1900. janvier-fevrier.) —ts.

Világra hozott tumor illustrationját közli *Piollet*, mely a *lumbalis táján* ült. A tumort eltávolították, 6200 gm. súlyú volt és tisztán kötőszövetből állott és így nem sorolható az ismert szövettani szerkezetű neoplasmák közé. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1900. janvier-fevrier.) —ts.

Sebészet.

A *renalis retentio* kezeléséről ír *Gosset*. A renalis retentio kezdetben csakis ureterkatheterismus által mutatható ki, mikor is az eszköznek a vesemedenczébe jutása után a pangott vizelet eleinte folytonos sugárban ürül, majd pedig csepegvé vagy időközben jelentkezik az újonnan kiválasztott húgy. 20—25 gramm ily módon nyert főlös vizelet a diagnózis felállítására jogosít, igen chronikus esetben 300 gramm-ig ment a retentio. A bántalom főjellegzője ennek intermittens volta: látszólagos teljes kiürülés felváltatik időnkénti teljes retentios rohamokkal, melyek a vese kimutatható nagybodásával és fájdalomosságával járnak és végre katastrophaszerűen oldódnak. Oka gyakran a terhes méh dextrotorsioja, az ureter kisebb fokú szűkületei stb. és főleg az ureter beszájadzási viszonyai a vesemedenczébe, melynek az ureter szájadéka alá eső alsó része — szerző „cuvette”-csészének nevezi — már a priori is retentios tasaknak praedisponált, s a melylyé a legesekélyebb mechanikus zavar által átalakul. Ilyen veséből a vizelet ép úgy ürül, mint egy distendált hólyagból.

Ezen állapot 1. magában hordja a progressivitás jellegét, 2. a pangó vizelet lassan tönkre teszi a veseállományt, 3. a fertőzésre rendkívül hajlamos és 4. tönkreterheti a másik vesét is.

Ad 1. Kivá.óan illusztrálja az 1. pontot szerző egy esete, melyben rendszeres ureterkatheterismus daczára a retentio 80 gm.-ról 300 gm.-ra emelkedett. A nem kezelt tasakokat az intermittáló retentio tágtíjták ki. Ilyenkor egy bő lumbalis vesesipoly is csak symptomatikus beavatkozás, mert az ureter alatti gurdély csak megmarad, habár alkalmas esetekben a vesemedence a pihenés által ismét szonagosabbá válhatik.

Ad 2. Zárt hydronephrosisok a vese elválasztó elemeit gyorsan és teljesen tönkreteszik (agyonnyomják), a mi ezen zsákokban foglalt váladék elemzéséből kitűnt. A nyílt hydronephrosisok a fekvőretentiókkal és utána következő polyuriákkal előbb óriási tágtíjtják ki a vesét. Hogy még előrehaladt zsákvesék is mennyire teljesíthetők működésük, azon esetek mutatják, mikor az általuk naponta elválasztott 1000—1200 grammnyi vizeletben 7—8 gramm húgsav találtott. Mennél fiatalabb a retentio, annál jobb eredményt ad egy korai conservativ beavatkozás, mint a milyen Bazy „nephrotomie précoce”-je.

Ad 3. A tömlők infectióját a pangás elősegíti, úgy hogy akár vérbeli, akár felhágó húgyúti, akár a béltractusból átvándorolt microbák egyenlő könnyű megtelepedést találnak. Ez is sürgeti a korai műtétet.

Ad 4. A lassan létrejött aseptikus retentio mellett az ellenoldali ép vese lassan túlteng, míg a heveny vesegyenedéseknél ezt nem találjuk és a hydronephrosisokhoz későn társult genyvedések végre az ép vesét is megtámadják. Itt a pyonephrosis széles kitérése egyszersmint a másik vesére is gyógyítólag hat és utólag gondos vizsgálat után, a betegnek és vesének jó állapota esetén nephrectomia végezhető. Összegezve, mindezen állapotok sebészeti beavatkozást kívánnak, mely a legjobb eredményt igéri, ha azután a retentio ismételve meggátoltatik. A *nephrostomia*, melyet itt systematické kell keresztül vinni, 1. a retentiót és következményeit elhárítja, a septikus anyagok kiküszöbölését kiválóan elősegíti a nyomás megszüntetése által; 2. a hosszú időre nyugalomba hozott vesemedence és ureter lobos elváltozásainak alkalom van adva a visszaféjlődésre; 3. a zsákvese igazi secretorius képessége pontosan

felismerhető, míg az ureterkatheteren keresztül nyert, rendellenes tensio alatt kiválasztott hydronephrotikus vizelet nem adhat ily megbízható eredményt, eltekintve attól, hogy egy, ha nem is inficiált, de genynyel folyton keresztül áramlott hólyagban szükségképp végzett catheterismusa az ép vagy kóros vesének mily kockázattal jár.

A plastikus, conservative indikált műtétek akkor jönnek szóba, ha a nephrostomia praeparatio szolgálatát már megtette; és pedig ezek 1. Ureter-vesemedenczeműtétek: a) ureteropyeloneostomia vagy ureter-transplantatio (Küster); b) az Albarran-féle oldalanastomosis a vesemedence és ureter közt, előbbi legmélyebb helyén. 2. A vesemedenczén magán végzett redőképzés, billentyűkivágás. 3. Az ureter szűkületeinek rendszeres kezelése felülről.

Albarran ezen elvek szerint operált 9 beteget, kik közül egy meghalt. Az Albarran-féle oldalanastomossal műtett 5 beteg közül egynél nem volt siker.

Egy esetben az uretert állandó, egyben rendszeres catheterismussal tágtította, egy esetben egy billentyű operáltatott a húgyvezér szájadzánál. (Revue de chirurgie, 1900. 3. füzet.) *Picker Rezső dr.*

Szülészet és nőgyógyászat.

A gyermekágy kisebb hőemelkedéseit tette bakteriologiai és klinikai megfigyelése tárgyává *Franz* (Halle a. S.). Az utolsó években megjelent gyermekágyi megbetegedési statisztikáknak óriási eltérései (35%) indították szerzőt az észlelésre. A rendkívüli gondnal és körültekintő óvatossággal végzett vizsgálatoknak eredményei a következők:

1. A gyermekágy könnyű lázas megbetegedéseit a legtöbb esetben a méh üregébe jutott saprophyták okozzák.

2. A saprophyták jelenléte még nem elegendő láz keletkezésére. Ez akkor támad, ha a csirtartalmú lochiáknak kiürülése akadályokba ütközik.

3. Azok a saprophyták, miket könnyű lázas megbetegedéseknél találunk a méhben, minden valószínűség szerint azonosak a hüvely saprophytaival.

4. A belső vizsgálat legtöbbször az által segíti elő ezen könnyű megbetegedéseket, hogy sérüléseket (hámlehorzsolás, kis repedés) okoz a nyálkahártyán, melyek jó szaporodó helyei a már meglevő csiroknak.

5. Először szülők felénivel gyakrabban betegednek meg ily könnyű lázas alakban, mint többször szülők (mert hüvelyükben több a sérülés).

6. A lepényi időszak megrövidítése szaporítja a könnyű lázas megbetegedést, mert minél hosszabb ideig tart a placenta leválása és kiürülése, annál tökéletesebben távoznak el a peteburkok és decidua, a melyeknek visszamaradása szerinte elősegíti a hüvely saprophytáinak a méhbe való bejutását.

7. Kevesebb a befolyása a szülés és a kitolás hosszú tartamának és a burok korai megrepedésének.

Szerző vizsgálatának jelentősége első sorban abban áll, hogy újra annak a felfogásnak ad tápot, hogy a leggondosabb tisztaság sem elegendő a gyermekágyi zavarok elkerülésére, mert már hüvely, sőt száj (ellentétben Krönig és mások tapasztalataival) a méh is igen gyakran tartalmaz pathogen csirokat. Nem vonja ugyan le belőle a klinikus consequentiákat, de mégis igen alkalmas észleletek arra, hogy az autoinfectio, tehát a vagina előzetes desinfectiojának (Hofmeier) malmára hajtsa a vizet.

De maga az értekezés konstatálja, hogy 1. ezek a saprophyták a gyermekágyban csak könnyű lázas megbetegedéseket okoznak, 2. hogy ezeknek a saprophytáknak a megbolygatása súlyos zavarokra adhat alkalmat. Így ismételve tapasztalta szerző, hogy olyan nőknél, kik láztalan állapotban voltak, a legnagyobb óvatossággal aseptice végezve a lochiáknak a méhből való kiszivattyúzását, magas lázak léptek fel. Így egy esetben 37.5°-ú gyermekágyasnál 1 órával a váladék vétele után rázó hideggel 40.7°-ra emelkedett a hő. Hogy számos ilyen tapasztalásuk és kellemetlenségük volt, a mellett szól az, hogy szerző szerint éppen ezek a beavatkozást követő rázó hidegek indították arra, hogy a 60. esettel befejezzék a bakteriologiai észleléseket.

Tehát a bakteriologiai észlelés minden positivitása daczára a klinikai tapasztalat az, hogy a legjobb ezeket a saprophytákat nem bolygatni, hanem expectative eljárni. (Beitr. zur Geb. u. Gyn. III. kötet, 1. füzet.)

Bücker dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Az acut cocainmérgezésnek *Lermoyez* adja legpontosabb képét. A könnyű mérgezés tünetei: kisértő részegség (bőbeszéd, élénk mozdulatok, hányinger), majd fáradtság, halavány arc, izzadás, fonálszerű, gyors pulzus, utólagja gyengeségi érzet és apathia. Időtartama néhány percz és több óra között ingadozik. Súlyos esetben: ájulási rohamok, hányás, praecordialis aggály, álmatsianság, anuria. Az igen súlyos mérgezés rendszeren egy órán belül halálhoz vezet. Eszméletlenség, rendetlen szív-működés, tonikus, majd clonikus göresök, légzési nehézség, pupillatágulás. *Pieniarek* még egy igen fontos tünetet is említ, ez a szájj és torok szárazsági érzete, a mi a hysteriás rohamtól, mihez a súlyos eset igen hasonló, megkülönbözteti. A továbbiakban *Herz* egy acut cocainmérgezés esetét közli, a hol az állandó tünetek közül az arezhalvány-ság és hányinger hiányzott és a tünetek oly gyorsan szűntek meg, hogy ha a torok szárazsági érzete, pupilla-tágulás és dyspnoé jelen nincsen, hysteriás rohamtól nem is lehetett volna megkülönböztetni. Antidotum a cocainmérgezés ellen eddig nincs, az eljárás csak symptomatikus. Legkönnyebben a gégecszövetben alkalmazott submucosus befecskendezés okozhatja a mérgezés. Azonban legyünk elővigyázók mindenkor, így az egyszerű ecsetelésknél is, és kíséreljük meg kis adaggal elérni

az anaesthesiát. (Az első belklinika három év leforgása alatt mindössze egy ízben láttunk egy acut cocainmérgezőséget. Az eset annyiban érdekes, mert a garatnak 10%-os cocain-oldattal való ecsetelése után állott elő. Tünetek: arezhalványság, praecordiafélelem, lis pupillatágulás, izzadás, fonálszerű pulsus, torokszárazság, szapora légzés és a felső végtagokra szorító kisebb fokú tonikus görcsök. A mérgezés tünetei három-négy óra leforgása alatt fokozatosan csökkentek, végül megszűntek. Viszont egy gégepapilloma operálásánál a nagyfokban ingerlékeny géget egy fél óra leforgása alatt négy ízben ecseteltük 20%-os cocainnal a legcsekélyebb mellékhatás nélkül. Mindenesetre oly egyéneknek, kiknél a cocaint még ki nem próbáltuk, az elővigyázat nem felesleges. Ref.) (Wien. med. Woch. 1900. 3. sz.)

Törölggyi dr.

A közvetlen bronchoszkopia és annak értékesítése a tüdőbe került idegen testeknél. A közvetlen bronchoszkopia keresztülvitelére Killian egy hosszú, csőszzerű speculumot alkalmaz, a melynek segítségével egyenes irányban tekinthet be a hörgők ágaiba. A speculum letolása legkönnyebben sikerül előzetes tracheotomia után, a midőn egyenesen a sebnyíláson át vezet be műszerét. Ezt az eljárást az „alsó bronchoszkopia” név illeti meg. A tracheát előzetesen 10–20%-os cocain-oldattal ecseteli be, azután a vizsgálandó egyén fejét annyira hátra és oldalra fordítja, hogy a hosszú cső bevezetése semmi akadályba nem ütközik. Sokkal nehezebb az ú. n. felső bronchoszkopia, a mely eljárás csak igen kivételesen sikerül egyszerű cocainozás segítségével. Többnyire narkosít kell alkalmazni. A műtétet megelőzőleg a beteg nyelvgöke és véle az egész gégebemenet ad maximum előrehúzó és most a cső bevezetése a kis ujj kíséretében és egy mandrin segítségével történik, avagy a jól átvilágított csövet, folytonos keresztüli tekintés mellett, egyenesen is be lehet vezetni a gégebe. Miután a hörgők igen rugalmas képletek, ott ellentállásra a cső letolása alatt rendszerint nem akadunk. A cső átvilágítása leghelyesebben a Birstein-féle villanylámpával, vagy demonstrálás céljából az ú. n. Casper-féle villamos fogantyúval történik. A felső bronchoszkopia alkalmazása acut esetekben a fennálló légzési nehézség miatt igen veszélyes, csupán idült esetekben van helyén, azonban éppen ily körülmények között úgy az idegen test helyzetének pontos megállapítását, mint annak kivételét illetőleg kiváló segélyünkre lehet.

Killian eddig négy esetben végezte a bronchoskopiát, köztük egy kétéves és egy négy éves gyermeknél előzetes tracheotomia után az alsót, más két egyénnél a felsőt. Ez esetek imertetéséből is kiviláglik, hogy a bronchoskopiát idővel szelvében fogják alkalmazni. (Wien. med. Woch. 1900. 1. sz.)

Törölggyi dr.

Kiseb közlemények az orvosgyakorlatra.

Savós mellúri izzadmányokat úgy gyógyít Lewis, a new-yorki „Columbus Hospital” orvosa, hogy 100 kcm. savót lebocsát, ebben felold 1 gramm methylenkékét s azután ismét visszafecskendezi a mellüregbe. 20 esetet kezelt ilyen módon; az exsudatum átlag 13 nap alatt szívódott fel. A hatás olyan módon magyarázható, hogy a methylenkék egyrészt a diuresist fokozza, másrészt a pleurára stimuláló befolyást gyakorol. Megjegyzendő, hogy vízben oldott methylenkék befecskendezése fájdalmat és izgalmi tüneteket okoz a pleura részéről. (Sémaine médicale, 1900. 3. sz.)

Galandféreg elhajtása. Galli Valerio egy esetet közöl, a melyben galandféreg elhajtása céljából salolt próbált használni, mint a mely a bélben salicylsavra és carbolsavra bomlik s így talán kellemetlenné teszi a féreg tartózkodását a bélben. Egy gramm salolt bevétele után néhány óra múlva csakugyan egy bothriocephalus latus távozott fejestől minden kellemetlenség nélkül. (Therapeutische Monatshefte, 1900. márczius.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. június 8.

— A m. orvosi könyvkiadó társulat kiadásában megjelent: Dr. diaetika tankönyve. Írták: Hirschler Agoston dr. és Terray Pál dr. egyetemi magántanárok. A m. tudományos akadémia hozzájárulásával kiadta tagjai számára a magyar orvosi könyvkiadó társulat. Budapest, 1900. XVI és 632 l. egy színnyomatú táblával.

Ezen munka a társulat kiadványainak 82. kötetét és az 1900. évi illetmény első részét képezi. Mihelyt a bekötés elkészül, a társulat alapító és mindazon rendes tagjainak meg fog küldetni, kik az 1900. évi tagdíjat már befizették.

* *

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kiutatása szerint az 1900-dik év 21-dik hetében (1900. május 20-dikától május 26-ig.) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elveszületett 466 gyermek, elhalt 313 egyén, a születések tehát 153-al mutták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 35.4. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 23.7, az egy éven felüli lakosságnál: 18.6, az öt éven felüli lakosságnál: 16.1. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 5, morbilli 5, scarlatina 4, variola —, cholera asiaticus, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 14, apoplexia 5, eclampsia 4, szervi szívbetegség 23, pneumonia, pleuritis és catarrh. bronch. 49, tuberculos pulmonum et phthisis 69, diarrhoea et enteritis 9, gastro-enteritis 8,

rák és egyéb újképletek 18, ezek közül méhrák 3, morbus Brightii et nephritis 6, rachitis 2, serophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkat-hiba 18, atrophia et inanitio 0, marasmus senilis 10, erőszakos halálet 10, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 4, baleset 5, kétséges 1 (—). II. Betegedések. A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hó végén volt 2610 beteg, szaporodás e héten 739, csökkenés 872, maradt e hét végén 2477 beteg. B) Hevenyrágályos kórházban előfordult betegedések voltak 1900. évi május 21-dikétől május 27-éig terjedő 21 héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 55 (44), diphtheria, croup 13 (19), hagymáz (typhus) 2 (4), kanyaró (morbilli) 118 (99), trachoma 13 (21), vérhas (dysenteria) — (1), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 30 (27), orbáncz (erysipelas) 29 (23), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0), ezenfelül varicella 11 (11).

○ Nemzetközi malaria-conferentia Liverpoolban. Ez év július 25–28-dikáig ily cím alatt lord Lister elnöklése alatt értekezletet tartanak. Az értekezlet tárgyai közé mindaz fel van véve, a mi a malaria kérdésére vonatkozik: készítmények demonstratioja, vizsgálati módszerek bemutatása stb. Különösebben pedig feladata lesz az értekezletnek megállapítani, hogy ismereteink mai alapján milyen észszerű egyetemes és személyi prophylaxis vezethető be a malaria ellen. Magyarországon és Ausztriában sok a malaria-beteg, az értekezlet vezetői ennél fogva bizton remélik, hogy a szakférfiak közül innen is részt fognak venni többben eme fontos értekezletben. Minden orvos részt vehet abban és pedig díjtalanul. A liverpooli bizottság azon lesz, hogy a résztvevőket, a mennyire lehetséges, privátlakásokban szállásolja el. Mannaberg dr. egyetemi docens az értekezlet alelnöke és egyik titkára (lakik: Bécs, I., Opernring 15) kéri mindazon kartársakat, kik ez értekezletben megjelenni kívánnak, hogy címüket vele mielőbb közölni méltóztatassanak.

△ A kórházak jöltevi nevének megőrzése. A székes főváros tanácsa kimondotta, hogy minden olyan adakozó nevét márványtáblán örökíti meg a kórházak kapubejáratánál, a ki legalább 600 koronát adományozott vagy végrendeletileg hagyott a fővárosi kórházak valamelyikének.

| Balkányi Miksa dr. már megkezdte fürdőorvosi működését Aussee-ben.

— Högyes tanár Pasteur-intézetében folyó év április havában 205 veszett vagy veszettségre gyanus állatmarta egyén (165 magyarországi, 18 horvát és szláv, 3 boszniai és hercegovinai, 14 szerbiai, 5 galicziai) nyert antirabikus védőoltást. 190 egyént kutya, 13-at macska, 1-et ló, 1-et sertés inficiált. Halálos eset 1 fordult elő. Évi folyó szám: 709; egyetemes folyó szám: 12,995.

± A Tauffer-féle szülészeti poliklinikum segélyét f. év május havában 122 esetben vették igénybe 70 műtéttel. Évi folyó szám: 689.

⊕ A Kézmárczky-féle szülészeti poliklinika segélyét f. év május havában 66 esetben vették igénybe 42 műtéttel. Évi folyó szám 361.

△ Fürdőink személyforgalma. Lipik V/31. 444. Budai Erzsébet-sósfürdő V/24. 224.

☒ Megjelent. Bókay János egyetemi tanártól: Adatok a függőmekek húgyveszélyesümlumainak ismeretéhez. Budapest, 1900. (Kluy.) — Gyermekkorházi vénygyűjtemény. 3. kiadás. Budapest, Dobrowsky és Franke. 1900. — Ueber die Prophylaxe des Keuchhustens etc. Wien, 1899. (Kluy.) — Beitrag zur Beurtheilung des Werthes des Bacillischen Verfahrens bei der Behandlung der Echinococcencysten. (Kluy.) — Gedenkrede über Dr. Josef O'Dwyer. (Kluy.) — Major Antal dr.: Az alduhai csángó-telepítés orvosi szempontból. Gyöngyös. 1899. — Marczali: Nagy Képes Világtörténetének 69-dik és 70-dik füzeté. Mindkettő a népvándorlás korát ismerteti. Ára egy füzetnek 30 krajczár. — Drasche: Bibliothek der gesammten mediz. Wissenschaften 189–192. füzeté. Wien. Karl Prohaska. Egy füzet ára 60 kr. — A „Stefánia” pesti szegénygyermekkorház-egylet évkönyve 1899-ről. Budapest, 1900. — Zimmer & Co. Frankfurt: Euchinin. — Flesch Nándor dr.: Az Orvosok és biztosító társulatok. Előadás a budapesti orvosok szövetsége 1900. május 18-diki ülésén.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencében az ásványvíz naponként négyszer megújul, **lokalis iszapborogatások**. Minden-nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kifűző szálloták. Vendéglő saját üzemen. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma” (magánygyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére) **Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kifűző ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

Dr. Sarbó Arthur egyetemi magántanár (V., Arany János-u. 10.) intézte a compensáló gyakorlati gyógymód keresztülvitelére (Dr. Frenkel-féle módszer, tabes ataxiák gyógyítására) a dr. Grünwald-féle sanatoriumban (VII., Városligeti fasor 13–15).

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XXI. rendes ülés 1900. május 19-dikén.) 357. l. (XXII. rendes ülés 1900. május 26-dikén.) 359. l. — A XVIII. német belgyógyászati congressusról. 360. l.

Budapesti királyi orvosegyesület.

(XXI. rendes ülés 1900. május 19-dikén.)

Elnök: **Genersich Antal**; jegyző: **Lévai József**.

Eszmecsere a bábaképzés reformjáról tartott előadás felett.

(Folytatás.)

Doktor Sándor: Úgy a vitás kérdésnek (a kis cursusoknak), mint az egész bábautgynak kellő megvilágítása végett szükségesnek tartja röviden vázolni az egész bábautgy fejlődését elejétől fogva, nevezetesen az egészségügyi törvény megalkotása óta.

E törvényünk, kellően méltányolva a bábautgy nagy fontosságát, úgy intézkedett, hogy állíttassanak az ország különböző pontjain bábaiskolák, melyek — mindegyik 75 kilométernyi területben — lássák el a lakosságot okleveles bábakkal. Állíttassanak ilyen iskolák successive, olyan tempóban, a mint az ország pénzügyi viszonyai megengedik. Addig pedig, míg ily módon az egész országot el lehetne látni tanult, okleveles bábakkal, azokon a vidékeken, hol bábaiskola nincs, a parasztbábákat a megyék tisztí főorvosai rendeljék be s tanítsák ki a lehetőség szerint, adván nekik igazolványt arról, hogy hivatásuk folytatására a maguk községében fel vannak jogosítva addig, míg oda okleveles bába kerülne.

Igy rendelkezett a törvény épen 25 évvel ezelőtt, 1876-ban. Rendelkezéseinek, mint látjuk, két részlete van: egyik kitézi a végső célt, hogy okleveles bábakkal legyen, ellátva az ország egész lakossága; a másik átmeneti jellegű: addig míg ama célt elérhetjük, részesítsék oktatásban a parasztbábákat is. Senki sem tagadhatja, hogy ez nagyon bölcsen van így elintézve.

De nézzük, miként lett e törvény végrehajtva 25 év alatt.

A kultuskormány, melynek ressortjába, mint oktató intézetek, a bábaiskolák is tartoznak, még a hetvenes években felállította a nagy-szebeni, pozsonyi és nagyváradai iskolákat, a nyolczvanas évek elején a szegedi bábaiskolát, a kilenczvenes években a szombathelyi, debreczeni és ungvári bábaiskolákat. Tehát ha nem is épen gyors tempóban, de mégis szép eredménnyel halad azon cél felé, melyet a törvény kijelöl, hogy az egész ország összes lakossága el legyen látva okleveles bábakkal. Egy pillantással a térképre, vonjunk az említett helyek körül 75 kilométeres köröket s látni fogjuk, hogy az országnak csak kisebb része, északi és déli határvidékei vannak még bábaiskola nélkül, s a tervezett két intézet, a kassai és pécsi bábaiskolák, jóformán elégségesek lesznek a még bábahiányos vidékek ellátására.

Igy lett mostanáig betöltve a törvény egyik intézkedése; lássuk mit tett a másikban a belügyi kormány, melynek ressortjába a közegészség ügye tartozik.

A belügyi kormányzat mindenekelőtt rendeletben hagyta meg, hogy írják össze és tartsák számon azokat a községeket, melyeknek eddig okleveles bába nem jutott, melyekben tehát még csak parasztbábák működnek; majd utasítást adott a megyei főorvosoknak, milyen elvek szerint, milyen terjedelemben igyekezzenek kitanítani azokat a parasztbábákat, a kiket évről évre berendelnek; majd ismét biztosokat küldött, kik felügyeljenek mind a főorvosokra, hogy miképen végzik ebbeli tisztüket, mind a községekre, hogy beküldik-e parasztbábáikat; sőt mikor észrevette a belügyi kormány, hogy az iskolák immár feles számban is nevelnek okleveles bábákat, de ezek a városokban torlódanak össze, a vacans községekbe pedig nem mennek: sietett és jó dotatival létesített bábaiskolákat épen a legszegényebb községekben, hogy oda csalogassa a faczér okleveles bábákat!!

Ezeket tette a belügyi kormányzat — vagyis ezeket kellett volna tennie, ha a törvény rendelkezéseit a törvény intentionja értelmében végre akarta volna hajtani. És tegyük mindjárt hozzá, hogy ha ezeket tette volna, ma nem volna itt vitatkozás a bábautgyról, nem volna rá panasza sem az egyik, sem a másik félnek.

Mindezek helyett azonban a belügyi kormányzat 25 év óta egyéb, sokkal fontosabb dolgokkal volt elfoglalva. A közegészség ügyében csupán a rendeleteket gyártotta nagyban, úgy hogy ezek ma már nem is férnek el egy vaskos kötetben. Megpróbálta, hátha lehetne közegészségügyet csinálni tintával, papirosra is. A parasztbábák oktatását ráhagyta a megyei főorvosokra, a kik — én azt is elhiszem, hogy a mint itt hallottuk — a kertjüket kapáltatták kurzistáikkal vagy kiadták nekik a jogosítványt ingyen, egy látásra. Sőt elhalmozta a belügyi kormány a főorvosokat egyre újabb és fontosabb teendőkhöz olyan sokaságával, hogy ma már ha kedvük és képességük volna is, idejük és erejük nem juthat még bábák oktatására is.

Igy hajtotta végre a törvény másik rendelkezését a belügyi kormányzat 25 év alatt. S most a 25-dik évben, végre kormánybiztost küldött ki, hogy szervezzen úgynevezett kis bábacursusokat. Hogy mit értsünk ezeken, Tauffer tanár úr a mult ülésen követőzőképen magyarázta meg: Minden szomszédasszony nem való arra, hogy szülésnél segítséget nyújtson; be kell azt a parasztbábát citalni s a mennyire

lehet, kitanítani 6 vagy 8—10 hét alatt a körülményekhez képest, így bocsátani vissza a falujába, hogy működjek tovább addig is, míg oda okleveles bába kerülhet. Be kell citalni kórházakba, hol — talán szülészeti osztályon, szülészeti anyagon — nem a megyei physikus, hanem lehetőleg ahhoz értő orvos tanítsa őket.

Igy érte, mi egyéb ez, mint végre 25 év multán valami intézkedés a törvény végrehajtására? Intézkedés, mely alkalmazva van a 25 év alatt változott viszonyokhoz. Ha a törvény annak idején a megyei tisztí főorvosra bízta a parasztbábák oktatását, a mai tisztí főorvos, látjuk, erre már nem ér rá; ellenben minthogy ma már vannak vidéki városainkban nagyobb kórházaink, ezeknek főorvosai csakugyan alkalmasabbak lehetnek e célra.

S ha ezek után akarunk ítéletet mondani az incriminált kis cursusokról, én azt hiszem, azt kell mondanunk, hogy nem rosszak azok, ha megmaradnak a törvényes alapon, a törvénytiszta kereteken belül, ha nem fogják háttérbe szorítani azt a főcélt, melyet a törvény kitűzött: az egész országnak okleveles bábakkal való ellátását.

Es ezt tartom én a vitás kérdésben nagyon lényegesnek és nagyon kényesnek: nem rosszak a kis cursusok, de — mellékesek, a fő ma is az, hogy az egész ország mentül előbb okleveles, tisztességesen képzett bábakkal legyen ellátva.

Tauffer tanár úr a mult ülésen igyekezett is megnyugtani bennünket, hogy ezekkel a cursusokkal nem fog concurrentiát csinálni az okleveles bábáknak. De ez a pusztá nyilatkozat engem sem nyugtat meg akkor, a mikor azt kell látnom, hogy az egész megkezdett actio már az első lépéssel rossz nyomon indul. Hiszen a kormánybiztos expressis verbis e kis cursusok szervezésére van kiküldve! Holott nem az az egyedüli baja a mi bábautgyunknak, hogy a parasztbábák eddig nem részesültek oktatásban. A fő baj az, hogy az okleveles bábák elterjedése nagyon lassan halad. Ennek orvoslására kell a kormánybiztos; ennek a bajnak keresse okait, ennek orvoslására keressen módokat, találjon ki intézkedéseket. S ha ebben az irányban szerencsés lesz, akár ejtse egészen el a kis cursusokat, mert talán néhány év, talán tíz év alatt nem lesz többé parasztbába, a kit kis cursuson kelljen oktatni. Ha lesznek e tíz év alatt kis cursusok is, annál jobb, de ez mellékes; a fő cél az, hogy okleveles bába legyen mentül hamarabb mindenütt.

Azután azt is mondta Tauffer tanár úr, hogy az a kátrinezés parasztasszony, még ha lesz is a faluban, nem fogja elhívni az okleveles bábát; annak inkább kell a maga megszokott parasztbábája. Én úgy érzem, hogy attól, a ki nálunk a bábautgy rendezésére vállalkozik, nem ezt a nyilatkozatot várjuk. A kormánybiztosnak, még ha más teszi is ezt az ellenvetést, azt kellene mondania: törekedni fogok, hogy minden faluba jusson okleveles bába, s ha a népnek nem kell, törekedni fogok, szükség esetén megfelelő kényszerítő rendszabályokkal is rávenni, hogy elfogadják.

Az ügy végleges megoldása szerintem is főleg pénz kérdése. Ha Tauffer tanár úrnak tíz milliót ad a kezéhez a kormány ma, hogy rendezze azzal a bábautgyt, meg vagyok győződve, hogy a tanár úr nem fogja kis cursusok szervezésére vesztegetni az idejét, hanem talán mindjárt létesíti a még hiányzó két bábaiskolát, de e mellett szervez állásokat az okleveles bábáknak jó dotatival, minél szegényebb egy vidéken a nép, annál jobb lesz a dotatio. S el fogja érni azt, hogy egy hónap mulva nem lesz faczér bába s 4—5 év mulva nem lesz falu okleveles bába nélkül, mert tudni fognak a nők a meglevő iskolákba, hogy elnyerhessék majd a jól dotált üresedésben levő állásokat.

De mondják, hogy e végleges megoldásnak a pénzkérdésen kívül is legyőzhetetlen akadályai vannak. Hát hisz ép erre való a kormánybiztos, hogy ezeket az akadályokat nemesak úgy általánosságban, hanem egyenkint törőrlö hegyire, ha kell, faluról falura megismerje, s ha megismerte, legyőzze, elhárítsa.

Ez az én felfogásom a kis cursusokról s a kormánybiztos küldetéséről. A kis cursusok — nem rosszak, de mellékesek; a kormánybiztos küldetése — nem szabad, hogy csak ezek szervezésére szorítkozzék, mert akkor a kis cursusok csakugyan olyan veszedelmet hoznak magukkal, a minőre az előadó úr és a hozzászólások utaltak: elodázzák az ügy végleges megoldását újabb 25 évre, sőt több generációra.

Tauffer Vilmos: Örömmre szolgál, hogy a felszólalók közül legalább egy, t. i. Doktor Sándor megértett. De levonom ebből a tanúságot, hogy a mint ő, úgy a többi felszólaló úr is megérthetett volna, ha a dolog mélyébe olyan elfogulatlanul hatolt volna be, mint az említett kartárs úr. Mivel azonban a dolgokon nem keresztülsiklani a szándékom, hanem a t. felszólalókat meggyőzni szeretném felfogásom és munkáirányom helyességéről, szükségesnek tartom főbb ellenérveikre és kiválóképen azon szavakra reflektálni, melyek alkalmasak félreértéseket felidézni.

Megfoghatatlan előttem, hogy mi alapon imputálják nekem azt, hogy a bábautgy országos rendezése nagy kérdésében épen a másodrendű bábá-cursusokat hordom én mindenekelőtt szívenem.

Úgy látszik, hogy ez alkalommal is az a tévedés csúszik be a vitába, a mit oly gyakran tapasztalunk a közélet mezején, t. i. az, hogy a mikor egy különböző felfogásokra alkalmat adó eszméirány megvitattatik, az ellenvéleményezők egy-egy jelszót kapnak fel és ekkor minden,

a tárgyat talán helyesen illusztráló más kérdés háttérbe szorul és az ellenargumentatio ehhez a jelszóhoz fűződik. Így van ez a jelen helyzetben is, a mikor a bábauigy országos rendezésének számos más feladatain kívül pusztán a bábacursusuk ostromoltatnak meg, holott — a mint későbbben kifejtendem — ez az egész munkakeretnek csak egy alárendelt részletét jelenti.

Engedjék meg, hogy felszólalásomnak keretét már most kijelöljem. Először is reflektálni fogok az egyes felszólalásokra, s csak ha ezekkel végeztem, térdek át azon keretnek ismertetésére, melyben az országnak bábauigyét rendezhetni vélem.

Lépten-nyomon hallok, hogy legújabb emlékiratomnak bevezető sorai minő félreértésekre adtak alkalmat. Bevezető soraimban a nagy gyermekhalandóságról szólok és arról, hogy milyen nagy azon községeknek a száma, a hol baba nincsen és ezt a két tényt egymással összecsatolva állítom, hogy a gyermekhalandóságnak „egyik” fontos oka a tanult bábáknak hiánya. Megfoghatatlan előttem, hogy mi módon következtethető ebből az, hogy én azt állítom, hogy a nagy gyermekhalandóságnak ez az „egyetlen” oka.

Dirner a czédulás bábáknak 6—8 hetes cursusban való kitanítását „monstruosus” intézménynek jelzi. Ha Dirner arra reflektál, hogy a czédulás bábáknak a főorvosok által való kiképzetése monstruosus intézmény, akkor legfeljebb annyiban vitatkozom vele, hogy a kifejezést helyettesíteném, mondván, hogy „czélszerűtlen” intézmény, melyet mint használhatatlant, meg kell javítani.

Dirner felszólalásában az utóbbi ülésen elhangzott rectificatioim daczára előtünik az a quasi szemrehányás velem szemben, hogy a czédulás bábák jobb kiképzésének intézményét annak daczára forciozom, hogy e tárgyban az intézménynek czélszerűtlenségét bizonyító ellenvéleményt a közoktatási ministerium kebelében megtartott értekezlet alkalmával csaknem az összes bábatanárok részéről tudomásul vehettem. Úgy tünteti fel Dirner a dolgot, mintha ez a kérdés a legilletékesebb szakterület részéről in optima forma tárgyalva és elítélve lett volna. Ezen, a hallgatóságot ítélletében megtevészteti alkalmas insinuatiónal is kénytelen vagyok rectificálni és határozottan kijelenteni, hogy olyan enquété, mely ezt a kérdést tárgyalta volna, a közoktatási ministerium kebelében nem tartatott és újlag hangsúlyozom, hogy az a bábatanárok enquétje egyedül a hivatalos bábatanakönyv alapelveinek megállapítása végett hivatott össze és határozottan ismétlem, miszerint az ott kifejlődött eszmecsere alkalmával ez a mostani kérdés csak incidentaliter vettetett fel egyes bábatanárok részéről és hogy az elnöklő államtitkár úr direct kérdésem folytán kijelentette, hogy ezen ügy discussio tárgyát nem képezi. Szűnjék meg tehát az az argumentatio, mintha tervezésem a bábatanároknak hivatott foruma részéről mint czélszerűtlen elutasított volna.

Azt a felfogást is óhajtanám rectificálni, mintha a másodrendű bábaképzés intézménye egyedül és pusztán az én eszmeszüleményem volna; hiszen mindnyájan emlékeztethünk, hogy ebben a kérdésben annak idején az orvosegyesület puerperalis bizottsága, az orvosegyesület igazgató tanácsa és több az egyesület plenuma is állást foglalt, s hogy az egészségügyi tanács is megnyeretvén az ügynek, az együttes felterjesztésnek a foganatja a Trefort és Markusovszky idejében az az intézkedés, hogy az első ilyen természetű intézményt Ungváron maga a vallás- és közoktatási ministerium létesítette, és hogy ennek a felfogásnak helyeslése még ma sem vesztett ki a kultusministeriumban, bizonyítva van az által, hogy azóta egy második ilyen intézetet létesített a közoktatási ministerium és mai napig is fentart a saját tárczája költségvetésének keretében. Tehát az én jelenlegi eszmeirányom a bábauigy országos rendezése tekintetében nem a szerint ítélendő meg értékelésben, hogy csak én tartom-e azt helyesnek, hanem megítélendő az alapon, hogy helyesnek tartotta-e a létesítés idejében a kir. orvosegyesület, az egészségügyi tanács és a kultusministerium minden fórumában.

Az előadó álláspontjának erősségét bizonyítandó, a szabadkai vándorgyűlés egy jelenetét írta le, a midőn egy kartárs, a ki 10 év óta szolgálja önzetlenül az ügyet és pedig nem a saját eszéjárása után, hanem úgy, a mint azt Baranyamegye törvényhatósága előírta s a nmélt. belügyministerium jóváhagyta, nagy szorgalommal és elismerésre méltó buzgósággal leírja azt a keretet, a melyben ő, tapasztalás alapján, a másodrendű bábaképzést megvalósítandónak tartja és legnagyobb szerénységgel megküldi iratát egyik-másik szakembernek és elviszi a szabadkai vándorgyűlésre tárgyat megvitatás végett; tehát mind olyan tiszteletreméltó buzgóság, mely felett az ügyért lelkesedőnek csak örvendeni van oka. És ezen szerény munkás buzgó törekvését jutalmazza előadó azon kifejezéssel, hogy a discussioban olyan alaposan „szétszedték” az előadót, hogy mikor az eszmecsere végéhez ért, a föld színéről is eltűnni látszott az opus szerzője.

Az ügynek illetőn kezelésében nem érthetek egyet az előadóval, mert ha jóindulatot s feltétlen jóakaratot és önzetlen buzgóságot tapasztalok egy jó ügy érdekében, úgy azt hiszem, hogy e törekvéseket megbeesülni, az ilyen munkást az ügynek megtartani kell hogy feladatunk legyen, és nem a vita formája által a talán e téren kevésbé erőset az ügy szeretetétől eljjesztetni. A magam részéről biztosíthatom az előadót, hogy habár itteni felszólalásában és a „Magyar Szó” hasábjain nyilvánult temperamentumos beszédmodot fogom is részéről tapasztalni, azt valóban sohasem fogom viszonzni, hanem örvendeni fogok, hogy ha az ügy jó stylusú munkásának őt megtarthatom.

Nyomatatva és előszóval, e helyen és másutt is, rossz néven vétett nekem emlékiratomnak azon kifejezése, hogy a bábauigynek összeségét úgy a közoktatás, mint az egészségügyi közigazgatás szempontjából egy kézben, egy fenhatóság alá egyesítve óhajtanám látni. Szavaimnak teljes félreértésen alapul az ebből származó aprehensio. A mit

mondtam, azt ma is fentartom és ez nem több, mint az, hogy a bábauigynek két fontos részlete van. Az egyik a bábák kiképzése, tehát a bábaképzés, a másik és véleményem szerint a fontosabb, az egészségügyi közigazgatási rész, a bábák alkalmazása, rendben tartása és fegyelmzése kiűn az életben.

Az én felfogásom szerint a közigazgatási rész a fontosabb és az a meggyőződés, hogy a bábatanításnak egyáltalában nem szövődmenyes érdekeit a belügyministerium is tudná szolgálni. De abban is mindenki egyet fog érteni velem, hogy a közoktatási ministerium nem rendelkezik eszközökkel az egészségügyi közigazgatás érdekeinek keresztülvitelére, tehát csak természetes, ha azon véleményt hangoztatom, hogy a dolog érdekében állana, ha az egész ügy egy fenhatóság alatt állana; sőt azt a nem egészen új eszmét is hangoztatnám, hogy a legczélszerűbb kezelése úgy ennek, mint valamennyi egészségügyi dolognak egy közegészségügyi ministerium kezében volna legczélszerűbben letéve.

Doktor Sándor a legtöbb kérdésben egyetértett velem, abban azonban, melyben meg nem értett, szíves volt beható tanítással látni el az irányban, hogy miképen illenék a kormánybiztosnak a részleteket illetőleg foglalkozni és nyilatkozni.

Kifogásolja ugyanis, hogy én a katrinczás parasztasszonyok között keresem az alkalmas egyéniségeket, holott ellenkezőleg a magasabb intelligenciával bíró volt illő részemről a pályának megnyerni. A katrinczás asszonyokra vonatkozó kifejezésem azonban úgy értelmezendő, hogy az alacsony műveltségű nép sohasem veendi igénybe a kalapos asszonyt, a kit diplomával ellátva az idegenből ültetünk közibe, mint bábát, hanem igénybe veendi azt a katrinczás asszonyt, a kiben az asszonynépnek a bizalma összpontosul, én tehát azt tartom szükségesnek, hogy azt az egyszerű parasztasszonyt tanítsuk ki az ő feladataira, a ki a nép között él és a ki más által nem helyettesíthető.

Felszólalásom második részletében óhajtom körülírni azokat a módokat, melyeknek segítségével a kormánybiztos, mint a belügyministerium irányának képviselője a bábauigynek javítására törekszik.

Előbb azonban concedálnom kell, hogy a jelen vitára alkalmat adott félreértés a kormánybiztosi megbízatás hivatalos szövegében némileg tényleg nyerhette alapját, a mennyiben ott a kormánybiztos teendőjeképen a másodrendű bábacursusok felállítása van hangsúlyozva. És ime uraim, itt a nyitja annak, hogy honnan az a hibás jelszó, a „bábacursusok”, mely ily éles oppositiot indított meg.

Felelek tehát a kérdésre, hogy mi az a keret, a melynek megvalósítására a kormánybiztos vállalkozott.

1. Elsőrendű feltétlen feladat oda hatni, hogy az országban mindenütt, a hol lehetséges, diplomás baba telepedjék le. E czélt tartva szem előtt, figyelembe kell vennünk, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. szerint csak minden 1500 lakossal bíró község köteles bábát tartani. Az országos rendezés egyik előkelő feladatát képezi a törvénynek ezen nem elég szigorú rendelkezését enyhe módon megjavítani. Czélba vétetett, hogy nem az 1500, hanem az 1000 lakossal bíró községekre lemenőleg diplomás bábát juttassunk a népesség számára, sőt, a hol az intelligentia és vagyonosság lehetővé teszi, még az 1000-nél esélyesebb népességű helyeknek is diplomás bábát juttassunk osztályrészül.

A legnagyobb nehézség, a mi ez irányban felmerült, a községek szegénysége, jövőben nem képez majd akadályt, mert a belügyministerium rendelkezésre bocsátja a kormánybiztosság útján a megyéknek azt az összeget, melynek szétosztásával az ilyen kis községek részére is gondoskodhatik a diplomás bábák kiképzésének költségeiről. Ennek a czél- nak a megvalósítására a belügyminister kifejezett módon — a mint ezt a vallás- és közoktatási ministerhez intézett átiratában is jelzi — leg- alább olyan összeget vesz fel saját tárczája keretében a következő évre, mint a minőt a közoktatási minister e czímen (bábastipendiumok) évek óta budgetjében meghonosított, t. i. előbb 8000, újabban 10,000 forintot.

2. A belügyministeriumnak és szerény személyemben a kormány- biztosnak elsőrendű igyekezete, hogy a hol lehetséges, rendes bábaképző-intézet állítsassék fel és hogy a másodrendű bábaképző-intézetek olyan irányban fejlődjenek, hogy közülük azokból, a melyek sok körül- mény összевágása által legalkalmasabbak, rendes bábaképző-intézetek fejlődhesse ki. Az első példa erre a Pécsre tervezett rendes bábaképző- intézet, a melynek létesítése iránt a kellő lépések a kormánybiztosság részéről a legelső teendő között foglalnak helyet, úgy hogy ma már jelenthetem, miszerint a közoktatási ministerium t. képviselőjével, Tóth tanácsos úrral a helyszínen járva, máris igyekezünk a kezde- ményező lépéseket megtenni.

3. A baba-törzskönyv megszerkesztése kétségtelenül egyik alapos feltétele a bábauigy rendes fejlődésének; hisz csak ma hallottuk a panaszt Dirner ajkairól, hogy az ő általa összeállított ilyen mű milyen tökéletlenségekben leledzik és ime abban a helyzetben vagyok, hogy jelenthetem, miszerint a törzskönyv a legilletékesebb hivatalos formá- ban meg van szerkesztve és a legközelebbi jövőben meg fog küldetni úgy a törvényhatóságoknak, valamint a bábaképző-intézetek főnökeinek is, a kik e módon abban a helyzetben lesznek, hogy feladataiknak körét és mértékét alaposan fogják megítélhetni.

Ez a törzskönyv lesz hivatva arra, hogy a központi ellenőriz- tethessék pontosan, hogy az egyes törvényhatóságok törvényszabta kötelezőségeiknek mi módon felelnek meg és innen lesz irányítható a nem elég lelkiismeretesen gondoskodók tevékenysége. Hogy ez a törzskönyv a megbízhatóságnak minden criteriumát magában hordja, arról gondos- kodni fog az országos statisztikai hivatal, mely a törzskönyv nyilván- tartásával meg van bízva.

4. Kétségtelen, hogy a bábaügy megjavításának egyik alapfeltétele a bábák megélhetésének biztosítása. Ezen az úton pedig az első lépés, hogy a községek a bába fix fizetéséről gondoskodjanak.

A törvény előírja, hogy a fizetés megállapítása a községek és másodszorban a törvényhatóságok hatáskörében áll, a minnek ellenőrzése a belügyministerium jogkörébe tartozik. Somogy megyében látjuk rá a példát, hogy a községek mindenikében fixirozva van a bába fizetése és mi sem áll útjában annak, hogy ez az egész országra szóló szabályrendelet a törvényhatóságoknak ezen köteleességteljesítését megszigorítsa. Ez irányban gondoskodni s czélszerű előterjesztéssel járulni a belügyminister úr ő nagyméltósága elé, a kormánybiztosnak szintén feladatát képezi.

A kormánybiztosnak a bábaügy fejlődése érdekében való teendői a diplomás bábákat illetőleg a mondottakban vannak összesítve.

S mindezek után mondandóim sorozatában huzok egy erős vonást, mely kijelölje a még mondandóimmal szemben a hátrát.

Mondandóm pedig csak a következő:

Minden 1000 lakoson alul álló község részére, a hol a szegénység és az intelligentia hiánya nem engedi meg, hogy diplomás bábát állítsunk a nép közé, az ott működő czédulás bábákat államköltségen összegyűjtjük két hónapos cursusokba, hogy megtanítsuk a legrövidebb köteleességekre, arra, a mire két hónap alatt egyáltalában megtanítani lehet; sem több, sem kevesebb a másodrendű bábaképző-intézeteknek ügye és ime, ez az a hibás jelszó, a mely körül ezen élénk discussio forgott.

Dirner Gusztáv: Személyes kérdésben kér szót; Tauffer azt mondta, hogy szóló az enquétről szólva, meggyanúsította volna Tauffert, hogy az a discussiot mintegy fufanggal ellopta volna; szóló ez ellen tiltakozik, csak azt emelte ki, hogy *Tauffernek* alkalma lett volna a bábaképző tanárokat megnyugtani s őket mindarról felvilágosítani, a miket most elmondott s akkor ez a discussio nem lett volna.

A memorandumot illetőleg szóló azt mondta, hogy miért nem hozta úgy ide Tauffer azt is, mint az első.

Szólo nem imputált *Tauffernek* semmit, mikor felhozta, hogy őt a bábaegyesület miatt kigunyolták, mert hisz említette, hogy éppen *Tauffer* akkor pártolta ezen eszmét, tehát nem is vonatkoztathatta *Taufferre*, szóló itt most csak a memorandumot kritizálta.

Nem tudhatta eddig szóló, hogy a kormánybiztosnak mi a czélja, most már tudja s mint mások, szóló is bizonyos megnyugvást visz magával.

A mi pedig a kormánybiztos személyét illeti, arra compotensebb egyén nincs is mint éppen Tauffer, kinek személyében mindenki megbizik.

Hoffmann Péter: *Dirner* és *Bársony* felszólalása után csak röviden kíván beszélni.

Tauffer zokon vette mult heti felszólalását, hogy *Hoffmann* ezt a kérdést a „*Magyar Szó*”-ban, napilapban is megbeszélte.

Erre szóló szükségesnek tartja elmondani, hogy ezt a kérdést február havában a képviselőházban is szóvá tették, a mikor is Major Ferenc képviselő igen erős kritikával támadta a *Tauffer*-féle memorandumban kilátásba helyezett reformot.

A belügyminister Major felszólalása után sietett is megnyugtató válaszával s biztosította Majort, hogy ha lesz reform, az mindenképen csak a diplomás bábaképzést fogja szolgálni.

Midőn tehát márczius 14-én a kormánybiztos kinevezés megjött, úgy tünt fel a dolog, hogy azon belügyministeri válasz ellenére is kereszttől fogják hajtani a *Tauffer*-féle memorandumban tervbe vett s 4000 czédulás képzésére vonatkozó reformot.

Jogos dolog volt tehát ezt a kérdést teljes valójában a közönség elé vinni.

Ma *Tauffer* tanár más álláspontra helyezkedett, mint a melyen memorandumában állott.

Szólo a kérdésnek a *Magyar Szóban* pertraktálásával és a kérdésnek az egyesületben való felvetésével nem akarta *Tauffert* személyében támadni.

Mert nem volt soha sem czélja személyeskedni, de kereste s keresi ma is, hogy mi az igazság.

Ő előadásában főképp a 6 heti képzés képtelenségét bizonyította be — és sajnos, most is azt kell mondania, hogy e tekintetben őt *Tauffer* felszólalása cseppet sem tudta megnyugtani. A 6 hetes képzés képtelenségéről most is csak az a véleménye, a mi volt, mielőtt az egyesületbe jött.

Tauffer azt mondta, hogy a kérdéshez hozzá szólók közül csak Doktor Sándor értette át helyesen az ő intentioit; pedig Doktor is azt mondta, hogy a belügyi kormány e kérdésben nem csinált semmit.

*Hoffmann*tól sem veheti tehát senki sem rossz néven, ha a belügyministeriumból kiinduló jelen reformmal szemben bizalmatlan és inkább a cultusministeriumból kikerült eszmék szolgálatában áll; mert a cultusministerium eddig sok áldozatot hozott ezen ügynek.

Hoffmann végül indítványt nyújt be a puerperalis bizottság újra való életbeléptetése iránt.

(XXII. rendes ülés 1900. május 26-dikán.)

Elnök: *Réczey Imre*; jegyző: *Lévai József*.

Az inficzamokról.

Haberern J. Pál: Az inficzamok a ritkábban előforduló sérülések közé tartoznak. Egyes esetek már régebben leírtak, de általában az inficzamok, a m. peroneus inának luxatioján kívül, a sebészeti tan-

könyvekben alig méltatják csak némi figyelemre is. Inficzam alatt értjük valamely izom inának helyzetváltozását erőművi behatás folytán a nélkül, hogy valamely más képlet (bőr, csont, ízület) sérült volna. Legtöbbször és legkönnyebben azon inak ficzamadnak, melyek valamely csontléc által határolt sulcusban haladnak, avagy lefutásukban hirtelen irányváltozást szenvednek (peroneus, tibialis post., kéz feszítő inai, biceps brachii inai). Nem minden, az irodalomban közölt eset fogadható el valódi inficzamnak; legfőképpen vitás a m. biceps hosszú inának ficzama, kétségtelenül előfordul a m. peroneus inának ficzama, úgyszintén a m. tibialis posticus-é. Előadónak alkalma volt a bal kéz mutatóujja feszítő izmainak inficzamát észlelni és véres műtét segítségével reponálni. T. J. 37 éves hajós, 1897. szeptember 18-dikán emeletmagasságból kinyújtott karokkal leesett. A bal kéz mutatóujj közékezesontjának fejece érte először a földet, miközben a kéz pronatában és erős kéztői hajlításban volt. Ezen esés folytán a bal mutatóujj feszítő izma az ulnaris oldal felé ficzamadott. Miután a traumát követő duzzanat szűnt, következő tipikus tünetek voltak észlelhetők. A bal kéz mutatóujjának tengelye a rendes iránytól úgy behajlított, mint kinyújtott helyzetben 200-kal a kis ujj felé eltér. Kinyújtott ujjak mellett könnyen sikerül a mutatóujjat rendes helyzetébe hozni, de azonnal ismét a kis ujj oldal felé eltér, a mint az ujjakat active vagy passive hajlítjuk. Míg a csontok és ízületek infiguratioja egészen normalis, addig az ujj feszítő izmának a mutatóujjhoz vonuló iná meglepő helyzetváltozást tüntet fel. Az in ugyanis nem a közékesont fejecsenek legnagyobb domborulata felett halad el, mint rendesen, hanem arról lecsúszva, rendes lefutási helyétől mintegy 1 cm.-nyire a kis ujj oldal felé, a II. és III. közékesont fejecsei között vonul a mutatóujjhoz. Ez esetben tehát egy tipikus inficzammal van dolgunk. Miután egyszerű repositio és az ezután alkalmazott kemény kötés eredményre nem vezetett, előadó véres műtétre határozta el magát, a mibe a beteg is, foglalkozásában gátolva lévén, beleegyezett. *Schleich*-féle infiltratio alkalmazásával 6 cm.-nyi metszéssel az inat feltárta, azt helyére húzta és hogy ezt újból el ne hagyassa, az inhiány maradványokból és a metacarpo-phalangeal ízület tokszalagát borító erősítő szalagokból és rostos kötőszöveti rétegből kis lebenyt készített, melyet az iz fölé borítva, csomós varratokkal levart, ily módon képezvén az in számára retinaculumot. Bőrszerű csomós varratokkal egyesítették. Az egész fölé kemény kötés helyeztetett a kéz nyújtott helyzetében. A kötés 10-dik napon eltávolított. Per primam való gyógyulás. Két héttel a műtét után óvatos massage, passiv mozgás, meleg fürdők. Rövid idő alatt a teljes munkaképesség helyreállott.

Schumayer is közölt egy esetet, melyben a jobb kéz középső ujjainak feszítő izma ficzamadott, de ez nem volt tiszta inficzam, hanem részben inszakadás is.

Az inficzamok súlyos functionalis zavarokkal járnak, ezért ezen ficzamokat helyreigazítani kell. Kórismézésük részint a látható és tapintható tünetek folytán, részben pedig a többszörre jellegzetes functionalis zavarok folytán nem nagyon nehéz. Friss esetekben repositio és kemény kötés, időlt esetekben a véres műtét vezet célhoz. Utóbbi gyakrabban végeztetett a peroneus ficzamával.

A lúgmérgezést követő gyermekkori heges bárzsingszűkületekről.

Torday Ferenc: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Gastrotomiával és retrograd dilatatioval gyógyított heges bárzsingszűkület.

Alapy Henrik: A 8 éves fiú lúgmérgezésből eredt átjárhatatlan bárzsingszűkületei folytán már heteken át csak csőrökkel volt táplálható, de nyelni még vizet sem volt képes. 1899. év augusztus 25-dikén tetetett át a sebészeti osztályra. Az ekkor megejtett vizsgálat azt mutatta, hogy az első szűkület a fogsortól 18 cm.-re van és az e helyen sok bajlódással átvezethető legfinomabb műszerek pár centiméterrel a cardia felett átjárhatatlan szűkületben akadnak el. A hosszú éhezés folytán a gyermek rendkívül le volt soványodva és elgyengülve.

Gastrotomia a *Hacker*-féle metszésnek megfelelő helyen, a gyomor kivarrása a fali hashártyához. A gyomor megnyitása után kísérlet történt a legkülönbözőbb műszerekkel a cardián át hatolni kereszttől a szűkületen, mi azonban nem sikerült. A gyermek 1 héten át a gyomorsipolyon kereszttől tápláltatván, szeptember 2-dikán újabb kísérlet történt a bárzsingszűkületnek alulról való kutaszolására, a mi több eredménytelen kísérlet után végre a következő műfogással sikerült: A sipolyon át a bemutató egy 15-ös számú francezia húgycsőbougiet vezetett a bárzsing alsó részletébe, erre, mint vezető kutaszra ráhúzott és a szűkületig vezetett egy oldalablakok nélküli, csak a végén nyílt *Maisonneuve*-féle cathetert. Most a vastag bougiet kihúzával, ennek helyére egy filiformbougiet tolt előre a catheter belsejében a szűkület helyéig, a mire a szűkületen való kereszttülhatolás és a finom bougie-nak a szájba való feltolása könnyen sikerült. E műszer segítségével selyemfonalat és ezen kereszttül kihúzott vékony drainsövet vezetett kereszttül a bárzsingon. A későbbi tágitás *Phillips*-féle bougiekkal történt 1 heti, később csak 1 havi időközökben. Jelenleg több hónapi szünet után a legvastagabb bougiek is könnyen hatolnak kereszttül, a gyermek mindent könnyen nyel: szóval szűkülete végleg meggyógyult.

A gyomorsipoly 2 hónapig (október 23-dikáig) maradt nyitva, korábbi zárását közbejött baloldali tüdőlob késleltette. A tüdőlob először 3 hétig, majd 1 hónap szünet után 2 hónapig tartott. Az eset *tüdőltályog*ra lévén gyanus, többszöri próbapunctio tárgyát képezte mindig negativ eredménnyel, míg végre december 29-dikén baloldali geny-

mell tünetei lépven fel, a VII. borda resectiojával a nyet ki lehetett boesátani, mire a láz végleg megszűnt.

A fentebb leírt műfogáshoz látszólag hasonlót már Hacker is alkalmazott, de egészen más célból és más módon. Ő t. i. a külső oesophagotomia sebén át felülről vezetett a szűkület helyéig drainsövet és ebbe egyidejűleg több bélhúrt, hogy ezek egyikét a húgycsősebszétből ismert módon vigye át a szűkületen.

A bázisingszűkületeknek a gyomorból való sondázására eddig módszerrel nem rendelkezünk és tényleg vannak esetek, a melyekben a sondázás egyáltalában nem sikerült, úgy, hogy a beteg egész életén gyomorsipolyon át való táplálásra volt utalva. A gyomorból való sondázás nehézségeit bemutató abban látja, hogy ujjal a cardiát még gyermeknél is nehezen sikerül elérni. Bemutató hullakísérletei szerint a bősében a cardiától való távolsága még 2–3 éves gyermekeknél sem kisebb, mint 8 cm. Az ujj vezetése nélkül pedig vékony bougieval a cardiát még megtalálni is nehéz. De, ha a vékony műszer már bent is van az oesophagus alsó részletében, akkor, midőn a szűkület helyén elakad, nem halad tovább, hanem a gyomorban levő meghajlott részletében még jobban meghajlik. Míg ellenben a bemutató által ajánlott és általa eredményesen alkalmazott módszernél a vékony bougie egész lefutásában megelégedésünkre, oldalt ki nem térhet, mi a bougienak a szűkületen való áthatolását felettébb megkönnyíti.

Lévi Lajos: „Lúgmérgezés után kiűritett nyelöcső- és gyomor-nyálkahártyapörkököt“ mutat be.

Bókay János: Egy analóg esetet látott szülő néhány hó előtt a Stefánia-gyermekórházban. A 3 éves gyermeknél, az anya csörégni akarván, tévedésből víz helyett lúgoldatot fecskendezett be a bélszájába; ezt követően 20 cm. hosszú, a bemutatóhoz hasonló pörkö távozott, ezt néhány hét múlva súlyos vastagbélstrictura követte, mely valószínűleg a vastagbél stricturált részletének resectioját fogja szükségessé tenni.

Gerinczagi cocain-anaesthesia.

Dollinger Gyula: (Lapunk más helyén egész terjedelemben közöltük.)

A XVIII. német belgyógyászati congressusról.

Egyik essayjében (Nominalist and Realist) Emerson arra a tétre utal, mely egy népnek a geniusa és e nép egyes polgárai közt fennáll. „Angliát, a hatalmas, praktikus szellemű duzzadó híres Angliát nem találom akkor sem, ha népét magán a szigetben keresném fel. A képviselőházban, a mulató helyeken, a zöld és fehér asztal mellett sok gazdag, többé-kevésbé művelt, conventionalis, büszke embert és sok idős hölgyet találunk, de sehol sem az „angol embert“, a hatalmas szónoklatok, a pontos gépek, a merész tettek és a subtilis gondolatvilág alkotóját.“ Hasonló eszlódásnak mindenki ki lehet téve, ki olyan össze-
jövételnél, a milyen most Wiesbadenben lefolyt, a realista túlságos myopiájával csak a résztvevőket és az egyes munkáját nézni. Mert bármennyire domborodnak ki egyes kiváló, sőt imponáló egyéniségek, összességükben sem adhatnak hí képet a mai német belgyógyászatról.

Szándékosan nem mondom „a német orvosi tudományról“. Hisz a német belgyógyászat sokkal komplexebb valami, semhogy a tudomány fogalmával ki lehetne meríteni. Ezer meg ezer szál köti a gyakorlati élethez, a társadalomhoz, a néphez és az iparhoz. Ezt semmi sem mutatja jobban, mint maga Wiesbaden, hol a Kochbrunnenját szűreslő közsvényes nyomán bevonult a művészt, a divathölgy, a nagyiparos, a műkereskedő és a sportsman, sőt utóbbi időben a német eszásári udvar, mely kegyének gazdagító sugarait a gyönyörű városra pazarolja. A nagy élet és a hatalmas mouvement viszont átalakítólag hatott az orvosi viszonyokra. „Opes“ és „honores“ bőven jutnak wiesbadeni kartársainknak. Grandiosus fürdőépületek keletkeznek, melyekben ugyan tudományos elvek szerint, de a napi divatot híven szem előtt tartva a publikumot szolgálják. Ott keresik a Röntgen-sugarak segítségével csodálatos kitarással, semmilyen balsiker által vissza nem riasztva, a húgyhomokot a közsvényes vesemedencéjében; ott találja a nyugdíjazott tiszt, ki persze mint ilyen a természetes gyógy módok lelkes tisztelője, a nap- és homokfürdők áldását. Létezik egy külön intézet ataxiások kezelésére; a régi híres ideggyógyintézetek mindinkább kénytelenek úgy terjedelemlere, mint belső berendezésre a jelenkor igényeire alkalmazkodni. Nem messze Wiesbadentől emelkednek a böchsti serumgyár kéményei, mely gyár évente százazreket hoz forgalomba....

Közvetlenül a congressusi ülésterem mellett van a belgyógyászati kiállítás. Aranybetűs broszürhalmazok, jodipin és bromipin hordók, tannocol-gulák, somatose-, eulactol- és tropon-skatulyákból összerakott erősségek közt itt látjuk azt a sok apró, de ma már nélkülözhetetlen csecesbecsét is, melylyel a pharmaceutika a gyakorló orvost évről évre megajándékozza: pl. a validolus pralinezt, a cinoborrel vörösrre festett unguentum cinereumot graduált üvegtubusokban, mely alakban az előbb oly gyanus szürke kenőcs minden fullánkját elveszít stb. Ha egy asztal előtt megállsz, rögtön melletted terem egy redingotes, intelligens külsejű, finom modorú úr, megmagyarázza a különböző szerek előnyét a tavalyiak felett és csodálatos tájékozottságot árul el a szer eddigi irodalmáról. Végre bemutatkozik mint X. úr, doctor philosophiae vagy chemiae, az Y. czég alkalmazottja, a szer feltalálója. S rosszul tennéd, kedves magyarom, kire nézve a gvallárság a bölesötől kezdve kötelelenségéig tettetett, ha orrod fintoatná. Az a „non olet“, melyet itt tépten-nyomon, szóval és tettel hangoztatnak, és melyet rebellis olfactorinsod eleinte meghazudtolni készült, csak magas kulturális viszonyok

közt lehetséges. Itt a pénz fogalma minden igazi és tettetett odium híján van, mert tényleges solid értéknek ellenértéke; itt a munka minden alakjában tisztességet ad a munkásnak és az egyeseknek ezen cél-tudatos következetes működéséből az összesség húzza a hasznát.

Hogy ezt az összességet: a német orvosi tudományt teljességében méltányolhassuk, tényleg bizonyos madártávlatra van szükségünk; e felől nézve azután az egyes elemek imponáló egészszé folynak össze, és az a mi túlközérlől sötét foltnak látszott, mint természetes nuance illeszkedik a szindús mozaikba, melyben a tudomány és a humanismus fennkölt istápolása mellett igen jól fér el a gyakorlati gondolkodás, a saját érdekek okos védelme és a viszonyok és áramlatok értelmes felhasználása. A basis — és éppen ez a német viszonyokra jellemző — mindenkor szilárd és erős; egyes kinövések láttára sem érezzük azt a szédülő sensatiót, melyet a csúcsára állított pyramis látása kelt. Komolyság és alaposság van ezekben az emberekben, akár önzetlen buzgalommal a pathológiának egy félreeső fejezetét kutatják, akár a tudásukkal az ipar szolgálatába szegődve, egy új altató szer vagy antiseptikum előállításán, kipróbálásán és lancirozásán fáradoznak. Az egyiknek esetleg a babért, a másiknak a tantiémet, mindkettőjüknek elismerésüket!

Ezúttal mi sem jöttünk üres kézzel. Tudvalevőleg felszólították Korányi tnr. urat, kit az ülés elején Rosensteinnel (Leyden) és Abraham-mal (Berlin) díszelnökké is designáltak, hogy az első referatutumot: a pneumonia kezeléséről ő tartsa meg. Egy rövid kivonat minden jellemzésnél jobban fogja mutatni, mekkora anyag és milyen gazdag tapasztalat volt egy rövid előadásá komprimálva, melynek tulajdonképpen csak a discussio alapját kellett volna képeznie, de mely ritka tárgyilagossággal — mely tulajdonság sok felszólalásból hiányzott! — az egész tárgyat felölelte.

Eleinte megvilágítja azt a kérdést, hogy mire szabad voltaképpen a croupus pneumonia fogalmát kiterjeszteni? Röviden czáfolja azokat a separatistikus törekvéseket, melyekkel a pneumonia egységes kórképéből különálló csoportokat akartak kihalítani, és azoknak a pártjára áll, kik az aetiológiai beosztást tartják irányadónak. De itt is elveti az egyesek által megvont rideg határokat; azon bakteriologiai munkálatokra hivatkozik (Pertik, Kruse, Pansini, Lubarsch stb.), melyek kimutatása szerint a Fraenkel-féle diplo- és a streptococcus egy és ugyanazon faj két különböző válfaját képezi, mely a megtámadott szervezet erősebb vagy gyengébb resistenciája és más, előtűnt ismeretlen tényezők közrehatására majd ilyen, majd olyan morfológiai, majd ilyen, majd olyan biológiai tulajdonságokkal van felruházva. Különösen az „astheniás“ pneumoniák elkülönítése ellen fordul. Ezen felfogás a gyakorlati szükségletnek is megfelel, a mennyiben a tüdőgyulladás különböző formái nem más-más specifikus methodusokkal, hanem mindnyájukra nézve közös indicatiókkal kezelendők.

Erre azután áttért ama gyógyeljárásokra, melyek a legújabb kor pathológiai kutatásainak az alapján keletkeztek. A pneumonia serum-therapiáját, melyet Klemperer, Foà és Carbone, Kruse és Pansini, Emmerich kezdtek és melyet újabb szerzők (Pane, Washbourn stb.) a Behring-féle irányba tereltek, többnyire Olaszországban, de Angliában, Németországban, Franciaországban is alkalmazták, mindenütt csak sporadikusan. Fájdalom, eddig csak azt lehet mondani, hogy a savó-therápia a pneumoniás betegre káros hatással nem bír, hogy néhány esetben jó hatásúnak látszott, de hogy a betegséget specifikusan befolyásolni nem képes. Figyelmet érdemelnek azon törekvések, melyek a hyperleukocytosis fokozását czélozzák, melyet a szervezet gyógyulási hajlama kifolyásának tartanak. Erre használtak pilocarpint, antipyrin, antifebrint, nucleint, spermint, hydrotherapiás eljárásokat, sőt a revulsiv genyedések régi módszeréhez is folyamodtak, a nélkül, hogy az ezekhez-flűzőtt várokozások beteljesedtek volna.

Mint az előadó klinikáján végzett kísérletek (Kovács J.) bebizonyították, a pneumoniás vér konyhasó-tartalma eszikent, fagypontra magasabb. A normalis viszonyok helyreállítása céljából ajánlatos a vért oxgyennel átáramoltatni; az oxgyen-belégzések jó hatását a klinikán gyakran lehetett észlelni, mit különben különösen angol szerzők megerősítenek. Az érvágás aktualis kérdésének az előadó hosszabb időt szentel; eszlakoznak azok, kik az érvágástól specifikus hatást várnak, vagy kik csak azt hiszik, hogy a mindig új meg új toxinokat produkáló szervezet néhány deciliter vér révén a bakteriotoxinoktól megszabadíttják. Ellenben egyenesen életmentő a tüdő hyperaemiája mellett, akár van tüdővizenyő, akár nincs, midőn a szív tevékenysége felmagasztalt és a légzés erőltetett; ha a pulsus kisebb hullámú is, a beavatkozás korántsem contraindikált, mert a pulsus gyakran a venaesectio után erősebbé és teltebbé válik. A konyhasó-infusiók főleg azért próbálandók, hogy a bal gyomrocs és az ürterendszer ischaemiáját megszüntessük, a diuresist és ezzel a toxikus anyagok kiválasztását fokozzuk.

Mennyire ingadozó az alap, melyen a pneumoniatherapia nyugszik, legjobban mutatja az antipyrésis kérdése; mindinkább csökken azoknak a száma, kik a hőemelkedésben feltétlen ellenséget látnak, mindinkább gyarapszik azoknak a tábor, kik csak kivételesen folyamodnak az antipyréticumokhoz. Velősen jellemzi az egyes antipyréticumok jó és rossz oldalait, különösen kiemelve a chinint, a kissé háttérbe szorított natrium salicylicumot és a hidegvíz kezelést; az utóbbit nem kívánja oly erőlyesen alkalmazni, mint pl. Jürgensen, és azt hiszi, hogy a hideg lemosások és begöngyölítések mint cardiotonicumok és a légzés serkentésére elegendők; hideg, illetve langyos fürdőket csak igen kivételesen és óvatosan alkalmazna, leginkább typhoid tünetek mellett. A Petrescu által inaugurált digitalis kezelés felett ő is pálcát tör, de a digitalist klasszikus adagjaiban gyakran nélkülözhetetlennek tartja. A többi analepticum, a kámfor, a valeriana, az alkohol az orvos kezében gyakran életmentő fegyverré válik.

KÖZLEMÉNYEK

a Tauffer Vilmos dr. egyetemi ny. r. tanár vezetése alatt álló 2. sz. női klinikáról.

I.

A méh, petefészek és méhkürt daganatainak a hüvelyen át való operálásáról.

Közli és előadta a budapesti kir. orvosegyesület 1900. márczius 24-én tartott rendes ülésén

Tóth István dr., egyetemi magántanár, tanársegéd.

A hasmetszés általában, még ma is, a sebészet nagy haladása és vívmányai mellett is, kényes terrenuma az orvosi működésnek s még inkább réme a laikus közönségnek; elég ezt a szót kiejtenie is az orvosnak, hogy ezzel a szenvedő beteget is, de talán még jobban a beteg egészségéért, életéért aggódó környezet lelkét mélyen megrázza. S nem is indokolatlan ez a nagy félelem a laikus közönség részéről s magyarázható a tartózkodás, olykor a túlságba vitt conservatismus az orvos részéről, különösen éppen annak szemében és lelkében, a ki gyakran végzi, vagy gyakori szemlélője e műtétnek s a kinek éppen a sok eset között, ha ma már szerencsére csak nagy elvétve is, alkalma van látni, hogy bár egész sorozata a legnagyobb hasúri műtéteknek zavartalanul, szerencsésen folyik le, egy-egy, talán nem is a legrosszabbak közül való, szerencsétlen véget ér s a beteg, a ki a műtét nélkül bajával talán még évek hosszú során át élhetett volna, áldozatul esik az esetleg nem is olyan veszélyesnek jelzett műtéti beavatkozásnak. Ilyen esetek, ilyen események, a míg egyrészt a hasmetszés indiciójának felállításánál a legszigorubb bírálatra hívják fel a lelkiismeretes orvost, másrészt ösztönzik a legnemesebb törekvésre, hogy keresse az utat és módot a hasmetszés veszélyességének csökkentésére, avagy a hasmetszésnek valamely más kevésbé veszélyes eljárás által való helyettesítésére.

Az életveszélyen kívül sok más olyan oldala is van e műtétnek, a melynek elhárítására törekszünk, illetőleg a mi miatt e műtétet más eljárással iparkodunk helyettesíteni; a hasfal varrása, a legkülönbözőbb varrási módok daczára ma sem tökéletes; a hasfali herniákat teljesen kizárni nem tudja egyetlen műtő sem; [Abel Zweiffel klinikájáról, kinek hasmetszési eredményei pedig a lehető legjobbak, 9% hasfali herniáról számol be] pedig nem egyszer ezen utólagos szövődmény sokkal több bajt szerez a betegnek, mint esetleg maga az alapbántalom, a mely miatt a beteg magát az életveszélyes műtetre elszánta. Más egyéb hátránya, szövődménye is van a hasmetszésnek, a melyekről később fogok szólni, a mikor az előadásom tárgyát képező újabb műtéti eljárásokkal szemben éppen a *hasmetszés nagy előnyeit* is ki fogom emelni.

A hasmetszés általánosabb elterjedésével éppen hátrányait is felismerve, meg volt adva az impulsus arra, hogy olyan eljárásokat keressenek, melyek útján a medenczebeli szervek elváltozásait, daganatait műtét útján gyógyítani lehessen, a hasmetszés veszélyességének, káros mellékütneteinek kizárásával.

Mint minden új vívmány, ezen műtéti eljárások is lassú fejlődésen mentek keresztül.

Nagyon messze vezetne, ha a hüvelyi operációknak egész történetét akarnám e helyen vázolni, miután jól tudjuk, hogy a *Sims-tükör feltalálása* óta megindult a hüvelyi műtéteknek egész sorozata és az egyes műtétek mintegy láncszemet képeznek a további fejlődésre s a hüvely kellő feltárásának s a vérzés csillapításának tökéletesedésével, másrészt a mellék-sértések elkerülésével mindinkább nagyobb és nagyobb tért foglalt el a genitáliák hüvelyén át való operálása.

Mielőtt még a méhnek kiirtását megtanultuk volna, annak egyes részleteit, hüvelybe benyúló daganatait s a méhszáj tágitása után a méhben levő daganatokat tudtuk már operálni ez úton; különösen éppen a fibro-miomák, illetőleg a submucosus elhelyeződésű fibromák operálása, ú. n. enucleatiója hódított mindinkább nagyobb terrenumot és egyszersmint képezte előkészítő útját a fibromák radikális hüvelyi operálásának.

Miután az orvosok felismerték, hogy a méh rákos megbetegedéseinél az egyedüli mentő eljárás a rákos méh teljes kiirtása, mindinkább kifejlődött a törekvés arra, hogy azt technikailag megvalósítsák. Bár irodalmi feljegyzések szerint már a múlt század elején (*Sauter* Constanztban 1822-ben, *Récamier* 1829-ben) kiirtották a hüvelyen át a méhet, ezen műtévek inkább csak merész vállalkozásoknak mondhatók.

Freundé az érdem, hogy megmutatta az utat a hasúr felől, miszerint a méh kiirtása lehetséges a nélkül, hogy a mellék-szerveket, hólyagot, uretert, beleket megsértenők, hogy a vérzést csillapítani tudta, sőt az egész sebzési folyamatot a hasúrból kizárhatta. Ez volt alapja a méh hüvelyi kiirtásának. A Freund-féle eljárást sorrendben éppen megfordítva sikerült *Czerny*-nek a 70-es évek végén a hüvely felől kiirtania a rákos méhet, a mely eljárást azután kortársai, *Schröder*, *Hegar*, *Billroth* és mások tökéletesítették. Nálunk Magyarországon *Tauffer* tanár végezte először a rákos méh kiirtását 1881-ben.

Azonban hosszú ideig jóformán csak a méh rákos el-fajulásánál használták ezen műtéti eljárást. *Péan* irtja ki először 1886-ban másodlagos medenczebeli genyedésnél a méhet, hogy utat nyisson a genynek kellő levezetésére. Két év múlva már primaer méhkörüli genyedésnél végzi a méh kiirtását s azután a medenczebeli gyuladások gyógyítására tervszerűen távolítja el a méhet és pedig az általa először használt *daraboló, morcelláló* eljárás útján. Ő még a beteg adnexumokat bennhagyja azon reményben, hogy a méh eltávolításával az adnexumok physiologikus halála, sorvadása úgy is bekövetkezik. Tanítványai, követői *Segond*, *Richelot*, *Doyen*, *Bastianelli*, majd a németek között *Landau*, később *Leopold*, *Schauta* tovább fejlesztik e műtevést s a méh eltávolításával egyszer-

smint eltávolítják a beteg adnexumokat is. Hogy ezen nehéz viszonyok között, megkötött méh mellett, sikerül a méh kiirtása, ennek nyitja a méhnek eldarabolása, morcellálása.

Ezen alapon fejlődött ki az adnexumok megbetegedésének, a pelveoperitonitisnek radikális gyógyítása s ez képezte alapját a különben egészben a hüvelyen át el nem távolítható nagyobb fibromák hüvelyi operálásának.

S ezzel megrendült a laparotomiának, olyan biztosan álló, annyi tért elfoglaló alapja, föltétlen uralma a genitáliák megbetegedésének operatív gyógyításában.

E két nagy csoportjáról a hüvelyi operálásoknak külön-külön fogok részletesen szólni.

Másrészt régebben észlelték azt is, hogy a hátsó hüvelyboltozaton egyes esetekben áttört a medenczébe levő tályog, tehát hasonló megbetegedésnél pungálható is az, illetőleg szélesebb megnyitás útján levezethető. Tovább menve, a medence mélyébe lenyúló haematokeleknek kiürítésére használták ez utat, Nélaton már 1850-ben.

A 2. sz. női klinikán *Taufer tanár* már 1881-ben nyitott meg ilyen haematokelet a hátulsó hüvelyboltozaton át s ez úton ürítette ki a 6 cm. hosszú méhen kívüli magzatot és a peterészleteket.

Az irodalom már a múlt század derekáról jegyez fel eseteket, a hol a hüvelyen át a hátsó hüvelyboltozat megnyitása útján sikerült a genitáliák kisebb daganatait eltávolítani. *Atlee* 1857-ben távolított el e módon ovarialis daganatot, *Gaillard Thomas* 1870-ben hullakísérletek után tervszerűleg végezte, 1872-ben *Robert Battey* a hátsó hüvelyboltozaton át vett ki ovarialis tumort és 1889-ben *Byford* Chicagóban már 12 ilyen vaginalis ovariotoriáról számol be. A francziák között *Péan* és követői, a németek között *Leopold*, *Bumm*, *Martin* voltak az eljárásnak első úttörői s miután a retroflexio operatív gyógyításának keresésében *Dührssen* és *Mackenrodt* a kolpokoeliotomia anteriorban egy új utat találtak meg, úgy ők maguk, mint azóta mások is rövid pár év alatt a legkülönbözőbb genitális megbetegedések operálására használták és használják ez utat.

Dióhéjban ez a vaginalis műtétek fejlődési története.

A hüvelyi műtéteknek azon módjaival, útjaival, a melyeket már régebben ismertünk s gyakorlunk, s melyeknek alkalmazási köre, indicatioja ma már csaknem teljesen kikristályosodott, ezen előadásom keretében nem foglalkozhatom. Értem ez alatt a *submucosus fibromák* enucleálását a méhszájon át, a Douglas-redő egyszerű megnyitását genyedő folyamatoknál, vérömlenyeknél, stb.

A mint már a mondottakból is kiténik, 3 nagy csoportba oszthatjuk az újabb hüvelyi műtéteket:

I. csoport: *kolpokoeliotomia és pedig anterior és posterior*;
II. csoport: *a méh és függelékeinek kiirtása az adnexumok lobos megbetegedéseinek*;

III. csoport: *a méhfibromák radikális hüvelyi operálása*.

Az egyes csoportok leírásánál, tárgyalásánál mások ez irányú észleletei mellett hozzáfűzöm saját tapasztalatainkat is.

I. Kolpokoeliotomia.

Ezen elnevezés alatt egybefoglaljuk azon műtéti eljárásokat, a mikor az elülső vagy hátulsó hüvelyboltozat, illetőleg hashártya-redő megnyitásával a hüvelyen át hatolunk be a hasürbe, hogy ez úton a méhnek és függelékeinek daganatait eltávolíthassuk, kóros elváltozásait, a méh elferdülését, hátrahúzását javíthassuk.

E körbe tartoznak az ú. n. vaginalis ovariotoriák, salpingotomiák, myomotomiák és sok más egyéb czélból végzett műtét.

Mint már jeleztem is, megkülönböztetjük a *kolpokoeliotomia posteriort* és *kolpokoeliotomia anteriort*, a szerint, a mint a hátulsó vagy az elülső hüvelyboltozatot választjuk a behatolásra; a hátsó út a rövidebb út, kevesebb rétegen kell áthatolnunk, gyorsabban jutunk a hasürbe, mivel rendes viszonyok között a Douglas-redő a hátsó hüvelyboltozat mögé lenyúlik úgy, hogy a hüvelyfal átmetszése után közvetlenül előtűnik van az áttűnő hashártya.

A beteg hanyatfekvése mellett kellő sterilizálás után feltárjuk Sims-tükörrel, kanalakkal a hüvelyt s a portio megragadása s felemelése után harántul metszük át a hüvelyfalat s pedig vagy késsel rétegenként hatolva be s keresve fel az áttűnő hashártyaredőt, vagy a hátsó hüvelyfal megemelése után ollócsapással egyszerre nyitva meg a hasürt; az utóbbi eljárás csak teljesen tiszta esetben, teljesen szabad Douglas mellett végezhető, de általában nem ajánlható. Rendszeren a rétegenként való behatolást szoktuk alkalmazni s még e mellett is összenövések esetén a legnagyobb gonddal kell eljárni s inkább tompán ujjal válasszuk szét a rétegeket, mert különben a végbél sértésének veszélye fenyeget, a minek elkerülésére ajánlatos, hogy a behatolásnál szorosan a méhnyakhoz tartsuk magunkat.

A végbélsértés nagyon kellemetlen szövödménye a műtétnek, megnyújtja a műtést, súlyosítja a beavatkozást, sőt esetleg lehetetlenné teszi a műtétnek ez úton való folytatását.

Eseteink leírásában hozok föl reá példát.

A hasür megnyitása után a hashártyaszéleket a hüvelyboltozatra szegjük néhány esomós varrattal, részint azért, hogy a hüvelyboltozati vérzést csillapítsuk, részint pedig, hogy a végbél előtt levő kötőszövetet ne zúzzuk, esetleg a daganat genyes tartalmával ne szennyezzük. A hüvelyboltozatnak széles megnyitása sokszor szükséges s ilyenkor természetesen az oldalsó parametriumok is feltárulnak, elég gyakran erős vérzéssel, a minek csillapítására jól körüljáró öltéseket alkalmazunk. Végül egyes esetekben szélesebb nyílást akként készít, hogy a széles szalagok alapját körülölti s átmetszi.

A méh felől ritkán van valamelyes körülöltést követelő vérzés, maga a méh lehúzása rendszeren szünteti is azt.

Ezzel meg van nyitva az út a medenczébe, illetőleg a hasürbe s behatoló 2 ujjunkkal közvetlenül tapinthatjuk ki a medenczebeli szervek helyzetét, kóros elváltozásait s e szerint irányíthatjuk további működésünket.

A *kolpokoeliotomia anteriort*, mint említettem, *Dührssen* s *Mackenrodt* hozták be a műtétek sorába azon tapasztalataik alapján, a miket a hátraesett méh hüvelyi rögzítése, az ú. n. *vaginofixatio* művelése közben tettek.

A hanyatfekvő nő hüvelyét hasonló módon tárva fel, elöl metszük át harántul s esetleg nyilírányban is a hüvelyboltozatot s a hólyag feltolása, leválasztása után, ép úgy, mint a méh kiirtásánál szoktuk, megnyitjuk az elülső hashártyaredőt, ezt hasonló módon kiszegjük a hüvelyfalhoz s most a hasür hasonlóképen nyitva van a közvetlen betapintásra, a medenczebeli szervek megvizsgálására, operálására.

Az anatómiai viszonyok jelzik, hogy úgy elöl, mint hátul elég szűk azon tér, mely a műtétre, a medenczebeli daganatok eltávolítására rendelkezésünkre áll s világos az is, hogy a hasür ilyenén való megnyitása mellett korántsem tekinthetjük úgy át a megbetegedés terrenumát, mint a hasmetszésnél. Következésképen a szűk nyíláson át csak kiesiny vagy megkisebbithető daganatokat írthatunk ki: a cystosus daganatokat előzetes punctio után, a solid, tömött daganatokat pedig darabolás útján hozhatjuk ki.

Ha akár egészben, akár megkisebbitve sikerült a daganatot kihozni, hátramarad a méhvel való összefüggésének megszakítása, illetőleg a kocsány lekötése, lefogása vagy a daganat ágának elvarrása.

A posteriornál rendszeren hátra kell a méhet fordítanunk, hogy a kocsányt aláköthessük, illetőleg az esetleg méhdaganat ágát elvarrjuk, avagy más módon, talán szorító csipők, talán angiothryptor alkalmazása után írthassuk ki a daganatot. Ha vérzés nincs, kellő toilette után zárjuk a hashártya, illetőleg a hüvely sebet, külön-külön vagy együttes varrattal. Ez az egyszerű hüvelyi ovariotoriák, salpingotomiák, illetőleg subserosus fibroma-operatiók tipikus képe.

A mint a leírás s az anatómiai viszonyok mutatják, a hátulsó út a rövidebb, a kisebb sebzéssel jár, míg az elülsőnél hosszabb úton nagyobb seb ejtésével s nehezebben is juthatunk a hasürbe, már csak azért is, mert az elülső hashártyaredő sokkal magasabban hajlik át, mint a hátulsó.

Előnye a hátulsó kolkokoeliotomiának az a körülmény, hogy olyan esetben, a mikor genyes dolgot operálunk, sokkal kedvezőbb a drainagera. Ezzel szemben a kolkokoeliotomia anteriornak is megvannak a maga nagy előnyei: az elül ejtett seb tágasabb, a méhhez, az adnexumokhoz közvetlenebbül férünk hozzá, sőt az egész méhet kibuktatva a megnyíláson, jóformán szemünk előtt oldhatjuk az esetleges összenövéseket, vizsgálhatjuk át az adnexumokat s alkalmazhatjuk a leköteéseket.

Előnye még, hogy a méhet nem kell hátrafeszíteni s hogy később nem kell tartanunk a méhnek hátsó rögzítettségétől, a mi — a mint azt sokan leírják s magunk is észleltük — a kolkokoeliotomia posteriornál elég gyakori utóbaj.

Mindezek mérlegelésénél megoszlik az operálók táborá; egyik rész feltétlen híve az anteriornak (Dührssen, Mackenrodt, Martin), míg mások (Döderlein, Veit, Zweifel) a hátulsót ajánlják s különösen a kolkokoeliotomia anterior hívei elfogultságukban annyira mennek, hogy minden esetet e módon ezen úton akarnak operálni. Pedig úgy látszik, *mind a két útnak meg van a maga alkalmazási köre*: a méh elülső falában ülő fibromát, a hólyag s a méh közé benyúló petefészekdaganatot, a jobb természetű kürt daganatokat természetesen operáljuk az elülső úton, de másrészt a Douglas mélyébe benyúló daganatokat, a méh hátulsó falában kifejlődött fibromát természetesebb a hátulsó közvetlen úton operálni s észszerű ez utat használni fel mindazon genyedő folyamatoknál, a hol előreláthatólag drainagera lesz szükség. Ugyancsak ez az út alkalmas arra, hogy az adnexumok kétoldali megbetegedésénél tervbe vett radikális műtét előtt közvetlen meggyőződést szerezzünk az adnexumok állapotáról.

Hogy a kolkokoeliotomia anterior kevés számú, de annál tevékenyebb tagjai mi minden esetben látják indokolva ezen műtét eljárást és hogy hova vezet az elfogultság, az operálási furor, arra kiáltó példa *Dührssennek* működése, a ki e tárgyról írott könyvében (*Die Einschränkung des Bauchschnittes* etc. Berlin, 1899) rövid pár év alatt 503 ilyen műtétéről számol be.

Használja ez eljárást:

A hüvely és méh előcsésésénél, ez utóbbi hátraesésénél, a méh sérüléseinnél, chronikus gyulladásainál, fibromáinál, a terhesség rendellenességeinnél, az adnexumok megbetegedéseinnél s végre a nő mesterséges sterilizálására.

Legyen szabad egy pár szemelvényt adni e kollega művéből, eljárásából. Pl. rövid pár év alatt a hüvelyfalhoz varrt 359 hátrahajlott méhet.

26 nőnek lekötö, illetőleg átmetszi a tubáit, hogy biztossítsa újabb terhesség ellen. S hogy csak példát hozzak fel: 2 esetben, a mikor minden igaz ok nélkül előre varrja a hátraesett méhet, sterilizálja a nőket, mert hát az egyiknek 4, a másinak már 6 gyermeke volt s a patientek kérték is őt erre, s ő (jószívűségből!) meg is tette nekik, mert hát az egyik egy cancellistának a felesége (elég neki 4 gyermek!),

a másik nő pedig nemrég lefolyt abortusa alkalmával életveszélyben forgott!

A mikor ilyeneket olvasunk, eszünkbe kell hogy jusson boldogult Kovács József professor mondása, hogy: „a törvénykönyv nem elég szigorú az orvosokkal szemben”.

Nem kevésbé tevékeny volt e téren Martin, a ki szintén pár év lefolyása alatt 471 esetben végezte a kolkokoeliotomia anteriort s hogy többet ne említek, 44 esetben hydropikus ovarialis folliculusok felnyitása, resecálása érdekében; s 60 esetben látta szükségét annak, hogy a teljesen szabad hátrahajlott méhet e módon előrevarrja. S ezen operálásban jóformán egy verseny indult meg, egyes operálók a kezükbe került minden hátraesett méhet odavarrtak a hüvelyfalhoz s ezen operálási mód csak akkor került még mindig nem elegendő korlátok közé, a mikor káros következményei rövid pár év leforgása alatt már mutatkoztak, a mikor egyik-másik esetben ilyen műtét után teherbe jutott nőknél a szülés alkalmával a legsúlyosabb műtét vált szükségessé.

Előadásom bejelentett tárgyát nem képezi a hátraesett méh operálása, részletesebben tehát nem is mehetek bele e kérdés taglalásába, de jóleső érzéssel kell konstatálnom, hogy nálunk tudtommal e műtétési mód kedvező talajra nem talált s hogy pl. a mi klinikánk jelentékeny operatív tevékenysége mellett csak 2 ízben kíséreltük meg a méh hátrahajlásának eme gyógyítási módját, a melyről ma már a legnyugodtabb, legtekintélyesebb nőorvosai Európának általában kedvezőtlenül nyilatkoznak s melynek alkalmazási körét csak nagyon kis területre szabják meg.

Tagadhatatlan azonban, hogy ezen túlajtott műtét eljárásból is meritettünk hasznot, egyrészt megtanultuk, hogy mit ne cselekedjünk, másrészt mert a medenczebeli szervek operálásának egy új útját mutatta meg, a melylyel bizonyos esetekben sikerült az általános tapasztalat szerint nagyobb veszélyű hasmetszést helyettesíteni.

Mi a 2. sz. női klinikán 1895 óta szintén operáltunk a jelzett utakon.

Nem jöhetünk s nem jövünk száz és száz esettel, de nem is tartjuk s tartottuk szükségesnek azt, hogy valamely új eljárást azért, mert új, egy egész generáción végig próbáljuk; azonban ezen esetekből annál inkább vonhatjuk le a következtetéseinket, mert az operálás indikációjának felállításánál mindig a legszigorúbb kritikát gyakoroltuk s *nem azért operáltunk, mert lehetett, hanem azért, mert szükséges volt*; másrészt nem az egyes műtét módok okvetetlen keresztülvitele vezetett az operálásban, hanem mindenekelőtt a beteg érdeke.

Összesen 29 esetben végeztünk kolkokoeliotomiát, 23 esetben sikerült a tervezett műtét, 4 esetben hasmetszésre tértünk át, 2 esetben csak kísérlet maradt.

Eseteinket a mellékelt 1. sz. táblázat ismerteti részleteiben.

I. sz. Kolkokoeliotomiák.

Sorszám	Fejlap-szám	N é v	Kor	P.	Tünetek	Jelen állapot	Műtét	Lefolyás	†	J e g y z e t
* 1.	1895 78	H. A.-né férjezett	29	0	2 év óta görcsös havibaj, ismétlődő medenczelobok.	Méh elülső falában <i>diónyi fibroma, hydropicus b. ovarium, stenosis cervicis.</i>	<i>Kolkokoeliot. ant.</i> A fibroma kihámózása, ovarium resectiója, discissio	Kétszer 38-0 C. ^o T., izzadmány.		Később is láttuk izzadmánynyal. Eredmény rossz.
2.	1896 106	B. J.-né férjezett	29	0	Belső vérzéstünetei után nyomási tünetek, hólyagzavarok.	Douglasban csecsemőfejni daganat. <i>Méhénküli terhesség. Haematokela.</i>	<i>Kolkokoel. post.</i> A zsák kiirtása; ovariosalpingotomia simplex. (Szorítócsípő.)	Láztalan, zavartalan.		Távozásnál teljesen szabad medencze.
3.	1896 112	A. K.-né férjezett	33	I A. 3 éve	Daganatnövekvés fájdalom, feszülési érzés.	Az elülső hüvelyboltozatot ledomborító nagy csecsemőfejni <i>dermoid.</i>	<i>Episiotomia, kolk. ant.</i> Punctio, kocsány lekötése, hüvelyi seb zárása.	Láztalan.		Szabad medencze.

Sorszám	Feljap- szám	N é v	Kor	P.	Tünetek	Jelen állapot	Műtét	Lefolyás	†	J e g y z e t
4.	1896 sana- torium	Sz. P.-né férje- zett	21	I P. 1 1/2 éve	Derékfájás, vizelési panaszok, nyomási tünetek.	A hátsó hüvelybolto- zatot lenyomó ökölnyi <i>dermoid.</i>	<i>Kolp. post.</i> Punetio, kocsányra szorító- csipő, nyitott hü- velyboltozat. Tam- ponade.	Egyszer 38-1 C. ^o T., zavartalan gyógyulás.		—
5.	1896 115	R. A.-né férje- zett	33	I P. 4 éve	Dysmenorrhoea, menorrhagia, derék- keresztfájás, munkaképtelenség.	<i>Dextro-latero-retroflexio uteri fixa, tumor.</i>	<i>Kolp. post.</i> Méh fel- választása, lúdtojás- nyi parovarialis tömlő kiirtása. Szor- ítócsipő. Tampo- nade.	Láztalan		Távozásnál méh hátul rögzítve, hosszabb ideig massage ambu- lanter.
6.	1897 sana- torium	B. A.-né férje- zett	32	0 P.	Daganatnövekvés, nyomási tünetek.	Douglasban ökölnyi <i>tuboovarialis</i> tömlő.	<i>Kolp. post.</i> Punetio. Kocsány leköttése. Hüvelyboltozat zá- rása.	Láztalan		—
7.	1897 sana- torium	R. J.-né férje- zett	22	0 P.	Göresős fájdalmak.	Ökölnyi tömlős daganat. (<i>Graviditas tubaria.</i>)	<i>Kolp. post.</i> Salpingo- tomia. Szorítócsipő; nyitott kezelés.	3. napon lá- zas, hashaj- tásra láz le- esik, zavar- talan gyó- gyulás.		Vonalszerű hüvelybol- tozati heggel, szabad medenczével távozik.
8.	1897 145	G. E.-né özvegy	30	0 P.	Lázak, hasban nagy fájdalmak.	Gyenge beteg, baloldali ökölnyi adnex-tumor. <i>Sactosalpinx purulenta tuberculosa.</i>	<i>Kolp. post.</i> A tuba- záknak részben ki- hámozása; drainage.	Lázak, bélper- foratio tüne- tei, nagy ex- sudatum, a mit felülről nyitunk meg.		Két év múlva javult állapotban látjuk. — Ma is él, medenczében kérges összenövések, időnként fájdalmak.
9.	1898 163	V. I.-né férjezett	34	I P.	Vérzések, fájdal- mak.	Méh mellett tojásnyi adnex-tumor. <i>Sacto- salpinx serosa, degenera- tio cyst. ovarii.</i>	<i>Kolp. post.</i> Salpingo- ovariotomia sim- plex. Lekötés. Hü- velyboltozat zárása.	10. naptól kezdve mérs. lázak, exsu- datum.		Előbb hosszú időn át palliativ kezelés, mas- sage, stb.
10.	1898 sana- torium	F. I.-né férjezett	40	II A.	Ismétlődő meden- czebeli gyulladások, fájdalmak.	<i>Retroflexio uteri fixa ökölnyi tömlős daganat (cyst. parovarialis).</i>	<i>Kolp. post.</i> Méh fel- választása, tömlő kiirtása. Alákötés. Tampnade.	Láztalan		—
11.	1899 93	P. N.-né férje- zett	48	III P.	Vérzések, fájdal- mak, hólyagzavarok.	Méh mögött 2 ökölnyi tömlős daganat. <i>Kyst- adenoma serosum ov.</i>	<i>Kolp. post.</i> Ovario- tomia simplex. Alá- kötés. Hüvelybolto- zat zárása.	Láztalan		Zavartalan gyógyulás.
12.	1899 222	W. M.-né férje- zett	41	IV P.	Alhasi fájdalmak, vérzések.	<i>Sactosalpinx purulenta a Douglasban.</i>	<i>Kolp. post.</i> Salpingo- tomia. Szorítócsipő. Tampnade.	10. napon lázak, tonsil- litis follicu- laris.		Zavartalan gyógyulás.
13.	1899 248 b)	P. J.-né férjezett	25	I A.	Fájdalmak	A méh mögött lúdt- tojásnyi tömlős daga- nat. <i>Dermoid.</i>	<i>Kolp. post.</i> Ovario- tomia. Angiothryp- sia. Hüvelyboltozat zárása.	Láztalan		Zavartalan gyógyulás.
14.	1899 sana- torium	F. B.-né férje- zett	34	0 P.	Fájdalmak	Douglasban nagy ököl- nyi kemény, beékelt tumor. <i>Fibroma.</i>	<i>Kolp. post.</i> A fibroma darabolása, enue- leálása, az ágy el- varrása. Hüvelybol- tozat zárása.	Láztalan		—
15.	1899 262	S. L. hajadon	39	0 P.	Fájdalmak	Méh mellett lúdtojás- nyi daganat, ovarialis dag. felvétele. Kitiűnt, hogy <i>fibroma subseros.</i>	<i>Kolp. post.</i> Fibroma darabolása. Kocsány zúzása angiothryp- torral, vérzés, szo- ritócsipő.	Néhány sub- febrilis T.		Méh retroflexióban rögzítve, fájdalmakkal jelentkezik.
16.	1899 267	W. Á.-né férje- zett	44	0 P.	Ismétlődő lobok, fájdalmak.	A méh hátsó falában ülő, a medenczében be- szorult csecsemőfejnyi <i>fibroma.</i>	<i>Episiotomia. Kolp. post., morcellement, enucleatio, elvarrás, nyitott kezelés, tam- ponade.</i>	Egyszer 38-0 C. ^o		Méh retroflexióban rögzítve. Utólagos pa- naszok.
17.	1899 302	P. P. hajadon	25	0 P.	Dysmenorrhoea, vérzések, fájdalmak.	<i>Salpingitis chron. ab- scessus ovarii.</i>	<i>Kolp. post.</i> Salpingo- ovariotomia simpl. Szorítócsipő.	Láztalan		Előbb hosszú időn át lobellenes kezelés.
18.	1899 311	B. E. hajadon	30	0 P.	Vérzések, fájdal- mak.	Jobboldali <i>sactosalpinx purulenta, abscessus ovarii.</i>	<i>Kolp. post.</i> Salpingo- ovariotomia sim- plex. Szorítócsipő.	Láztalan		Ideális gyógyulás.
19.	1900 7	G. G.-né férje- zett	34	IV P.	Vérzések, fájdal- mak, lázak.	<i>Sactosalpinx serosa, hy- drops ovarii.</i>	<i>Kolp. post.</i> Angio- thrypsiával salpin- goovariotomia, zárás.	Láztalan		Mérsékeltlen megkötött méh

Sorszám	Fejlap-szám	N é v	Kor	P.	Tünetek	Jelen állapot	Műtét	Lefolyás	†	J e g y z e t
20.	1900 15	S. R.-né férje- zett	26	III P.	Lázak, fájdalmak.	Balold. ökölnyi <i>sacto- salpinx purulenta</i> .	Kolp. ant. Lékötés és szorítócsipő, nyi- tott kezelés.	Láztalan		Kis exsudatum.
21.	1900 18	F. Á.-né férje- zett	25	0 P.	Lobok, fájdalmak.	Ökölnyi <i>tuboovarialis</i> daganat.	Kolp. post. Salpingo- ovariotomia s. Szor- ítócsipő.	Láztalan		Szabad környezet.
22.	1900 35	V. M.-né férje- zett	26	III P.	Göresős fájdalmak, menorrhagia.	<i>Hydrops ovarii, sacto- salpinx purulenta</i> .	Kolp. ant. Salpingo- ovariotomia s. le- kötéssel, zárás.	Néhány 38—38.1 C. ^o T., kis ex- sudatum.		Hat hét múlva jelent- kezik nagy exsuda- tummal.
23.	1900 53	U. Zs.-né férje- zett	23	I P.	Fájdalmak.	<i>Echinococcus pelvis</i> .	Kolp. post. (Részle- tesebben leírva).	Néhány T. varrat szét- vált.		Két hónap múlva egészen egészséges.

Az egyes megbetegedési alakokat a következőkben csoportosíthatjuk:

I. *Lobos szövődmény nélküli daganat* 7 (3., 4., 6., 10., 11., 13., 21. sz.); ezek között: 3 dermoid, 2 tuboovarialis, 1 parovarialis tömlő, 1 ovarialis kystoma; a legnagyobb csecsemőfejnyi. 6 kolkokoeliot. posterior, 1 anterior, mindannyi zavartalanul gyógyult, utóbaj nélkül.

II. *Kürtdaganatot operáltunk* 8-at, és pedig:

2 *sactosalpinx serosa* (9. és 19. sz.), mindkettő kolp. post.; az 1-nél mérsékelt lázak után exsudatum fejlődött ki, a másik is hátul rögzített méhvel hagyta el az intézetet.

3 *sactosalpinx purulenta* (12., 20., 22. sz.). 1-nél kolkokoeliot. posterior, 2-nél anterior; egyik simán gyógyult (kolp. post., nyitva kezelve), másodikkál kisebb exsudatum (kolp. anterior, nyitva kezelve), harmadikkál (kolp. ant., zárás) nagy exsudatum fejlődik ki, ez utóbbi ma is beteg.

2 *graviditás extraut. tubaria* (2., 7. sz.) mindkettő kolkokoel. post., nyitott kezelés, teljes gyógyulás.

1 *salpingitis tuberculosa* (8. sz.) kolkokoeliot. post., a zsák részben való kihámozása, drainage, nagy exsudatum, genyedés, megnyitás felülről is, belperforatio, hosszú ideig tartó gyógyulási folyamat. Ma is él, medenczében kerges összenövés.

III. *Fibroma subserosum* 4 (1., 14., 15., 16. sz.) diónyi egész csecsemőfejnyi; 1 kolkokoel. ant. enucleatio, zárás, exsudatum; 3 kolkokoel. post.; 2 enucleatio, az ágy elvarrása; 1 esetben vérzés miatt tamponade, nyitott kezelés; 1 kocsány leszorítás (angiothryptorral).

A 3 eset közül 2-nél a hátraesett, rögzített méh sok utólagos bajt okoz. Egészen tehát a 4 eset közül 3-nál jelentékeny utóbaj; az eredmény egyáltalán nem biztató.

IV. *Abcessus ovarii* 2 (17. és 18. sz.), mindkettő kolkokoeliot. post. drainage, zavartalan gyógyulás.

V. *Echinococcus pelvis et intestini* 1 (23. sz.) [részletebben leírva].

VI. *Retroflexio fixa + cysta parovarialis* 1 (5. sz.), kolp. post. felváltás, tamponade; nem kielégítő eredmény.

Összesen 19 kolkokoeliotomia posterior, 4 anterior.

A mellett, hogy az I. csoportban említett 7 nem lobos daganat operáltjai ideálisan gyógyultak, s bár egyetlen beteget sem veszítettünk el, e műtétek eredményével teljesen megelégedve nem vagyunk, különösen nem a lobos adnexumok s a subserosus fibromák operálása után, több esetben kisebb nagyobb exsudatum vagy a méh rögzített volta zavarta a beteg teljes gyógyulását. A melléksértésekről később lesz szó.

Érdekesnek találom, hogy ezen esetek közül az echinococcus operálásának történetét röviden elmondjam. (A beteget a gynaek. szakosztály f. é. márcziusi ülésén bemutattam volt.)

A 23 éves nőnél a méh mögött a medenczébe beszorult csecsemőfejnyi, ismeretlen természetű daganatnál kolkokoelio-

tomia posteriori végzünk; a látótérbe került daganat pungálása eredménytelen, szélesebb megnyitására kisebb-nagyobb echinococcus hólyagok ürülnek. Az egyes tömlőrészeket kiürítése s előhúzása után kiténik, hogy az echinococcus-hólyag a méhtest peritoneuma alatt fejlődött ki, összenőtt a hólyag vertexével, úgy hogy a műtétnél egészen hátrahajlott méhtest fölött az utolsó daganatrészlettel előhúztuk a hólyagot is s csak ekkor választottuk le s varrtuk össze a hólyag és méh vérző hashártya borítékát. Majd a medenczébe betapintva magasan, a linea terminalis magassága fölött egy citrom-nagyságú képletet találunk, a melynek előhúzásánál kiténik, hogy az egyik vékonybélkaes hashártya borítéka alatt székelő második echinococcus-tömlő. Nagy óvatossággal lefejtjük a tömlőt a bélfalatról s a bél hashártyáját tovaftató varrattal összevarrjuk. A beteg meggyógyult. (A műtét óta 12 hét telt el, a beteget többször vizsgáltuk, de a szervezetben újabb echinococcus tömlőt nem találtunk; természetesen nagy kérdés, nem lesz-e később?)

Ezen eset élénken illusztrálja, hogy kedvező körülmények között hüvelyi úton még magasan fekvő képletek is operálhatók.

A mielőtt arról szólnánk, hogy hol vannak határai e hüvelyi műtétnek, mint különösen tanulságos dolgokat kell elmondanom azon eseteket, a melyekben a hüvelyi utat abba-hagyva, hasmetszésre kellett áttérnünk.

1. Sch. J.-né (1897. sanatorium). Csecsemőfejnyi dermoidot tételezve fel, megnyitjuk elül a hüvelyboltozatot. Nehéz viszonyokat, összenövéseket találunk, a melyek oldása közben megsértjük a hólyagot. Ezt varrnunk kell. A már hosszú ideig tartó rossz narkosis arra indít, hogy a műtét folytatásától a beteg érdekében elálljunk. 3 hét múlva hasmetszést végzünk; a széles szalagok lemezei között ülő parovarialis tömlőket távolítunk el jelentékeny nehézségek között s epierisizünk az volt, hogy e daganatok kiirtása hüvelyi úton csakis a méh feláldozása árán volt volna kivihető.

2. H. J.-né (1897. 29. fsz.). A méh mögött eléggé megmozgatható, ismeretlen természetű, csecsemőfejnyi daganat. Hátsó kolkokoeliotomia; igen sok összenövés, nagy vérzés, a mely már-már méhkiirtásra kényszerít. Hasmetésnél kiténik, hogy tubaris abortusból származó haematokelevel van dolgunk, melyet erős bélösszenövésai közül kiválasztva s a vérzést csillapítva, sikerül a méhet egyik oldali ép adnexumaival együtt megtartani.

E rövid leírásból látható, milyen nagy előnye volt a hasmetszésnek.

3. A. M.-né (1897. 138. fsz.). Nagy ökölnyi tömlős daganat, cystosus tumor. Kolkokoeliotomia posterior. Végbél-sértés, varrás. Hasmetésnél kiténik, hogy intraligamentaris parovarialis cysta. Zavartalan gyógyulás.

4. G. A.-né (1898. 76. fsz.). Másfél ökölnyi tömlős daganat. Kolkokoeliotomia post. Punctio után dermoidnak bi-

zonyul: a tumor kiásása erős vérzést indít meg, minek csillapítására szorítócsipőket helyezünk fel; a műtétnek ez úton való folytatása a méh kiirtására vezetne. Ezért hasmetszés: az adnexumok épek; a dermoid intraligamentaris; a kiásás most már, mikor a vérző helyeket alulról számos műszer tartja, rendkívül nehéz. Kénytelenek vagyunk a hüvelyi drainagezsál megelégedni. Igen hosszú ideig tartó genyedés. Ezen eset is mutatja a hüvelyi út hátrányait a hasmetszéssel szemben. Igaz ugyan, hogy a műtét ez esetben is befejezhető volt volna a hüvely felől, de csakis a méh feláldozása árán, a mi ép adnexumok mellett természetesen nem jogosult.

Két esetben a hüvelyi behatolás csak kísérlet maradt.

1. Sch. M.-né (1899. 118. fsz.). A medence hátulsó jobb oldali negyedében gyermekököllyi rugalmas képletet találunk. A hátulsó hüvelyboltozati megnyitása után kitérnek, hogy vándorvase, mely ilyen szokatlan mélyre szállott le. Kiirtását indikálnak nem tartjuk, a hüvely sebét zárjuk.

2. G. A.-né (1899. 308. fsz.). Minden palliatív gyógyító eljárással daczoló resistentia a Douglasban, mely a méhnyakat rögzíti s a betegnek nagy fájdalmat okoz. Ennek felszabadítására kolkokoeliotomia posterior. Szétválasztási kísérlet alatt bélsár tör elő, és pedig egy lenőtt vékonybélből. A bél sebét varrjuk s a műtét folytatásától egyelőre elállunk, miután az ilyen mélyen lenőtt vékonybélkaesok felszabadítása csak hasmetszés útján eszközölhető.

Ezen esetek rövid áttekintése már eléggé meggyőző arra nézve, hogy ez a hüvelyi út nem való intraligamentaris daganatok operálására, hogy ez úton jelentékenyebb összenövéseket oldani csak akkor lehet, ha a méhet is feláldozzuk. Ugyanezen áron kellene megváltanunk olykor a vérzés csillapításának lehetőségét is. Nem való e hüvelyi út, csak teljesen tiszta esetekre, a hol biztos diagnosissal, ismert anatómiai viszonyokkal állunk szemben. Ha másként nem, a műtét előtt narkosisban megejtett vizsgálat tájékoztatni fog ez iránt bennünket s meg fog önni azon kellemetlen eshetőségtől, hogy műtét közben kelljen áttérnünk — most már kedvezőtlenebb viszonyok között — a hasmetszésre. Megtanítanak eme tapasztalatok arra, hogy mikor a hüvely felől megkezdett műtétnél jelentékenyebb nehézségek merülnek fel, ne erőszakoljuk a hüvelyi utat, a mely törekvés nem egyszer vezetne a különben ép méhnek s másik oldali adnexumnak feláldozására, hanem kellő időben térjünk át a hasmetszésre. Ne fogjunk bele ilyen hüvelyi opárlásokba a nélkül, hogy minden előkészületet meg ne tétünk legyen az esetleg szükségessé váló hasmetszésre. S végre a beteggel szemben ne kössük meg magunkat az irányban, hogy a műtétet minden esetre hüvelyi úton fejezzük be.

Klinikánk mindeme kívánalmakat az első időtől kezdve teljesítette s elég szerencsések is voltunk abban, hogy bár több esetben kellett áttérnünk a később leírandó más hüvelyi operálási módok mellett is a hüvelyi útról a hasmetszésre, ebből a beteg életét veszélyeztető káros következményeket egyetlen esetben sem láttunk.

Nagyon nehéz megszabni eme hüvelyi műtétek jogosultságának határát, de már ez aránylag csekély anyag tapasztalatai alapján is oda kell következtetnünk, hogy alkalmazási köre nagyon sokkal szűkebb, mint a hogy azt a kolkokoeliotomiának néhány túlbuzgó híve kiterjeszteni akarja.

A kolkokoeliotomia a hasmetszést nem helyettesíti s nem is fogja helyettesíteni a női genitáliák operálásában s habár el kell ismernünk, hogy veszélyessége kisebb, mint a hasmetszésé, de csak nagyon megszabott, körülírt esetekben van meg a jogosultsága.

A hasmetszésnek megvan a nagy hátránya: a még mindig jelentékeny életveszély, a peritonealis shock, a hasfali hernia, a hasfali összenövések, de ezzel szemben tiszta áttekintést nyújt, biztonságot a vérzés csillapításában, alkalmat ad a ma eléggé nem hangsúlyozható conservatismusra: a genitáliák nem beteg részeinek megtartására.

Mindezen előnyökkel szemben a kolkokoeliotomia aránylag kevés előnyt mutathat fel. Az életveszélyesség határozottan kedvezőbb voltára azt is mondhatjuk, hogy csak hasonló kedvező daganatok kiirtásánál a hasmetszés halálozási százaléka is jelentékenyen apadna.

Általában mondhatjuk, hogy igenis, megválasztott esetekben végzendő a kolkokoeliotomia s pedig egészen szabad kisebb ovarialis daganatok kiirtására, melyek a medenczében vannak, vagy oda benyúlnak, s a melyeket egyesek azelőtt, talán azon véleményben, hogy eltávolításukat a hasmetszés árán kissé drágán fizetnék meg, nem operáltak; a medenczében ülő, nyomási tüneteket adó subserosus, vagy interstitialis fibromák kihámozása céljából, kivételes esetekben a méh elferdüléseinek javítására s adnexum-megbetegedések olyan eseteiben, a mikor a beteg adnexum nincs a medenczefalhoz, végbélhez erősen rögzítve, a mikor jelentékeny lobtermények között nem kell dolgoznunk, a mely esetekben nagyon is fenyeget a melléksértések veszedelem. Ezen utolsó principumot meg a kolkokoeliotomia buzgó hívei is különösen hangsúlyozzák. (Martin.) Egyáltalán nem való a kolkokoeliotomia nagy merész vállalkozásokra s bár a dexteritás mint mindenben itt is nagy szerepet játszik, nem szabad azonban, hogy az indicatio felállításában könnyelműségbe vigyen.

S most áttérek

a II. csoportra,

a melybe az adnexumok megbetegedéseinek radikális hüvelyi operálását soroztam.

Történeti kifejlődését már bevezetésemben elmondottam volt: Pean kezdte el, de ő kezdetben csakis a méhet irtotta ki; Segond, Doyen, Richelot, Landau, Leopold fejlesztették ki a műtétet, s ma nemcsak a méhet irtják ki, hanem vele együtt a beteg adnexumokat is.

A méh kiirtása tulajdonképpen nem a cél, csak az eszköz az út készítésére, a medence drainezésére s jogosultságát ezen eljárás abban találja, hogy az adnexumok eltávolítása után a méh egyrészt elvesztette physiologikus jelentőségét, de meg gyakran nem is egészen ártalmatlan szerv, a mennyiben sokszor éppen a betegség forrása, másrészt ezen eljárással sikerült helyettesíteni azon nagy veszélyű s úgy a halálozást, mint a végleges gyógyulást illetőleg kedvezőtlen eredményű hasmetszéseket, melyeket a laparotomia fejlődésével éppen Lawson Tait vezetett be a gynaeologiába, t. i. a méhkürt és petefészek lobos daganatainak hasmetszés útján való eltávolítását.

Ezen eljárás ellen szól azon általános orvosi elv, hogy csak a beteg részt távolítsuk el s az egészségeseket hagyjuk meg, a mely elv minden műtévesnél kell, hogy vezesse az orvost, de mikor azt láttuk, hogy a genyes tubadaganatok hasmetszés útján való eltávolítása után — a mely megbetegedésnek egyik leggyakoribb oka az ascendáló gonorrhoea — a beteg nem gyógyult meg, ha fel is épült a műtétből, hanem a csonkizzadmányok, az ismétlődő medenczelobok továbbra is munkaképtelenné tették, sőt életveszélyt is rejtettek magukban, lehetetlen elzárkózni az egyesek által talán túlhajtott eme eljárás elől, annyival is inkább, minthogy kétségtelen, hogy vannak a genitáltraktusnak olyan megbetegedései, melyek más úton véglegesen meg nem gyógyíthatók.

Első sorban érdekel bennünket a gonorrhoea, mint leggyakrabban előforduló e nemű megbetegedés, a mely, ha egyszer a méhüreget útján a kürtökre is ráterjedt, ezeknek genyes daganatait idézi elő, a melyek megint a folyton ismétlődő medenczébéli loboknak képezik alapját. Sokszor a bennhagyott beteg méh állandó vérzések, folyás útján gyöngíti a szervezetet s teszi tönkre a beteg élet-munkakedvét. Meg kell vallanunk és be kell látnunk, hogy az ilyen betegeket csak úgy tudjuk igazán meggyógyítani, szenvedéseiktől megszabadítani, ha a genyes tubák mellett egyszersmind a fertőzés újabb forrásait magába záró méhet is eltávolítjuk, mert azon csonkexsudatumnak nagyon gyakran éppen a méh felől jövő újabb fertőzés az előidézője.

E körbe tartoznak azon medenczébéli genyedések, melyek más forrásból is, leggyakrabban gyermekágyi fertőzéstől eredve, olyan terjedelmet öltöttek, hogy az egyes genyegzők egymástól fasciculások által elválasztva, elfoglalják csaknem az egész medence kötőszövetét, a melyek azután másképpen nem vezethetők gyógyulásra, mint ha a méh kiirtása után a

parametriumok széles megnyitásával, valamennyi genyőcz feltáráásával, a kigenyedésre alá felé utat nyitunk.

A 3-dik e körbe tartozó nagy csoport a *genitalidk primaer tuberculosisa*, a mikor nagyon gyakori eset az, hogy nemcsak maguk a tubák, hanem a méh nyálkahártyája is megbetegedett, de meg a tuba megbetegedéseinek magukban a csónkok visszahagyásában is a szervezetet az általános infectio veszélyének teszzük ki.

Azt hiszem, hogy a kinek több alkalma van az említett megbetegedéseket pontosan észlelni, a kinek több alkalma van látni azon eseteket, a mikor előrement salpingotomiák, ovariotomiák után a csónkexsudatumok, medenczebeli lobok teljesen tönkre teszik a beteget s mikor meggyőződik arról, hogy az ismétlődő megbetegedéseket a therapia minden ágának kimerítésével sem tudja meggyógyítani, örömmel üdvözl minden olyan eljárást, ha talán az nagyobb beavatkozással járna is, a melylyel a beteget véglegesen meggyógyítani tudja és az ilyen esetekben végzett *totalexstirpatio határozottan meggyógyítja a beteget és azt is mondhatjuk, hogy csakis ez gyógyítja meg.*

Természetesen a medenczebeli lobok után végzett méhkiirtás a nehezebb műtétek közé tartozik, a mennyiben a méhet összenövéseiből kell felszabadítanunk s ha egészben nem sikerül kivennünk, gyakran darabolunk kell, másrészt a lenőtt adnexumok felszabadítása a legnagyobb nehézséggel jár s a szemlélőre is a genyzsáknak kiszagatása, az ú. n. sötétben való dolgozás, a legrosszabb benyomást teszi. De ha mindezzel szemben a beteg végleges gyógyulása esik a mérleg második oldalára, a különben csúnya s veszélyes műtét indokolt, jogosult, ha azon meggyőződéssel végezhetjük, hogy azt a beteget pedig más módon meggyógyítani nem voltunk volna képesek.

A lobos adnexumok, illetőleg medenczebeli lobok operálása úgy az indicatio tekintetében mint a követendő eljárást illetőleg egyáltalában nem nyugszik általánosan elfogadott elvek alapján.

Az egyik csoportja a nőorvosoknak csak súlyos tünetek miatt operál s akkor conservativan. A másik csoport szintén szigorú indicatio alapján megy be a műtétbe, de ha operál, radikálisan iparkodik a bajt meggyógyítani. A 3-dik csoport mindig operál s csaknem mindig radikálisan operál.

A műtéti módokat illetőleg vagy hüvelyen át, vagy hasmetszés útján operálnak s mindkét úton vagy csak a beteg adnexumokat irtják ki, az egészségesnek látszót visszahagyják, vagy pedig kiveszik mindig mindkét oldali adnexummal együtt a méhet is.

A legrégebb eljárás a hasmetszés útján való operálás és pedig a conservativ eljárás: kivenni a beteg szervet, meghagyni az épet; ez eljárás minden esetre jelentékeny életveszéllyel jár, a mennyiben a nagyon sokszor genyes, fertőző váladékkal telt tuba-, ovariumdaganatok kiásásánál a hasür szennyezését nem lehet elkerülni. Másrészt — bár az áttekintés a hasmetszésnél a legbiztosabb — a nagy összenövések miatt a melléksértések nem ritkán fordulnak elő. *Jacobs* összeállítására szerint különböző operálók statistikájából 1540 ilyen adnexum-műtét mortalitása 5.7%-ot tesz ki. *Zweiffel* 216 abdominalis adnexum-operatióból csak 2 esetet veszített el = 0.92%.

De nemcsak az életveszély jelentékeny, de nem kisebb jelentőségűek az utóbajok; így a gyakori hasfali tályog, a csónkok érzékenysége, izzadmánya, a nagyon gyakran még fenmaradó vérzés, fluor s mindezekhez még azon tünetesopórt, a mit a német szerzők „*Ausfallserscheinungen*” név alatt foglalnak össze, s a mi az adnexumok kétoldali kiirtásánál elég gyakori és olykor az eredeti bántalomnál súlyosabb tüneteket adó jelenség. *Glaevecke* megkülönbözteti a molimina menstruat s a molimina climacterica. Az 1. csoportba azon ideges tüneteket sorolja, a melyek a castráltaknál menstruatio idején szoktak fellépni: alhasi, keresztitaji fájdalmak, rosszul-lét, teltség érzete, fejfájás, ájulozás; míg a molimina climae-

terica alatt a menstruatio idején kívül fellépő s a korai climax tüneteivel járó ideges jelenségeket nevezi meg, mint a mi-lyenek: forróság érzete, erős hevülések, gyakori bő izzadás, szédülés, szívdobogás, fehérfolyás. Ezen utóbbi tünetesopórt rendszeren súlyosabb, nehezebben elviselhető.

A mikor tehát az adnexumok operálását tárgyaljuk, ezen jelenségekkel is okvetlenül számolnunk kell; s hangsúlyoz-nunk kell, hogy műtéteinkben akként igyekezzünk eljárni, hogy legalább is az egyik petefészket megtartsuk.

Minden operáló megegyezik abban, hogy a fent jelzett utólagos bajok a conversativ hasmetszésnél is többé-kevésbbé előfordulnak.

Mi a 2. sz. női klinikán az utolsó 10 év alatt 75 esetben operáltunk hasmetszés útján beteg adnexumokat.

És pedig:

6-szor oophoritis, hydrops ovarii, ovaralgia,

7 esetben egyoldali sactosalpinx-serosa, illetőleg tuboovarialis-tömlő,

25-ször kétoldali nem genyes tubadaganat (pelveoperi-tonitis) miatt.

Ezen 38 jóindulatúnak mondható megbetegedés miatt végzett műtét után elvesztettünk 4 beteget (2 sepsis, 1 peritonitis, 1 elvérzés az adhaesiókból).

S csónkexsudatumot láttunk 9 esetben.

Egyoldali genyes tubadaganatot, illetőleg medenczetályogot

operáltunk 13-at

kétoldalt 21-et

Tubatuberculosist 3-at

Összesen 37-et, meghalt 4.

Exsudatumot láttunk: 7 esetben.

Összesen tehát a 75 eset közül meghalt 8 = 10.6% mortalitas exsudatum: 16 esetben,

hasfali tályog: a 38 nem genyes műtét után 1

a 37 genyes műtét után 9.

Előadásom kerete nem engedi meg e műtétek részletes tárgyalását, minden irányú megvilágítást, de a mint látjuk, sem a mortalitási százalék, sem pedig a műtét eredménye nem olyan, a mivel egészen meg lehetünk elégedve. Elég gyakori a műtét után a hasfali tályog, a csónkizzadmány s ha kereshetők a műtét által elért végleges eredményeket — a mi a mi anyagunk mellett, mely 10 évre s az egész országra szóródik szét, lehetetlen — azt hiszem, nem egy eset volna, a hol a műtét nem váltotta be azon reményeket, a melyeket úgy mi, mint a beteg hozzáfűztünk.

Hasonló tapasztalatok indítottak egyeseket arra, hogy más utat, más módot keressenek. A conservativ hasmetszést kétoldali adnexum-megbetegedésnél radikális műtéttel eserél-ték fel, hogy a végleges gyógyulást, ha nagyobb veszély árán is megszerezzék, másrészt a hasfali behatolás helyett a hüvelyi utat választották, hogy így a műtét életveszélyességét esőkentsék.

A hüvelyi conservativ műtét ugyanazon megítélés alá esik a végleges gyógyulást illetőleg, mint a hasüri conservativ műtét. Előnyeit és hátrányát a hasmetszéssel szemben már előbb kifejtettem. Természetesen ennek is meg vannak a maga hivei, Dührssen, Martin stb.

Hátramarad a radikális műtét és pedig a hüvelyi radi-kális műtét, melyet egyesek a lobos adnexumok, a pelveo-peritonitis gyógyítására olyan gyakran ajánlanak s a melynek jogosultságát a már jelzett esetekben elvitatni nem lehet.

Mi 1893 óta összesen 11 esetben végeztük e műtétet az adnexumok kétoldali megbetegedése miatt, a mely szám klinikánk jelentékeny operativ anyaga mellett bizonyítéka conservativ álláspontunknak.

Két esetben az így megkezdett műtétet hasmetszéssel fejeztük be.

II. sz. Az adnexumok megbetegedése miatt végzett totalexstirpációk.

Sorszám	Fejlap-szám	N é v	Kor	P.	Tünetek	Jelen állapot	Műtét	Lefolyás	†	J e g y z e t
1.	1893 107	S. J.-né özvegy	30	?	Rendetlen vérzések, fájdalmak.	Retroflexio fixa, sactosalpinx serosa bilateralis.	Teljes kiirtás szoritócsipőkkel.	Láztalan		Teljesen szabad medence.
2.	1894 84	Gy. J. hajadon	31	II P.	Fehér folyás, fájdalmak, vizelési zavarok.	Metritis chronica, sactosalpinx purulenta bilat.	Teljes kiirtás szoritócsipőkkel.	Néhány subfebrilis T.		Teljesen szabad medence.
3.	1896 sana-torium	K. S.-né férjezett	21	0	Lázak, fájdalmak, járni sem tud.	Sactosalpinx purul. l. sin. abscessus ad pelvim.	Teljes kiirtás szoritócsipőkkel.	Láztalan		Előzőleg hosszú ideig palliatív kezelés. Teljes gyógyulás.
4.	1897 115	P. J.-né férjezett	37	0	Fájdalmak, fehér folyás, vizelési zavarok.	Tuberculosis uteri et tubarum.	Előbb csak kolpo-coeliotomia, majd teljes kiirtás szoritócsipőkkel.	Láztalan		1 év múlva ideges panaszok, főfájás (bal petefészek bennmaradt). Most levélben tudósít, hogy egészséges.
5.	1898 6	K. J.-né férjezett	28	0	Medenczebeli gyulladások, fájdalmak, vizelési panaszok.	Tuberculosis tubarum.	Előbb csak kolpo-coeliotomia, majd teljes kiirtás szoritócsipőkkel.	Néhány subfebrilis T.		Egy petefészek bennmaradt. Medence teljesen szabad. 1900-ban kitűnő jó színben van, hizik.
6.	1898 14	G. A.-né férjezett	28	XII P. közt X. A.	Évek óta tartó fájdalmak, medencebeli ismétlődő lobok.	Salpingoophoritis chron. bilat.; Pelveoperitonitis chr.	Teljes kiirtás lekötésekkel.	Láztalan		Előzetesen hosszú időn át palliatív kezelés. Medence szabad. Molimina climacterica et menstr.
7.	1898 90	Z. V.-né férjezett	30	II P.	Vérzések, fájdalmak, munkaképтелenség.	Urethritis chronica, salpingoophoritis chron. l. utriusque.	Teljes kiirtás angiothrypsia.	Láztalan		Előbb három ízben fektet a klinikán s palliatív kezeltek; egy ovarium bennmaradt. Medence szabad.
8.	1898 92	F. J.-né férjezett	19	0	Lázak, lobok, nagy fájdalmak.	Tuberculosis uteri et tubarum; abscessus ad pelvim.	Teljes kiirtás szoritócsipőkkel.	Műtét előtt magas lázak, utána mérsékelttek.		Hüvelyboltozatban kraterszerű evesedő nyílás, be nem gyógyult. 1899. decemberben általános tuberculosisban meghalt.
9.	1898 154	K. J.-né férjezett	32	III P.	Lobok, görcsös fájdalmak, vérzések.	Sactosalpinx purulenta, abscessus ovarii.	Teljes kiirtás szoritócsipőkkel.	Láztalan		Egy petefészek bennmaradt. Medence szabad.
10.	1899 86	D. J.-né férjezett	33	II P.	Vérzések, fájdalmak, lázak.	Abscessus ovarii, sactosalpinx purulenta l. utriusque.	Teljes kiirtás szoritócsipőkkel. Genyes tubarészlet bennmaradt.	II. napon mors.	†	Műtét előtt már 39.6 C.-ig emelkedő lázak. Sepsis.
11.	1899 285	Sch. A.-né férjezett	32	II P.	Folyás, fájdalmak, lobok.	Sactosalpinx purulenta l. utriusque; pelveoperitonitis chronica.	Teljes kiirtás szoritó csipőkkel; az összenövés miatt igen nehéz műtét.	Láztalan		Szabad medence.

Ezen 11 eset között 3 esetben a (4., 5., 8. sz.) méhnek, a kiirtóknak tuberculosis megbetegedése miatt végeztük a műtétet; két esetben a méh is beteg volt, egy esetben csak a kiirtók. Egyik (8. sz.) esetben a genitáliák tuberculosis mellett a medencében jelentékeny tályogok voltak. Ezen utóbbi beteg, habár a műtét behatást kiállotta, véglegesen nem is gyógyult meg, a méhnyiben a hüvelyboltozati nyílás többé nem záródott, s a medencebeli szervekre reáterjedő tuberculosis folyamatnak képezte kraterszerű nyílását (a legutóbbi napokban vettük az értesítést, hogy a beteg a műtét után 1 évre meghalt). A másik két beteg meggyógyult s most is teljesen egészséges.

Négy esetben (2., 3., 9., 11. sz.) kétoldali sactosalpinx purulenta miatt, melynek eredetét kimutatni nem sikerült, — valószínűleg gonorrhoeás volt — végeztük a műtétet; egy esetben pedig (10. sz.) kétoldali petefészek-tályog mellett, melynek eredetét egy műveleg befejezett abortusra vezethettük vissza; magas lázak közepette végeztük a műtétet, hogy útját álljuk a kifejlődésben levő pyaemiának, a mi azonban nem sikerült; a lázak által legyüngült beteg a műtét 2-ik napján meghalt.

Veit különösen figyelmeztet arra, hogy, ha csak lehet, lázas állapotban ne operáljuk a beteget, a láz mutatja, hogy a virus virulens. Ennek igazságát beigazolvva látjuk a mi adnexum-operációinknál, a méhnyiben kétoldali genyes adnexum-megbetegedés miatt végzett laparotomiáinknál az elhalt 3 eset közül 2 a műtét előtt közvetlenül lázas volt. Ugyanerre irányul G. Hermann (Küstner klinikájáról) legutóbbi napokban megjelent közleménye, a ki azt ajánlja, hogy acut esetben egyáltalában ne operáljunk, chronikus esetben pedig csak $\frac{3}{4}$ —1 év után a medencebeli lob kezdetétől, mivel az ez irányú bakteriologikus vizsgálatok azt mutatják, hogy akkor már sterilis a geny.

Három esetben (1., 6., 7. sz.) kétoldali nem genyes sactosalpinx mellett folyton ismétlődő lobok és vérzések vezettek az operatio végzésére és pedig két esetben előzetes hosszú ideig tartó palliatív kezelés sikertelensége után.

Eltekintve a jelzett halálesettől s a gyógyultnak nem mondható medencebeli tuberculosisról, többi 9 betegünk meggyógyult és pedig meggyógyult nemesak a műtétből, hanem betegségéből is, a méhnyiben a műtét behatást követő reconvalescentia után valamennyi teljesen szabad medencével,

egészségesen hagyta el az intézetet s a legtöbb felől azóta nyert értesítés, illetőleg utólagos vizsgálat is tökéletes gyógyulást mutatott.

Két esetben laparotomiára kellett áttérnünk:

1. P. L.-né (1896. 8. fsz.) kétoldali adnexum-megbetegedés mindenekszerint fibromás méh mellett; totalexstirpacio szorítócsipőkkel, ugyanezen úton kiirtása egyik old. hydrosalpinxnak; a másik oldalon egy nagy ökölnyi, rugalmas képlet, melyhez a behelyezett szorítócsipők miatt hozzáférni nem tudunk; ezért hasmetszés; kitűnik, hogy parovarialis tömlő. Hasfali s hasüri abscessus, hosszú gyógyulási folyamat.

Ezen eset hasmetszés útján egyszerű volt volna!

2. L. M.-né (1894., sanatorium). Retroflexio fixa, kétold. adnexum megbetegedés miatt totalexstirpacio per vaginam terve a sok összenövés, vérzés, hasmetszésre kényszerít, s ez úton fejezzük be a műtétet. IV. napon mors. peritonitis következtében.

Az egyszerű laparotomia valószínűleg kedvezőbb volt volna!

Igaz, hogy a jelzett műtési eljárás teljesen sterilizálja a nőt, sőt azon esetekben, a hol az ovariumokat is el kell távolítanunk, esetlegesen a jelzett vasomotorikus zavarokra is vezet s épen ezen oknál fogva csakis ott van jogosultsága, a hol kétségtelenül az adnexumok kétoldali megbetegedésével állunk szemben és a hol más conservatívabb eljárás eredményt nem nyújt. Kétségtelen másrészt az, hogy e műtét eredményei határozottan jobbak még a műtét mortalitása tekintetében is, mint ilyen esetekben a hasmetszésé, úgy hogy ezen eljárást a jelzett megbetegedéseknél a jelzett határok között határozottan eredményesnek, a gynækológiában haladásnak kell feltüntetnünk. De másrészt nem követhetjük azokat, a kik principiumként minden adnexum megbetegedést radikálisan operálnak s a kik mindent megoperálnak.

Schauta néhány év alatt 264 esetben találta szükségesnek a méh s a beteg adnexumok kiirtását s ezek között volt nem kevesebb, mint 18 tubaris graviditas.

Segond, Richelot, Doyen, Péan, a németek között Landau, Jakobs 100 számra végezték e műtétet. Maga Landau 200 ilyen műtétről számol be (igaz, hogy 4% mortalitással), de ezek között is több mint $\frac{1}{3}$ -ada nem genyes megbetegedése volt az adnexumoknak, s e között is volt 5 tubaris graviditas.

Mi joga fosztanak meg ennyi nőt teljesen genitáliáitól?

Mondják, hogy a moliminák nem oly erősek, ha a méhet is kivesszük, különösen ha sikerül legalább az egyik petefészkét bennhagyni!

Nem mehetek bele részletesebben az adnexumok operálásának kérdésébe, csak ez újabb műtési eljárás tárgyalása nem engedte, hogy teljesen kitérjek e kérdés elől. De a mi tapasztalataink minden irányban csak arra tanítanak minket, hogy szigorúan megőrizzük conservatív álláspontunkat. A míg csak lehet, maradjunk meg a palliatív terapiánál, mert a műtési eljárások éppen a conservatívak, ma is kétes eredményűek elég sokszor, másrészt nem mehetünk azok után, a kik mindent radikálisan operálnak.

A műtét indicatiójának felállításában sok függ a beteg életviszonyaitól, hiszen a legtöbbször ezen fordul meg az egész terapiánk eredménye. Munkára utalt nőt nem fektethetünk heteken, hónapokon át ágyban s nem biztosíthatjuk neki azon életfeltételeket, a melyek mellett a medenczebeli lob megnyugszik, a míg nem egyszer láttuk s észlelték mások is, hogy kedvező életviszonyok között genyes tubazsákkal éveken át nagyobb baj nélkül nyugodtan éltek betegek s egyoldali megbetegedésnél nem egyszer conceptio köszöntött be s zavar-talanul folyt le a terhesség, szülés s gyermekágy.

Az adnexumok gyulladásánál, a medenczebeli loboknál követendő eljárás ma végérvényesen megállapítva nincs, egyéni benyomás, tapasztalat vezeti az orvosokat, de még egyszer ismétlem, hogy a jelzett újabb műtési mód, a méhnek s beteg adnexumainak hüvelyi kiirtása haladást jelent, csak nem szabad vele visszaélni s a leglelkismeretesebb bírálat kell megelőzze, mielőtt a nőt női mivoltától örökre megfosztanók. A hasmetszésnél még a műtét folyamata alatt bármikor megállhatunk s az esetleges diagnostikus tévedést korrigálhatjuk, az ép szervet s ezzel a nő conceptio képességét megtarthatjuk; de a hüvelyi radikális műtétnél az áttekintés

soha sem oly biztos s a mikor már kellő tért szereztünk, a radikális útról nincs visszatérés.

Előadásomnak

III. csoportja a méhfibromák radikális operálása a hüvelyen át,

a mikor a fibromás méhet szétarabolás útján irtjuk ki.

E műtési eljárás nem régi keletű. Péan kezdte meg azon tapasztalatai alapján, a miket a medenczebeli lobok miatt végzett méhkiirtások alkalmával tett, a hol gyakran csakis az által volt lehető a méh kiirtása, hogy nem egészben, hanem részletekben, darabolva szedte ki a méhet; úgy látszott egy ideig, hogy az operálás nyitja a szorítócsipők alkalmazásában rejlik, melyekkel a vérző erek lekötése nélkül végezhető a műtét.

Doyen előzetesen csak a méh erős lehúzása útján csillapítja a vérzést s a méh elülső falát nyilirányban felhasítva, a méhfalban ülő kisebb-nagyobb fibromagócokat, részint darabolás, részint kihámozás útján kiszedi s az így összeesett méhet a szeméremrésebe lehúzza csak utólagosan fogja le, vagy köti alá a széles szalagokat, vérző helyeket.

Ezen eljárással nagyot lendített a műtési technikán.

A francziák, úgy az említettek, mint tanítványaik nagyban művelték s művelik ezen műtétet s igazán csodálatos, hogy a németek, a kik pedig a fibroma-operálás indicatiójának felállításában éppen nem voltak fukarok, ezen eljárást csak lassan vették át s csak a legutóbbi években hódít szélesebb tért náluk e műtét.

A műtétet typikusan leírni alig lehet, ahányféle az eset, annyi az eljárási mód, függ az a daganat kifejlődésétől.

A hüvelyi kellő feltárása után, körülmetszük a hüvelyboltozatot s vagy minden előzetes vérzéscsillapítás nélkül, vagy a széles szalagok alapjának az arteria uterinának lekötése után lehetőleg megnyitjuk elül s hátul, vagy csak a hol lehet, a hashártyát, lemetszük a méhnyakats erős Museux-féle fogókkal újra megragadva a legalsó polust vagy mindjárt a daraboláshoz (morcellement) fogunk, avagy az elülső, esetleg a hátulsó méhfalat felmetszve, feltárjuk mintegy a méhet, illetőleg a fibromás daganat ágyát s vagy kimetszük, vagy kiássuk az egyes gócokat. Külön e célra szolgáló erős fogókkal, hosszú nyelű késsel, ollóval végezzük a darabolást, a fő mindig, hogy a daganat-részek lemetszése előtt, a magasabb daganat részt előzetesen megfogjuk, s ezáltal mindig mélyebbre s mélyebbre húzzuk be a méhet, illetőleg a daganatot s így kezünkben tartjuk a vérzés csillapítását.

A mikor a legnagyobb tömeget kiirtítottuk, a méh vagy egészben, vagy kettészelve elül könnyen kibuktatható, s most a széles szalagokra szorító csipőt, lekötést téve, lemetszhetjük a méhet, s a további eljárás olyan, mint minden más méhkiirtásnál.

A műtét minden esetre jelentékeny kitarást s dexteritást követel a műtő részéről s bár természetesen elég gyakran jelentékeny vérzéssel jár s hosszabb időt vesz igénybe, mégis tapasztalat szerint a betegre nézve határozottan kisebb behatás, mint a hasmetszés; Fritsch azt mondja, inkább operáljunk 1 órán át hüvelyi úton, mint $\frac{1}{2}$ óráig hasmetszés útján. Nem kell hogy ismétljem a hüvelyi műtétnek előnyeit a hasmetszéssel szemben, csak utalok másoknak s magunknak e műtét által elért eredményeire.

Chrobak 120 operáltja közül ötöt veszített el. Buschbeck Leopold klinikájáról 100 eset kapcsán 4% mortalitásról számol be; 58 esetük egy végében gyógyult. Schauta 191 eset közül hetet veszített el.

Más oldalról megjelent közlemények is azt mutatják, hogy az életveszélye ezen hüvelyi műtétnek határozottan kisebb, mint a fibromák hasmetszés útján való operálása, történjék az bár conservative, avagy radikálisan. Másrészt ezen műtét a legkevesebb utóbajjal jár s véglegesen meggyógyítja a beteget.

Ilyen műtési eredmények után az eljárás megkísérlése alól kitérünk nem volt szabad s 1896 óta 25 esetben kíséreltük meg e műtétet s 18 esetben sikerült is a fibromás méhnek hüvelyi úton való kiirtása.

III. sz. Totalexstirpatio per vaginam fibroma uteri miatt.

Sorszám	Fel- szám	N é v	Kor	P.	Tünetek	Jelen állapot	Műtét	Lefolyás	†	J e g y z e t
1.	1896 108	K. L.-né férje- zett	38	VIII P.	Fájdalmak, vérzé- sek.	Gyermekfejnyi corpus fibroma, felső határa a köldök alatt 2 ujj- nyira.	Morcellement után kiirtás szorítócsipők- kel. Sima műtét.	38°C ⁰ emel- kedő T. VII. napon mors.	VII. na- pon	Sepsis
2.	1896 sana- torium	G. F.-né férje- zett	42	0	Vérzések, vizelési panaszok.	Gyermekfejnyi részben cervicalis fibroma, felső határa 2 ujjnyira a köldök alatt.	Morcellement. Szűk hüvely, nehéz mű- tét. Szorítócsipők.	Láztalan		
3.	1897 3	M. R. hajadon	28	0	Vérzések, nyomási tünetek.	4 ökölnyi multiplex fibroma, tojásnyi ova- riális daganat.	Morcellement. Szűk hüvely, nehéz mű- tét. Szorítócsipők.	1-szer 38°C ⁰ T., különb- ben láztalan.		Az elülső hashártya- redő megnyitása nehe- zen sikerült. Már-már laparotomia.
4.	1897 sana- torium	M. E.-né férje- zett	36	?	Vérzések, ismétlődő gyulladások.	Nagy ökölnyi intersti- tialis fibroma lobtermé- nyek között rögzítve.	Morcellement. Szo- ritócsipők.	Néhány sub- febrilis T. gastricismus.		
5.	1897 26	B. G.-né özvegy	26	0	Vérzések, nagy vizelési nehézségek, fájdalmak.	A medenczébe beszo- rult részben cervicalis fibroma, felső határa symphysis s köldök között.	Morcellement. Szo- ritócsipők.	Láztalan		
6.	1898 2	K. J.-né férje- zett	32	I P.	Vérzések, nagy fájd- almak, munkakép- telenség.	A méh hátsó falában ülő, a medenczébe be- szorult ökölnyi fibroma.	Kiirtás egészben alákötésekkel; a ki- írtott daganat bel- seje ellágyult.	Láztalan		Diagnosis: esetleg ova- riális daganat; a con- servativ műtét a hüvely felől lehetetlen; a la- parotomiát a rendkívül hajas hasfal contra- indikálja.
7.	1898 128	Sz. M.-né özvegy	45	II P.	Vérzések, lobok, fájdalom; legyön- gült.	Ökölnyi fibromás méh + exsudatum, a mely műtétnél abscessusnak bizonyult.	Morcellement. Szo- ritócsipők.	1-szer 38°C ⁰ , különb- ben za- vartalan.		Előzetesen: curettage, majd vaporisatio, ered- ménytelenül.
8.	1898 148	W. J.-né özvegy	47	V P.	Vérzések, fájdal- mak.	1½ ökölnyi fibromás méh, később kitűnt, hogy benne külön sub- mucosus gócz.	Morcellement. Szo- ritócsipők.	Láztalan		Előzetesen: curettage, jod-, ferrum-sexqui- chlor. injectiók, ered- ménytelenül.
9.	1899 126	V. J.-né özvegy	40	X P.	Vérzések, fájdal- mak, gyorsan nö- vekvő daganat.	A köldököt csaknem elérő, nagy gyermek- fejnyi submucosus fibroma.	Előbb enucleatio, de mivel a méhfal át- szakadt, roncsolt, totalexstirpatio. Szorítócsipők.	Láztalan		
10.	1899 145	R. F.-né férje- zett	40	I P.	Vérzések	A köldök alá 1½ ujj- nyira felterjedő multi- plex, részben cervicalis fibroma.	Morcellement. An- giothrypsia. Néhány szorító csipő.	Láztalan		
11.	1899 157	K. U.-né özvegy	47	VI P.	Vérzések, fájdal- mak, munkakép- telen.	Ökölnyi fibroma a méh hátsó falában, kérges lenővések.	Kiirtás egészben, szorítócsipőkkel.	Láztalan		Előzetesen eredmény- telen palliativ therapia.
12.	1899 176	V. A. hajadon	48	II P.	Vérzések, fájdal- mak.	Carcinoma cervicis, az elülső falban kis ököl- nyi fibroma.	Morcellement. Szo- ritócsipők.	Láztalan		
13.	1899 221	K. B.-né férje- zett	44	IV P.	Vérzések, vizelési panaszok, legyön- gült.	Közel a köldökig érő interstitialis corpus fibroma.	Morcellement. Szo- ritócsipők.	Láz, fistula vesico vagi- nalis.		
14.	1899 290	W. M.-né férje- zett	40	I A.	Vérzések, ismétlődő gyulladások.	2 ökölnyi fibromás méh, számos subserosus, in- terstitialis, submucosus gócz.	A lobos összenövés- ek miatt nehéz mű- tét. Morcellement. Angiothrypsia.	Láztalan		
15.	1899 sana- torium	H. F.-né férje- zett	41	VIII P.	Vérzések, legyön- gült.	A méh hátsó falában ülő ökölnyi intersti- tialis fibroma.	Morcellement szo- ritócsipőkkel.	38°C ⁰ -ig emelkedő T.		Hosszú ideig palliativ kezelés szakemberek részéről.
16.	1899 sana- torium	Sz. Gy.-né fér- jezett	48	VI P.	Vérzések, fájdal- mak.	2 ökölnyi interstitialis fibroma.	Morcellement. An- giothrypsia.	Néhány sub- febrilis T.		4 év óta palliativ therapia.
17.	1900 13	S. M.-né férje- zett	36	III P.	Vérzések.	Douglasban lenőtt tuba- zsák. Köldökig érő, az elülső falban kifejlő- dött fibroma.	Morcellement. An- giothrypsia.	Néhány sub- febrilis T.		
18.	1900 54	L. M.-né férje- zett	44	IV P.	Göresős fájdalmak, vérzések.	Az elülső falban ülő, köldökig érő intersti- tialis fibroma.	Enucleatio, majd a roncsolt méh kiir- tása. Lekötések.	Láztalan		

A legelső ilyen operált betegünk sepsisben meghalt. Az azóta operált 17 zavartalanul gyógyult meg. Ezen 18 eset között köldökig érő daganatot operáltunk kettőt, azt csaknem elérő 3-at, a legkisebb, a mit operáltunk, ökölnyi volt, de ez esetben a méhnek rákos elfajulása indított a méh kiirtására.

12 esetben szorító csipőkkel, 4 esetben angiothrypsiával, 2 esetben lekötésekkel szüntettük a vérzést.

Melléksértés ezen műtétek alkalmával egyetlen esetben sem volt, utólagos nekrosis folytán egy hólyagsipolyunk támadt.

Hét esetben a megkísérlett hüvelyi utat abba kellett hagynunk s hasmetszés útján folytattuk a műtétet. Ezek közül 3 esetben mindjárt a hüvelyi körmetszés után mentünk át a laparotomiára, 4 esetben rövidebb-hosszabb próbálkozás után. A hüvelyi út abbahagyására részben a daganat intraligamentaris kifejlődése, részben a jelentékeny vérzés vezetett, a mit a legtöbbször kivérzett, vérszegény nőbetegeinknél meg kellett takarítanunk.

A jelzett 7 eset közül 1 beteg halt meg a műtét 17. napján embolia következtében. A többi teljesen gyógyult.

Bár a fibromák operálásában hasmetszési eredményeinknél, különösen mióta a subperitonealis esonkképzést gyakoroljuk, kedvező eredményeket értünk el, a mennyiben 94 e módon operált betegünk közül 8-at vesztítettünk el = 8.5% mortalitás, mégis, úgy látszik, a hüvelyi radikális operálásnál kisebb az életveszély és tökéletesebb a gyógyulás, a mennyiben esonkexsudatum, hasfali hernia s a hasmetszéssel járó más utóbaj nem zavarja a beteget.

A mi pedig azon vasomotorikus zavarokat illeti, melyekről előadásom keretében már szólottam, (molimina menstrualia és klimakterica), csak éppen úgy megvannak a hasmetszés útján végzett műtétknél is s éppen úgy enyhíthetők ez eljárásnál is az által, hogy igyekezzünk legalább az egyik petefészkét megtartani.

Kérdés, hol van ezen műtéves határa? Mely esetekben alkalmas?

Határozott feleletet adni erre már csak azért sem lehet, mivel kétségen kívül nagyon sok függ a műtő dexteritásától.

Természetes, hogy a ki sokat operál hasmetszés útján, a ki e műtévesi módba begyakorolta magát, s a ki ezen úton jó eredményeket tudott elérni, nem szívesen hagyja el e tért s megy át egy másik útra, a melyen még bizonytalanul mozog; gyakorlat kell, hogy megszerezze a dexteritást.

A hüvely szűkebb volta nem zárja ki e műtévest; kellő mély bemetszéssel nyerhetünk tért, de ez is mindenestre komplikálja a műtétet.

Azonban, ha a daganat intraligamentaris, avagy legnagyobb tömegében subserosus, ha a méh éppen a daganat nagyságánál fogva nem húzható be a medenczébe, a műtét ez úton való megkísértése aligha vezet célra, mert általános tapasztalat szerint a köldökön felül érő fibromák nem alkalmasak többé a hüvely felől való kiirtása.

E műtéti mód minden esetre nagy haladás a fibromák operatív gyógyításában, mert kisebb veszély árán, biztosabb gyógyulást szerez, ennélfogva kell, hogy kiterjessze, szélesbítse az operálás indikációjának határait is.

A mint a hasmetszés útján való operálás tökéletesedésével lépést tartott e határ tágitása, úgy e műtéti mód megismerésével mindinkább könnyebben fogják műtévesre határozni magukat azok is, a kiket eddig a hasmetszés veszélyessége, mellék utóbajai conservatív, talán túlságba vitt conservatív álláspontjuk merev megtartására készítettek.

Nem akarunk mi sem minden felismert, tünetet alig adó fibromát operálni, elismerjük szívesen a palliatív therapia értéket számos esetben, gyakoroljuk is; de másrészt nem szabad, hogy elmulasztzuk azt az időpontot, a mikor a palliatív therapia tehetetlensége után még kedvező viszonyok között operálhatunk.

A hosszú eredménytelen palliatív kezelés alatt lelkiileg s testileg legyöngült betegeken végzett életmentő műtét kiirtásai természetesen nem kedvezőek.

Ebben is a jó középúton kívánunk haladni!

A hüvelyi műtétek tárgyalásánál nem mellőzhetem azon kérdést, a vérzés csillapításának mi a helyes módja? A lekötés, a szorítócsipők ideiglenes alkalmazása e, vagy az újabb időben divatba jött angiothrypsia?

Tagadhatatlan, hogy az utóbbi eljárás a véredények zúzása s az ez által való vérzéscsillapítás sok esetben sikeres és eredményeiben csaknem ideális; de csak kivételes esetekben, kedvező anatómiai viszonyok között alkalmazható. Maguk az eszközök is még tökéletlenek. Minden esetre azonban tapasztalataink alapján azt mondhatjuk, a hol lehetett alkalmazni, jó hasznát is láttuk.

A vérerek alákötése a legrégebb kipróbált eljárás, s a hol az idő megtakarítása nem játszik nagy szerepet, a hol az alákötések, körülkötések nagy nehézséget nem adnak, ma is alkalmazzuk.

A harmadik mód a szorítócsipők alkalmazása, a mely eszme eredetileg Koeberltől eredt, s a mit Péan s vele a francziák hoztak divatba éppen a méh kiirtásánál. Egy darabig úgy látszott, hogy a morcellement-nak éppen ez a nyitja is. Ujabbban azonban kiderült, hogy ezen műtéteket sok esetben ép oly jól meg lehet csinálni lekötések útján is. Nagy előnye a szorítócsipőknek az időnyeresség, a kisebb vérvesztés; a rákos méh kiirtásánál az a körülmény, hogy alkalmazásuk mellett többet vehettünk ki a medenczebeli kötőszövetből is; s nem egyszer nélkülözhetlen eszköz nehéz, sok összenövés között való operálások alkalmával, a mikor olyan magasan, olyan szűk helyen is alkalmazhatjuk, a hova alákötéssel vagy egyáltalában nem, vagy csak nehezen, sok idővesztéssel tudunk eljutni.

Hátránya első sorban, hogy az ügyis szűk terrenumban a néha nagyobb számban felrakott eszközök sok helyet foglalnak el s a továbbhaladást, magasabban fekvő daganatrészek kiirtását megnehezítik. Hátránya ez eljárásnak a ritkán, de mégis előforduló utóvérzés s a hosszabb ideig bennfekvő műszerek nyomása okozta, a betegre nézve olykor tűrhetetlen fájdalomosság.

Mi egyik eljárást sem alkalmazzuk kizárólag, hanem mindegyiket használjuk ott és annyiban, a hol és a mennyiben ebből a betegre nézve előnyt, hasznót látunk.

A mint az elmondottakból látszik, a tárgyalta hüvelyi operálások a fejlődés stádiumában vannak, sok velük a visszaéles, de van sok jó oldaluk is. Minden esetre foglalkoznunk kell velük! Nagyobb tapasztalat után szigorú kritikával fogjuk majd megrostálhatni, hogy megmaradjon belőlük az, a mi a szenvedő betegnek gyógyulást, bajában enyhülést szerez.

Irodalom:

1. T. Landau: Über abdominale und vaginale Operationsverfahren. *Archiv f. Gynaek.* B. 46.
2. L. Landau: Zur Pathologie und Therapie der Beckenabscesse. *Archiv f. Gynaek.* B. 46.
3. F. Glaevecze: Körperliche und geistige Veränderungen im weiblichen Körper nach künstlichem Verluste der Ovarien einerseits und des Uterus anderseits. *Archiv f. Gynaek.* B. 35.
4. Buschbeck: Nachprüfungen über die Dauererfolge der in den Jahren 1885—1897 wegen schwerer chron. Adnexerkrankungen ausgeführten Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. *Archiv f. Gynaek.* B. 56.
5. J. Veit: Erkrankungen der Tube. *Veit's Handbuch.*
6. J. Veit: Die vaginale Operationen der Uterusmyome. *Veit's Handbuch.*
7. Leopold: Die operative Behandlung der Uterusmyome durch vag. Totalexstirpation. *Archiv f. Gynaek.* B. 52.
8. Leopold: Zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe wegen schwerer chron. Erkrankungen derselben. *Archiv f. Gynaek.* B. 52.
9. F. Baruch: Spätergebnisse von doppelseitigen Adnexoperationen. *Zeitschrift f. Gynaek.* B. 42.
10. G. Hermann: Beitrag zur conservirenden Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. *Zeitschrift f. Gynaek.* B. 42.
11. Schauta: Über die Einschränkung der abdominalen Adnexoperation zu Gunsten der vaginalen Radicaloperation. *Archiv f. Gynaek.* B. 69.
12. Schauta: Über die Einschränkung etc. *Wiener klin. Wochenschrift* 1900 Nr. 5.
13. J. Veit: Über die Grenzen zwischen vaginaler und abdominaler Laparotomie. *Centralbl. f. Gynaek.* 1896.

14. Döderlein: Zur Technik der vag. Totalexstirpation Klammer oder Ligatur? *Centralbl. f. Gynaek.* 1897.
 15. Pfannenstiel: Die vaginale Ovariectomie. *Veit's Handbuch III. B. I.*
 16. Dührssen: Die Einschränkung des Bauchschnittes durch die vaginale Laparotomie. Berlin 1899.
 17. Kiefer: Die Virulenzverhältnisse der Adnexerkrankungen. *Zeitschrift f. Gynaek. B. 35.*
 18. F. A. Kehler: Sterilisation mittelst Tubendurchschneidung nach vorderen Scheidenschnitt. *Centralbl. f. Gynaek.* 1897.
 19. Rosenstein: Was leistet die Kolpotomie gegenüber der Laparotomie. *Centralbl. f. Gynaek.* 1897.
 20. Steinthal: Über Ovariectomie von der Vagina aus. *Centralbl. f. Gynaek.* 1897.
 21. E. Bumm: Über Ovariectomie von der Vagina aus. *Centralbl. f. Gynaek.* 1896.
 22. Fehling: Über Ovariectomie von der Vagina aus. *Centralbl. f. Gynaek.* 1896.

23. Mainzer: 200 vaginale Radicaloperationen wegen chronisch eitriger und entzündlicher Adnexerkrankungen etc. *Archiv f. Gynaek. B. 54.*
 24. Martin: Die Kolpotomie und chirurgische Behandlung der Pelveoperitonitis. *Monatschrift f. Geb. und Gynaek.* 1897. B. VI.
 25. Bericht über die Verhandl. der VII. Versammlung der d. Ges. f. Gynaek. in Leipzig. *Centralbl. f. Gynaek.* 1897.
 26. Bericht über die Verhandl. der VIII. Versammlung der d. Ges. f. Gynaek. in Berlin. *Centralbl. f. Gynaek.* 1899.
 27. Bericht über XII. internat. med. Kongress zu Moskau. *Centralbl. f. Gynaek.* 1897.
 28. E. Bumm: Zur Technik der Uterusexstirpation. *Centralbl. f. Gynaek.* 1898.
 29. Zweifel: Über Colpotomia anterior. *Centralbl. f. Gyn.* 1898.
 30. Zweifel: Kniehebelklemme zur Blutstillung durch grossen Druck. *Centralbl. f. Gynaek.* 1899.
 31. Thumim: Zur Angiothripsie mit der Hebelklemme. *Centralbl. f. Gynaek.* 1899.

II.

A méh kifordulása (inversio) a szülés alatt.

Közli és bemutatta az orvosegyesület gynaekologikus szakosztályának 1900. január havi ülésén

Erdey Gyula dr., tanársegéd.

A méh kifordulása ritka szövődménye a szülésnek. Bizonnyítja ezt több külföldi klinika és kórház észlelése is. A szentpétervári szülőházban több mint 200,000 szülés közt, a charkowi egyetemi klinikán 25 év leforgása alatt, Braun bécsi klinikáján 1849—1882-ig, a danzigi baba-iskolában 14,700 szülés közt nem fordult elő. A dublini Rotunda Hospital 190.000 szülésénél egyszer találkoztak vele. Kézmárszky tanár a méh kifordulásának egy heveny esetét látta, Tauffer tanár magánygyakorlatában az épen említett kivül még egyet; mind a három eset halálos kimenetelű volt. A 2. sz. női klinika és a vele kapcsolatos szülészeti poliklinikum együttesen 30,000-et meghaladó szülése között ez esemény most fordult elő először.

Az alább leírt eset annyival is inkább érdekesebb, mert a magyar orvosi irodalomban az első, a mely kezdetétől fogva egész lefolyásában megfigyelés alatt állott.

A méh kifordulása a szülés alatt többféleképen jöhet létre. Keletkezési módját általában három csoportra oszthatjuk: 1. keletkezik közvetlenül a méhre gyakorolt behatás után, 2. a méhre közvetve gyakorolt behatásra és 3. mindezekből függetlenül, spontán.

Azokat az eseteket sorozzuk a méhre közvetlenül gyakorolt behatásokhoz, a midőn a petefüggelékek mesterséges eltávolításánál jön létre a méh kifordulása; így keletkezik a burkoknak vagy a lepénynek teljes vagy részleges leválasztásánál vagy a köldökszínóránál fogva gyakorolt húzásnál.

Közvetve jön létre a hibásan alkalmazott Credé-féle eljárás következtében.

Mindezekből függetlenül, spontán akkor jön létre a méh kifordulása, a midőn a méh falzatának teljes elernyedése mellett a hasprés túlfokozottan működik.

Akár a méhre közvetve gyakorolt behatás következtében, akár spontán történt az, a méh falzatának nemcsak atoniáját és az izomzat elgyengülését, hanem bizonyos fokú paraesist is kell feltételeznünk, különösen az utóbbi esetben. Disponáló körülmény, ha a lepény a méhfenékben tapad.

Ha szülés alatt a méh kifordul, lehetőleg azonnal kell azt visszahelyeznünk, mert csakhamar olyan változások jönnek létre, mint az alábbi esetben is látható, a melyek a reinversiót meggátolják. Igen sok esetben halálos kimenetelű az inversio. Egyrésztől a shock, de főleg a követő nagy vérzés miatt; ha sikerült is legyőzni ezen első veszedelmet, előtünk áll a fertőzésnek minden következménye.

Esetünk röviden a következő: T. M. (szül. pol. 1261/899. f. sz.) 28 éves nő, kétszer szült, mind a két szülése s gyermekágya rendes lefolyású. Jelenleg 1899. október 24-dikén este $3\frac{1}{4}$ órakor élő magzatot hozott a világra. Miután a lepény öt negyed óra múlva sem vált le, méhe nem húzódott jól össze, erősebben vérzett, bábája a klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segítségét kérte.

Az odaérkező orvosgyakornok izgatott, halvány, vérszegény nőt talált, kinek kis hullámú, könnyen elnyomható ütérverése van, sz. 94; méhe atoniás, méhfenék a köldök alatt egy harántujjnyira tapintható, s csak erősebb dörzsölésre húzódik össze. A hüvelyből állandó vérszivárgás, e miatt a lepényt erőyes nyomással iparkodik eltávolítani. Látszólag ez sikerült is, mert a lepény megjelenik a szeméremrésben. Meglepő érzés volt a kezelő orvosra nézve, a mikor a méh nyomás közben hirtelen eltűnt és ugyanakkor erősen vérző felületű, golyószerű test, a kifordult méh, megjelent a szeméremrés előtt. A még szélével tapadó lepényt gyorsan leválasztják, a méhet visszahelyezik a hüvelybe. A reinversio nem sikerülván azonnal, a gyakornok nem merte a felelősséget magára venni és sietve küldött utánam. Egy óra múlva érkeztem a beteghez; addig is jodoform-gazeval tamponálva igyekeztek a vérzést csillapítani.

Az akut anaemia súlyos tünetei között vettem át a beteget. Ütérverése számlálhatatlan. A vérzés a hüvelyből még mindig jelentékeny.

Kétségtelenül a méhnek szülés alatt létrejött kifordulásával levén dolgom, az első teendőnek a visszahelyezés látszott. E végett a méhtestet, a mely az odaérkezésésemig eltelt óra leforgása alatt vizenyőssé vált, körülfogva s a méhszájszéleket rögzítve, nyomást gyakoroltam közvetlenül a méhfenékre és a mikor a visszahelyezési kísérlet így eredménytelennek bizonyult, a méhnek hátsó falát iparkodtam fokozatosan visszahelyezni; a belső méhszáj tájának nagy ellenállása folytán így sem értem célra.

Tekintettel a szült nőnek jelzett igen súlyos állapotára, a reinvertálásnak további megkísértésétől elálltam. A hüvelynek kitömését, a vérzés csillapítás céljából, Braun-féle colpeurynterrel végeztem, erősen megtöltve azt meleg vízzel. De csakhamar újból vérszivárgás mutatkozott és már-már az előtt álltam, hogy ligatúrát alkalmazok a méhnyakra, megakadályozandó az elvérzési halált, a mikor a colpeurynter

egy újabb alkalmazásával végre mégis ezért értem: a vérzés megszűnt.

A súlyos anaemiával küzdve, bőr alá moschust, majd kámfort fecskendezünk; a végbélbe másfél liter cognacos meleg vizet öntünk be. 400 cm³ konyhasó-oldattal hypodermoklisist alkalmazunk.

Egy óra leforgása után sikerült a nőt eszméletre téríteni, pulsusa némileg javult. Harminczhat órán át folyton orvosi felügyelet alatt tartva, állapota csak igen lassan változott jóra. A hüvelynek kitömését az újból fellépő vérzések miatt ezen idő alatt többször kellett végezni, colpeurynterrel, majd mivel ennek nyomása fájdalmat okozott, jodoformgazeval.

A gyermekágy első négy napján egész 38.7 C.^o-ig ment fel a hőmérsék. Nagy bajt okozott utóbb az, hogy a bőr alá fecskendés helye a czomb külfelületén másfél tenyérnyi területben elhalásnak indult, kétségtelenül azon piszok és szenny miatt, mely a beteget egész testén borította és azért, mert a sürgős körülmények között a legnagyobb életveszély közepette a kellő tisztaságról gondoskodni nem lehetett. Ez okozta a hőemelkedést. A mint utóbb a bőrseb megtisztult, a láz is megszűnt.

A hüvelyből véres törmelékes, nem bűzös váladék ürült. A hüvelynek kifeeskendezése és jodoformgazeval való kitömése naponta történt. A gyermekágy ötödik napján a nőt a klinikára szállítottuk további kezelés céljából.

A klinikán a gyermekágy hetedik napján a feltárásnál a következőket találjuk: a tágult hüvelyt kitölti a nagy, oedemás, térsztatapintatú, egyenetlen felületű, szürkés-barna színű, helyenkint hámtól fosztott, necrotikus, nyákkal vastagon fedett méhtest. A hüvelyboltozat alig elérhető; a méhnek nyaki részletét a körülbelül 2 cm.-nyi hosszú nyakesatorna fogja körül. A hüvelyből véres, törmelékes váladék ürül ki. A méh

a hasprés nagyobb nyomása alatt könnyen a szeméremrés elé nyomul; ilyenkor világosan látszik, hogy a lepény részben a méhfenékben, részben az elülső méhfalon tapadt, mert a tapadás helye élesen körülírt.

A gyermekágy további kilencz napja alatt az erőbeli állapot tetemesen javult; a hőmérsék 38.5 C.^o-ig ment fel, a méh felülete annyira megtisztult, hogy a reinvertálást megkísérhetjük.

A műtét a szülés utáni tizennegyedik napon chloroform-narkosisban történt: a hüvelybe vezetett kézzel a belső méhszáj táján a hüvelyboltozatot ad maximum felfelé feszítve, a méhnek legfelső, tehát nyaki részletét, ujainkkal feltolni igyekeztünk. A külső kézzel az inversio tölcserének szélét fogtuk körül a hasfalon át. Többszöri kísérlet után a méhszáj gyűrűje engedett s most már minden nehézség nélkül sikerült a méhnek a visszatolása. A belső méhszáj azonnal összehúzódott. A méhüregbe a váladék levezetése céljából jodoformgaze-csikot vezettünk fel, a hüvelyt lazán kitömtük; belsőleg ergotin. A tampont két nap múlva távolítottuk el.

A további gyógyulás teljesen zavartalan. A beteg a hetedik hét végén hagyta el a klinikát. Az elhalt bőrfelület helyén keletkezett hiányt az I. sz. sebészeti klinikán transplantációval gyógyították be.

Esetünkben a méh kifordulását közvetve a méhre gyakorolt behatásnak tulajdonítjuk; a hasfal felől hibásan alkalmazott Credé-féle eljárás volt az oka. Egy óra leforgása alatt a pangás már oly fokú volt a méh falzatában, ez annyira oedemássá vált, megnagyobbodott, hogy a visszahelyezés kísérleténél az inversio tölcserén nem fért át. A kifordult méh visszafejlődése bár két hét alatt még nem ment végbe, a visszahelyezés szerencsés körülmények közt mégis sikerült.

III.

Rhachitis-e vagy mikromelia? Császármetszés gyógyult esete kapcsán.

Közli: Dr. Kubinyi Pál.

A 2. sz. női klinika anyagában 1899. november 4-dikén császármetszéssel kellett a szülést befejezni egy nőnél, a kinél az egész csontváz, főként azonban a végtagok, veleszületett hypoplasziája volt jelen, a mit mikromeliának neveznek.

A nő 31 éves, soroksári születésű, koldusleány. Szülei rendes fejlettségűek; 9 testvére is rendes alkotású volt, utóbbiak azonban korán elhaltak. Anyja él, rendes növést, atyja 50 éves korában eltűnt, kérdés, életben van-e még. Állítása szerint atyja erős, magas ember. Ő a 10-dik gyermek. Anyja 42 éves volt, mikor szülte.

Egy éves korában tudott ugyan járni, ekkor azonban egy általa „Auszeprung“-nak nevezett betegséget kapott, a mely miatt 3 éves koráig pólyában hordták. Későbbi életéveiben egészséges volt s kivéve nehezebb munkát, dolgozni is birt. 14 éves kora óta rendszeresen menstruál. Utolsó tisztulás ideje febr. 1., magzatmozgások idejére nem emlékszik.

Jelen terhessége normalis lefolyású volt s a terhesség szabályszerű végén megindultak a szülétfájások s nov. 4-dikén d. u. beszállították a klinikára, miután már előző este óta vajudott s reggel a magzatviz is elfolyt.

Ekkor a következő jelen állapotot vettük fel nála (1. ábra):

Törpe, idomtalan testalkat, 123 cm. testmagasság. Nagy aránytalanság; a hosszú törzshöz viszonyítva rövid, vastag, gyermekded végtagok s rajta rövid, vastag nyakon széles, csontos fej. Jó tápláltság, a mely azonban nem annyira az izomzat, mint inkább a zsírpárnára vonatkozik. Köztakaró laza,

nagy redőkbe könnyen emelhető s főképen az áthajlási redők helyén, nevezetesen az ízületek táján, lebenyszerűen lóg.

Csontrendszer: a koponya brachycephal jellegű, férficharakterrel; széles koponyaboltozat, gömbömdomú homlokkal, melylyel szemben az ellapult széles ornyereg mélyen beesett. Arczcsonatok jól fejlettek, pofacsontok kiállók, fogsor ép, csekély prognathismus. Az egész arczkoponya alkata és kifejezése bulldoggra emlékeztet. Mellkas aránylag hosszú, de keskeny, sternum lapos, a bordaporcok végei kissé vastagodottak, egészben véve azonban a mellkason nincsen nagyobb alaki eltérés; hiányzik a rhachitisre jellegző elváltozás.

A gerincoszlop elég erős lumbal-lordosisal bir, melylyel szemben a keresztcsont hátrafelé kiszögellő.

A végtagcsontok feltűnően rövidek, vastagok, epiphysisek bunkószerűek, maguk a csöves csontok különben nincsenek elgörbülve; a rövidség miatt a törzshöz mint gyermekded, kicsi függelékek vannak hozzácsatolva. Méreteik: felkarsont 17 cm., ulna 16 cm., czombcsont 23 cm., tibia 20 cm.

A csontos medenczét erős dőlés, kiszögellő keresztcsont és behajló farkcsikesont jellemzik. Tátongó csípőtányérok, hátulról előre meredeken lefutó crista, magas, tömeges symphysis, szűk arcus, mely 2 harántujjat fogad be, meredek szárákkal; ülőgumók közelítve. Méretek: Sp. 24 cm., Cr. 23.5, ext. 15 cm. Tr. 29 cm., ülőgumók távola 10 cm. Igen könnyen elérhető promontorium; conj. diag. 7 és valami, ebből a vera — a nagy medenczedőlés és magas symphysis miatt az átlagos

18 mm. helyett 20 mm.-t vonva le — 5 és valami, tehát IV. fokú szűkület van jelen. Oldalfalak mindenütt könnyen elérhetők, linea terminalis végig kitapintható, spinae oss. ischii beszögellők.

Az a körülmény, hogy a promontorium erősen be van nyomulva, a keresztcsont ezzel szemben hátrafelé erősen kiugró, továbbá a csípőtányérok tátongása a rhachitikus medence tulajdonságai; ezzel szemben az ülőgumók erősen közelített volta, valamint a sp. oss. isch. erős beszögellése, az arcus pubis keskeny volta, meredeken lehágó száakkal, arra vallanak, hogy a medence a rhachitis által csak másodlagosan változott el, úgy látszik, hogy a veleszületett mikromelia mellett a gyermekkorban rhachitis is lefolyt nála; talán erre vall az anamnesis azon adata, mely szerint gyermekkorában egy általa „Auszehrung“-nak nevezett betegséget állott ki, mely miatt 3 évig pólóban hordták. A betegség gyógyult s a végtag-csontokon, valamint a mellkason mélyebb nyomokat nem hagyott. Nincs jelen a gerincoszlop elgörbülése, sem pectus carinatum, sem a bordaporcz és csont egyesülési helyén az orsószerű megvastagodás, sem a mellkas oldalirányú összenyomtatása. A végtagcsontok elgörbülve nincsenek, a rhachitist tehát minden esetre egy másodlagos betegségnek kell ezen esetben tartanunk, mely — úgy látszik — csak a nyomásnak leginkább kitett helyen, vagyis a medencecsontokon érvényesítette hatását.

Mellkasi szervek normalisak, feltűnő csupán a retardált pulsus, száma 58; szívtompulat rendes, szívhangok tiszták.

Vizeletben kevés fehérje; alakelemek nincsenek.

Terhességi változások: Feszés hasfalzat, kis fokban lógó has. Méhfenék állása 3 ujjnyira a proc. xyph. alatt. A méh izomzata rá van húzódva a magzat testére, melynek contourjait utánozza, névszerint a fej gömbidoma a méh alsó szakaszán igen jól kivehető, a mint a symphysis fölött erősen előredomborodik. A magzat elhelyeztetése az I. kpf.-nek megfelelő. Szívhangok b. o. a köldök niveaujában jól hallhatók. Igen jól ki van fejezve a nagy téraránytalanság a fej és medence között, úgy hogy a fej jó része a csípőtányérokra nyugszik s a medencebemenetbe beilleszkedni egyáltalában nem tudott.

Belső vizsgálat: ujjnyi méhszáj, cervicalis csatorna részben még megtartott, burok nem áll. A koponya a promontorium által előre van tolva oly nagy mértékben, hogy a nyílvarrat, mely harántul fut, közvetlenül a symphysis mögött tapintható. Kis kutaes valamivel mélyebben foglal helyet, mint a nagy, mely utóbbi már a csípőtányéron van. A koponya és linea terminalis között könnyen fel lehet hatolni, úgy hogy a koponya tulajdonképpen csak a symphysis és promontoriumra támaszkodik, könnyen kiemelhető. Az anya hőmérséke és pulsusa rendes.

A IV. fokú szűkület abszolút módon indikálja a császármetszést, mely nov. 4-dikén este 7 órakor végeztetett.

A hasseben át kigördített méhet ez esetben a Fritsch

által ajánlott harántmetszéssel nyitjuk meg, még pedig nem a fundus tetején, mert ott a seb tátongásától tartottunk, hanem attól mintegy 3 harántujjnyira a mellső falon. A sebész egész hosszában placentát ér; ezt gyorsan leválasztjuk s kiemeljük a magzatot, mely enyhe asphyxiában jön a világra, azonban könnyen feléleszthető. Ezután kiemeljük a placentát, kisajtoljuk a méhürből a vért és csomós selyemvarratokkal egyesítjük a sebszéleket. Az öltések átjárják a serosát és muscularist és kikerülnek a nyálkahártyát. A vérzést közben a méh dörzsölésével csillapítjuk, mely kitűnő contractiókkal reagál és így nem volt szükséges a méh alsó szakaszát strangulálni. Ezután az újabb conceptio kizárása végett átégetjük a tubákat Pacquelinel és toilette után zárjuk a hasúrt.

A magzat élő, érett fiú. Aránytalan nagy koponya, domború homlok, beesett orrnyereg; makroglossia, a nyelv állandóan az ajkak között van; rövid végtagok jellemzik. A 28 cm. mellkerülettel szemben 35 cm. a fejkerület, a mely pár napi észlelés alatt növekedett is, szóval hydrocephalus. Az említett jelek cretinismusra vallanak.

A gyógyulás teljesen reactionmentesen folyt le, 8-dik napon eltávolítjuk a hasvarratokat, hasseb p. pr. gyógyult. A gyermekágyas 18 dik napon felkelt.

* * *

A mi a behatolás helyét illeti, a fundalis harántmetszésnek különös előnyét nem láttuk. A metszés placentát talált, melyet egyesek így éppen könnyebben elkerülhetőnek vélnek és a sebfalak is elég bőven vérezték, a mit ugyan talán annak lehet tulajdonítani, hogy a placenta tapadási helyén tágultabbak az edények. Előnyül említik egyesek, hogy a seb a méh kiürítése után jobban megrovidülne, továbbá, hogy könnyebben lehet a magzat lábát megragadni és így gyorsabb az extractio. Fritschnek épen ez tünt fel legelőször előny gyanánt, mert a metszés megejtése után a magzat lába megjelent a sebben.

Több tapasztalat szükséges, hogy e kérdés felől határozott véleményt alkothassunk.

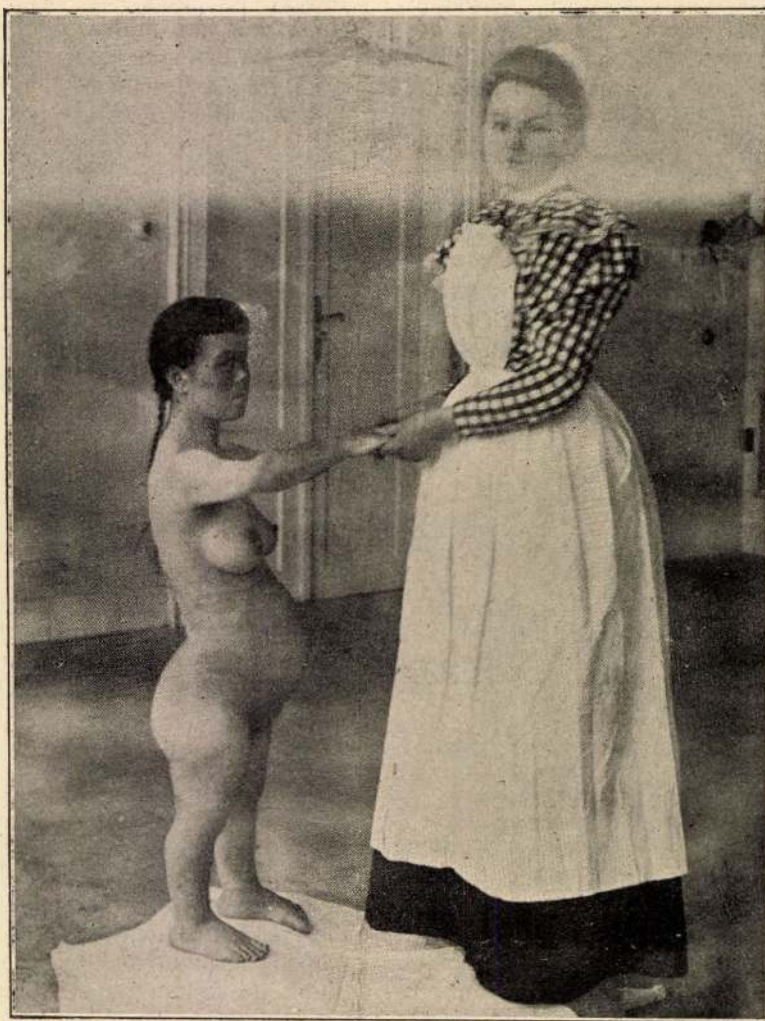
* * *

Ennél az egyénél a csontrendszer elváltozása az, a mi leginkább szembetűnő, még pedig a végtagok aránytalan rövidsége.

Rhachitikus elváltozások sem a gerincoszlop, sem a mellkason, sem a végtagcsontokon nincsenek jelen, csupán a medencén; az alapbetegség tehát főképen a csőves csontok hosszúnövekedését akadályozta, holott a rhachitis azok elgörbülését eredményezte volna.

A csontváz e hypoplasziája vagy már veleszületett, vagy csak a méhen kívüli életben kezdődik olyan egyénél, a ki születésekor rendes alkotású volt.

A koponya alkata, az arczkoponyának bulldogszerű kifejezése, a zsírpárnának fejlettsége, a köztakaró tág volta, mely mellett az egyén Weber kifejezése szerint olyan, „mintha egy törpe bő ruhába öltözködött volna“, az egyén intelligenciája, mely ugyan nem mondható nagyon alacsonynak, inkább az iskolázottság hiánya az, a mi jelen van, mindazonáltal a ren-



1. ábra.

des niveau alul áll; mindezen jelek a cretinismusra vallanak, a mit még bizonyít az újszülött is hydrocephalusával, makroglossiájával és hasonlóképen rövid végtagjaival.

Ezek az elváltozások más, nem cretin egyéneknél is előfordulhatnak.

A cretinismus, mely endemikusan és sporadikusan lép fel, az egész világon ismeretes.

Mint endemikus betegség Stájerországban, Svájc egyes cantonjaiban, Csehországban, Thüringiában, a Rhône völgyében, a Pyrenaeusokban, Olaszország egyes vidékein, a Ladoga-tó vidékén, Amerikában, Francia-Kanadában, Karolinában, Pennsylvániában, Virginiában stb. ismeretes.

Hazánkban a Duna mentén, főképp a Csallóközben.

Ezek az endemikus formák strumával szoktak párosulni, holott a sporadikus formáknál ritkábban van struma.

Burdell a mocsárméregnek a gyermeki szervezetre gyakorolt behatásából magyarázza, még pedig leginkább a gland. thyroidea közvetítésével, a melynek hol megnagyobbodását, hol pedig mirigyállományának sorvadását mutatták ki (Hanan).

A sporadicus mindenütt előfordul s oka ismeretlen.

Virchow és főképpen Klebs volt az, a ki a cretinismusról a csontfejlődés zavarait ismertette.

A csontok hosszúnövekedésének zavarát a legtöbb szerző rhachitis foetalis mikromelica néven írta le. Az ok kiderítve még nincsen; egy bizonyos *miasmát* tételeznek fel, a mely talán az *ivóvízzel* jutna be a szervezetbe és adott esetben a magzatnál érvényesítené hatását. Mások a szülők tuberculosist, syphilist, az apa iszákosságát veszik fel; ismét mások az anya hiányos és czélszerűtlen táplálkozását, nevezetesen a fehérjebevitel elégtelenségét s az amyloaceák túlsúlyát, szóval a méhen kívüli életben rhachitis előidézésében szerepet játszó okokat említik.

Hogy mi az oka annak, hogy egészséges szülőtől esetleg cretin származik, megmagyarázva nincsen. Az minden esetre bizonyos és a pathohistologiai leletek bizonyítják, hogy csontbetegséggel van dolgunk; ha ezen csontbetegség az intrauterin életben folyik le, rhachitis foetalisnak nevezik, mely a szülés idejéig már meggyógyult, csak következményei vannak meg, melyekkel a magzat világra jön.

Müller, Eberth, Marchand, Bode és mások észleletei szerint a porcz burjánzik ugyan, azonban a porczsejtek nem alkotnak szabályos sorokat, a porcz minden irányban nő, a csontosodási határ közelében megpuhul s azután szabálytalanul meszesedik és csontosodik. Marchand e miatt mikromelia chondromalaciának nevezte el a rhachitis foetalist. Stilling szerint a csonthártya csontképző ereje is le van szállítva, főképpen a végtagokon, sőt néha a porcz és csont közé a csonthártya felől egy fibrosus réteg is benyomul, mely a kettőt mintegy szétválasztja és gátat vet a csont hosszúnövekedésének. A periostalis csontképzés hiányos volta a koponyaboltozat matrixán néha nagy elvékonyodás, sőt nyílások alakjában is nyilvánul.

A rhachitis foetalisnak két alakját különböztetik meg.

Az egyik az ú. n. rhachitis foetalis annulans, a hol a csöves csontokon harántgyűrűzet van, melyet sokan gyógyult töréseknek tartanak és azon esetben, ha a törés nem gyógyult, a magzat csonttörésekkel jön a világra. Így Chaumier két esetben 113 törést számolt meg; Hensch két esetet látott, a hol szintén csonttörésekkel jött a magzat a világra. Ez a forma az intrauterin élet későbbi szakában kezdődik és az extrauterin életbe is folytatódik; ezzel szemben a másik forma, a rhachitis foet. mikromelica a terhesség korai idejében kezdődik és még jóval az extrauterin élet kezdete előtt meggyógyul. Virchow a csontváz e hypoplasiájának veleszületett és postembryonalis formáját különbözteti meg.

A veleszületett, főként a végtagok abnormis rövidségében nyilvánkozik, a postembryonalis, melylyel az agyvelő hiányos fejlettsége s a functiók alacsony nívója is jár, s a mely a nagyfokú cretinismussal szokott párosulni, leginkább ott fordul elő, a hol endemikusan jelentkezik a cretinismus.

Esetünk az I. formához tartozik s bár ez is cretinistikus

alak, azonban annak enyhébb formája. Értelmesen beszél, sőt a klinikán kézi munkát is készített.

A mi a kórszövettani lényegét illeti, lényegesen különbözik a betegség a méhen kívüli életben ismeretes és klinikai értelemben vett rhachitistól, mely a már kiképződött csont mésztartalmának anyagforgalmi zavar folytán történő megcsökkenése és így a csont ellágyulása, vagyis a csontok táplálkozási zavara, holott itt a lényeg a csontok növekedési zavara, a mi a csontosodási határon létrejött fejlődési zavar, nevezetesen a sejtek rendetlen elhelyeződésében nyilvánul.

Részletesen:

Rendes viszonyok közt a csöves csont vastagodását a csonthártya és csontvelő eszközli, hosszúnövekedését az epiphysisporoz oly módon, hogy a porczsejtek szaporodnak, oszlopokba sorakoznak. Így vastagodik a porczréteg s növeli a csont hosszát. Ennek a porcznak az alsó rétegei azonban egyidejűleg csontosodnak is. Ez az ú. n. meszesedési rétegben megy végbe s ugyanekkor a velőür is nő az által, hogy véredények nőnek be a porczba, a mely az osteoklastok, vagyis csontpusztító sejtek által a véredények előtt elpusztul s a véredény körüli csatornát kivándorolt fehérvérsejtek, velősejtek s orsóalakú, kötőszöveti sejtek és számos sokoldalú sejt, az ú. n. osteoklastok töltik ki.

Rhachitisnél: Az anyagforgalom zavara folytán az osteoklast-sejtek által elpusztul a csontállomány s helyét újonnan képződött, ú. n. *osteoid-szövet*, azaz mésznélküli lágyabb szövet foglalja el, a mely a csontok felszínén is 5—10—15 mm. vastagon felrakódhatik s lágy, úgy hogy ujjnyomásnak enged.

A porczsejtek itt is szaporodnak, de hiányzik a meszesedési réteg s a velőüre is szabálytalanul fejlődnek s a csontgerendákon, valamint a csont felszínén is osteoid-szövet rakódik le.

Ez a zavar a periostál, endochondral és myelogen csontképzésnél egyaránt jelen van.

Mikromelia. A porczsejtek kevésbé szaporodnak. Az általuk képzett oszlopok alacsonyabbak, úgy hogy a burjánzó porczréteg a hosszú csöves csontokon sokszor keskenyebb, mint rendes viszonyok között az ujjperczek csontjain. Ehhez mérten a velőüre se hosszúak, hanem átmetszetben kereksek. A mi azonban lényeges különbség, nincs mészsopustulás, nincs osteoidszövetképzés s a csonthártya csontképző működése pedig egészen rendes, holott rhachitisnél a porcz, csonthártya s csontvelő csontképző folyamatát egyaránt zavart.

Ezek szerint tehát a mikromeliánál tulajdonképpen nincsenek súlyos strukturaváltozások, azonban a végeredmény a végtagok rövidsége. Jellemző a diaphysis feltűnő rövidsége az epiphysis erős kifejlődése mellett, azonban végeredményben a csontok egyáltalában nem törékenyek, hanem ellenkezőleg tömöttek, kemények.

Ilyen hiányos porczburjánzás és korai csontosodás olyan helyeken is előfordul, a melyek rendes viszonyok között épen nem, vagy csak a későbbi életévekben csontosodnak, így a synarthrosisok, valamint synchondrosisok helyén. Ez utóbbiakhoz tartozik az ikcsont és a nyakszirtecsont alapi részének korai csontosodása, mely rendes körülmények között csak a 12—13. életévben megy végbe; ez okozza a koponyaalap rövidségét és így némileg a brachycephaliát és az orrnyereg behúzódását. Ugyanez történhetik az artic. sacro-iliacánál is, a mi a keresztcsont szárnyainak hiányos fejlődését és a medencze harántszükületét mozditja elő. A koponyacsontokon, ha valamennyi varrat táján történik, mikrocephaliát eredményez s viszont a hosszanti vagy harántvarratok csontosodása a koponyának compensatorikus ellenkező tágulását és így a rendestől eltérő koponyaformákat (brachycephalia, dolichocephalia) eredményez.

Ujabb Langhans (1897) a Virchow említett nézetével szemben, mely a porcz korai csontosodását vallja, azt állítja, hogy azok a veleszületett elváltozások, a melyeket eddig a cretinismus terhére róttak, nevezetesen a korai csontosodás, ettől külön választandók, mert a valódi cretinismus nyomai az újszülöttnél nem láthatók s csak a méhen kívüli élet 4—5. hónapjában jelentkeznek. Ő a cretineknél a csontnövekedésnek nagy lassúságát találta, a csontosodási magvak későn

lépnek fel s az epiphysis-porc magas korig, néha 45 éves korig megmarad. Ezt a lassú csontnövekedést pedig a gland. thyreoidea működésével hozza összefüggésbe. Szerinte tehát nem a korai csontosodás, hanem ellenkezőleg a késői csontosodás és lassú növekedés az oka a csontok hiányos fejlődésének. Ezzel szemben esetünk azt bizonyítja, hogy igenis már az újszülöttnél jelen lehetnek a cretinismus nyomai, a mely itt a hydrocephalusban, makroglossiában, a végtagok rövidségében nyilvánult.

A szerveket illetőleg az agyvelő gyakran hiányosan fejlődött, máskor hydrocephalus van jelen; a tüdők gyakran kicsinyek; a máj, vesék ellenben gyakran nagyobbak a rendesnél, s a mi a nemű szerveket illeti, nőknél Voisin kimutatta, hogy azok kifejlődése nem hogy késnék, de sokszor igen korai s a menstruatio is korán jelenik meg.

* * *

Érdekes összehasonlításképpen Davida kolozsvári egyetemi professor szívességéből egy, a mi esetünkhöz teljesen hasonló csontvázat kaptunk tanulmányozás végett, melynek rajzát a mellékelt 2. ábra mutatja, összehasonlítva egy rendes méretű női csontvázal.

Ez 20 éves nő volt, a kinél a medenczeszűkület miatt perforatióval fejezték be a szülést, miután már előzőleg diagnosztizálták a méh-repedést, a melynek következtében hashártyalobban az egyén meghalt.

Az élön felvett méretek a következők voltak: Testhossz 127 cm. (esetünkben 123 cm., tehát valamivel kisebb); felső végtag 45, alsó 47 cm. hosszú. Medenczéméretek: Sp. 22·5, Cr. 22·8, ext. 14·5, conj. diag. 7·6, vera 5·5—5·7 cm.

Esetünkben Sp. 24·0, Cr. 23·5, ext. 15·0, conj. diag. 7 és valami, vera 5 és valami.

A különbség tehát annyi, hogy esetünkben a csípőtányérok valamivel jobban tántogtak, a conj. vera azonban csak oly arányban volt esetünkben kisebb, a menyével az egyén is valamivel alacsonyabb.

Az esetet annak idején Engel Gábor kolozsvári egyetemi rk. tanár mutatta be az Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztályának ülésén 1885 februárjában s akkor a csontváz elváltozásait angolkóros jellegűeknek minősítette. Genersich tanár hozzászólásában kijelentette, hogy nem angolkóros, hanem cretinisticus jellegűeknek tartja az elváltozásokat.

Ebben az esetben is aránytalanul nagy fej, brachycephal jelleggel; a koponya gömbidoma szembetűnő, a mi már magában hydrocephalusra vall, a folyadéknek minden irányban való egyenletes nyomása által lévén előidézve. Bizonyítja ezt azonban köbértalmának jelentékeny növekedése is, a mely Török Aurél dr. egy. tanár úr szívességéből intézetében határozottatott

meg, s a mely 1539 ccm.-t tesz ki, holott a női koponya köbértalmának átlaga 1250—1300 közt van; ezt tehát mint látjuk, jelentékenyen felülmúlja, de még a férfi koponyáét is, a mely átlagban 1450 köbcm (a fehér racenál). Az arczkoponya prognath jellegű, a mellkason, mely aránylag hosszú, nagyobb elváltozás nincsen (a bordacsontok végei kissé megvastagodottak), valamint a gerincoszlopon sem. A legnagyobb az eltérés a végtagsontokon és a medenczén. A csöves csontok epiphysisei aránytalanul tömegesek s az izmok tapadási lécei igen kiállók; pl. a deltoideus tapadási helyén jó mogyorónyi tuberositas van, ép úgy a trochantereken és condylusokon is. A csöves csontok azonban elgörbülve nincsenek.

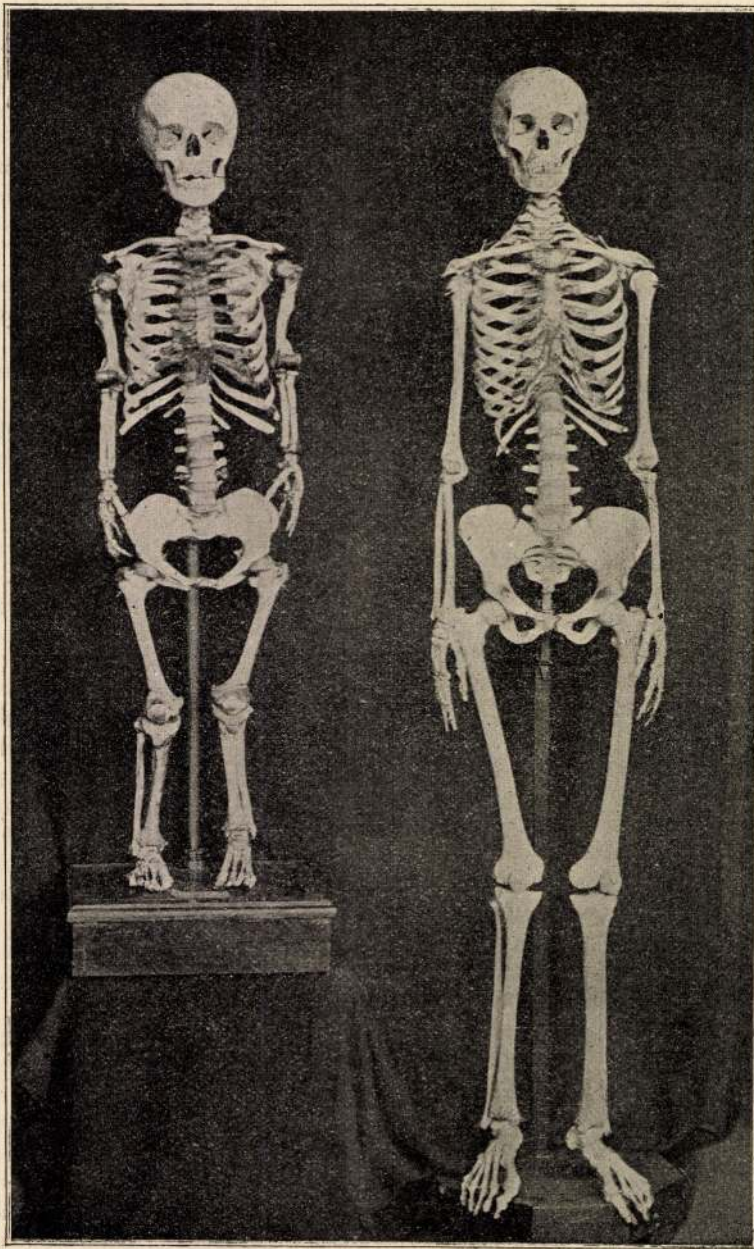
A mi a medenczét illeti, ebben az esetben is kifejezett a medenczének nagy dőlése s a promontorium mély benyomulása, a keresztcsont szárnyainak hiányos fejlettsége, a keresztcsont csúcsának és a farkcsontnak hátrafelé erős kiszögellése, a csípőtányérok tántongása és symphysis tömeges volta.

Minden esetre általánosan szűk, lapos medencze. Nem tagadható a medenczének rhachitikus jellege, nevezetesen a csípőtányérok tántongása, a keresztcsont állása, azonban a bemenet lapos volta nem olyan fokú, aminőnek várható volna, ha a rhachitis volna a csontváz primaer elváltozásának az oka. A csípőtányérok tántongását úgy látszik az idézi elő, hogy a hasi szervek a kicsiny medenczében nehezen férnek el és így szétfeszítik azokat. Hogy ez a tényező játszik szerepet, azt bizonyítja az, hogy állatoknál, a hol a hasfalra nehezedik a zsigerek, nevezetesen a belek súlya, keskenyek maradnak és jobban összehajlanak, közelebb vannak a test középsíkájához, holott embernél az egyenes testtartás következtében a csípőtányérok a belek hordozói s azok súlyának hatása alatt oldalirányban széttértek, lapjuk a vízszintes felé közeledett. Ugyanezt az elváltozást mutatja a mellkas alsó része is, a bordák tántognak, az egész mintegy haránt irányban szét van feszítve a hasi zsigerek által (l. 2. ábra).

A csöves csontokon, nevezetesen az alsó végtagokon, a hol a statikus viszonyok rhachitis esetén elgörbülést eredményeztek volna, ilyent nem látunk, a mellkasnak sincsenek jellemző rhachitikus elváltozásai, nevezetesen a sternum elgörbülése, a mellkasnak haránt irányban való összenyomtatása; nincs pectus carinatum, nincs jelen a gerincoszlop elgörbülése, kyphosis vagy scoliosis, e mellett pedig jelen van a csontvázon az a nagy aránytalanság, mely a törzs és végtagok között van s a mit a rhachitis nem magyaráz meg, mert a rhachitis nem változtatja meg a test arányait.

A primaer tehát ebben az esetben is ép úgy, mint a mi esetünkben, a mikromelia volt.

Hogy csakugyan mikromelia, azt a végtagoknak a törzs-



2. ábra.

höz viszonyított mérete is bizonyítja. A testrészek arányai ugyanis meglehetősen állandóak, úgy hogy az ókorban mértéknek használták; ilyen mértékegységek a láb, az öl, a könyök, az arasz, a hüvelyk.

Carus szerint a gerincoszlop az egész törzs tagozatában az ősi alap. Ő ehhez az egységhez viszonyította a test többi részeit s bizonyos arány szerint Rietschel híres szobrász egy alakot is mintázott, a mely valóban igen szép, az antik szobroknak megfelelő alak volt s a melyet az ő korabeli szobrászok és festők szelvében-hosszában használtak. Ezek az arányok körülbelül egy fiatal férfitest arányainak feleltek meg.

A testrészek arányai természetesen változnak a nemmel és korrall.

Ébrényi korban legelőször fejlődik a koponya és törzs, azután a végtagok. Születéskor az alsó és felső végtagok körülbelül egyforma hosszúak. Megszületés után legelőször jön működésbe a mellkas, azután a hasi szervek, a légzés, vérkeringés és táplálkozás szolgálatában és így a törzs növekedik gyorsan. Azután felső végtagjait mozgatja az újszülött, ezeknek a növekedése praevalens, addig, a míg járni nem kezd. Az alsó végtagok mechanikus munkája a járásnál nagy mértékben fejleszti azokat, úgy hogy ezek túlszárnyalják a felső végtagokat.

A törzs relatív legnagyobb hosszát az 1—3. életévben éri el; ekkor növekedése mind lassabbá válik, úgy hogy felnőtté ismét relative a legrövidebb. A gyermekkorban tehát aránylag hosszú törzs mellett rövid végtagok vannak s ha ezt a viszonyt felnőtté találjuk, akkor ez a fejlődés alacsonyabb fokára vall.

Felnőtté a felső végtag rendszeren olyan hosszú, hogy lelógó kar mellett a középujj csúcsa körülbelül a czomb közepéig ér s körülbelül 10 cm.-nyi távolban van a térdkalács felső szélétől s a kéz csuklója a tompor színvonalán áll. Az alsó végtagra vonatkozólag a czombcsont hossza, vagyis *forghástengelyeinek* távolsága a *trochanter csúcsától a condylus externusig 4-szer foglaltatik* a testmagasságban, a mit a törvényszéki orvostanban a személyazonosság meghatározására szoktak használni. Hogy ez milyen pontos, látszik abból, hogy egyedül a czombcsontból meg lehet állapítani az illetőnek testmagasságát s csak ha az egyén kivételesen hosszú végtagokkal bírt, kell a 4-szeres értékből 3—5 cm.-t levonni.

Ha ezt a mi esetünkre alkalmazzuk, úgy a *sectio caesarea* esetébe 23×4 ; azaz 92 cm. volna a testmagasság, holott az illető 123 cm. magas volt.

A kolozsvári esetben a csontvázon lemért czombcsont-hossz 20.5 cm., ebből a testhossz 82 cm. volna, az illető pedig 127 cm. volt.

Az anthropometria (Schadow, Topinard, Quetelet Carus, Zeising, Gould) mérései bizonyos arányokat állapítottak meg az egyes testrészek között. Ha a testmagasságot 100-nak vesszük, százalékokban van kifejezve a testrészek hossza;

	Schadow szerint	Gould és Carus szerint
így a törzs hossza	37,	39
a felső végtag kézzel együtt	44,	43
a felkar hossza	20,	20
alkar a kézzel együtt	23,	23
alsó végtag hossza	44,	46
alszár a patelláig	26,	28,
czomb hossza	18,	18,
a kéz hossza	10,	10
a láb hossza	15,	15
a függélyes fejmagasság	13	

Az adatok ilyen egyezése csodálatot kell, hogy keltsen bennünk, annál is inkább, mert óriási anyagból van kiszámítva. Így Gould csak az amerikai rabszolgaháború idején 10,876 katonát mért le.

A természet bizonyos arányok szerint alkot s ilyen bizonyos arányokat az alsórendű állati szervezeteknél, sőt a növényeknél is találunk; az ásványországban ez pedig mindennapi.

Bál hasonló arányokat talált. Felső végtag: 42.6—44.4, alsó végtag 48.5—50.

Bál egy másik egységgel is összehasonlította a testrészeket, nevezetesen a gerincoszlop hosszát a vertebra prominens-

tól a farkcsíkesont csúcsáig 100-nak vette és ehhez viszonyította a végtagokat; ekkor a kar hossza 93—97%, az alsó végtag a trochantertől a talajig 105—109%.

Ha a kolozsvári eset arányait ily módon kiszámítjuk, kiderül, hogy a felső végtag 35.43%-a a testhossznak, tehát csaknem 10%-kal kevesebb a normalisnál, az alsó végtag hossza pedig 37.00%, a mi Gould értékeihez (42.26 és 47.50), valamint Zeising (47.22) és végre Bál értékeihez (48.5—50) viszonyítva, jóval alacsonyabb.

Ezek az értékek tehát kétségtelenül bizonyítják, hogy a végtagok jóval rövidebbek a rendes átlagnál.

Bál értékeihez viszonyítva, a ki a gerincoszlopot veszi 100-nak, a felső végtag 93—97%-ához viszonyítva, esetünkben a felső végtag csak 81.4%, az alsó pedig 90.0%, szemben a 105—109%-cel. Ehhez képest a törzs hossza (52.2 cm.) az átlaghoz viszonyítva, mely 37—39, itt 41.1, tehát *midőn a végtagok az átlagnál sokkal kisebbek, a törzs aránylag hosszú.*

A test arányainak ilyen megváltozása, a fej nagysága (magas köb tartalma), configurációja elgörbülések nélkül a mikromeliát jellemzik.

Eseteink tehát a mikromelia sorába tartoznak, mely — mint láttuk — többnyire a cretinistikus testalkotás keretében tartozik s mint ilyen, legalább részben az embryonalis életben lefolyt csontbetegség következménye, mely főként a végtagok csöves csontjait akasztotta meg a hosszúnövekedésben s kiválóan ezeknek aránytalan rövidegét eredményezte az egész csontváz hypoplasiájának keretében.

A cretinistikus formák közt a mi esetünk a sporadicusan előforduló kretinistikus formához tartozik, mert Soroksárt nem ismerjük olyan helynek, a hol endemikus volna (Klebs a folyamok mentét kiemeli, Soroksár a Duna mentén), nem is volt strumává szövődve s intelligenciája sem volt nagyon alacsony.

A szülés szempontjából a medencének oly nagyfokú szűkülete jön létre, a mely lehetetlenné teszi kiviselt magzatnak a természetes szülötkön való világrajövetelét s a mely esetünkben absolute indikálta a császármetszést, a kolozsvári esetben pedig méhrepedést eredményezett.

A medence kicsiny voltát az alapfolyamat, vagyis hiányos porczképzés és korai csontosodás magyarázza meg.

A medence 3 csontból fejlődik; a csipő-, szemérem- és ülőcsontból, a melyek az acetabulum helyén egyesülnek. A medenceövé csontosodása a méhen belüli élet 3-dik havának végén kezdődik, de megszületéskor még jó része porczos. A csontok növekedése a születés után az acetabulum irányában történik s ott marad meg legtovább a porcz s mint a 3 csont egyesülését jelző, egy pontban találkozó 3 porczcsik, egészen a pubertas idejéig látható.

Ebből következik, hogy ha a porcz hiányosan képződik, kiesiny lesz a medenceövé, annál inkább, ha a korai csontosodás megakasztja a növekedést. Ugyanez megy végbe a keresztcsont szárnyai, illetőleg a synchondrosis sarso iliaca porczában.

Minthogy a szeméremcsont le és az ülőcsont felhágó szára rendes viszonyok közt is csak a 7-dik életévben forrnak össze csontosan, ha ez korábban következik be, alacsonyabb is lesz a medence.

A végeredmény általában szűk és alacsony medence.

Van még egy körülmény, a melyre figyelmet kell fordítanunk és ez a medence dölése. Ez erősen fokozott úgy, hogy a keresztcsont csúcsa, illetőleg előben az anus hátra felé van irányítva. Ennek egyik oka az, hogy a hasúri zsigerek nem férven el, lógó has van jelen s így a gerincoszlop ágyéki részét húzza a belek súlya, a mi fokozott lordosist okoz, a melynek compensatójaképpen fokozott a medence dölése is.

A másik és főok azonban véleményem szerint a statikus viszonyokban keresendő. A test súlypontja a talp területébe esik, a mit a test csekély előredöntésével értünk el. Egy magas egyén ezt a test felső részének kisebb kitérésével eléri (hosszú sugár), nem úgy a törpe s ezért itt, hogy a törzs mell felé kerüljön, fokozottá lesz a medencedőlés.

A fokozott lordosis és fokozott medencedőlés távolabbi következménye a medence fokozott harántfeszülése (promon-

torium benyomulása, kereszt csipőesonti szalagok feszülése), a mi annak ellapulását eredményezi. Innen ezeknek a medencéknek lapos karaktere, a mely mind a két esetben megvan.

Egészben véve tehát kiesiny, alacsony, kissé lapos és fokozott dőlésű medencével van dolgunk.

Irodalom.

Bode. Über sog. fötale Rachitis. Virch. Arch. 93. Bd.
Eberth. Die fötale Rachitis. Leipzig. 1878.
Fischer. Monatschr. f. Geburtsk. XIV. und Archiv. f. Gyn. VII.
Grawitz. Fötales kretinistische Knochenwachstum. Virch. Arch. 100. Bd.

Kirchberg u. Marchand. Über die sog. fötale Rachitis (mikromelia chondromalacia). Beitr. z. path. An. v. Ziegler. V. 1889.
Stillig. Osteogenesis imperfecta. Virch. Arch. 115. Bd. 1889.
Winkler. Fötale Rachitis mit Mikromelia. Archiv f. Gyn. II. 1871.
Engel. Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudom. szakosztályának értesítője. 1885. febr. ülés.
Ireland. On sporadic Cretinism. Edinb. Journ.
Osler. On sporadic Cretinism. in America. Amer. Journ.
Bakinsky. Zur Kenntniss der congenital. makroglossie. Henoch Jubelschrift.
Voisin. Conformations des organes genitaux chez les idiots et les imbecilles. Arch. d. hyg. publ. XXXI.
Langhaus. Anat. Beiträge zur Kenntniss der Cretinen. Virch. Arch. 1897.
Ranke. Der Mensch.
Ziegler. Path. Anat. II.

IV.

A medenczebeli kötőszövet primär sarcomája.

Közli: Dr. Reichenfeld Zoltán, klin. gyakornok.

(Bemutatta a budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztályának 1900. január 30-dikán tartott ülésén.)

A medenczebeli kötőszövet solid daganatai általában ritkábban fordulnak elő; ezen daganatok mind kötőszöveti származásúak, epithelialis eredetűek itt primär módon nem fordulnak elő. Régebbi időben ugyan irtak le itt is hámeredetű daganatokat, így Wagner említést tesz a Douglashól kiinduló canceroidról, mely secundaer módon ráterjedt a méhre is, azonban ezen esetben is mindenek szerint a peritoneumnak primär carcinomájáról, ú. n. endothelrákjáról lehetett szó.

A kötőszöveti eredésű daganatok közül a medenczebeli kötőszövetből primär módon fibromyomak, sarcomak és lipomak indulhatnak ki. Ezek közül a leggyakoribbak a fibromyomak, legritkábbak a lipomak, maguk a sarcomak szintén a ritkábban előforduló daganatok közé tartoznak. Így Sängernek a medenczebeli kötőszövet primär, kötőszöveti eredetű daganatairól 1880-ban összeállított táblázatában csak egy fibrosarcomája szerepel a jobboldali ligamentum latumnak, majd 1883-ban újabb 3 sarcomával egészíti ki ezen táblázatot, melyek közül 2 a lig. latumból, 1 — és ez Sängers saját esete — a lig. rotundumból indul ki. Rosthorn a legújabb időkig, beleszámitva a Sängert által ismertetett 4 esetet is, összesen 8 esetet ismertett részletesen táblázatban és még 3 esetről tesz csupán említést a szerző egyszerű megjelölésével.

Ezekhez csatlakozik még Sängernek 1895-ben észlelt esete, mely ránk főzve annyiban kiválóan érdekes, hogy úgy a klinikai megjelenést, mint az operatio mikéntjét illetőleg, teljesen hasonlít a mi esetünkhöz, mely a következő:

K. L.-né (fsz. 306/1899.), 44 éves, négyszer szült, utójára 23 évvel ezelőtt, szülései rendesek voltak, gyermekágyban beteg nem volt. 15 éves kora óta rendszeren menstruál.

1897. február óta alhasában igen nagy fájdalmai vannak és székrekedésben szenved, széke csak hashajtókra van. Orvosai többször vizsgálták és mint a beteg magát kifejezi, „végbelében göböket éreztek, melyek azonban akkor sem tűntek el, ha hashajtóra széke is volt“. Fájdalmai, melyek később a keresztcsont tájára, valamint az alsó végtagokra is kisugároztak, annyira fokozódtak, hogy 1898. novemberben már járni is alig tudott, ágyba került, ekkor vette észre orvosa, hogy altestében daganata van. E daganat azóta állandóan növekszik, fájdalmai időnkint az elviselhetetlenségig fokozódnak úgy, hogy kisebb megszakításokkal mindig ágyban fekszik, a hosszas pihenés folytán az ágyban szinte elhízott.

Klinikánkra 1899. december hó 11-dikén vettük fel a következő jelen állapottal:

A jól fejlett és mérsékelt elhízott nőbeteg mellkasi szervei normálisak. Tágult has, vastag hájas hasfalzat, melyen

át az alhasban egy, a symphysis és a köldök közepét meghaladó resistens képletnek homályos contourjai tapinthatók. A tág hüvelybe hatoló ujj mindjárt beleütközik egy, a hátulsó hüvelyboltozatot, illetve a hátulsó hüvelyfalat mélyen ledomborító, karélyozott, tömött, kemény, a medencét csaknem teljesen kitöltő és ott úgy látszik a hátulsó medenczefalhoz rögzített, meg nem mozgatható képletbe, mely a végbél és a méh alsó szakasza közé beékelt. A portio vastosabb, tömegesebb, egészen elül, a symphysis felső széle mögött tapintható, méh jóval nagyobb, magasra felemelve és előre helyezve, fundusa meghaladja a köldök és symphysis közti közepet (ez a külső vizsgálatnál jelzett képlet).

E vizsgálati lelet szerint tehát úgy látszik, hogy a cervix összefügg a medencét kitöltő tumorról, valószínű, hogy ez belőle is indul ki és így beékelt cervicalis fibromával van dolgunk, de a tumor erősen rögzített volta, tömörsége nem zárja ki, hogy a hátulsó medenczefalról indul ki; ellene szól azonban e felvételnek az uterus felemeltetése és a daganatnak a cervix-szel való összefüggése.

Észlelésünk alatt is a betegnek igen nagy, szinte tűrhetetlen fájdalmai vannak, melyeket csak narcoticumokkal vagyunk képesek némileg csillapítani. A műtét tehát föltétlenül indicált; a daganat eltávolítására a hüvelyi utat választjuk.

Műtét 1899. december hó 30-dikán chloroform-narkosisban: Feltárás mellett a portio mögött a hátulsó hüvelyfalra — a tumor legnagyobb domborulata helyén — rámetstünk sagittális irányban és ujjal megkísértjük a tumornak kiválasztását, illetve kihámozását, e törekvésünk azonban nem sikerül, a mennyiben ezen manipulatio közben jelentékeny vérzés mellett apró mogorónyi, egész gyermekökölnyi, részint tömött, részint mállékony czafatos részeket ürülnek ki nagy tömegben. Ezen tumorrészek teljes kiürítése után kitűnik, hogy a daganat tokját leválasztani és így azt is eltávolítani nem sikerül. Baloldalt teljesen sima marad a daganat tokja, középen egy vastagabb kérges rész halad sarlóalakúlag felfelé, jobboldalt erősen érdes, kérges fal marad vissza. Az üreget alaposan kitisztogatjuk és steril gaze-zel tamponáljuk. A méh lejjebb száll, jól mozgatható.

Úgy látszik tehát, hogy cervicalis kifejlődésű fibromával van dolgunk, mely a peritoneum áthajlása és a hüvelyfal között fekszik és a daganat vagy nekrotisált vagy malignusan degenerált, a tokot kifejtteni a lobos vagy malignus infiltratio miatt nem sikerült.

A lefolyás az első 5 nap kivételével láztalan volt, a legmagasabb T. 38.4; a IV. nap a pulsus felszállt 140-re, kiesiny, könnyen elnyomható, légzés is felületes, szapora, a has rend-

kivül érzékeny, azonban alkoholikák és tinct. Strophanti adagolására másnapra a pulsus már megjavult, leszállt 120-ra s jégtömlő alatt a has érzékenysége is csökkent.

Az utókezelés abban állott, hogy a III. naptól kezdve a sebürbe vezetett gazet, a rendkívül bűzös sebváladékának alapos kitisztogatása után, naponként megcseréljük, majd a VI. nap „T” alakú kettős szárú drainösvet vezetünk a sebürbe és ezen át alacsony nyomás mellett igen gyenge sublimat-oldattal kiirrigáljuk. A drainösvet a XVII. nap távolítjuk el és ettől kezdve csak vékony gazecsíkot vezetünk be naponként a sebszélek nyitvatartására. Az ür lassankint reducálódik. A beteg annyira összeszedi magát, hogy a műtét utáni XX. nap felkel, azonban alhasi fájdalmai pár nap múlva visszatérnek, melyek ép úgy, mint a műtét előtt, elviselhetetlenek. Ki-boesátáskor a colpotomia helyén csupán újjperczet befogadó üreg van, a kis medenczének legnagyobb részét, különösen jobboldalt kitölti egy tömött, nyomásra érzékeny resistentia. Méh anteflexióban, a belső méhszáj táján hátrafelé megkötött, a jobboldali hüvelyboltozatban, közvetlenül a portio mellett, egy borsónyi dűdör.

Az eltávolított daganatrészletek együttvéve mintegy gyermekfejnyi tömeget képeznek, mogorónyi, egész gyermek-ökölnyi, oedemáson átívódott, szabálytalan alakú, szürkés-fehér, másutt vörhenyes szürke, apróbb vérömlenyekkel tarkított darabokból állanak, melyek legnagyobb része puha, mállékony, egyes helyeken azonban tömöttebb tapintatúak és finoman érdesek, metszlapjuk sima, egynemű, a tömöttebb részletek átmetszésénél finom érdeségekre ütközik a kés.

A daganat különböző helyeiből vettünk szövettani vizsgálat céljából részleteket, de fibroma, illetve myomára valló szöveti képre sehol nem akadunk, ellenben az egész daganat mikroszkop alatt alveolaris szerkezettel bír, mely az első megtekintésre carcinomának látszik és csak behatóbb vizsgálattal dönthető el, hogy itt egy alveolaris sarcomával van dolgunk.

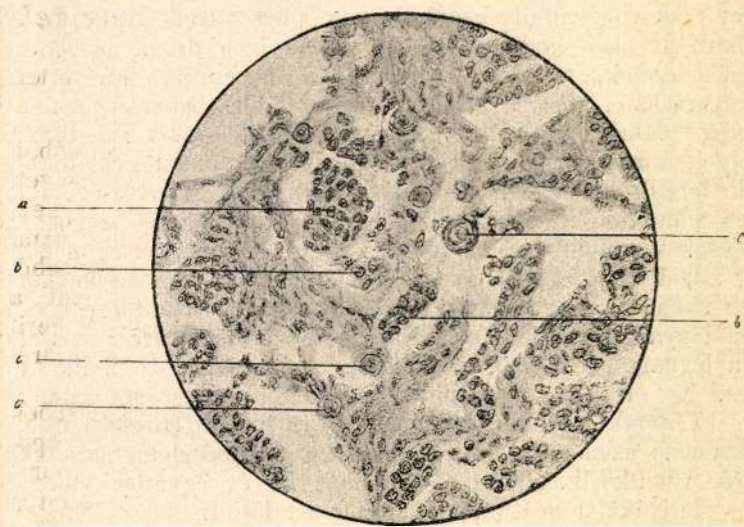
A göresövi kép a következő: mérsékeltén sejtdús kötőszöveti váz által képezett kisebb nagyobb szabálytalan alakú alveolusokban vannak elhelyezve a daganat főtömegét képező polymorph, nagy magvú sejtek (1. ábra a), itt-ott elszórva 2—3 magvú óriás sejtek. Erősebb nagyítással látható, hogy ezen daganatsejtek mint mennek át egyes helyeken a stroma sejteibe és hogy a kötőszöveti stromában is fordulnak elő elszórva — 2—3, sőt több is egy csoportban — az alveolusokat kitöltő sejtekhez teljesen hasonló nagy sejtek (1. ábra b). Immersióval nézve a metszeteket látjuk, hogy a sejtfészek sejtszélei közé egyes helyeken finom kis fibrillák mennek be a stromából. Úgy a kötőszöveti váz, mint az alveolusokat kitöltő sejtesoportok oedemával erősen átívódottak, minek kifejezéséül a daganatsejtek sok helyen egyenkint vagy többes csoportokban egymástól el vannak választva, míg a kötőszöveti rostok szétsziláltak, itt-ott elemi fibrillákra válnak szét. Másutt a kötőszöveti váz sejtszélei csillagalakúakká válnak, myxomásan degenerálnak. Nagy számmal fordulnak elő úgy a stromában, mint maguk a daganatsejtek között concentrikus rétegzettségű psammomszemcsék (1. ábra c), egyes helyeken a stromában pedig szabálytalan alakú, kisebb-nagyobb, elmeszesedett góczok találhatók. Az alveolusok falai és a bennük levő sejtesoportok között látható ürtereket egyrészt az alkoholos keményítés folytán létrejövő zsugorodás hozza létre, másrészt pedig a daganatnak friss állapotban jelen lévő erős oedemát átívódásából magyarázhatjuk, a mennyiben ezen ürterek sok helyen halványra festődő, finom, egynemű szemcsékkel vannak kitöltve, a savós átívódásból kicsapódott fibrin, illetve fehérnyeszemcséknek megfelelőleg.

A daganatot ezek szerint tehát, bár morphologice carcinomának látszik, hystogenesisénél fogva mégis sarcomának és pedig alveolaris psammosarcomának kell tartanunk, a

mennyiben, mint a göresövi képből kitűnik, a daganatsejteknek a kötőszöveti stromával való összefüggése oly közvetlen és benső, milyen carcinománál nem fordul elő.

A klinikus képek megfelelőleg most már azt kellene felvennünk, hogy egy cervicalis fibromyomának sarcomatosus degenerációjával van dolgunk, mely már annyira előrehaladt, hogy a primár fibromyoma nyomát sehol nem találjuk. Azonban a fent leírt szöveti kép sehogysem felel meg egy degeneratiót szenvedett fibroma képének, úgy, hogy tekintve a daganat elhelyezését, a méhhez való viszonyát, itt primár sarcomával van dolgunk, mely mindenek szerint a medenczébéli kötőszövetből indul ki és pedig a retrocervicalis kötőszövetből és így imitálta a cervicalis kifejlődésű fibromát.

Sängernek fentebb említett esetét, melynek mintegy hasonmása a mi esetünk, szintén collumyomának vették föl. Ugyanis 46 éves virgonál gyermekfejnyi daganat volt az alhasban, mely a mellő oldalsó baloldali hüvelyfalat mélyen ledomborította. Colpotomia útján eldarabolással, illetőleg kihámozással irtották ki a daganatot, a mi azonban csak rész-



ben sikerült; a beteg 6 hét múlva meghalt. Sectionál kiderült, hogy a daganat semmiféle összefüggésben nem volt az uterusal, hanem a baloldali parametran és praecervicalis kötőszövetből indult ki.

A mi esetünkben a lefolyás is beigazolja a tumor malignus voltát, a mennyiben a betegnél távozáskor, hat héttel a műtét után, az ür teljesen kitelődött ismét tumormassával, úgy, hogy csak újjperczet befogadó üreg van jelen, melynek falából curettel vett próbakaparék mikroscopecé teljesen az eredeti tumor képét adja; s újra előállottak a beteget kínzó nagy fájdalmak, melyek közvetlen a műtét után egy időre elmaradtak.

Az eset egyrészt a tumor érdekes kifejlődése, másrészt a szövettani diagnosis szempontjából érdemel figyelmet.

Irodalom.

1. Säger, Über primäre desmoide Geschwülste der lig. lata. Archiv f. Gynäkologie. Bd. XVI. 1880. és Bd. XXI. 1883.
2. A. Langer, Über einen Fall von sarcoma ovarii. Archiv f. Gynäkologie. Bd. XLIX. 1895.
3. C. Gebhardt, Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. 1899.
4. v. Rosthorn, Krankheiten des Beckenbindegewebes. Handbuch der Gynäkologie v. J. Veit, 1899.
5. Schwarz Hugo. Sarcoma alveolare makro-partim gigantocellulare ovarii. Orvosi Hetilap, 1899. 415. lap, 34. szám.

V.

Tuberculinkisérletek újszülötteknél.

Egy adat a gümőkór átöröklésének kérdéséhez.

Irta: Berend Miklós dr., v. egy. tanársegéd, gyermekorvos.

Hogy a veleszületett gümőkór az újszülött legritkább megbetegedései közé tartozik, közismereti tény. A rendelkezésemre álló irodalomban összesen 22 esetet tudtam összeszedni. Ezek: *Martin, Merkel, Baumgarten és Roloff, Berti, Jacobi, Armagni, Saboureaud, Lehmann, Schmorl és Kockel, Yvan Hosel, Warthin, Ausset, Oustinoff, Auchè, Chambréant, Aviragnet, Rindfleisch, Herz, Sarvey, Thiercelin és Londe, Lehmann*-féle esetek; ezek közül 3-nál a kórisme nem is egészen helyes, mert csak congenitalis bacillosis volt jelen szöveti elváltozások nélkül. Az első élethetekben ugyancsak igen ritkák az olyan gümős esetek, melyek eredete csak intrauterin infectióval magyarázható. (*Demme, Parrot, Boisselut és Lannelongue*-féle esetek.) Mindezeket összevetve, alig 50 oly esetet ismerünk, melyek intrauterin eredete kétségtelen. Bovidáknál gyakoribbnak látszik a congenitalis gümősödés (100 ismert eset). Ha ezen adatokhoz hozzávesszük a gyermekkori gümős megbetegedések morbiditási és mortalitási arány számát, kétségtelenül fog állani azon adat, hogy az első év első felében a gümőkór igen ritka, sőt még az első év második felében sem túlgyakori. Annál gyakrabban lép fel már a második évben. *Herz* szerint is a legnagyobb a megbetegedés gyakorisága az 1—2-dik év közt. Az első év tuberculosis morbiditási arányszáma nálunk 3% (*Torday*), Németországban 6·8%-ra tehető (*Biedert*) ezen arányszám azonban majdnem kizárólag az első életév második felére vonatkozik. Ha az első és második év együttes mortalitási statistikáját nézzük, akkor már azt látjuk, hogy *Schwer* szerint 26%-ja, *Queyrat* és *Aviragnet* szerint pedig 33%-ja az összes elhaltaknak gümőkórban halt el. Fontos adat azonkívül, hogy annál gyorsabb lefolyású a megbetegedés, minél fiatalabb a gyermek: az egy éven alul megbetegedetteknek 98·75%-ja, az 1—3 évesek 68·62%-ja, a 3—6 évesek 34%-ja hal el a jelzett években, vagyis a lefolyás a korról mindig idültebbé válik. A statistika tehát egyrészt azt bizonyítja, hogy veleszületett tuberculosis ritkaság, továbbá azt, hogy a gümőkór morbiditási görbéje meglehetősen hasonló a többi gyermekkori infectiók (diphtheria, scarlat) görbéihez, legalább az első életevekben, a mi kétségtelenül a hereditás ellen szól, annál is inkább, mert az első években szabályként észlelt gyors, generalizált lefolyás, acut alakok az öröklés teoriájának ugyancsak nem felelnek meg.

Lássuk kissé, hogy a végzett experimentális vizsgálatok tömegében van-e egy adat, a mi a direct átöröklést bizonyítaná. Mottóul vehetjük *Grancher és Hutinel* 1888-ban tett kijelentését: „Il n'y a pas encore de fait positif qui établisse qu'un foetus peut être procréé tuberculeux par le père”. Igen számosan mutatták már ki gümős egyének spermájában a gümöbacillusokat, még ép nemi szervek mellett is, *Johns, Bang, Siedamgrotzky, Leichtenstern, Cornil, Curt, Sirena, Pernice, Salles, Foá, Aubeau, Guzzoni, Gärtner, Derville, Maffucci*, úgy különböző állatfajok, mint az embernél, másrészt azonban többen tagadják a bacillusok előjvetelét ép, nem gümős genitaltractus mellett (*Birsch-Hirschfeld*) vagy azok virulentiáját (*Walther, Westermayer és Dobroklonsky*). A kérdést azonban az nem is dönti el, hogy lehet-e gümöbacillus a spermában, hanem az, hogy átvehető-e az ily bacillusok által a megbetegedés? Ez ellen szól 1. *Gärtner* kísérlete, a ki gümössé tudott ugyan tenni állatokat az által, hogy hashártyájokba gümös állattól eredő spermát fecskendezett, de sohasem tudta egészséges nőtény tengeri malacz ivadékát gümössé tenni az által, hogy a

hím heréjét tuberculosissá tette, 2. a bacillusoknak spermával való átvitele ellen szól, hogy idült gümösödésnél a vérben csak igen ritkán van passager bacillámia, 3. míg 226 millióra teszik az ejakulált spermatozoidok számát, alig 10—20-ra az ebben foglalt bacillusok számát (*Aviragnet*), a mi minden esetre igen kétséges teszi az infectio chance-ait, 4. a női generációkon észlelhető tuberculosis ritkasága s annak esetében a localisatio coitus infectio ellen szól, a mi alig volna érthető, ha gümőkóros egyének spermája olyan gyakran tartalmazna bacteriumokat. Direct ellene szól az apai átöröklésnek, hogy 5. soha sem láttak még 4 hónapnál fiatalabb gümös embryot, hogy 6. a gümőkór állítólagos hereditása nem disponál abortus mellett, már pedig a bacteriumokkal invadált pete alig tarthatná meg minden esetben életképeségét (*Virchow*). *Firket* pedig még a lehetőségét sem fogadja el annak, hogy egy bacillust vivő ondószálcsa termékenyítő képességgel bírna. Annak a feltevésnek pedig, hogy a bacillus nem megy be a petébe, hanem csak azon tapad, ellene szól, 6. hogy sohasem észlelték még a petehártyák vagy a köldökszínór veleszületett tuberculosisát.

Az anyától eredő germinatív öröklés ép oly kevéssé van bizonyítva, mint az apai. *Koch* terhes állatokat gümössé téve, sem látott a kicsinyeknél gümőkórt, *Grancher* és *Strauss* gümőkórban elhalt anyáktól eredő emberi foetusdarabokat állatoknak beoltva, gümőkór nem fejlődött. Negatív eredményűek *Nocard, D'Alfort, Leyden, Wolff, Curt Jani, Heller, Weichselbaum, Galtier* hasonló irányban végzett kísérletei. *Sanchez Toledo* 65 olyan tengeri nyúlfoetusnál, melyek terhes anyját gümössé tette, sem festés, sem tenyésztés, sem állatkísérletben nem látott gümösödést fejlődni.

Összefoglalva az eddigieket, azt mondhatjuk, hogy sem apai, sem anyai részről nincs még a germinatív tuberculosis bebizonyítva. Ellenben kétségtelen, hogy a magzat transplacentaris infectiója előfordul. Az összes congenital tuberculosis esetek oly anyák gyermekei, kiknél súlyos és előrehaladt gümösödés volt jelen, a mi elősegíti, a mint úgy a kísérlet, mint a tapasztalat bebizonyította, a transplacentaris infectiót, annál inkább, mert jóformán csak ilyen eseteknél van a placentában gümös elváltozás. A placenta gümösödése és a transplacentaris infectio sokkal ismertebb dolgok, mintsem velük foglalkoznom kellene. *Lehmann, Schmorl és Birsch-Hirschfeld, Calabrese, Kockel és Lungwitz* vizsgálatai még azon histológikus elváltozásokat is ismertették, a melyek szükségesek ahhoz, hogy transplacentaris infectio létre jöhessen. Csak *Charrin és Duclert* vizsgálati adatát akarom felemlíteni, hogy ha tuberculinnal megmérgezzük a terhes állatot, a placenta nem functionál többé, mint barriére és a bacillusok áthatolását megengedi. Kétségtelen dolog, hogy lehetnek olyan súlyos szöveti destructiók gümös alapon a méhlepényben, a melyek már az intrauterin infectiót megengedik, ezeknek köszönik eredetüket az ismert congenital-esetek, de a legvalószínűbb, hogy a szülésnél van meg leggyakrabban az alkalom bacillusok átmenetelére a vena umbilicalison át, ezt mutatják pl. *Bar* és *Rènon* kísérletei, a kik e vért tengeri malacznak befecskendezve, 5 eset közül 2-szer fejlődött tuberculosis. De sem *Bar* és *Rènon*, sem más szerzők nem írnak le olyan esetet, a mikor a placentaris vérről való állatoltás ad negatív, a foetus szerveivel való pedig positiv eredményt, a mi direct ért volna materiell hereditás mellett. Hogy különben a transplacentaris infectio nem játszhatik gyakori szerepet a gümőkór átvitelé-

ben, azt *Bolognesi* kísérletei igazolják: 13 gümőkóros nő placentájának és foetusainak vizsgálatánál 450 állatnál csinált oltásokat, de csak 2 esetben pozitív eredménnyel.

Teljeség okáért még egy, igen hypothetikus módját is megemlítem az intrauterin infectionnak: ez bacillusokat tartalmazó amniotikus folyadék lenyelése. Ezt *Klepp* veszi fel, a ki a bovidáknál gyakrabban előforduló veleszületett gümőkórt a gümős hashártyalob gyakoriságával magyarázza s felveszi, hogy a tubákön keresztül a méhbe jutott bacillusok infiltrálják a petehártyákat, a foetus pedig lenyeli az így inficiált liquor amnii-t. E mellett embernél csak a *Herrgott* megfigyelése szól (cit. Aviragnet), a ki egy gümőkóros öngyilkos nő liquor amnii-ját tengeri malacznak beoltva, gümőkórt látott fellépni. Értékét veszté azonban a megfigyelés az által, hogy a placentával nem végeztettek állattoltások, az infectio e módjának pedig direct ellene szól *Schmorl* és *Kockel* azon megfigyelése, hogy a tubaris nyílás tuberculosisának egy súlyos esetében a foetus ép maradt. Bovidák gyakrabbi veleszületett gümőkórját pedig teljesen megmagyarázza a kimutatott gyakrabbi placentalis tuberculosis.

Azon vizsgálatok, melyeket e helyen közölni akarok, azon nézetből indultak ki, hogy ha a gümőkóros öröklés létezik, akkor még macroscopikus elváltozások nélkül is kimutatható a tuberculinreactio által, ha bármely szöveti elváltozás, illetve tuberculinképződés jelen van. Mert a tuberculinreactiót, illetve annak létrejöttét másképen nem képzelhetem el, mint úgy, hogy vannak a szervezetben olyan vegyi elváltozást mutató sejtesoportok, a melyek a tuberculinnal chemiai affinitásban vannak, ennek a chemiai affinitásnak csak külső képe az, a mi a tuberculumfejlődésnek felel meg. Újabb vizsgálatok szerint (*Krompecher*), ha a tuberculosis bacillus annyira virulens, hogy tuberculinképződést nem idéz elő, csak óriássejtesoportok fejlődését, a tuberculinreactio is kimaradhat, a mit úgy kell magyaráznunk, hogy az óriássejteknél még nincs meg a tuberculinnal való vegyi affinitás. Tuberculin-kísérletek alapján tehát a hereditás kérdése úgy alakulna, hogy ha a reactio kimarad, kétségtelen, hogy tuberculinképződés a szervezetben nincsen jelen, de ezen alapon egyelőre sem óriássejtképződést sem veleszületett bacillaemiát nem lehetne a priori kizárni. Kissé merész kísérletnek látszhatik az újszülöttek tuberculinnal való beoltása, sőt akadhatnak olyanok, a kik ezt tudományos szempontból nem tarthatnák eléggé menthetőnek. A kísérlet azonban részéről könnyen megindokolható. Már az első tuberculinaerában voltak többen, a kik egész kiskorú gyermekeket beoltottak tuberculinnal, részben diagnostikus, részben therapeutikus indokból a legkisebb káros eredmény nélkül, mint pl. Heubner, Escherich, Epstein, a kik mind hangsúlyozták a csecsemő nagyfokú toleranciáját tuberculinnal szemben. Továbbá volt alkalmam erről saját, dr. Preisich barátommal végzett kísérleteimnél meggyőződni arról, hogy a TO még nagyobb adagban sem idéz elő egészséges gyermeknél semmi reactiót, végre pedig egy pozitív adatom is volt az újszülött tuberculin eltérési képességéről. *Schreiber* 1893-ban a Königsberg-i szülészeti kórodon 40 újszülött gyermeknél alkalmazott tuberculinreactiót. Egy decimilligrammon kezdte az adagot, de később 2—5 centigrammot is alkalmazott „a nélkül, hogy reactionnak a legcsekélyebb nyomát is látta volna”. Részéről e kísérletet azért ismételtém, mert *Schreiber* egyáltalában nem közöl részletes adatokat s így az ő kísérletei alapján csak az mondható ki, hogy ő toxikus hatást nem észlelt. S ez alap minden esetre elég a további kísérletezésre. Kísérleteimet a budapesti II. szülő- és nőbetegkórodon Tauffer Vilmos egyet. tanár, intézeti igazgató úr kegyes beleegyezésével végeztem. Az első 30 oltást 3000 gm.-nál nehezebb, 8—9 napos, későbbben 4—5 napos, majd később újszülött gyermekeknél végeztem, óvatosan tapogatózva, keresve, hogy nem látok e méreg hatásokat fellépni. $\frac{1}{40}$ — $\frac{1}{30}$, később $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{2}$ —1 milligramm tuberculin subcutan injectiója után. Miután a gyermekek zavartalan súly növekedése, a naponta végzett vizeletvizsgálat, a naponta 4-szer végzett hőmérések meggyőztek arról, hogy ezen tuberculinmennyiség az újszülöttekre teljesen ártalmatlan, áttértem tulajdonképeni kísérleteimre nagyobb adagok alkalmazása által.

1. csoport. Kísérleti adag 1 milligramm tuberculin. 15 olyan újszülöttnél fecskendeztem be ez adagot, kiknél már a súlygyarapodás megindult, kiknél más nyomokban sem volt albuminuria s kiknél úgy az apa, mint az anya egészséges volt. Kísérlet az 5—8. életnapon. Az oltás az újszülöttek közérzetét egyáltalában nem befolyásolta, hőemelkedés nem lépett fel, a súlygyarapodás úgy az oltás napján, mint a további (a 11—12. napig terjedő) megfigyelés alatt kifogástalan volt. (1898. évi 266, 309, 335, 340, 300, 267, 315, 283, 328, 245, 246, 447, 248, 237, 252. szülési szám alatt vezetett esetek.)

2. A második csoportba oly gyermekeket vettem fel, a kiknél előző hőemelkedés a tuberculin tűrés képességét mintegy kipróbálta. Azt akartam ugyanis látni, hogy vajjon nem-e az absolut láztalan állapot az oka annak, hogy az újszülöttek a tuberculin olyan jól tűrik, köldökgyógyulási zavarok mérsékelt fokai főleg azon időben még elég nagy számmal voltak a kórodon a naponta végzett füröszteések miatt, úgy hogy 37.8°, 37.5°, sőt 38.2 fokos hőemelkedés épen nem volt ritka. (E csoportba tartoztak a 313, 293, 304, 256, 253, 278, 301. szülési számok.) E 7 eset közül az első 3-nál 1 milligramm, a következő 4-nél 2 milligrammot fecskendeztem be, minden hatás nélkül, a mit leginkább az bizonyít, hogy nemcsak a testsúlyviszonyok nem szenvedtek semmi kóros változást, de a gyermekek közérzete sem, a lázas állapot pedig, melyben a gyermekek az injectio ideje alatt voltak, egy ízben sem mutatott exacerbatiót és 24 óra leforgása alatt a hőmérsék minden esetben normalissá vált. Ezen esetek közül egynél (293. sz. az apa tüdőbajos) az anya kimondása szerint is már több ízben voltak vérköpei. E gyermekeket a kórodiról távozása után is figyelemmel kísértem; 5 hónapos korában erős és egészséges. 3. Apai hereditás, illetve terheltég van a 290, 272, 257, 288. sz. esetekben is (gyakori köhögés, éjjeli izzadások, időnkint láz), de még megtartott munkaképesség mellett. E 4 esetben 2 milligrammra semmi reactio.

4. Egészséges szülők gyermekeinek tuberculin-tűrés képességét meghatározandó. 30 esetben 5—10 milligramm tuberculinnal végeztem oltásokat láztalan állapotban. Ezek: 264, 261, 363, 390, 274, 288, 359, 291, 270, 273, 277, 376, 282, 283, 305, 306, 308, 314, 319, 322, 324, 325, 326, 329, 331, 360, 332, 344, 345, 349. szülési számok alatt vannak vezetve.

A) Ezen esetek közül néhányánál dyspeptikus zavar volt jelen (első 6 szám), minek következtében 10—30 gm. súlycsökkenés mutatkozott az oltást követő 24 órában, a dyspepsia elmúltával azonban a súlyviszonyok újra normalisakká váltak. B) Az anya insufficientiája, tehát nem eléggé kielégítő tápláltság volt a következő 6 esetben, minek következtében az oltást követő 24 órában 30—40 gm. súlycsökkenés volt észlelhető. Megjegyzem, hogy ezen, az anya insufficiens voltára vonatkozó csoportban az oltások a 7—8. életnapon végeztek, miután a 3—5. életnap súlycsökkenéséből — mely mivel sem volt kisebb, mint az oltást követő 24 órában — valamint az emlők és székletek vizsgálatából az anya insufficiens volta megállapított. C) Az első életnapon végeztem 5 milligramm a beoltást a 282—314. közti 6 esetben. A következő napi súlycsökkenés 150—200 gm. között ingadozott, tehát a normalis határok közt maradt. Albuminuria ezen 6 eset közül 3-nál volt kimutatható, a 4. életnapon túl azonban egy esetben sem terjedt. A későbbi napok súlynövekedése ezen 6 esetben teljesen kifogástalan volt, a 283. sz. esetet kivéve, a kinek anyjánál rhagadképződés volt jelen. Reactionnak ez esetekben sem mutatkozott semmi nyoma.

D) A 314—349. közé eső 13 esetben egy centigramm TO-injectiójára ugyancsak semmi reactio; súlynövekedés, fejlődés, közérzet normalis.

5. Kóros esetek. (304. sz.) Anya lázas, mellhártyalobban fekszik, vérköpe többször volt. 3 milligramm TO; reactio negativ.

351—357. sz. esetekben cat. apicis pulmon. az anyáknál, kimutatható gümöbaccilusok a köpetben. 5 mgm. TO; negativ reactio.

A 298. sz. esetben idült, valószínűleg gümös mellhártyalobban fekszik az anya. Gyermekek születési súlya 3200 gm.; oltás a X. életnapon 5 m gm. tuberculinnal, másnapra 15 gm. súlygyarapodás.

Végre a 372. sz. esetben a 2850 gm. születési súlyjal bíró újszülött anyjánál súlyos, előrehaladott cavernás tüdőgümösödés volt jelen, rázó hideg és lázakkal. A 9. életnapon 5 m gm. TO. Másnapra 70 gm. súlygyarapodás. Az anya gyermekével, megbetegedése miatt hosszabb ideig maradt a kórodán, ezalatt az újszülött mindig láztalan, a mesterséges táplálást jól tűri és 500 gm. súlygyarapodással hagyta el a kórodát.

Mindezen kóros esetekben figyelemmel kísértem a gyermekek sorsát a kórodáról távozásuk után is. A 351—357. sz. esetek dajkaságba adtak s csak annyit tudtam meg róluk, hogy állítólag egészségesek (5 hónapos korban). A 304. sz. gyermeket eleinte anyja szoptatta, később dajkaságba adta; 3 hónapos korban beteges volt, sokat szenvedett hányás és hasmenésben, de nem köhög. Magam láttam 3 hónapos korukban a 298—372. sz. csecsemőket — teljesen egészségesek voltak.

Összefoglalva az eddigieket, azt kell kísérleteim alapján mondanom, hogy, miután Koch eredeti, első közleményében azt mondja: „Die untere Grenze der Wirkung liegt beim gesunden Menschen bei 0.01 gm. (gleich einem Cubikcentimeter der hundertfachen Verdünnung)“, más helyen pedig: „Kindern im Alter von 3—5 Jahren haben wir ein zehntel dieser Dosis — also 0.001 gegeben und damit eine kräftige, aber nicht Besorgniss erregende Reaction erhalten“, ezzel az én tapasztalataim nem egyeznek. Sohasem láttam dr. Preisichhel végzett kísérleteimnél 1 centigrammra egészséges gyermeket, bármiként is reagálni s kétségtelennek kell tartanom, hogy az egészséges gyermek tuberculineltérési képessége igen nagy. Az újszülöttnél pedig a tuberculin relative óriási adagai sem fejtenek ki toxikus hatást vagy reactiót. (Még egyszer emlitem, hogy Schreiber 2—5 centigrammra se látott reactiót.) Azt is ki merem mondani, hogy az újszülött tuberculineltérési képessége relative nagyobb mint a felnőtt emberé.

Megjegyzem, hogy a használt tuberculin hatékonysága folytonos control alatt állott és 5 milligrammja feltétlenül intenzív lázas reactiót idézett elő gümőkóros gyermekeknél. Kétségtelennek kell tehát tartanom először is azt, hogy a reagált gyermekek egyikénél sem lehetett jelen congenitalis tuberculosis, sem a szónak klinikai, sem histologiai értelmében, vagyis ez újszülöttek egyikénél sem lehetett tuberculomképződés a testben, bármely rejtett alakban sem. A priori nem zárja ki e reactiók negatív volta ellenben a születéskor esetleg szerzett bacillaemiát vagy oly intrauterin infectiót — mondjuk: hereditást —, melynél a bacillusok lappangva, avirulensen maradtak meg a foetalis szervezetben.

Nézzük tehát, hogy a hereditás tanának ismert adatai és hypothesisai hozhatók-e oly összefüggésbe e kísérletek eredményével, hogy azokból együttesen valamely következtetést levonni szabad legyen. A gümőkór örökléséről három nézet küzd egymással, 1. a Baumgarten által hangoztatott direct hereditás a latens csírákkal, 2. a praedispositio öröklése és 3. tagadása minden öröklésnek és felvétele az extrauterin contagiumnak minden esetben. Ezek közül itt direct csak az elsővel kell foglalkoznunk, a csírahereditás tanával. Említettem már, hogy kísérletileg legalább sem apai, sem anyai részről bebizonyítottak nem tekinthető. Az ő felvétele, hogy a gümös csíra larvált — tehát egyelőre legalább avirulens — állapotban marad egy mirigyben, csontvelőben, míg valami virulens-állapotba hozza; a larvált állapotot pedig az élénken növekedő embryonalis sejtekkel magyarázza, melyek a bacillusok fejlődését megakadályozzák. Ez ellen Virchow, már hangoztatott nézetén kívül azt is felhozta, hogy, miután a sejtek növése nem szűnik meg közvetlen a születés után, sokkal későbbre kellene esni a megbetegedések zömének. Az örökölt bakterium oly nagyfokú attenuatióját, mint a melyet Baumgarten felvesz, már csak azzal sem tudjuk könnyen megegyeztetni, hogy az első életévben fellépő tuberculosis majdnem mindig generalizált alakban jelentkezik és acut lefolyású. Igaz ugyan, hogy ennek

magyarázatára első sorban a rendkívül kisfokú resistantia is elég — a nélkül, hogy a bakterium nagy virulentiáját felvessék. Az embryonalis sejt Baumgarten által supponált azon sajátága, hogy az „örökölt“ bakteriumot avirulenssé teszi — feltételezné azt, hogy a születés után a sejtek biochemikus tulajdonságai annyira megváltoznak, hogy az avirulens bakterium larvált alakjából kiléphet. Ezt alig támogatja más mint Maffucci-nak azon kísérlete, hogy tojásokban az embryon kívüli fehérjében látta involutiós alakokká változni a gümö-bacillusokat. De Maffucci szerint sem engedi meg az életképes embryo a bacillusok kifejlődését s e küzdelem eredménye az a marasmus, a melyben az ilyen kísérleti állat elpusztul. Ugyanilyen marasmust láttak fellépni Grancher és Martin attenuált culturákkal történt állatkísérleteiknél, de ők fel is állították azon tételt, hogy attenuált culturákkal kezelt állatok vaccínálva vannak virulens gümőkór ellen, de ki vannak téve egy folyton növekedő marasmusnak, egy cachexiának, melynek bonczani képe vagy egy scrophulotuberculosis vagy egy épen olyan nagy fehér vese alakjában jelentkező veselob, mint a minőt súlyos görvélykóránál akárhányszor látunk.

Baumgarten véleményét látszik támogatni Maffuccinak azon sokat citált kísérlete is, hogy tuberculocussá tett terhes lapineket leölve, az embryo részeivel történt állattartások csak akkor adtak pozitív eredményt, ha az állat leölése az oltást követő 24 órában történt. Ha az egész terhesség alatt kihagyta hordani az ivadékok s az extrauterin élet különböző idejében megölte, a 4. élethónapban már mindnek volt tuberculoma a májban, de bacillusok nem voltak kimutathatók s az elváltozások regressiv jelleget mutattak (néha más hegedést is) és ezek voltak épen azon állatok, a melyek a már többször említett marasmusban pusztultak el. Ezen kísérletet részemről épen azért nem tartom bizonyító értékűnek, mert az infectiót követő 24 órában leölt embryo részeivel történt oltások pozitívek voltak. Ez nem magyarázható másképpen, mint úgy, hogy a placenta szöveti destructiója nélkül is átmentek a bacillusok a magzat testébe. Ez pedig embernél meg nem történhetik. Ez a bacillaemia természetesen megmagyarázza a májban fellépett tuberculomképződést. A viszonyok különben sem analogok az emberével, mert ezt a többször emlegetett marasmust embernél is meg kellene látnunk, a valóságban azonban csak egy kórképe van a gyermekkor tuberculosisának, mely ezzel analógiába hozható: a legtöbbször gümőkóros alapú atrophia simplex. Csakhogy ezt sem közvetlenül a születés után látjuk, csak az első életév második felében.

Grancher és Martinnak említett azon szabálya pedig, hogy az attenuált culturával kezelt állat vaccínálva van virulens gümőkór ellen, azon tapasztalattal, hogy az első életévben alig látunk más mint generalizált alakot, nem volna összeegyeztethető, még ha az az attenuatio intrauterin időben történt is meg.

Az nem képezheti kérdés tárgyát, hogy a foetusba transplacentaris úton bejutott gümöbacillusok többször kimutathatók szöveti elváltozások nélkül; Landouzy és Martin, Aviragnet, Birsch-Hirschfeld, Schmorl, Bar és Rénon, Londe és Thiercelin kísérletei ezt eléggé bebizonyították. De ha a transplacentaris infectiónál az organismusba bejutott bakteriumok kimutathatók, akkor miért vegyük fel azt, hogy más esetekben megint involutiós alakokká változnak, mint azt Maffucci gondolja? hogy szöveti elváltozások ilyenkor még nincsenek, annak oka, hogy nem volt idő ezen kifejlődésére.

Mindennapi tapasztalat igazolja azt, hogy minden fertőző bacillosis iránt nagy a dispositio az újszülött szervezetben. Állatkísérletek bizonyítják, hogy attenuált culturák újszülött állatra való oltás által erősíthetők — direct kimutatta ezt Sanchez Toledo tuberculosisra nézve is — mindennapi tapasztalat igazolja, hogy az újszülött ember a gümőkórral szemben mennyire nem resistens, hogy egyeztetjük össze e tényeket azzal a semmivel be nem bizonyított hypothesisal, hogy a növekedő sejtnak olyan bacteriumellenes hatása van, mely egészen avirulenssé teszi?

Baumgarten tanából azonban intangibilisan maradnak a következő dolgok: latensen maradhat az extrauterin életben

szerzett *tbc. bac.* hosszú éveken át, *congenitalis bacillosis occult* alakban fennállhat, de tuberculumképződés mellett.

Hogy a növe sejt ezen bacteriumellenes hatását fölvenni nem lehet, azt éppen a születéskor vagy a születés után létrejövő infekciók bizonyítják, mert ilyenkor a 3 hónapos gyermeknél más tuberculumképződés kimutatható. Ha a transplacentaris infekciónál akadálytalanul szaporodhatik és képez tuberculumokat a gümöbacillus, akkor ép így képezhetne tuberculumokat a foetalis élet korábbi szakában is germinatív infekcio esetén. De még egyszer említem, hogy 4 hónapnál fiatalabb emberi gümös embrió még senki se látott, a Baumgarten tanát tehát úgy kellene kibővíteni, hogy minél embryonálisabb a szövet, annál inkább lehet avirulens állapotban a gümöbacillus. Ez pedig semmiesetre sem tehető fel. Azt kell mondanunk, hogy eddig még a Baumgarten-féle tan beigazolvánincs, *ha pedig nem vesszük fel azt, hogy a foetusba jutott gümöbacillus avirulenssé válik; ha nem vesszük fel azt, hogy megmaradhat a szervezetben szöveti elváltozások nélkül, úgy a tuberculinreactio hiánya újszülötteknél hatalmas érvevé válik a direkt hereditás ellen is, mert szöveti elváltozások, illetve tuberculumképződés mellett a tuberculinreactio nem maradhatna ki.*

Természetes, hogy az én kísérleteim alapján a heredo dispositio tanához hozzászólni nem lehet, ezt a tant az én kísérleteim sem nem erősítik, sem nem gyengítik. De azt kell hinnem, hogy a heredodispositio tanának merev tagadása kissé túlhajtott dolog. Csak Charrin és Roger azon kísérletére kell emlékeznünk, hogy ha egy him vagy nőtény állatot kis toxinadagokkal megmérgezzük, az újszülöttek gyengék, minden infekcio iránt fogékonyakká válnak. Megegyezik ez azzal, a mit éppen a tuberculosishoz heteromorph átörökléséről tudunk és éppen nem szól ellene az a Charpentier által kimondott tapasztalat, hogy tuberculosus szülők gyermekei a születéskor aránylag nagyok és erősek. Újabb autorok közül Landouzy veszi fel a dispositio öröklését. Peter szerint „on ne nait pas tuberculeux, mais tuberculisable“, mások „a terrain hereditásáról“ — „bacilliphil egyénéről“ — beszélnek. Valóságban azonban a heredo dispositio tanának, bármilyen plausibilisnek látszik is, hiányzik az experimentális bizonyítéka. Extrauterin contaminációval magyarázhatjuk meg legkönnyebben az összes eseteket, hogy pl. a korai csecsemőkor gümőkórjánál sem kell rögtön intrauterin infekcióra — tehát öröklésre — gondolni, ezt bizonyítják pl. Bernheim kísérletei: tuberculizált állatok ivadéka csak akkor lett gümös, ha anyjával maradt egy ketrecben. Tuberculosus nő gyermekei közül a rögtön dajkaságba adottak egészségesek maradtak, az otthon tartottak elpusztultak. Strauss pár hetes gyermeknél ír le gümösödést, a hol a szülők egészségesek voltak s az extrauterin infekcio ki volt mutatható. Ugyanilyen esetet közöl Haushalter. Extrauterin contaminatio mellett szólnak Hutinel, Stich, Bollinger azon adatai, hogy árvaházban tartott gyermekeknél, a kiknek majdnem 50%-jénél mutatható ki gümőkóros terheltség, tuber-

culosist alig látunk. E mellett szól az újszülött csekély resistentiája általában a tuberculosissal szemben. Mert még a gyermekkori görvélykört sem kell mindig tulajdonképeni attenuált alaknak tekintenünk. Csak annyiban attenuált alakok ezek, hogy kevés bacillus jutott a szervezetbe s így létrejöttek olyan localis elváltozások, a melyek ép olyan infectio mellett a szervezet nagyobb ellenállás képessége miatt felnőtté nyom nélkül tűntek volna el. Ez a felvétel képes megmagyarázni azt a nagy ellentmondást, mely a gyermekkor generalizált alakjai és localis folyamatai közt áll fenn, a nélkül, hogy minden esetben attenuált bacteriumokkal való infectiót kellene felfennünk.

Tudjuk azonkívül állatkísérletekből, hogy eltelik 2—3 hónap, míg a beoltott bacterium destructiókat okoz, így van ez embernél is, és ez az oka annak, nem pedig a csira larvált volta, hogy 3 hónapnál fiatalabb egyénnél tuberculumképződést alig látunk.

Ha a létező experimentalis vizsgálatokkal saját kísérleteimet egybevetem, a következő következtetéseket lehet levonnom:

1. Az újszülöttek nagy tuberculineltérési képessége általában a mellett szól, hogy ezen mérgeg iránt sokkal kevésbbé érzékenyek mint a felnőtt.

2. Tuberculinreactio kimaradása az összes esetekben határozott érve a latens congenital tuberculosis histologikus alakja ellen, úgy hogy ez alapon ki lehet mondani, hogy a szó klinikai és kórbonczati értelmében vett lappangó gümösödés az újszülött-nél csak a legritkább esetben lehet.

3. Miután súlyos gümőkórosok mellett az anyáknak kimaradt a tuberculinreactio: ez a transplacentaris infectio nagy ritkaságát bizonyítja és érve a mellett, hogy ennek a gümőkór hereditásban nagy szerepet juttatni nem lehet.

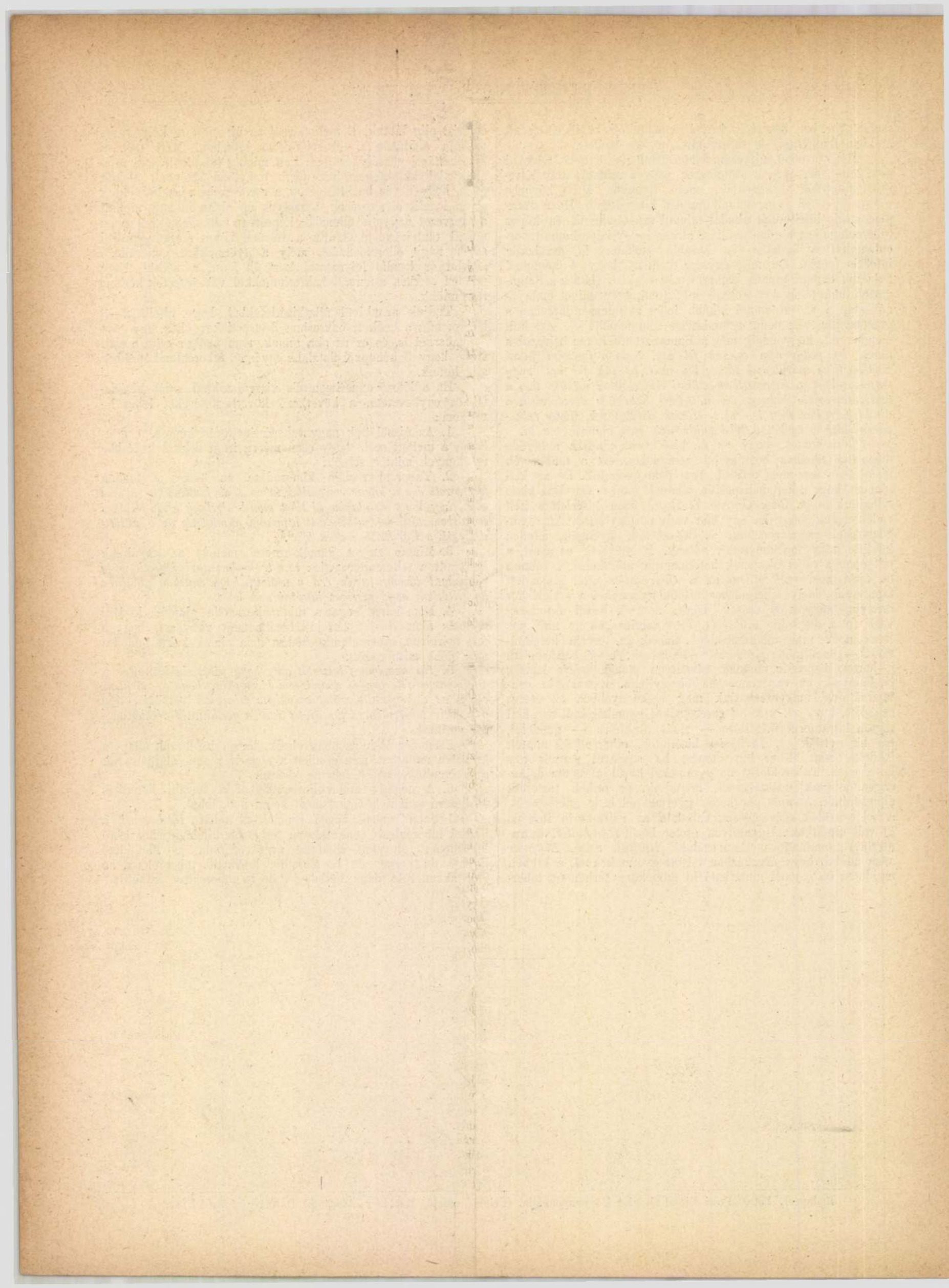
4. Nem lehet negativ tuberculinreactio alapján kizárni születés alatt esetleg létrejött bacillaemiát vagy azt, hogy a test avirulens, tuberculumképződést nem okozó bacteriumokat már előbb tartalmazott.

5. Ha azonban felvesszük azt, hogy nincs bebizonyítva a Baumgarten-féle tan és semmi sem bizonyítja, hogy a virulens csirát az embryonalis szövet avirulens állapotba hozhatja, úgy a negativ tuberculinreactio direct érve a germinatív öröklés megtagadásának.

Ezen conclusio azonban elesik, ha a csira larvált állapota ki volna mutatható; ez esetben a negativ reactio alapján csak a tuberculinképződést lehetne kizárni.

6. A negativ tuberculinreactiókból a terrain hereditás kérdésére semmi következtetést vonni nem lehet.

Legyen szabad végső conclusióul tehát Heubnernek a berlini tuberculosis congressuson tett azon kijelentéséhez csatlakoznom: „on pent admettre avec certitude, que l'hérédité directe du germe de la maladie, le bacille tuberculeux, ne joue aucun rôle dans l'étiologie de la tuberculose infantile.“



ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KORBÚVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanársinak, a fő- és székvárosi kórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán- gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmarszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pal, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Zirkelbach Antal: Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.) Klinikai tapasztalatok a jodipinről. 363. l.

Moskovitz Ignác: Az asthma gyógykezeléséről. 364. l.

Torday Ferencz: A gyermekkori heveny fertőző kórok prophylaxisa. 366. l.

Weisz Miksa: Kimutatás az egyetemi elme- és idegkórtani klinika 1899-dik évi forgalmáról. 368. l.

Tarcsa. Grósz Emil: Az orvos szakértői működése. 369. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Haberern J. Pál: Az utóbbi időben előfordult chloroform- és aether-halálesetekről 370. l. — Könyvismertetés. Gilbert Ballet: Swedenborg. Histoire d'un visionnaire au XVIII. siècle. 372. l. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Nakanishi: Egy új festési módszer. (Hönig Izso.) — Gyógyszertan. Siegfried: Carniferrin. (Kernfeler Jenő.) — Belgyógyászat.

Model: Súlyos opiummérgezés. (Hönig Izso.) — Popoff: Vérzések a Basedow-kórban. (—ts.) — Lükérath: A Korsakow-féle psychosis. (—ts.) — Bőr- és buja-kórtan. Lanz: A gonococcusok elhelyeződése kankós váladékban. (Reich Dezső.) — Hodara: Egyes bőrbetegségeknél a cukor használata. (Schik Károly.) — Kisebb közlemények az orvosi gyakorlatra. Strauss: A vastagbél alsó részei heveny és idült lobos folyamatainak gyógyítása. — Begg: Variola gyógyítása. 372—373. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — Az Orsz. Közegészségi Egyesület. — Szegénysorsú gyermekek lipiki thermalis jodkúrája. — A Semmelweis-féle emlékalap jelen állása. — Adakozás a Semmelweis-emlékre. — Nenadovics Lázár. — Fodor József. — Elhunyt. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Kuthy dr. 373. l. Megjelent. — Pályázatok. Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.)

Klinikai tapasztalatok a jodipinről.

Irta: Zirkelbach Antal dr. klinikai gyakornok.

Közismeretű dolog, hogy a jodnak mily fontos szerepe van a terapiában, de viszont ismeretes az is a gyakorló orvos előtt, hogy a jodnak az eddig általánosan használatos alakokban való adagolásánál mily gyakran fejlődnek ki a jodismus név alatt ismeretes kellemetlen melléktünetek, úgy annyira, hogy ez sokszor lehetetlenné teszi egy időre, egyes egyéneknek pedig egyáltalán, a jod további adagolását. Már maga ezen körülmény eléggé okadatulja s teszi érthetővé azt, hogy újabban oly jodvegyületeket igyekeznek előállítani, melyek ily kellemetlen melléktüneteket nem okoznak. De az újabb jodpraeparatumnak előállításával nemcsak a jodismus elkerülését célozzák, hanem egyszersmind azt is igyekeznek elérni, hogy a jod oly vegyület alakjában vitessék a szervezetbe, a mely vegyületből lassabban s egyenletesebben történjék a jod lehasadása s így ez által az eddigieknél erélyesebb s hosszabb jodhatást érjünk el. E követelményeknek megfelelni akaró s újabban fogalomba hozott jodpraeparatumnak között a Merck E.-féle darmstadti gyár által készített s forgalomba hozott jodipin az, a melyről már több külföldi szerző tapasztalata igazolja azt, hogy egyrészt a jodismus veszélye nélkül adagolható, másrészt úgy látszik, hogy a jodalkaliák (jodkalium, jodnatrium, jodammonium) alakjában bevitt jodnál erélyesebb s tartósabb jodhatást fejt ki.

A jodipint a terapiába Winternitz H. vezette be. Ő u. i. felhasználva a zsíroknak ama tulajdonságát, hogy azok a halogen elemekkel egyesülni képesek, tartós u. n. jodzsírokat állított elő, a melyek a jodot szorosan kötve tartalmazzák. E jodzsírok

közé tartozik a jodipin is. Winternitz a jodzsírokat állatoknak adagolva azt tapasztalta, hogy azok a test majdnem valamennyi szövetében lerakódnak s ezért ő a jodzsírokat therapiail czélokra is ajánlotta annál inkább, mivel remélhető volt, hogy így a jodzsírokat a „locus morbi“-hoz juttathatjuk s ezek ott lerakódván, a jod lehasadásának megindulával gyógyító hatását a „locus morbi“ helyén fejtheti ki.

A jodipinnek nevezett készítmény a tiszta jodnak sesamolajjal való vegyi összeköttetése; íze, kinézése, szaga hasonlít a készítésére használt zsíradékéhoz. A gyár 100 cm³-es üvegekben hozza forgalomba a jodipint, egyrészt 10, másrészt 25%-os oldat alakjában. Mi a 10%-os oldatot rendeltük; ez oldatból egy 100 cm³-es üveg 10 gm. tiszta jodot tartalmaz, így ha egy evőkanál jodipint 15, egy kávéskanálnyit pedig 3-5 gm.-nak veszünk fel, akkor egy evőkanál jodipin 1-5, egy kávéskanál pedig 0-35 gm. tiszta jodot tartalmaz, mi az előbbi esetben megfelel 1-96, az utóbbi esetben pedig 0-457 jodkaliumnak. Ha a jodipin a szervezetbe jut, akkor az, mint Winternitz¹ állatkísérletei bizonyítják, a gyomron változatlanul megy át, felszívódásra csak a belekben kerül s azután akként változik, hogy egyrészt szabad jod hasad le belőle, másrészt pedig mint jodipin a legkülönbözőbb szövetekbe, főleg a zsírszövetbe hosszabb-rövidebb időre lerakódik s azután az így lerakódott jodipinből, lassan, de folytonosan lehasadva a jod „in statu nascendi“ kifejti hatását. A szervezetet azután a jod, ha a jodipint per os adagoljuk, a vizelet, bél-sár s nyál által hagyja el, míg a subcutan adagolásnál a jod kiválasztása csak a vesék s a nyálmirigyek által történik. (Winternitz, Klingmüller.) Winternitz állatkísérletei a jodipin ártalmatlanságát is bebizonyították² s éppen ez indította Frese Ottó dr.-t³ Halleban arra, hogy a jodipint embereken is kipróbálja. Ő asthma bronchiale 6, emphysema pulmonumnak pedig 7 esetben adott a betegnek jodipint akként, hogy a 10%-os oldatból 2—3 kávéskanálnyit rendelt naponta. Az általa észlelt esetek mindegyikében kedvező hatást gyakorolt a jodipin a nehéz

légzésre s a fuladásra. Eseteiben a jodipin egyetlen egyszer sem okozott jodintoxicatiót vagy gyomorrontást. Egy másik előnyét *Frese* a jodipinnek abban látja, hogy hatása hosszabban tartó s állandóbb, mint a jodalkaliaké; ezt ő abból magyarázza, hogy a jod kiválasztása a szervezetből lassabban történik akkor, ha azt jodipin s nem jodalkali alakjában adagoljuk; hogy ez így van, azt bizonyítja az is, hogy a per os adagolásnál a vizeletben a jod, ha jodalkali alakjában jut a szervezetbe, átlag 3, jodipin után ellenben 8—10 napig mutatható ki.

Klingmüller Viktor dr.⁴ Neisser tanár boroszlói klinikáján a jodipinnek subcutan való alkalmazásával tett kísérleteket. Ezen kísérletek megtételére az indította *Klingmüller*t, miszerint előfordulhat az az eset, hogy a beteg némelykor nem akar (pl. egyik-másik elmebeteg) vagy nem képes (pl. eszméletlen állapot) jodot per os magához venni. Akkor is célszerű a jodot subcutan nyújtani, ha a jodalkaliaknak előzetes és hosszas adagolása esetleg a gyomor-bélrendszert már megtámadta, de mindezek dacára a jod további adagolása indokolt. A jodipin subcutan alkalmazása annál is inkább indokolt volt, mivel az addig használt jodoform-olaj-injectiók mellett gyakran léptek fel mérgezési tünetek, a jodkalinak subcutan való alkalmazása pedig túlságos fájdalommal volt összekötve. *Klingmüller* luesban szenvedő 36 betegnek mintegy 220 injectiót adott a 10%-os jodipinből. Kezdetben kísérletképen 1, 2, 5, majd 10 kcm.-t adott subcutan, s minthogy a betegek ez utóbbi adagot is kifogástalanul tűrték, naponta két izben adott 10 kcm.-t a 10%-os jodipin-oldatból, s így a beteg pro die 20 gr. tiszta jodot kapott. Ezt az adagot *Klingmüller* 5 egymásután következő napon át adta s azután egy időre a kúra be volt fejezve. A befejeződésekre legalkalmasabbnak a glutetalis tájat találta, a folyadékot a bőr s izomzat közti szövetbe fecskendezte, fájdalmat vagy lobos beszűrődést egy esetben sem észlelt. Ha a jodipint subcutan alkalmazzuk, úgy a jod még inkább kihasználhatjuk, mint a per os adagolásnál, mert míg az utóbbi esetben a jodnak egy része a bélsárral is távozik, addig a subcutan alkalmazásánál a jod bélsárral nem, hanem csak a vizelettel s nyállal hagyja el a szervezetet (*Winternitz*). Subcutan adagolva a jodipint, hatása hosszabb és tartósabb, mint ha azt per os nyújtjuk, ezt bizonyítja az, hogy a vizeletben subcutan adagolás után átlag 4 hétig mutatható ki a jod, míg a per os nyújtott jodipin csak 8—10 napig mutatható ki a vizeletben. *Klingmüller* kísérleteiből meggyőződött arról, hogy tertiaer luesre a jodipin kedvezőleg hat s hogy hatása állandóbb a jodalkaliakénál, azt is tapasztalta, hogy az organismusba subcutan jutott jod lassan, egyenletesen s teljesen kihasználhatjuk s a csak néhány napig alkalmazott injectiókkal hetekig tartó jodhatást lehet a szervezetben előidézni, illetve fentartani. *Klingmüller* a jodipinnek subcutan alkalmazásánál, eseteinek egyikében sem látott jodismust vagy kellemetlen gyomor-béltünetet fellépni. Ujabbán a befejeződésként a jodipinnek 25%-os oldatát használja, mert így kisebb folyadék quantummal is elegendő jodot juttathat a szervezetbe.

*Radestock*⁵ Drezdában szintén jó eredményeket ért el a jodipinnel, főleg tertiaer luesnél, tabes dorsalisnál s aneurysmáknál. Ő betegeinek a 10%-os jodipinből 30—45 gm.-ot rendelt per os pro die, a nélkül, hogy ez adagolás mellett jodismus lépett volna fel. Tertiaer lues néhány esetében a jodipint nemcsak belsőleg, hanem külsőleg a beteg helyekre való bedörzsölés alakjában is rendelte. Ugyancsak ő tapasztalta, hogy a jodipin, ellentétben a jodalkaliakkal, a test tápláltsági fokát gyakran növeli. Jó eredményeket ért el a jodipinnel *Kindler* s *Burghardt* is. *Kindler*⁶ 8 asthma-eset közül 5-nél igen jó, 3-nál pedig csak közepes eredménnyel rendelte a jodipint, 5 tertiaer lues közül 4 esetben teljes sikert ért el a jodipin adagolásával. *Burghardt*⁷ hét olyan, általa jodipinnel kezelt tertiaer lues-esetet közöl, melyeknél az igen jól hatott, s főleg abban látja előnyét a jodkali fölött, hogy a gyomrot nem rontja s jodismust nem okoz.

Mindeme észlelők által elért kedvező eredmények indítottak bennünket is a jodipin kipróbálására; mi ezen szert majdnem mindamaz esetekben adtuk, a melyekben a jodalkaliak adagolása egyáltalában javulva van. A mi az adagolás módját illette, naponta 3 izben, reggel, délben és este mindig étkezés után rendeltük, még pedig rendszerint akként, hogy reggel egy kávéskanállal,

délben és este pedig egy evőkanállal vett magához a beteg. Kísérletünk céljaira a 10%-os praeparatumot használtuk s így ha egy kávéskanál jodipint 3·5, egy evőkanálnyi pedig 15 gm.-nak számítunk, akkor a beteg naponta 3·35 gm. jodot vitt szervezetébe, a mi 4·37 jodkalinak felel meg. 3 esetben a jodipint subcutan adtuk akként, hogy a beteg 5 napon át naponta két izben (reggel s este) kapott 10 kcm.-t a 10%-os jodipinből. Eseteink túlnyomó számában betegeink a per os adagolt jodipint jól tűrték, egy részük azonban annak kellemetlen olajízéről panaszkodott; ilyenkor, ha 5—10 csepp ol. menth. pip.-t tétettünk 100 gm. jodipinhez vagy ha a beteg a szer bevételé után kevés csokoládét vagy citromot evett, akkor e panasz is a leg többjénél megszűnt. Két esetünkben leközölhetlen undor mutatkozott az olajszerű s ízű jodipin iránt s így azt e két betegnél subcutan alkalmaztuk. A betegek étvágyát a jodipin nem rontotta, étvágytalanságról csak azok panaszkodtak, kik már a szer szedése előtt is abban szenvedtek, míg ellenben a székletére, mint néhányszor tapasztaltuk, kedvező hatást gyakorolt, mert olyanoknál, kik addig székszorulásban szenvedtek, rendes székletétet idézett elő, sőt két esetben eleinte hasmenést is okozott. A jodipin nyújtásánál eseteink nagy részénél figyelemmel kísértük azt is, hogy a bevétel után mennyi idő múlva jelenik meg a jod a vizeletben s hogy meddig mutatható abban ki. Per os adagolásnál átlag 20—25 perc múlva volt a jod a vizeletben kimutatható, míg subcutan adagolásnál átlag 52—58 óra múlva, de viszont a per os nyújtott jodipin illetve jod csak 8—10 napig, míg a subcutan adagolt az első esetünkben 24, a másodikban 25, a harmadikban pedig 29 napig volt a vizeletben kimutatható (a jodkali alakjában nyújtott jod rendszerint csak 3—4 napig mutatható ki a vizeletben). E helyen jegyzem meg azt is, hogy a jodipin subcutan alkalmazásánál mi sem láttunk sem fájdalmat, sem lobos beszűrődést fellépni s hogy az injectiókat a hát bőre alá adtuk.

Mi a jodipint 28 betegnél rendeltük, még pedig emphysema pulmonumnál 12, asthma bronchiale-nál pedig 6 esetben. Rendeltük továbbá 4 tertiaer luesnél, egy verosimiliter lueses eredetű agytumornál, egy aneurysma aortaenál, két hemiplegiánál, egy paralysis saturninánál s végül egy diabetes insipidusnál. Eseteink közül a tanulságosabbakat az alábbiakban közöljük:

I. H. M. 50 éves lakatos. 8 hó óta fáj a melle, sokat köhög, nagyon nehéz légzése van, hamar fulad. Ejjente is igen erős köhögési rohamok gyötrik. A köpet zöldes-sárgás, nyúlós. A tüdőhatárok egy bordaközlel lejjel terjednek, a szív-tompulat megkisebbedett, a pulmonalis 2-dik hangja ékelt. A tüdők fölött elszórtan szöreszörejek hallhatók. *Diagnosis: Emphysema pulm. cum catarrho bronchiale.* Rendeltetik reggel s este 1 kávéskanál, délben pedig egy evőkanál jodipin.

Öt nap múlva melle már nem fáj úgy, könnyebben köp, de még fulad, pár nappal később köhögése s fuladása is enyhült, a szöreszörejek pedig megfogytak. Étvágya jó, széke, mely eddig rendetlen volt, mióta a jodipint szedi, naponta van. Két hét múlva jól érzi magát s már aludni is tud, pár héttel később újból volt alkalmunk a beteget látni s daczára, hogy jodipint már 10 nap óta nem szedett, nem fulad, nem köhög, közérzete pedig igen jó volt. Ez esetünkben tehát a jodipin nemcsak a fuladásra s nehéz légzésre hatott jótékonyan a hurut beszűntetése által, hanem egyszersmind a beteg obstipatioját is megszüntette.

II. B. G.-né 50 éves mosónő. 3 év óta köhög, fulad főleg nedves időben s munkaközben. Ejjente 10—12-szer is oly nagyfokú köhögés lepi meg, hogy egészen belekékül. Időnként lábai is megdagadnak. Az erős köhögéstől aludni sem bír. Étvágytalan, szék rendes.

1899. XII. 5-dikén megvizsgálván a beteget, azt találtuk, hogy a tüdőhatárok a rendesnél egy jó bordaközlel lejjel terjednek, a szív-tompulatot megkisebbedettnek, a pulm. II-dik hangját pedig ékeltnak találtuk, különben a szívhangok tiszták voltak, a tüdők felett sok bűgást s fűtyhangot hallottunk. A hasúri szervek épek, vizeletben fehérje ki nem mutatható, a *diagnosis: emphysema pulmonumra* tettük. Rendeltünk a betegnek reggelenként 1 kávéskanál, délben és este pedig egy evőkanál jodipint.

XII/9-dikén. Kevesebbet köhög, de még folyton fulad. XII/13-dikán. Légzése könnyebb, a szöreszörejek fogytak, a beteg étvágytalanságról panaszkodik. Köpetét könnyen üríti. XII/20-dikán. Igen keveset köhög, aludni is tud, nehéz légzés csak erős munka végzésénél lepi meg. XII/31-dikén. Jól érzi magát, a tüdők fölött szöreszörejek nem hallhatók. Jodipin kihagyatik. I/15-dikén. Étvágytalanságától eltekintve, teljesen jól van, még munka közben sem fulad.

III. M. L.-né 34 éves, kovács neje. 2 év óta gyakran fáj a melle és háta, sokat köhög, sokszor elfulad, 5 hó óta majdnem naponta, némelykor azonban egy napon többször is van asthmaszerű rohama. Étvágytalan, szék rendetlen.

XII/10-dikén. A tüdők fölött kopogtatási eltérést nem találunk, határai is normalisak, a tüdők fölött azonban mindenütt érdes légzés s

igen sok száraz s nedves szörcsörej volt hallható. Szív ép. Kórisme: *Asthma bronchiale*. A betegnek reggel egy kávéskanál, délből és este pedig egy evőkanál jodipint rendeltünk.

XII/21-dikén. Mióta a jodipint szedi, kevesebbet köhög s széke is rendes. XII/29-dikén. Szörcsörejek erősen megfogytak, keveset köhög, aszthmaszerű rohamai pedig ritkultak. I/8-dikán. Nem köhög. 9 nap óta aszthmaszerű roham nem volt, közérzete jó.

IV. F. I. 33 éves malommunkás. 4 év óta igen gyakran, 5 hó óta pedig állandóan nehéz légzésben szenved. Sokszor fulad, igen sokat köhög, köpetét csak nagy nehezen tudja kiüríteni. A betegnél nagyfokú *emphysema pulm.*-t találtunk, erős cyanosissal. Szív ép volt. Tüdők fölött erős bronchitis.

I/2-dikán. Kap reggelenként egy kávéskanál, délből s este egy evőkanál jodipint. I/10-dikén. Légzése könnyebb, mióta a jodipint szedi s köpetét könnyen tudja kiüríteni. I/20-dikán. Keveset köhög, csak akkor fulad, ha erősebbet dolgozik, a tüdők fölött szörcsörejek már alig hallhatók. I/30-dikán. Jól érzi magát, nem fulad.

Nemcsak az itt közölt négy eset, hanem az összes *emphysema*s és aszthmás eseteink meggyőzték bennünket arról, hogy a jodipin a nehéz légzésre s fuladásra csillapítólag hat, e mellett azonban jó köptető szer is, mit bizonyít az, hogy a betegek eseteinkben jodipin adagolása mellett *expectorans* szert nem kaptak s mégis könnyen tudták a nyálkát kiüríteni, s ez által természetesen fogytak a szörcsörejek s ebből kifolyólag azután enyhült a köhögés is.

V. P. L. kereskedő. *Diabetes insipidus*. A vizelet napi mennyisége 8–9000 kem. között ingadozik, cukrot nem tartalmaz. A beteg hosszabb időn át jodkaliumot szedett kísérletképen (10·0–200·0 vízre, naponta 3 evőkanállal) s ettől náthát, kiütéseket s kisebb fokú fejfájást kapott, éppen ezért a jodkalit kihagyva, megszakitás nélkül azonnal a jodipin adagolásához fogtunk akként, hogy a beteg reggel 1 kávéskanál, délből s este 1 evőkanál jodipint kapott, mintegy 4 héten át. A jodipin ugyan a vizelet mennyiségére befolyást nem gyakorolt, de daczára annak, hogy a jodipin nyújtásakor a beteg már jodismusban szenvedett, ez nemcsak hogy nem növekedett, hanem néhány nap alatt el is múlt.

VI. Sz. L., lakatos. A beteg előadja, hogy sokat dolgozott ólommal s étkezés előtt rendszerint kezeit megmosni nem szokta. A múlt év október havában gyakran voltak hasmenései s kólikaszerű fájdalmak, december óta pedig felső végtagjait használni annak bénultsága miatt alig tudja. *Diagnosis: Intoxicatio saturnina chron.* A beteg mielőtt gyógykezelésünk alá jutott volna, előzőleg 3 héten át jodkaliumot szedett, s midőn hozzánk fordult, a jodismus kifejezett tüneteit mutatta. Daczára ennek, mi a jodipin adagolását azonnal elrendeltük nála, s tapasztaltuk, hogy a jodipin folytonos szedése mellett is, jodismusa elmúlt, csak az első napokban volt néhányszor hasmenése.

VII. L. L., birtokos. Mintegy másfél év óta szívdobogás, légzési s nyelési nehézség, fuladás s főleg a bal lapocza alatt fellépő égető fájdalom gyötri. Megszemlélésnél azonnal feltűnik a mellkason, főleg annak bal felében egy férfikölnyi, lüktető terimenagyobbodás, mely a vizsgálat folyamán *aneurysma aortae*-nak bizonyult. A betegnek rendeltünk 10·0 gm. jodkalit 200·0 gm. vízre s ebből naponta 3 evőkanálnyit kellett bevennie. E szert azonban egy heti használat után ki kellett hagynunk, mivel a betegnél jodismust okozott s ezért helyette kísérletképen a szokott adagokban jodipint rendeltünk, melyet a beteg több mint két hónapon át megszakitás nélkül szedett, a nélkül, hogy a jodismus legkisebb jelét észlelhettük volna; sőt az aorta aneurysmája által előidéztet előredomborodás is jóval lohadt, a nehéz légzés, szív-dobogás úgyszólván teljesen megszűnt s a nyelés is jóval könnyebbé lett.

VIII. K. J., 27 éves, hivatalnok. Fél év óta folytonos fejfájás bántja, igen gyakran, főleg éjjel élénk alszárfajdalmakat érez. A kör-előzményből kitűnik, hogy a betegnek két év előtt kemény fekélye, majd utána halványpiros, foltos kiütései voltak, főleg mellén, hasán s homlokán. E tünetek mintegy 4 héten át alkalmazott szürke kenőcs bedörzsölésre visszafeljődtek. Jodkaliumot szedni állítása szerint sohasem tudott, mivel az nála már egy-két napi használat után is gyomorrontást, náthát s kiütéseket okoz. Megvizsgálván a beteget, a patellaris reflexek fokozódottságán s a tarkó, hónalj, de főleg az inguinalis mirigyek megnagyobbodottságán (bábniai, mogyorónyiak) kívül a szervezetben más elváltozás ki nem mutatható. *Diagnosis: Lues. Cephalalgia luetica.* F. év január 5-dikén a betegnek belsőleg jodipint rendeltünk, de a betegnél e szer olajje legyőzhetetlen undort okozott s így per os szedni nem bírta, s ezért január 8-dikától kezdve 5 egymás után következő napon naponta két ízben 10 cm³ jodipint fecskendeztünk be a betegnél a bőr s az izomzat közti szövetbe; az injectiokat jól tűrte. Az utolsó befecskendezéstől (január 13) egészen február hó 7-dikéig volt kimutatható jod a beteg vizeletében, s minthogy a következő nap jod a vizeletben már kimutatható nem volt, újból adtunk 10 injectiót a fent leírt módon. Február 25-dikén ismét láttuk a beteget, s állítása szerint mintegy két hét óta sem fej-, sem pedig alszárfajdalmak nem voltak, mirigyzeit pedig felényivel megkisebbedetteknek találtuk.

Az általunk észlelt esetek meggyőzték bennünket arról, hogy gyógyhatására nézve a jodipin, az eddig általánosan használt jodalkaliakkal nemcsak egyenrangú szer, hanem azokat némely tekintetben felül is mulja. *Frese, Klingmüller* stb. amaz állítását, hogy a jodipin gastrikus zavarokat s jodismust nem okoz, mi is csak megerősíthetjük, ugyanis egyik esetünkben sem láttunk jodismust fellépni, sőt oly eseteknél, midőn már kifejezett jodintoxicatioval

volt dolgunk, megszakitás nélkül áttértünk a jodipin alkalmazására s daczára annak, hogy így továbbra is jutott jod a szervezetbe, a jodismus nem hogy növekedett volna, hanem teljesen el is múlt (V–VII. eset). Ismerve a jodipin amaz eléggé meg nem becsülhető tulajdonságát, hogy az kellő határok közt adagolva mérgezési tüneteket nem okoz, minden aggodalom nélkül adagolhatjuk, ha kell akár hónapokon át oly egyénknél is, kik a jodkalit egyáltalán még napokig sem tudták a fellépő jodintoxicatio miatt szedni. (VIII. eset.) *Radestock*-nak megfigyelése, hogy ellentétben a jodalkaliakkal a jodipin a test tápláltsági fokát növeli, jól értékesíthető oly esetekben, midőn bármi oknál fogva elgyengült, lesóványodott betegeknek kell jodot adagolnunk. Ha tekintetbe vesszük még azt is, hogy a jodipin hatása állandóbb s hosszabbban tartó a jodalkaliakénál: kívánatosnak tartanánk, miszerint a jodipin minél nagyobb körben elterjedve, minden oly esetben alkalmaztassék, hol a jodtól hatás egyáltalában várható. Magyar szerzőtől tudtommal eddig még nem jelent meg közlemény a jodipinről s ez mentesen, ha e szer ismertetését s a külföldi észleleteket netán kissé hosszabbban tárgyaltam volna, de ezzel elérni reméltem azt, hogy ez az általunk is oly hatásosnak s előnyösnek tapasztalt szer minél előbb a gyakorló orvosok útján is általános használatba menjen át.

Irodalom. H. Winternitz: Ueber Jodfette u. ihr Verhalten im Organismus, nebst Untersuchungen über das Verhalten von Jodalkalien in den Geweben des Körpers. Hoppe-Seyler's Zeitschr. f. phys. Chemie. XXIV. 2. *H. Winternitz:* Ueber das Verhalten von Jodfetten im Organismus u. ihre therap. Verwendung. Deutsche med. Wochenschr. 1897. 23. sz. 3. *Otto Frese:* Ueber die therap. Anwendung des Jodipins bei Asthma bronch. u. bei Emphysem. Münch. med. Wochenschr. 1899. 7. sz. 4. *Viktor Klingmüller:* Jodipin in subcutaner Anwendung bei teriärer Lues. Berl. klin. Wochenschr. 1899. 25. sz. 5. *Radestock:* Ueber Jodpräparate u. deren Dosirung. Therap. Monatshefte 1899. október. 6. *Kindler:* Ueber Jodipin. . . Fortschritte d. Medicin 1899. 46. szám. 7. *O. Burkhardt:* Erfahrungen über die innerliche Anwendung des Jodipins bei Lues. D. med. Zeitung. 1899.

Az asthma gyógykezeléséről.

Közli: *Moskovitz Ignác* dr.

Újabban sokat olvashatunk a külföldi szaklapokban az asthma gyógyításáról; a közleményekből, ha azokat figyelemmel olvassuk, azt lehet kivenni, hogy a legtöbben az asthma-rohamot törekszenek megszüntetni, vagyis az indicatio symptomaticeanak igyekeznek megfelelni, egészen figyelmen kívül hagyván azon tételt, hogy első sorban az indicatio causalisnak kell eleget tenni, s a mennyiben ez az adott esetben lehetővé nem válnék, kutatni kell, hogy az indicatio morbi-nak felelhessünk meg, és csak harmadsorban következik az indicatio symptomatica. Mivel az észlelők a fenti sorrendet megfordították és a tüneti indicatiót választották a gyógyszerek alkalmazásánál, egészen kitértek azon fontos kérdés megfejtése elől, hogy tehát mi is okozza tulajdonképen azon tünetcsoportot, a mely az asthmát jellemzi, ú. m. roham-szerűleg fellépő dispnoe expiratorikus jelleggel, heveny tüdő-tágulás, a tüdők fölött sipolás, bűgás és erős szörcsörejek stb.

Hogy mily lényeges minden egyes esetben az oki összefüggést megtalálni, az kitűnik abból is, ha felemlitem, miszerint számtalan az oly asthmás beteg, kinél az évek folyamán fennálló asthmás rohamokat az adagolt szerek nem gyógyították meg, de egy véletlenül eszközölt orrtükrí vizsgálat felfedez az orrban oly kóros elváltozást, melyben az asthmás rohamokat előidéző ok fel lesz ismerve, mely ok eltávolítása elegendő, hogy az asthma teljesen megszűnjék. Éppen ez okból nem helyeselhetem azon felfogást, mely az asthmás betegeket mind egy kategoriába sorozni akarja, és mivel a megejtett kísérletek feltűntették azt, hogy az asthma nem egyéb, mint a bronchialis izomzat göresös állapota és mivel ezen spasmust a vagus ideg izgalma idézi elő, tehát adagoljunk oly szert, mely a vagus izgalmát lefokozni képes.

Ilyen deductio szülte az asthmakezelés terén az atropint.

Legutóbb Riegel kardoskodik megszerezni az atropin-therapia részére a létjogosultságot, melyet Trousseau már régebben bevezetni óhajtott, de valami nagyon szilárd alapot magának szerezni nem tudott.

Maga Riegel is mondja, hogy eseteinek száma nem igen nagy ugyan, a hol az atropint (gyorsabb hatás elérése czéljából subcutan) az általa előírt adagokban alkalmazta, és mindjárt hozzáfűzi azon megjegyzést is, hogy: „*azon alig csodálkozhatom, hogy nem minden esetben coupirozta a rohamot*“. Tehát tekintve az észlelt esetek nem igen nagy számát, tekintve továbbá, hogy ezen csekély számban sem tett mindig hatást az atropin, könnyen megítélheti mindenki az atropinnak mily gyógyérték tulajdonítandó az asthmakezelésnél.

Riegel azzal menti az atropinnak hatástalan voltát az egyes esetekben, hogy „manap még az asthma elnevezés alatt, úgy látszik, nagyon különféle dolgokat foglalunk össze“.

Én másképp magyaráznám Riegelnek ezen mondását, és hogy ezt tehessem, visszatérek az általam fentebb elmondottakra, t. i. nem kutatták fel minden esetben az okot és ezért problematikus a szernek értéke; mert nem tüneteket kell gyógykezelní, hanem magát a tüneteket előidéző betegséget.

Riegel teoriájával tovább nem foglalkozom; azt concedálok, hogy az asthma lényegére nézve fontosak a kísérletek, melyeket végzett, úgyszintén az ezekből folyó következtetések; hogy azonban a therapia kérdése ezen bevezetésből a megoldás stadiumába jutott volna, azt kételylyel fogadom, mely kétkedésemet igazolja az atropinnak nemcsak fölötté problematikus értéke, de azon veszedelmes kimeneteli mérgező hatás, melyet a szer a betegeknek előidézni szokott, s a mely egy esetben halálhoz vezetett. Noorden is nagyon kiesnylőleg nyilatkozik az atropin hatásáról, mondván, hogy az magát a rohamot nem befolyásolja, csak egy újabb roham kifejlődését késleltetheti, azt sem teljes bizonyossággal és csak egy bizonyos időn belül. Murray arsenit adagol, azon megjegyzéssel azonban, ha 8 napon belül gyógyulás nem észlelhető, a szer kihagyassék. Egy régi szer az asthmatherapiában a jodkali; sokan dícsérik, s mint egyike az asthma ellenes szerek legrégebbjeinek, fenntartotta e minőségében a többi szer között a legjobb hírét.

Hátránya a szernek, hogy kellemetlen melléssymptomákat s főképen náthát idéz elő, mely körülmény, mint alább kifejteni fogom, megindítja az asthmás rohamnak és valljuk meg, azért rendelik, mert jobb szer hiányán vagyunk, már pedig rendelni szükséges valamit, ha másért nem, a beteg megnyugtására is.

A narcotikus szerek alkalmazása szintén veszélyes, mert a bántalom hosszabb tartama a szer (morphin, chloral) hosszabb ideig tartó alkalmazását indokolná, mely káros kihatását a szervezetre egy esetben sem hagyja el és eljutunk azon stadiumhoz, a midőn azt kell mondanunk, hogy a gyógyszer rosszabb volt a betegségnél; különösen a szív működés lesz hátrányosan befolyásolva a narcotikus szerek adagolása által, egy fontos tényező az asthma-betegeknek, mely nagyobb veszélyt rejt magában a betegre nézve, mint a roham maga.

Goldmann a „Neumeier“-féle asthma-pornak igyekszik pártot szerezni, mely pornak összetétele szerinte olyan, hogy képes az asthmarohamokat kedvező irányban befolyásolni. A por tartalmaz többi között datura stramoniumot, lobelia inflatát, jodkaliumot és saccharumot; a por el lesz égetve és füstje belélegezve; a jótékony hatás abban nyilvánul, hogy a tüdőnyálkahártyán ingert fejt ki, melynek következményeképp erős köhögési rohamokkal sok váladék távozik el a tüdőből és ezen fokozott expectoratio okoz gyors enyhülést a betegnek.

Mindezen felsorolt szerek hatása oda irányul, hogy a már meglévő rohamot enyhítsék vagy azt tartamában megrövidítsék, esetleg, ha arra képesek, egészen megszüntessék. Sehol sem találtam említést arról, hogy kutatónának oly szer után, mely az asthmarohamok létrejöttét volna képes megakadályozni; hogy ezt megtalálhassuk, szükséges keresni az okot, mely az asthmát előidézi.

Specialis gyakorlatomban igen gyakori az asthmás betegek gyógykezelése; ezek mindig azon panaszszal keresnek fel, hogy igen sokat szenvednek a náthától; könnyen meghűlnek s ezen meghűlésnek közvetlen hatása a szervezetre az, hogy náthát kapnak, melyhez azután csatlakozik nehézlégzés, nyomás a mellkason, asthmaszerű jelenségek. Tehát nem az asthma miatt jönnek a betegek, hanem a gyakori orrhurut vezeti őket a szakorvoshoz.

Csak nagyon kevésnek van meg azon ítélő képessége, hogy

kapcsolatba hozza a nehézlégzést az orrhuruttal. Minden esetben kóros elváltozásokat észleltem az orrüregben és a foganatosított gyógykezelés, mely az orrüregbeli elváltozások megszüntetését czélozta, minden esetben csodás hatást fejtett ki.

Körtörténeteket azért nem említek, mert jobbra mind egyöntetűek, csak egy 21 éves nőbetegről akarok megemlékezni, ki évek hosszú során át szenvedett asthmás rohamokban, melyek leánykorában ép úgy, mint férjhez menetele után rendszeresen léptek fel, még pedig mindig éjjel a legmélyebb alvás közben 3 óra táján. A roham erős légszomj kíséretében fellépő köhögéssel kezdődött, bűgás, sipolás a tüdők fölött, mely reggel 6 óráig is eltartott és a beteget teljesen kimerítette. Az évek folyamán alkalmazott szerek egyike sem hozott gyógyulást, a nyáron át enyhülést talált ugyan a különféle fürdőhelyeken, melyeket orvosi tanácsra felkeresett, de visszaérkezése után 3–4 nappal a régi állapot újra jelentkezett.

Ilyen panaszokat hallván, midőn a beteg napközben egészen jól érzi magát és csak éjjel lépnek fel rohamok, első sorban reflex asthmára kell gondolnunk, mely a tüdőtől egy távolabb eső helyről lesz kiváltva. Mindannak dacára szükséges meggyőződni arról, vajjon a szívben nincsenek-e kóros elváltozások (cardialis asthma), vagy a tüdőkben (idült hurut vagy kifejezett emphysema), vagy a vesékben (asthma uraemicum); a mennyiben e szervek vizsgálata negativ eredményt szolgáltat, egész bizonyossággal következtethetünk az asthma ideges eredetére oly értelemben, hogy az indító ok idegizgalom következménye és feladatunk felkutatni a helyet, honnét az kiindul.

Tudvalévő dolog, hogy a gyomor vagy méh nyálkahártyájának megbetegedése is képes asthmát épen oly úton, miként a köhögési ingert, kiváltani, vagy az ovariumokra gyakorolt nyomás, ha azokban kóros elváltozások léteznek, szintén kivált reflex úton köhögést és asthmát; a leggyakrabban előforduló eset azonban, hogy az asthma-rohamok az orrüregben létező kóros elváltozásokkal állanak okozati összefüggésben, akár daganatok alakjában, akár a nyálkahártyának hurutos megbetegedése következtében.

Ilyen conclusio folytán jutottam nőbetegem orrüregének vizsgálatához és a jobb orrfélben megtaláltam az asthma kiindulási pontját az orrkagyló abnormis megvastagodásában, melyet galvanocauterrel elpusztítván, az évek óta tartó asthma mindjárt a kezelés után másnapra megszűnt, s a beteg, ki az éjjelt zavartalanul átaludni már évek óta nem volt képes, azon időponttól, hogy orrát kezelés alá vettem, nyugodtan alszik, asthmája többé nem jelentkezett.

Igen szerencsés véletlennek mondható, ha a beteg képes felismerni a nátha és asthma közötti összefüggést, mely esetben akár ő maga, avagy orvosi tanácsadója rábeszélésére felkeresi a szakorvost, ki megerősíti észlelésük helyességét és a foganatba vett gyógykezelés sikere igazolja a két bántalom közötti összefüggést.

Vannak azonban sokan, kik a náthát olyasminnek tartják, melylyel foglalkozni nem is érdemes; az ilyenek szenvednek éveken át asthmájuktól, nem is vélik, mily nyilvánvaló az ok, mely bajukat előidézi és mily könnyen hozzáférhető az gyógykezelés szempontjából.

Minden asthmás betegemnél a gyógyeljárás az orrüreg kezelésében állott, legnagyobbbrészt galvanocauterrel történt a túltengett nyálkahártya elpusztítása; az eredmény minden egyes esetben a legjobb, asthmarohamok évekig nem jelentkeztek, de a betegeket instruáltam a tekintetben, ha legkisebb jele is mutatkoznék egy kezdődő orrhurutnak, el ne mulasztásák magukat megnézetni, mely alkalommal egyszeri galvanocaustikus beavatkozás ismét hónapokra, sőt évekre kiható nyugalmat szerez meg.

Riegel giesseni tanár a természetvizsgálók müncheni vándorgyűlésén az asthmarohamok gyógykezeléséről tartott értekezletet azzal zárta be: „hogy czélul tűzte ki hallgatóinak figyelmét felhívni az atropinra, melyből, ha értekezésében felhozott elmélete helyesnek bizonyulna, jó eredményeket lehetne várni az asthma kezelése körül“.

Én is egy czélt tűztem magam elé akkor, a midőn ezen tárgy megírására vállalkoztam; a czél nem más, mint felhívni a gyakorló orvosok figyelmét azon igen fontos körülményre, hogy asthmás betegeknek, ha csak organikus elváltozások akár a szívben,

akár a tüdőben vagy vesékben nincsenek, az orrüreg vizsgálatát soha el ne mulasztják, vagy ha ők maguk ezt nem tennék, figyelmüket az orrüreg soha el ne kerülje, s a szükséges orrvizsgálatot, még mielőtt valamely szert adagolnának, szakorvossal eszközöltessék.

A gyermekkori heveny fertőző kórok prophylaxisa.

Irta: *Torday Ferencz dr.*, a Stefánia-gyermekórház segédorvosa.
(Vége.)

A külföldön ma már általánosan gyakorlatba jött, hogy gyanús megbetegedések esetén a gyakorló orvosok rendszeres bakteriologikus vizsgálatokat végeztetnek, s legelőször az Egyesült-Államok nagy városaiban, majd Európában, Párisban, Brüsszelben, Brinnben, Drezdában, Zürichben és sok más helyütt felállítottak e célból laboratóriumok. A székesfővárosi bakteriologiai intézet 1894 óta a gyógytárakban kis dobozokban, sterilizált gyapotba burkolt tapintókat helyeztet el megfelelő utasítással ellátva oly célból, hogy a betegektől ezen eszközzel vett kórvizsgálatot a gyakorló orvosok az intézetbe beküldjék, a honnan a vizsgálat eredményéről 24 órán belül díjmentesen postán vagy telefonon értesítik a beküldőt. Az intézet igazgatójától vett szíves értesítés révén közlöm, hogy 5 év alatt közel 2000 esetben vették igénybe ily célból a gyakorló orvosok a székesfővárosi bakteriologiai intézetet s megbízásából bátorodom az előbb elmondottakkal okadatos hasznos intézményre a kártyák urak szíves figyelmét felhívni.

Csak az összefüggés miatt kívánok ezúttal utalni arra, hogy a scarlatinához esatlakozó secundaer diphtheria diagnosztizálása, elkülönítése scarlat diphtheroid illetve scarlat necrosistól és így a savós gyógy- és védőtások szükségességének megállapítása is a bakteriologikus vizsgálat által igen meg van könnyítve. Mielőtt felsorolnám azon orvosi teendőket, melyek szükségesek a scarlatina elleni védekezés érdekében, előbb egynehány statisztikai adattal rá akarok mutatni arra, hogy mily mértékben sarcolja meg időközönként a scarlatina a lakosság egészségét és életét, közvetett és közvetlen úton anyagi jólétét is. A székesfővárosi statisztikai hivatal morbiditási táblázatából látható, hogy teljesen járványmentes időben is 10,000 lakosból 10, erősebb járvány esetén, mint pl. 1886-ban, 60 ember egészségét támadja meg évenként a scarlatina. Ez adatokkal összefüggőleg megemlítem, hogy *Gottstein* a scarlatina contagium indexét 40-ban állapította meg és hogy *Hoff* a Faroë-szigeteken úgy tapasztalta, hogy a dispositio a scarlatina iránt 38%-ot tesz ki. A kor szerinti dispositio *Hase* szerint úgy oszlik meg, hogy az összes esetek 3/4-0-a a 0-1 év közti korra, 12%-a az 1-2, 27%-a a 2-4, 24%-a a 4-6 év közti korra, 33%-a pedig a 6 éven felüli egyénekre jut. *Bókay* tapasztalatai szerint a vörheny megbetegedések 9/10-e az első 10 életévre és ennek zöme a 3-8 évekre esik. A *Korteweg* által Wormerveerben 1895-től 1897-ig észlelt scarlatina-járványban tett tapasztalatok szerint a dispositio scarlatina iránt legnagyobb a 3-dik életévben, legkisebb az első életévben belül; de a 15-23. évek közötti korban is esekély. Hogy a scarlatina mortalitási arányára vonatkozó adatokat is felsoroljuk, kiemeltem *Johanessen* adataiból, hogy Hamburgban 1885-1894-ig a scarlatina-betegeknek átlag 6.8%-a, Stockholmban 1865-1885-ig átlag 16.3%-a halt el, hogy Angliában ismételtén észleltek oly járványokat, melyekben a scarlatinában megbetegedettek 40%-a pusztult el, s hogy a legkedvezőbb ott az a járvány volt, melyben 13%-ot tett ki a veszteség. *Hase*-nek a szentpétervári Erzsébet-gyermekórház 20 éves beteganyagából összeállított táblázataiból látható, hogy ott a mortalitás az első évig 54, 1-2 évig 58.4, 2-4 évig 41.3, 4-6 évig 31.5%-ot tett ki, viszont a 6 éven felülieknél a 11%-ot alig érte el.

Ez adatokkal szemben ismeretlen tényezőkkel számolunk akkor, midőn a scarlatina terjedésének gátat vetni szándékozván, a kórokozó fertőző csírokat megsemmisíteni, illetve továbbvitelüket korlátozni akarjuk. Az újabkori nagyszámú bakteriologikus vizsgálatok kétségtelenné teszik, hogy a scarlatina és a streptococcus fajok között valamely okozatos összefüggésnek kell lenni. Általánosan elfogadott azon nézet, hogy a fertőzés kapuja úgy szólván mindenkor a garat, illetve mandolák nyákhártyáján van

és hogy a contagium a leváló felhámréteghez, az orr és száj váladékához kötött, és hogy az ezen tárgyakhoz tapadt kórsír nagy ellentálló képességgel bír, valamint, hogy nagyon soká megtartja virulentiáját. Köztudomású azon dolog, hogy ha a vörheny-beteget az eruptio kezdetén az egészséges környezettől eltávolítunk, ez által többnyire teljesen sikerül az utóbbit a ragályozástól megóvni. Azon általánosan elterjedt nézettel szemben, hogy a scarlatinabeteg fertőző képessége főképp a desquamatioval kezdődik és ahhoz kötött, *Lemoine* kísérletek és tapasztalatok alapján hozzájárul az utóbbi időben *Sevestre*, *Cameroun*, *Mabboux*, *Bandsom* és mások által hangoztatott azon nézethez, hogy a scarlatina nemcsak az eruptionalis, de már a prodromalis stadiumban is ragályzó képességgel bír. *Lemoine* nem tagadja a desquamatiohoz kötött contagiositást, de valószínűnek tartja, hogy valamint a száj, illetve torok nyákhártyáján át történik a beteg fertőzése, ugyanígy e helyből kiindulól a fertőzött száj-, torok- és orrüreg váladéka által már a megbetegedés kezdeti szakában terjesztetik tovább a ragályozás. Közleményében több oly fertőzési esetet említ fel, melyek könnyen magyarázhatók, ha elfogadjuk azon tételt, hogy az inficiáló agens a felső légutak nyákhártyájához kötött és ott soká megmaradó. Ily célból közli *Boud* esetét, kinek egy beteget könnyű scarlatinából felgyógyultan 6 hét után hagyta el a kórházat, miután már több mint két hete hámlásnak nyoma sem volt látható a betegen, kit ismételtén megfürösztöttek és gondosan megfertőtlenített ruhaneművel bocsátottak el. Haza kerülve, egy ágyba fektették egészséges testvérével, s ez 5 nap múlva scarlatinában betegedett meg. *Wood*-nak is van egy hasonló esete, melynek különös érdekességet kölcsönöz azon körülmény, hogy a gyógyultan hazaküldött gyermektől oly vidéken kapott testvére scarlatinát, a hol hosszú idő után az ő megbetegedése volt az első eset. *Trousseau* esete, melyet *Bókay* tanár vörhenyzikkéből idézek, argumentum gyanánt szintén ide sorolható: „Egy angol leányával Pauból Londonba való visszautazásakor Párisban megállapodott s itt találkozott második leányával, ki Londonból ugyanakkor érkezett oda. Ezen időben Londonban vörheny uralkodott, míg Pau vörhenytől tökéletesen ment volt. A Londonból való leány már a csatornán való átkeléskor betegedett meg vörhenyben s a betegség jelentkezésétől számított 7-8 óra lefolyása után találkozott atyjával és nővérével Párisban. A két nővér a párisi szállodában egy és ugyanazon szobában volt együtt s a Pauból érkezett nővér alig 24 óra lefolyása után szintén vörhenyt kapott.”

Az újabkori orvosirodalomban *Colin*, *Kelsch*, *Lemoine* és többen megerősítették a *Gubler* által scarlatina sine scarlatinis névvel jelzett kórképet, mely eseteknél jöllehet csak anginat idézett elő a scarlatina infectio, és sem eruptio, sem desquamatio nem észleltetett, mégis az esetek a ragály továbbterjesztésében jelentékeny szerepet játszottak.

Ezen esetek megerősítik azon gyanút, hogy a fertőző hatány a felső légutak nyákhártyájához lehet kötött. Ennek lehetőségéhez folyamodnak *Dawson* és *André Bergé* is, midőn a betegről levált felhámrétegek és környezetében volt tárgyak infectiositásának magyarázatát keresik. Tekintve, hogy a scarlatinás egyének vérében ismételt vizsgálatok dacára semminemű mikrobát sem találtak, úgy tartják, hogy kevés a valószínűsége annak, hogy a pathogen virus a vérből, illetőleg szövetnedvekből szívódják be a felhámrétegekbe; viszont azonban könnyű elképzelni, hogy a beteg beszéd, köhögés, köpködés, a szájnak és orrnak ismételt érintése által nyál- és nyákváladékával megbetegedésének tartama alatt újból és újból fertőzi úgy köztakaróját, mint a közelében levő tárgyakat. Ezen magyarázatnak plausibilitását *Moizard* is elismeri, és okadatoltnak tartja *Lemoine* azon ajánlatát, hogy vörhenybetegnél a megbetegedés egész tartama alatt a felső légutak nyákhártyájának antiseptikus oldatokkal történő rendszeres kiöblítésére is különös gond fordíttassék. Nem hanyagolandók azonban el e mellett a vörhenyes betegek hámlását illetőleg ez ideig is követett és észlelvezetőnek tartott eljárások sem.

A mindennapi orvosgyakorlatban, kivált a nyilvános ambulatóriumok rendelő asztalánál ismételtén megesis, hogy oly beteg kerül kezelésünk alá, kinek a betegen észlelhető hámlás vagy esetleges más kóros elváltozások okai után való kutatásunkban alapot nyer azon gyanunk, hogy a beteg hosszabb-rövidebb idővel

ezelőtt scarlatinában betegedett volt meg, jöllehet a szülők, illetőleg hozzátartozók nem is észlelték a küteget, vagy oly halvány és oly rövid ideig tartó volt a bőrpír s oly jelentéktelenek az azt kísérő tünetek, hogy nem tartották szükségesnek ezért orvoshoz fordulni. Ez esetek gyakoriságára enged következtetni például az, hogy 1898-ban a budapesti „Stefánia” gyermekkorházban 17,000 ambulans beteg között 37 oly beteget mutattak be, kiknek hozzátartozói nephritis scarlatinosa miatt kerestek először orvosi segítyt és 44-en voltak azok, kiknél az észlelt hámlás és egyéb kóros tünetek oka az anamnestikus adatok alapján — a hozzátartozók által jelentéktelennek tartott bőrpír — scarlatinának rövidebb vagy hosszabb idővel való előremenetére volt visszavezethető. Kétségtelen, hogy ily és hasonló esetek azok, melyek a ragályt leginkább terjesztik. Ezeknél ugyanis a szükséges hatósági és orvosi óvrendszabályok vagy csak igen későn, vagy egyáltalában nem rendeltetnek el. A székesfővárosi tisztiorvosi hivatalokból beszerzett értesüléseim szerint ugyanis aránylag ritkán történik meg az, hogy a gyakorló orvosok a fertőtlenítés, illetőleg elkülönítés elrendelését kéri oly esetekben is, midőn csak következményes tüneteken és anamnestikus adatokon alapul kórisjuk, illetve azon gyanújuk, hogy a betegnél rövidebb-hosszabb idővel azelőtt orvos által nem észlelt scarlatina ment előre. Hogy mennyire szükségesek az óvintézkedések, arra jellemző a VIII. kerületi tisztí orvos úrtól kapott azon szíves értesítés, hogy egy vasúti kaland családjában történt megbetegedés a közvetlen környékben kimutathatólag 17 egyént ragályzott.

Ezen kérdés kapcsán csak felemlítem az irodalmi adatokból *Field*, *Sanné*, *Fox*, *Cazal* és mások közléseit, kik eseteikkel felhívják a figyelmet azon ragályozásokra, a melyek a fertőtetlenítés alól kivont, a beteg környezetében volt tárgyakkal, vagy általa írt levéllel vagy olvasott könyvvel még hosszú idő után is bekövetkeztek.

A gyermekkor fertőző kórhajai között a legnagyobb szerep a kanyarónak jut. A bántalom iránti nagy dispositióból, mely a contagium-index 98—99-es arányszámával fejezhető ki, magyarázható az, hogy erősebb kanyaró-járvány idején, mint pl. Budapesten az 1898. évben, 10,000 lakóból 150-en betegedtek meg kanyaróban és hogy e szám még szórványos megbetegedések esetén is, mint pl. 1891-ben eléri az 50-et. Azon közismert ténynek jellegzésére, hogy a morbilli főleg a gyermekkor megbetegedése, felemlíteni bátorodom *Bartels* statistikájából, hogy a morbilli-betegek 54%-a 1 évnél fiatalabb, 478%-a 1—5 év közti korban levő, 394%-a 5—10 év, 56%-a 10—15 év közt levő egyén, és hogy csak 2%-ot tesz ki azon morbilli-betegek száma, kik 15 évnél idősebbek. A közönség és sokszor az orvosok is hajlandók a kanyarót jelentéktelen megbetegedésnek tekinteni, kivált oly járványok idején, milyent Münchenben, Stuttgartban és másutt is észleltek, midőn a halálozási százalék alig 17%-ot tett ki; de hogy nem mindenkor ily kedvezők a viszonyok, arról tanuságot tesznek *Henoch*, *Fürbringer* és mások tapasztalatai, kik oly morbilli-járványokat is észleltek, hol a morbilli-betegek 30%-a pusztult el.

A morbilli kivált a kisebb gyermekkorban levők közül szedi áldozatait. A mortalitási százalék *Comby* tapasztalatai szerint 1 éven alul 33%-ot, 1—2 év közt 295%-ot, 2—5 év közt 89%-ot, 5—15 év között 38%-ot tesz ki; *Breyer* és mások statistikájából ugyanezen következtetéseket lehet levonni.

A kanyaró fertőzés tovaaterjedésének meggátolását igen megnehezíti a nagy disposition kívül azon körülmény, hogy volatilis contagiuma kiváltképen oly időben fertőzi a beteg környezetét, melyben a közel multig a bántalom még nem volt kórismezhető. Régi idők óta köztudomású, hogy a morbilli-beteg úgyszólván kizárólag a prodromalis és eruptionalis időszakban bír fertőző jelleggel. Miután a prodromalis időszak csak valószínűségi tünetekből volt kórismezhető, ezért a kellő időben való izolálás igen nehéz dolog volt. Többnyire későn történt az meg, vagy megesezt az, hogy általános hurutos tünetekkel a kanyaró-osztályra felvett beteg csak az itt történt ragályozás folytán kapott kanyarót.

Koplik, egy egyébként is híres amerikai gyermekorvos nevéhez kötött egy, a morbilli incubatiojában, illetve prodromumában látható kórtünet jelentőségének propagálása, jöllehet ezen tünetet

a régi klinikai észlelők közül némelyek már ismerték, de annak sem nagyobb diagnostikus, sem prophylaktikus értékét nem tulajdonítottak. *Filatow* függetlenül *Koplik*-tól tapasztalta ezen a következőkben leírandó tünetnek ilyen jelentőségét is, de csak tankönyvében adott e nézetének kifejezést. *Rinecker* az 1853/54. évi morbilli-járvány idején több mint 70 kanyarós betegnél azt észlelte, hogy a küteg megjelenése előtt 1—2 nappal az ajkakon, a fogaknak megfelelő szájnnyákhártyán és inyen vékony, többé-kevésbé tapadó, fehéres, daraszerű felrakódás látható, mely 3—5 nap alatt fekély hátrahagyása nélkül eltűnik. Görcsös alatt főképp hámtörmelékből állónak találta e kivirágzást. *Bohn*, *Gerhardt* gyűjtőmunkája „kanyaró” fejezetében 1877-ben ezt írja: „Auf der Mundschleimhaut waren gestreut griesähnliche weisse Körnchen, mit Flüssigkeit gefüllte Drüsen.” Ezen leírás nem felel meg teljesen a Koplik-tünetnek, miként nem azonos vele a *Comby* által a *Traité*-ben „stomatite erythémato-pultacée”-nak nevezett tünet sem, melyet *Comby*, jöllehet sok ízben észlelte, nem tart nagyobb diagnostikus értékűnek. A *Flindt* által leírt tünet sem egyezik meg, már lokalizációjánál fogva sem a Koplik-tünettel. *Filatow* a heveny fertőző kórokról 1895-ben orosz nyelven megjelent tankönyvének 3. kiadásában ezen tünetet hasonló alakban szintén leírja és megjegyzi, hogy ezen tünet alapján 6 nappal a küteg kitörése előtt sikerült neki egy beteget izolálni és azt hiszi, hogy ezen tünettel sokak ragályozását el lehet kerülni. A német nyelven közkezen forgó II. kiadásban azonban ezen tünetről még nem emlékszik meg. *Koplik* az „Archives of Pediatrics” 1895. decemberi számában írta le ezen addig kevésbé ismert és méltatott tünetet, mint olyat, mely a kanyaróra jellegzetes s a prodromumban mindenkor fellép. Midőn a kütegnek még nyoma sincs, az ajk és pofa nyákhártyáján, az alsó zápfogakkal szemben szabálytalan alakú piros foltok lépnek fel, melyek közepén jó világítás mellett egy kis kékesfehér pontocská látható. Ezen pontszerű kivirágzás megtartja jellegét, plaque-okká nem folyik össze, elhelyeződése jellegzetes, a kemény és lágy szájpádon sohasem fejlődik. A küteg floritioja alatt a nyákhártyakivirágzás elveszti discret foltos jellegét s ekkor a halványvörös alapon kékesfehér pontocskák láthatók, melyek jóval a küteg elhalványodása előtt eltűnnek. Ezen, csak nappali fényenél jó bevilágítás mellett látható tünet kanyarónál állandó és differential diagnostikus jelleggel bír influenzával, scarlatinával, rubeolával és urticariával szemben.

Az irodalomban ez idő szerint Koplik-tünetnek nevezett symptomának diagnostikus jelentőségét *Koplik* közlése után többen, mint *Slawyk*, *Knöspel*, *Walter Lester Carr*, *Henry Fruitnight*, *Guttmann*, *Rolly*, a hazai irodalomban *Havas* és *Loewy* méltatták, illetve ismerték el. *Loewy* a budapesti kir. orvosegyesületben e tárgyról a közel multban tartott előadásában részletesen ismertette e kérdés irodalmát s a budapesti Stefánia-gyermekkorház beteganyagán tett tapasztalataink alapján méltányolta a Koplik-tünetnek korai diagnostikus jelentőségét. Terjedelmes dolgozatából idézem, hogy „egy év alatt kórházunk ambulantiáján megfordult 17000 beteg közül 179 ambulans kanyaróbetegét találtunk, kik közül négynél a küteg már néhány nap előtt lefolyt s így a Koplik-foltok ezeknél már nem is voltak várhatóak. A többi 175 kanyarós beteg részben a prodromalis, részben az eruptios és floritios szakban állott. A 175 beteg közül csak 11 betegnél nem találtunk Koplik-foltot. A kanyaró prodromalis szakában állott 92 beteg közül háromnál nem volt a Koplik-tünet jelenléte megállapítva. A Koplik-tünet megjelenésének időpontjára vonatkozó adataink egyrészt azt látszanak bizonyítani, hogy a prodromalis láz fellépésének első és második napján már kimutatható, másrészt, hogy ezen tünet a kórházunk kanyaró-osztályára már meglevő Koplik-tünettel felvett betegnél még 1—6 napig állott fenn. Kétségtelennek látszik, hogy a Koplik-tünet alapján már a prodromum korai szakában lehetséges a kanyaró kórismezése. „Arról, hogy e tünet alapján történt elkülönítéssel sokszor sikerül a kanyaró-ragályozás tovaaterjedésének gátat vetni, *Koplik* és *Filatow* tapasztalatain kívül *Knöspel*-nek Ganghofner klinikáján tett észleletei is tanuságot tesznek. Egyik betegüknél ugyanis, kinél bállob mellett toxikus, a kanyaróra emlékeztető bőrkiütés fejlődött, mely miatt, jöllehet a betegnél Koplik-tünet nem volt, a kanyaró-osztályra tették, a küteg ott mihamarabb eltűnt és 14 nap mulva Koplik-tünetet követőleg kanyaró fejlődött; viszont két vörhenyes bete-

güket a *Koplik*-tünet alapján elkülönítették; ezeknél rövid idő alatt a kanyaró ki is fejlődött, de az elkülönítés folytán sikerült ez osztályon a kórházi fertőzés tovatérjedését meggátolni. A gyakorlati életben nálunk eddig kevésbé ismert, illetve diagnosztikus értékűnek nem tartott ezen tünetre és *prophylaktikus értékek megfigyelésére* vagyok bátor e kérdés kapcsán az urakat felhívni, mert az orvosi tudomány messze kihat, nagy jelentőségű haladását jelentené az, ha ezen korai tünet alapján a legnagyobb fertőző kórral szemben való védekezés, kivált a korai gyermekkor éveiben, sikerrel járhatna.

A hökhurut (pertussis, tussis infantida) nagy, sajnos vészes jelentőségéről, a vele szemben való védekezés ez idő szerint elhanyagolt és sikertelen voltáról és a jövőben ez irányban követendő eljárásról értekezett a Budapesten múlt év őszén tartott nemzetközi gyermekvédő congressuson *Bókay* tanár. Előadásából idézem, hogy a cél érdekében törekedni kellene a betegeknek az egészségesektől való minél tökéletesebb elkülönítésére s ezért betegségük egész tartama alatt állandó hatósági felügyelet mellett volnának eltiltandók a pertussisos gyermekek a kisedővők, gyermekkertek, nyilvános játszóhelyek látogatásától. Kíváncsossá volna, hogy a család körén belül is legalább 6 hétre különíttessenek el a megbetegedettek az egészségesektől. Szükséges, hogy iskolás gyermekeknél a pertussisos gyermekek eltiltása az iskolából a legnagyobb szigorral vitessék keresztül. Hangsúlyozza előadásában, hogy a pertussisos gyermekek vidékre, fürdő- és nyaralóhelyekre való küldése csak a szülők kellő kitanítása mellett ajánlatos, illetve engedhető meg. Tapasztalatai alapján azonban azt hiszi, hogy mindaddig, míg a kórházi kezelési rendszer pertussisnál a szegényebb osztály betegeinél következetesen nem fog keresztül vitetni, a pertussis-járványok terjedését meggátolni nem leszünk képesek. Kíváncsossá jelentette ki, hogy ezen levegőgyógymódról (cure d'air) berendezett, kevés pénzen épült külön kórházak felállítását sürgető mozgalom külföldön és nálunk is eredményt érjen el.

A többi fertőző kórok a gyermekkorban egyrészt gyakorisági, illetve halálozási arányszámuk kisebb volta miatt csekélyebb jelentőséggel bírnak, másrészt a gyakorló orvos részéről különösebb orvosi rendszabályok alkalmazását nem igénylik.

Az elmondottakban csoportosítani igyekeztem az orvosi teendők azon sorozatát, melyekre a közigazgatási hatóságok nem kötelezettek, de a melyek az orvosi tudomány mai állása szerint kétségteleneknek ismert igazságokból következnek. Külföldi és hazai szakfelelősök itt felsorolt tapasztalatai tanúságot tesznek arról, hogy a szíves figyelmükbe ajánlott orvosi teendők semmi esetre sem ártalmasak, sőt igen sok esetben nagy haszonnal járhatnak is bizonyultak. Ez az oka annak, hogy a gyermekek védelme érdekében ezen közismert dolgok felelevenítésével az önök színe elé lépni bátorkodtam.

Irodalom. Gottstein: Berliner klin. Woch. 1896. Dennig: Münch. med. Woch. 1897. Fraenkel: Berliner klin. W. 1896. Löhr: Jahrbuch f. Kinderheilk. 1896. Slawyk: Deutsche med. W. 1898. Podack: Deutsches Archiv f. klin. Med. 56. Escherich: Münch. med. W. 1899. Germans: Zeitschr. f. Hyg. und d. Infect.-Krankh. 1896. Kassowitz: Wiener med. W. 1896. Müller: Berliner klin. W. 1895. Hilbert: Deutsches Archiv f. klin. Med. 56. Nothnagel: Specielle Path. IV. Hase: Jahrb. f. Kinderh. 1895. Knöspel: Prager med. W. 1898. Traité des maladies des enfants I. Bartels: Virchow's Archiv XXI.

Kimutatás

az egyetemi elme- és idegkórtani klinika idegbeteg ambulanciájának 1899-dik évi forgalmáról. (Laufenauer Károly egyet. tanár.)

Közl: *Weisz Miksa* dr. klinikai gyakornok.

A lefolyt évben az ambulancián eszközölt orvosi rendelések és kezelések összes száma 12,495-öt tesz ki; ezek közül új betegek vizsgálata 2334 esetben eszközöltetett. Az új betegek forgalmának összege az elmúlt évhez képest 254-nyi csökkenést mutat.

Ezen csökkenés nemcsak a mi ambulantiánkon, de az összes egyetemi, poliklinikai és közkórházi nyilvános szegénybetegrendeléseknél is észlelhető, sőt a közkórházak betegfelvétele is kisebb volt az előző évekenél. Ezen általános számbeli csökkenést lehetetlen a közegészségi viszonyok javulásának számlájára írni; és kell, hogy mélyebb socialis okai legyenek. Nem tartozik ezen kimutatás keretébe ezen gazdasági viszonyok behatóbb vizsgálata, azonban legyen szabad mégis

két tényezőt felemlítenem, melyek, ha nem is magyarázzák meg, de tüneteit nyújtják az elmúlt év közgazdasági depressiójának. Ezen két tényező elsője, hogy Budapest átmeneti lakossága, főképp az építő- és gyáripár hanyatlása miatt, a legutóbbi évben tetemes csökkenést mutat, már pedig képzelhető, hogy éppen azon szegény elem, amely Budapest lakosságát csak addig képezi, a míg itt munkát talál, továbbá ezen munkás elem családi hozzátartozói képezik minden szegénybetegrendelés beteganyagának legnagyobb contingensét. Bár nem egészen megbízható, Budapest átmeneti lakosságának csökkenését irányadó helyről 40,000-re hallottam becsülni.

Az általános gazdasági depressio második tünetét az idegenforgalom csökkenése képezi, melyre talán illusztrálóbba volnának a vasúti és hajózási társaságok kimutatásai; azonban mi egy rendelő-intézet néző pontjából kell, hogy nagyobb súlyt fektessünk a vidékről felutazó betegek számbeli csökkenésére, mint az összes felutazók számbeli hanyatlására. Az utolsó két év vidékről feljövő és Budapesten lakó betegek összehasonlító számaránya ha nem is tetemes, de elég jelentős különbséget mutat ki az utolsó év rovására. Számokban kifejezve: míg a lefolyt év az előzőhöz képest új betegforgalmában 254 csökkenést mutat, addig a vidékről felránduló betegek számbeli hanyatlása 121-et tesz ki; vagyis az összes differentiának majdnem felét.

Az elmúlt évben ambulantiánkat felkereső 2334 új beteg kórismék szerint következő számarányban oszlik meg:

I. Környei idegbántalmak.			
Polyneuritis	8	Paralysis n. abducentis	2
Paralysis n. facialis	25	Ischias	44
" " radialis	5	Morbus Bernhardii	3
" " ulnaris	1	Neuralgia trigemini	26
" " oculomotorii	1	" intercostalis	1
II. Sympathikus- és trophoneurosisok.			
Cephalalgia	103	Herpes zooster	2
" habitus	22	Morbus Basedowii	9
Migraine	86	Palpitatio cordis nervosa	19
Morbus Meniere	9	Neurosis sympathici	3
Hemiatrophia faciei	2	Urticaria nervosa	1
III. Gerinczvelő-betegségek.			
Tabes dorsalis	57	Myelitis	6
Sclerosis polyinsularis	13	Poliomyelitis ant. acuta	5
" combinata	5	Morbus Little	7
" lateralis	4	Morbus Friedreich	1
Syringomyelia	6	Paramyoclonus multiplex	4
IV. Nyúltagy-, kisagy- és hídbetegségek.			
Paralysis bulbaris	2	Tumor ad pontem	1
Tumor cerebelli	2		
V. Az agy betegségei.			
Arteriosclerosis cerebri	25	Hydrocephalus	4
Lues cerebri	13	Insultus apoplecticus	10
Encephalitis	4	Hemiplegia	13
Epilepsia	122	Vertigo post apoplexiam	1
Tumor cerebri	15	Mikrocephalia	1
Epilepsia Jackson	3	Commotio cerebri	2
Petit mal	10	Paralysis progressiva	55
Hemiplegia infantilis	10	Taboparalysis	12
Polioccephalitis	1		
VI. Functionalis idegbántalmak.			
Hysteria	397	Tic convulsif	11
Hysteria maior	16	Athetosis	1
Chorea hysterica	4	Tetanilla	5
Neurasthenia	298	Paralysis agitans	14
Neurosis traumatica	7	Paralysis agitans sine agitatione	1
Gastritis nervosa	18	Tussis convulsiva	1
Vertigo nervosa	11	Maladie des ties	5
Foglalkozási neurosis	6	Botturismus	13
Tremor essentialis	4	Surdomutismus	5
Chorea Sydenham	33	Degeneré	22
Chorea paralytica	2	Enuresis nocturna	6
Chorea gravis	1		
Torticollis spastica	2		
VII. Alkati bántalmak.			
Anaemia	20	Haemoglobinuria	1
Rachitis	2	Dystrophia musculorum progressiva	1
Diabetes	4		
VIII. Infectiosus és toxikus neurosisok.			
Alkoholismus chron.	26	Saturnismus	5
Lues secundaria (cephalalgia luetica)	10	Malaria	3
Lues cerebri	13	Tetanus	1
IX. Meghűléses bántalmak.			
Rheumatismus	161	Lumbago	3
Cephalalgia rheumatica	46	Influenza	68
Cephalalgia ex otitide	23		

X. Elmebetegségek.

Mania	4	Delirium tremens	11
Melancholia	7	Paralysis progressiva	55
Vesania acuta	12	Dementia senilis	7
Vesania chronica	10	Idiotismus	19
Psychosis neurasthenica	15	Imbecillitas	7
Psychosis hysterica	19	Anoia	1
Psychosis epileptica	9		

Ezen kívül 183-at tett ki azon betegek száma, a kik klinikai rendelésünkön megvizsgálva lettek, azonban más természetű betegségeik miatt az illető szaklinikákra utasítottak.

E kimutatásból kitünik, hogy beteganyagunk túlnyomó nagy részét egyrészt functionális betegségben szenvedők képezik, másrészt azon könnyebb meghűléses betegségek, melyek kimagszóbb tünetei révén néha határozottan rheumásnak vagy influenzásnak kórismézhetők; máskor pedig a könnyebb és túlnyomó számú esetekben ezen megkülönböztetés lehetősége nélkül csak annyit mondhatunk róluk, hogy meghűléses eredetűek vagy inkább meghűléses természetűek.

Az előző évek kimutatásaiban és ezen intézet tudományos működésében az első functionális csoport gyakran lett méltatva, legyen szabad nekem ezen kimutatás keretében néhány észlelést és megjegyzést ezen meghűléses csoportról közölnöm.

Ha egy nagyobb beteganyagon végig tekintünk, azon tapasztalatra jutunk, hogy nagyobb részt nem a súlyos esetek görditenek a diagnózis és kezelés elé nagyobb nehézségeket, hanem ezt inkább a könnyű megbetegedések teszik, a melyek úgy a magángyakorlatban, mint a klinikai ambuláriumokon, a beteganyagunk túlnyomó részét képezik. Nagyon gyakran látunk könnyű meghűléses eseteket, melyek csak 1–2 napig tartó lázzal, vagy sokszor csak a láz subjectív érzetével, kimutatható hőemelkedés nélkül, esetleg gastrikus tünetekkel, náthával, köhögéssel járnak; ezeket hajlandók vagyunk az influenza megbetegedésekhez sorozni; de sokszor tagfájdalmak, a testben össze-vissza bújáló szagatások is járulnak az eredeti kórképhez, s így az egésznek inkább rheumatikus színezetet nyújtanak, a nélkül, hogy az ízületek meg lennének dagadva, vagy valahol is az izomzat nyomási érzékenysége volna jelen. Mivel a rheumatikus nox vivőjét még nem ismerjük, ezen esetekben sem az influenza, sem a rheuma biztos diagnózisát nem állíthatjuk fel. Mindinkább azon felfogás hódít teret, hogy mind e megbetegedéseket mikroorganizmusok invasioja okozza, a meghűlés csak praedisponáló momentum. Eme, hogy úgy mondjam, meghűléses betegségek, egy számottevő részét adják klinikai járó betegeinknek. Nem pusztán véletlen az, hogy ezen betegek az idegrendszert keresik fel: az ő panaszaik javarészt az idegrendszerrel illetik; s így nem lesz egészen érdektelen, eme gyakran előforduló meghűléses betegségeket kísérő ideges tüneteket összegezni.

Az ideges hajlamú egyén a különféle betegségekre mindig más-képen reagál, mint a teljesen ép idegrendszerű.

Ezzel nem azon súlyos hysteriákat akarom érteni, a melyek egy typhus, egy nehéz partus vagy egy pneumonia után léptek fel először teljes vehementiával; hiszen a hysteria a terhelt idegrendszer talaján is rendszerint csak egy testi vagy lelki sok folytán lép fel. Egy egészen jelentéktelen meghűlés, mely különben egy-két napi náthával, néhány tüsszerűséssel le van tudva, az ideges egyénél egész komplikált kórképet okoz, mely ideges tünetek azonban a meghűléses nox kitombolása után rendszerint el is mulnak. Az ambulans beteg rendszeren elbeszéli, hogy a lefolyt napokban lázas, náthás volt, köhögött. Beszáradt ajaknyákhártyái, a belővelt kötőhártyák és fénylő szemek állításának valósága mellett tanúskodnak. Jelenleg azonban láz ki nem mutatható. Eleinte összes tagjai, csontjai hasogattak; hátában oly nyomás érzése volt, hogy a belső részei majd kiszakadtak. A hasogatás, mely lábában és csombjaiban mindkét oldalt váltogatva volt, most már csak egyoldali, de oly heves, hogy se ülni, se fektüdni nem képes. E panaszok mellett az ischiadikus pontok nyomásra nem érzékenyek; ischias tünet hiányzik. És objective vagy semmit sem találunk, vagy a bőr alatt kis göbcséket, melyek nyomásra érzékenyek. Vannak azonban esetek, melyeknél a kórkép mégis inkább ischiasra emlékeztető; a fájdalom leszolgál egészen a bokáig és tipikusan az ideg lefolyását követi.

Ime egy ilyen eset: Z. Z. 32 éves vasöntő, ki azelőtt soha beteg nem volt, 2 hét előtt munka közben megizzadt; nagyon szellős helyiségben dolgozott; átfázott. Már másnap reggel szaggató fejfájásokkal ébredt; a hideg borzongatta, egész nap levert, kedvetlen volt. E mellett jó étvágygyal evett. Este felé jobb csombja égni, zibogni kezdett; ezen paraesthesiák az est folyamán mind fájdalmasabbak lettek; az éj folyamán türelhetlen hasogatás gyötörte a csomb forgójától lefelé a térd hajlásáig; a fájdalom néha bele lőtt egész a bokáig lefelé. Álmatlan éjjel után másnap klinikai rendelésünkön jelentkezett.

A beteg kötőhártyái hurutosak. Ajkain herpes febrilis. Már a mint a beteg belép, járásán látható a jobb csomb fájdalmassága. Leülni, felállni csak kinok közt képes. Az ischiadikus pontok nyomásra mindenütt érzékenyek. A csípőizület hajlítása után a térdizület feszítése az ischiadikus ideg kilépési helyén heves fájdalmakat kelt. A quadriceps cruris izomhúsa, úgyisintén a lumbalis izmok nyomása igen érzékenyek. Ágynyugalmat és naponta 3 gm. aspirint rendeltünk 1-0 gm.-os porokban. Negyed nap betegünk rendelésünkön újból megjelent. Fájdalmait teljesen megszűntek, az ideg nyomási fájdalmassága eltűnt. A lefolyt betegségnek, egy csekély hörghurutot leszámítva, nyoma sincs többé.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

Az orvos szakértői működése.

(Vége.)

A 235. §. a szakértőkhöz intézendő kérdésekről szól.

A 236. §-ból: A szemle tárgya rendszerint a vizsgáló bíró jelenlétében vizsgálendő meg. Nem szükséges a vizsgáló bíró jelenléte, ha félrevonulását a szeméremérzet kiméltése követeli; továbbá, ha a szemle tárgyának misége és minősége csak hosszabb időn át tartó megfigyelés vagy kísérletezés alapján állapítható meg.

Ha több szakértő jár el, megengedendő, hogy azok véleményadás előtt egymással tanácskozzanak.

237. §. „Ha a szakértők ténybeli megállapításai jelentékenyen eltérők vagy a lelet határozatlan, homályos, önmagával vagy bizonyított ténykörülmenyekkel ellentétes, ugyanazokkal, vagy ha a kétségek a szakértők újabb kihallgatásával el nem oszthatók, más szakértőkkel új szemlét kell tartani.

A 238. §-ból: „Ha a szakértők véleményében ellenmondások, helytelen következtetések vagy hiányok mutatkoznak, vagy ha az adott vélemény helyességéhez nyomatékos kétség fér: a véleményadó szakértők felvilágosító nyilatkozatra kötelezendők, s ha ez eredményre nem vezetne, más szakértők véleménye szerzendő be.

A mennyiben ez orvostani vagy vegyészeti kérdésekre nézve válnék szükségessé: ha a véleményt nem a törvényszéki orvos, illetőleg nem az országos bírósági vegyész adta, ennek felülvéleménye szerzendő be; ha pedig a bíróság kétségeit ez a vélemény sem oszlatta el, felülvélemény adása végett az igazságügyi orvosi tanács keresendő meg.”

Az igazságügyi orvosi tanácsról az 1891. XI. t.-cz. intézkedik.

A 241. §-ból: „A halottszemlére és a boncolásra két orvosszakértőt kell alkalmazni.

Nem alkalmazható az az orvos, ki az elhunytat a halálát megelőző betegségekben kezelte, a vizsgáló bíró rendeletére azonban köteles megjelenni és a kórelőjárásra nézve, lehetőleg a boncolás előtt, felvilágosításokat adni.”

A 242. §. a boncolás alkalmával megállapítandókról szól, a 243. §. a gyermekölésről, a 245. §. a testi sértésről, utóbbiban a következő pont van: „A törvényszéki, törvényhatósági, államrendőrségi, járási, községi vagy körorvos véleménye, a mennyiben az eljárás adataival megegyez és senki nem kifogásolja, a testi sértés minőségének és gyógyulása tartamának megállapítására bizonyítékul bírói szemle nélkül is elfogadható.”

A 246. §. azon esetről intézkedik, a midőn gyanúok merül fel arra nézve, hogy a terhelt beszámíthatóságát kizáró vagy korlátozó elmezavarban vagy öntudatlanságban szenved; ilyenkor a megfigyelést mindig két orvosnak kell teljesíteni.

A törvény XVIII. fejezete a törvényszék előtti főtárgyalásról szól.

A 307. §-ból: „Ha a tanu vagy szakértő az ügygyel össze nem függő, sértő, részrehajló vagy bizonyítani nem engedett körülményre vonatkozó nyilatkozatot tesz, az elnöknek kötelessége őt félbeszakítani és figyelmeztetni, hogy feleletében szorosan a hozzá intézett kérdésekhez tartsa magát.”

A 309. §-ból: „A kihallgatott tanuk és szakértők a főtárgyalás terméből csak az elnök rendeletére vagy engedelmével távozhhatnak.”

A XIX. fejezet az esküdtbírók előtt folyó főtárgyalásról intézkedik.

Az 1883. évi I. t.-cz. alapján az 1894. évi 16,379. számú igazságügyministeri rendelet életbe léptette a törvényszéki orvosi vizsgálatot, ezen rendelet 12. §-a szerint 1895. évi május hó 1-ső napjától törvényszéki orvosul csak az nevezhető ki, a ki ezen vizsgálatot sikerrel letette.

A szakértői díjakról az igazságügyminister 1874. évi 7626. számú rendelete intézkedik.

Az orvost bűntetőügyekben mint tanút is kihallgathatják, de a tanúságtétel alól a bűnvádi perrendtartás 205. §. 2. pontja bizonyos mértékben mentesíti, e szerint: „az ügyvéd, a közjegyző, az orvos, a sebész, a gyógyszerész, a szülész és a segédjök arra nézve, a mit valaki a hivatásukkal járó bizalomnál fogva titoktartás kötelességével bízott reájok, hacsak a megbízó őket a titoktartás alól fel nem mentette.”

* * *

Franciaországban valahányszor polgári perben a bíróságnak specialis ismeretekre van szüksége, szakértők segítségét veheti igénybe. A feleket felszólítják, hogy válaszszerzők szakértőt, ha ezt nem teszik, a bíróság nevez ki. Rendszeren 3 szakértőt jelölnek meg, de a felek megállapodhatnak egynek kijelölésében is. A megbízás elfogadása polgári perben nem kötelező, de ha az esküt letette, akkor már nem léphet vissza. Ha a bíróság a jelentésből nem nyert megnyugvást, újabb szakértőket kérhet fel, vagy az előbbieket újabb jelentés tételére hívhatja fel.

A most még érvényben lévő magyar polgári törvénykezési rendtartás (1868: LIV.) a bírói szemlékről szóló V. fejezetében a szakértőkről következőképen intézkedik:

212. §. „A szemlét a bíróság vagy maga, vagy szükség esetében szakértők közbejöttével teljesíti. Ez utóbbi esetben a feleknek szabadágukban áll egy közös szakértő kinevezésében is megegyezni; különben mindegyik fél az utolsó perirattal, illetőleg perbeszédben egy,

vagy ha a szemle több különböző tárgyra terjesztendő ki, melyek különös szakismereteket kívánnak, mindegyik külön tárgyra nézve egy-egy szakértőt nevez; a harmadikat a bíróság hivatalból hívja meg.

Ha a felek periratukban vagy a bíróság által kitűzött határnapon szakértőket nem neveznek, mind a három szakértőt a bíró nevezi ki.

A 212. §. a szakértő esküjéről intézkedik.

Az 1893. évi XVIII. a sommás eljárásról szóló törvény:

94. §. „A szakértőt a bíróság nevezi ki.

A bíróság egy szakértőt is kinevezhet.

A bíróság a kinevezett szakértők helyett másokat nevezhet ki.

A szakértők kinevezése előtt a bíróság a feleket a szakértők számára és személyére nézve meghallgatja.

Ha a felek egy vagy több szakértő személyében megegyeznek, a bíróság a kinevezésnél a felek javaslatához alkalmazkodjék, a felektől javaslatba hozott szakértők számát azonban korlátozhatja.

Egy szakértőt a bíróság csak akkor nevezhet, ha több szakértő kihallgatása nem mutatkozik szükségesnek és a több szakértő által felfedezett költség a per tárgyának értékével arányban nem állana.

Ugyanezen §. intézkedik arról, hogy kik nem alkalmazhatók szakértőként (érdekeltség rokonság, stb.), valamint a bizonyítás ismétléséről is.

Az utolsó bekezdése pedig így szól: „Szakértő személyek, kik oly elmúlt állapotokról s ténykörülményekről tanúskodnak, melyek észleléséhez szakértelem volt szükséges, tanúknak tekintetnek és rájuk a tanúkihallgatásra vonatkozó szabályok alkalmazandók.”

Ezen utolsó bekezdés által előállított helyzetet Schwartz Ottó ezen helyen részletesen tárgyalta.¹

Az életbeléptetési rendelettel kapcsolatosan kiadott új sommás ügyviteli szabályok

51. §-a így szól: „Ha valamely szakkérdésre nézve állandóan alkalmazott szakértők vannak, a bíróság ezek közül nevezze ki az illető szakértőt, kivéve, ha a felek más szakértő személyében állapodtak meg, vagy ha a más körülmények javasolják, hogy a kinevezés ne az állandóan alkalmazott szakértők sorából történjék.”

Az 52. §. a szakértők kikérdezéséről és megeskütéséről intézkedik.

Az 53. §. szerint: „Ha a szakértő alapos és kimerítő véleményt azonnal elő nem terjeszt: a meghallgatást teljesítő bíróság a vélemény szóbeli előterjesztésére újabb határnapot tűz ki, a körülményekhez képest azt is megengedheti, hogy a szakértő bizonyos határidő alatt írásban nyújtsa be véleményét.

Az írásbeli vélemény felvilágosítása végett a szakértőt mind a perbíróság, mind a megkeresett bíróság megjelenésre idézheti.

A szakértőknek megengedhető, hogy véleményüket tollba mondják vagy sajátkezűleg írják a jegyzőkönyvbe.

A szakértő járandóságaira nézve az 50. §. alkalmazandó.”

Az 50. § így szól:

„A tanú járandóságait a kihallgatás után azonnal a kihallgató bíró állapítja meg s a mennyiben a megállapított összeget a bizonyító fél ki nem fizeti: a tanú kérelmére a kihallgató bíró rendeli el a végrehajtást.

Ha a bizonyító fél a tanúkihallgatás költségei fejében bizonyos összeget tett le a bíróságnál s a tanúkihallgatás megkeresés útján történik: a megkeresett bíróságot értesíteni kell arról, hogy mily összeg tételtett le. A megkeresett bíróság a tanú járandóságainak a letett összegből való kiutalványozása iránt a perbírósághoz fordul.”

Az orvos *polyári perben* is szerepelhet mint *tanú* s ilyenkor az 1893: XVIII. t.-cz. 82—93. §§. érvényesek. Specialis intézkedést a 86. §. 4. pontja tartalmaz, mely szerint a tanúságtétel megtagadható oly körülményekre nézve, a melyekre a tanú nem nyilatkozhatik a nélkül, hogy a hivatásával járó titoktartás köteleességét, különösen mint ügyvéd, közjegyző, orvos vagy ezek segéde meg ne sértse, a mennyiben a titoktartás kötelessége alól fel nem mentették.

A végzés ellen, mely a tanút vallomástételre kötelezi, a tanú halasztó hatályú felfolyamodással élhet.

* *

Brouardel fejtegetései befejezésül a bizonyítványokról szól, melyek kiállítását majdnem orvostörvényszéki működésnek tekinti. Sohasem lehetünk eléggé óvatosak. Pedig az orvosok kissé könnyen adnak bizonyítványt. Ez az orvosi rendet nagyon kompromittálja; hányszor mondják az ügyvédek a félnek: „szerezzen ilyen s ilyen bizonyítványt, mindig talál orvost, a ki kiállítja.” S az a szomorú, hogy a fél gyakran el is hozza a kívánt iratot. Brouardel az ilyen bizonyítványok három fajtát különbözteti meg, az első az úgynevezett *szivességi bizonyítvány* (certificat de complaisance), pedig a legjelentéktelenebbnek látszó dolognak is súlyos következményei lehetnek.

A második fajt *oktalan, elővigyázatlan bizonyítványoknak* nevezi, a melyekben az orvos nem hangsúlyozza eléggé, mi a sértett subjectiv panasz s mi constatatálható objective, ilyen esetért Franciaországban az orvost kártérítésre el is ítélték. Ezekon kívül a *bűnös* vagy *hamis* bizonyítvány is szerepel. Ez utóbbiakról a magyar büntető törvénykönyve (1878. V.) XXX. fejezete szól.

408. §. „Azon orvos, a ki valamely egyén egészségi állapotáról hamis bizonyítványt a végett ad ki: hogy valamely hatóságnál v. biztosító

¹ Orvosi Hetilap 1899. 8., 20., 32. oldal.

társaságnál használtassék, vétséget követ el és egy évig terjedő foggázzal büntetendő.”

Mint látható, az orvosszakértőnek nemcsak szakmájában kell jártasnak lennie, nemcsak a törvényes intézkedéseket kell ismernie, nemcsak lelkiismeretesen és becsületesen kell az igazságra törekednie, hanem óvatosnak is kell lennie, nehogy működését félremagyarázzák. Joggal hivatkozik Brouardel Devergie-re, a ki azt mondta: „le médecin légiste doit fermer les oreilles et ouvrir les yeux” — a törvényszéki orvos dugja be a fülét s nyissa ki a szemét!

Grósz Emil dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Az utóbbi időben előfordult chloroform- és aether-halálesetekről.

Közli: Haberern J. Pál egyet. m.-tanár.

Irodalom. 1. Schenk: Zur tödtlichen Nachwirkung des Chloroforms. Zeitschrift f. Heilkunde. B. XIX. H. 2—3. 2. Gunby: Gastric lavage after general anaesthesia. Medical news 1899. Jan. 21. 3. Rushmore: How to prevent the dangers and disagreeable symptoms of ether. Annales of Surgery. 1898. oct. 4. Leppmann: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Aethernarkose. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. IV. 1. 5. Lotheisen: Über die Narkose mit Aethylchlorid. Langenbeck's Arch. f. Chir. LVII. 4. 6. J. Schneider: Ein Todesfall bei Aethernarkose. D. med. Wochenschr. 1899. 52. 7. L. Feilchenfeld: Zur Prophylaxis bei der Chloroformnarkose. Centralbl. f. Chir. 1900. 4. 8. Kionka: Über Narkotisierungsapparate. Langenbeck's Arch. LVIII. 3. 9. E. Salén und C. Wallis: Två fall s. k. seu Kloroformdöd. Hygiea. B. LI. (Ref. Chl. f. Chir.) 10. Dörner: Über Chloroformnachwirkung in einem Falle von Status lymphaticus. Centralbl. f. Chir. 1899. 49. 11. O. Wanscher: Ether versus Chloroform. [Nord. med. Arch. D. IX. 29. (Ref. Centralbl. f. Chir.)] 12. Sippel: (Frankfurt a. M.) Ein Beitrag zum Chloroformtod. D. m. Woch. 1899. 44. 13. Hölcher: Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Erkrankungen der Luftwege nach Aethernarkose. Arch. f. klin. Chir. LVII. 1. és D. med. Woch. 1899. 8. Litteraturbeilage. 14. Lancet: 1899. febr. 4. pag. 321. és 338., febr. 25. p. 530., apr. 22. p. 1095., jun. 17. p. 1649.: Deaths under chloroform. 15. Lancet: 1899. jun. 24. p. 1727. Poisoning during chloroform-administration from decomposition in the presence of a flame. 16. James Edmunds: Deaths under chloroform. Lancet. 1900. jan. 27. 17. Geppert: Gesellschaft f. Natur- u. Heilkunde referatuma. D. med. Wochenschr. 1899. évi 19. sz. Vereinsbeilage p. 111.

Ha csak az utolsó, körülbelül másfélévi irodalomban lapozgatunk, megdöbbentő számban találkozunk narkosisban történt halálesetekkel, annak dacára, hogy csekkel párhuzamosan mindenütt jelét látjuk azon törekvésnek, mely ezen szerencsétlenségeket, részben az altató szer változtatása és kezelése által, részben újabb altató készülékek pontos szerkesztésével, végre az óvó rendszabályok hosszú sora által óhajta elhárítani.

Az erre vonatkozó közlemények közül a fontosabbak rövid ismertetését a következőkben adjuk, levonván belőle a megszívlelendő tanulságokat.

1. Schenk Rosthorn klinikáján 40 éves asszonyt operált ovarium-cysta és jobb pyosalpinx miatt. Narkosis Billroth-féle keverékkel $2\frac{1}{2}$ óráig tartott. Műtét után három nappal szívgyengeség és súlyos vese-gyuladás tünetei között halál. Boncsolásnál zsíros elfajulás a szívben, vesében és májban. Schenk azt a chloroformnak tulajdonítja. *Késői chloroform-halátnak* nincs egységes képe. Egyszer a szív-, máskor a máj-, ismét más esetekben a vese-tünetek (uraemia) lépnek előtérbe. Ily esetet látott Schenk 38 éves asszonynál, kinél adnextumort írtottak ki másfél óráig tartó Billroth-keverékkel végzett narkosis közben és kinél négy nappal a műtét után uraemikus tünetek között következett be a halál. Sectio idült Bright-kórt állapított meg, tehát vesegyuladásnak volt tulajdonítható a halál.

Ezek alapján Schenk kutyákon és majmokon végzett kísérleteket, melyekből kiderül, hogy a *zsiros degeneratio már néhány órával a chloroform-narkosis után fellép s napok, sőt hetek után sem tűnik el.* Csak az igazán szükséges esetekben tartja megengedhetőnek a narkosist, főleg pedig int, hogy egyszerűen diagnostikus célból *könnyelműen* ne végezzük.

2. Leppmann. Kutyát, macskát, tengerinyúlát és fehér patkányt hosszan tartó aether-narkosisnak vetett alá az utóhatás tanulmányozása végett. Vesében, májban zsiros degeneratio minimalis volt, *alig pathologikusnak nevezhető*, s nem is lehetett összehasonlítani a *chloroform okozta zsiros degeneratioval.* Az N-kiválasztás fokozott ugyan, de ez sem oly mértékben, mint a chloroform-narkosisnál. E szerint az aether nem bír oly destruáló hatással, mint a chloroform.

3. Alaposabban kidolgozott közleményben foglalkozik Schneider az aetherhalálakkal általában. 14 év óta chloroformot alkalmazott és 3000 narkosisa volt haláleset nélkül. Utóbbi időben használt aethert is egy 58 éves szabónál, kinél a bal láb öregujján és a jobb kéz kisujján gangraena senilis miatt operált. Betegnél arteriosclerosis, hypertrophia cordis tünetei, vizeletben fehérje, nephritis chronica. A Juillard-féle mész-kal 50 grammnyi, később megint 50 grammnyi aetherrel altatott. A láb eltávolítása után a légzés felületes lett, az arc cyanotikus, szív-működés megszűnt; erre kamphor-adagolás, mesterséges légzés, sziv-massage, phrenikus izgatás, de minden hiába! A sectionál atheromatosis, dilatatio cordis, emphysema pulmonum venosus pangással, jobboldali pleura-exsudatum, cirrhosis hepatis és zsugorvessé volt kimutatható. Szerző ezen eset kapcsán a következőket ismerteti és idézi. Gurll 4 év alatt talált 166,812 chloroformnarkosis következtében 63 halálesetet és 26,320 aethernarkosis következtében 2 halálesetet. *Aethernél azonban az utólagos*

halálozások száma nagyobb, mint a chloroformnál. Így pl. Poppert egy esetet közöl a giesseni klinikából és ezenkívül még 7 esetről tesz említést, tehát összesen 8-ról, midőn tüdő-oedema okozta halál következett be az aether után, és így ő az 1893/94. évre 33,083 chloroformnarkosisnál 16 halálesetet mutat ki a műtét alatt és egyet a műtét után, 11,669 aethernarkosisnál 2 halálesetet a műtét alatt és 8-at a műtét után. Ez tehát az igazi arány. Egy aetherhalálesetet közöl Herhold is, melyben 250 gm. után halt meg a beteg és melynél a sectio szívhűdést konstatait az összes szervek nagyfokú venosus hyperaemiájával. Ehhez hasonló a Smith és Collis esete, melynél 20 percczel a műtét után meghalt a beteg és melynél a sectio a tüdőben és agyban óriási venosus pangást derített ki. Sonnenburg esete is ide tartozik, ebben a mesterséges légzést nem lehetett eszközölni, mert a mellkas nem volt összenyomható és a sectio oly fokú pangást derített ki a tüdőben, hogy az egyáltalában nem collabált. Ezek mellett az is elfogadható, hogy vannak esetek, melyekben a halál nem a narkosis által okozatik, hanem csak a narkosis alatt következik be.

Elgyengült egyéneknek ugyanis ez bekövetkezhetik, mikor a biztos halál-ok ki sem deríthető. Így erre vonatkozólag szerző három gyermeket említ, két empyemát és egy diphtheritis miatt tracheotomizáltat, melyeknél nem tartja eldönthetőnek, vajjon a halált a narkosis mint olyan, vagy az eredeti betegség okozta. Epúgy Poncet három esete is ide tartoznak, 2 idősebb egyénnél incarcérált sérv és egy obstructio intestinalis. Poncet szerint a bántalom maga és a műtét által előidézett shock volt a halál-ok.

4. E. Salen és C. Wallis a késői chloroformhalálról írva, azt igyekeznek 2 eset kapcsán bizonyítani, hogy igen sok eset, mely ilyen czim alatt közöltek, nem állja a szigorú kritikát. Mindennemű más betegség, főleg pedig a műtét következtében bedőlt acut sepsis zárandó ki, hogy csakugyan chloroform okozta halálról beszélhessünk. 20 éves leánynál salpingo-oophoritis miatt 2 óráig tartó laparotomia 40 cm. chloroform elhasználásával. Höfok műtét után 38° C. Euphoria. Műtét után első nap nagyfokú icterus, nagyfokú elesettség, szapora pulsus, rossz szív-működés. Halál a harmadik napon; sectionál a seb körül semmi elváltozás, lép normalis. A Douglas-ür kitorlészére használt kevés sublimat sem életben, sem halál után tünetet nem okozott. Positiv lelet volt azonban a máj nagyfokú zsíros degenerációja, zsíros szív és kezdődő zsíros degeneratio a vese kéregrétegében. Második esete proctitis follicularisban szenvedő 22 éves leányra vonatkozik, kinél appendix-műtét végeztetett chloroform-narkosisban, mert a leány vakbélre vonatkozó fájdalmakat jelzett. Műtét után vizelet sok fehérszínű, hengereket tartalmaz, mennyisége fogy, végre anuria és műtét után két napra halál. Sectionál sepsis tünetei nincsenek, lép nem nagyobboldott meg, azonban nagyfokú zsíros degeneratio a myocardiumban, a májsejteken és a vesekéreg hámszejteiben. Ezen esetben ugyan kevés jodoformgaze-zel való tamponálás alkalmaztatott, de nem valószínű, hogy ezen tünetek ennek voltának tulajdoníthatók, úgy hogy ezen esetet is a késői chloroformhalálesetek közé sorolja. Tapasztalatait összefoglalja és ezek szerint: 1. a belégett chloroform több nappal a műtét után is okozhat halált, ez a késői chloroformhalál; 2. a kóros változások főleg a szív, máj és vese zsíros degeneratiojaként jelentkeznek, 3. legtöbbször azonban praevaleál az egyik vagy másik szervben való degeneratio és ezért praevaleálnak különböző tünetek az esetek szerint és 4. ezen kóros változások megegyeznek az állatkísérleteknél szerzett tapasztalatokkal.

5. Dörner 31½ éves fiúnál kétoldali sérvnél Bassini-műtétet végeztet; egy óráig tartó narkosisnál 25 gm. chloroformot használt el. Műtét után beteg halavány lett, de csakhamar összeszedte magát, később azonban albuminuria lépett fel, lassan emelkedő láz, és daczára, hogy a seben változás nem volt észlelhető, műtét után 42 órával halál. Sectionál nagy thymus mellett az összes lymphatikus szervek hyperplasiája derült ki. Zsíros degeneratio a parenchymás szervekben. Szűk aorta. Szerző ezt szintén chloroformhalálnak tartja és figyelmeztet, hogy számos észlelés bizonyítja, hogy a lymphatikus chlorotikus szervezet a chloroformot nem jól tűri.

6. Sippel 25 éves nőnél peritonitis tuberc. miatt akart operálni, kinek vizeletében fehérje nem volt kimutatható; Kappeler-féle készülékkel 15 gm. friss chloroform elhasználása után még nem következett be a narkosis. Ekkor hányás jelentkezett, miközben a chloroformot tovább adták; erre az arez cyanotikus lett, érverés gyengébb, chloroform eltávolítása daczára pulsus kimarad, 2-3 légzési mozgás után halál. Mesterséges légzés, tracheotomia eredménytelenek. Ez az eset tipikus képét mutatta a chloroformhalálnak, a mennyiben az életben semmi sem utalt arra, hogy a szív-működés a chloroform hatása alatt szünni fog. Sectio sem mutatott ki semmit. Ez oly eset, melyben a chloroform hirtelen el, mint szív-méreg hatva. Azon esetek közé tartozik, melyekben nem a chloroformmennyiség, sem az adagolás módja vagy egyéb óvó rendszabály elhanyagolása okozta a halált. Megjegyzései, melyeket ez esethez fűz: 24 éves praxisa alatt ez volt az egyedüli észlelt haláleset. A jövőben hányás közben abba fogja hagyni a továbbbaltatást, várni fog, míg a hányással járó cyanosis megszűnt, annak daczára, hogy ez által a narkosis hosszabb ideig tart. Miután a szív villamozása a thoraxon keresztül eredménytelen maradt, arra gondol, hogy hasonló esetben a szívet a 4-5. intercostalis résben szabaddá teszi és az inductios áramot direct a szívre alkalmazza, azaz a tűt felületesen a szívizomba illeszti; élettani kísérletek alapján (Landois) jogosultnak tartja a rhythmikus faradistiot.

7. Hölscher kísérletileg tanulmányozta az aethernarkosis kísérletében fellépő tüdőbántalmakat, különösen olyan szempontból, vajjon az aether, mint olyan, okozza-e a káros befolyást, vagy a tracheába került nyál. Tanulmányai eredménye, hogy az aether a tracheában és a bronchusok-

ban igen csekély nyáksecretiot okoz és hogy a trachealis hörgős a szájból aspirált nyáltól származik és oldalt fektetés, szájnýtás stb. által elhárítható. Az aethernarkosis után fellépő pneumoniákat többnyire a szájból aspirált fertőző nyál okozza. A trachea és bronchus csilló-hámsejtjei az aethernarkosis alatt is működnek. Magát a nyálfolyást az aether localis ingere okozza, de szerepelhet az aether centralis hatása is.

A Lancet mult évi és az ez idén megjelent számaiban is bőven találkoznak chloroformhalálesetekkel. Így a február 4-diki számban 31 éves munkásról van szó, ki egy drachma chloroform használatát után az excitatio stadiumában a légzési centrum hűdése folytán halt meg. Ugyancsak ezen számban egy 41 éves férfi esete van leírva, ki nyaki cystájának kiirtása közben szívhűdés folytán halt meg chloroform-narkosisban. A február 25-diki számban bronchopneumoniában szenvedő két éves leányról van szó, kinél a jobboldali empyemát akarták drainezni. Műtét megkezdése előtt chloroformhalál.

Az április 22-diki számban Alexander Granville 17 éves fiúról emlékezik meg, kinél varicocele műtét miatt először kéjgázt és oxygent, azután folytatólag chloroformot alkalmaztak. Szívhűdés tünetei között halál. A június 17-diki számban ismét 9 chloroformhalálról találunk említést, köztük egy 16 hónapos csecsemőt és 72 éves férfit; a végzett műtétek között szerepel egyebek között enucleatio bulbi és kartörés ellátása.

A Lancet június 24-diki számában pedig ama veszedelemről van szó, mely a chloroformnak gázláng mellett való alkalmazásánál bekövetkezhethet, mert a fejlődő mérges gázok a géget, légcsövet és tüdőt támadhatják meg. Zweifel-nek gázlángnál végzett 9 laparotomizáltja közül 7 catarrhalis pneumoniát kapott, kik közül egy meg is halt, sőt Mey of Herne is constatálta, hogy ilyenkor orvos és ápolónők is megbetegedtek, sőt meg is haltak. Stobwasser szerint, ki tengerinyulakon és házinyulakon kísérletezett, ilyenkor pneumonia és tüdőoedema fejlődnek. Gáz jelenlétében a chloroformmal carbonylechlorid képződik a mely gázt Humphry Davy fedezte fel és phosgen-nek nevezte. A kellemetlenségek nedves időben jobban érezhetők.

James Edmunds által tudjuk, hogy 1899-ben Angliában 83 esetben indítottak hatósági vizsgálatot chloroform-narkosisban beállt halál miatt. A 83 eset közül 68-ban a halál a műtét megkezdése előtt állott be. Edmunds azonban azt hiszi, hogy tekintve az eltitkolt eseteket is, Angliában az elmúlt évben körülbelül 200 ember halt meg anaestheticumtól. A Krohne-féle altató készülék használatával a törzslánszát, melylyel szerinte az adagolt chloroform-mennyiséget pontosan meghatározhatjuk és a chloroformnak levegővel való hígítását is kellően biztosíthatjuk.

A narkosis prophylaxisát és az utókezelést illetőleg szintén néhány közlemény jelent meg:

Rushmore szerint az aether alkalmazásánál fellépő zavarok nagy része az orvos ügyetlenségén és a beteg különböző ellentálló képességén alapulnak. Ő három órával a narkosis előtt kávét ad, egy vagy ½ órával előbb pedig morphiumot és atropint subcutan a salivatio ellen. Az aether levegővel keverve kis adagban adja. Így adva az aether, a tüdő részéről nincs mitől tartanunk, a vesék részéről pedig minimalis a veszedelem.

Gunby narkosis után gyomormosást ajánl, miáltal a súlyosabb tünetek a gyomor részéről elháríthatnak és legfeljebb muló rosszullét jön létre. Az öblítést a kötés alkalmazása alatt fél narkosisban végzi.

Feilchenfeld azon tapasztalathól kiindulva, hogy nyilvánosan szereplő egyéneknek, mint színészeknek, vagy például vizsga, szigorlatok előtt állóknál, a strophantus megszüntette az ú. n. lámpalázat oly esetekben is, melyekben a bromkészítmények teljesen hatástalanok maradtak, ajánlja, hogy minden beteg műtét előtt strophantust kapjon. Mert ilyenkor a müteendő hasonló állapotban van — nem eszik, álmatlan, érverése szapora.

Adagolás: műtét előtt 2 nappal esténként és a műtét napjának reggelén 5-6 esepp tet. strophanti.

A midőn ezen eseteket és közleményeket rövid egymásutánban leirtuk, tisztán áll előttünk azon tény, hogy az általános narkosis még ma is, a hol a helybeli érzéstelenítő eljárások mindinkább tért hódítanak és mondhatni fényes diadalukat ülik, nagyon sokszor oly esetekben is alkalmazzák, melyekben teljesen nélkülözhető volna egyrészt a beavatkozás csekélyisége folytán, másrészt pedig meg nem engedhető volna, tekintettel a beteg állapotára.

Miután azonban kétségtelen, hogy az általános bódító eljárásokat ma még nem nélkülözhetjük és miután az általános bódítás áldásos eljárását lehetőleg veszélytelenő kell tennünk, feltétlenül szükséges, hogy minden egyes esetben narkosis előtt a beteg állapota, szervezete a legtüzetesebben megvizsgáltsék és megbíráltassék a narkotizálhatóság szempontjából és hogy egybevessük, vajjon a beavatkozástól várható eredmény felére a narkosis veszélyeivel. Es ha tényleg bekövetkezett a szerencsétlenség a narkosis közben, minden sebész tartsa kötelességének az egész lefolyás alatt megfigyelt tüneteket s az eljárást a meg-ejtett boncsolás eredményével a legszorgosabban ismertette közölni és azt bármi okból sem eltitkolni. Nagyon szerepel újabban a késői chloroformhalál, melynek gyakorisága kétségtelenül kísérletileg bebizonyított, habár egységes képe nincsen.

Ha egyedül Angliában az elmúlt évben 200-ra teszik a narkosis folytán elhaltak számát, vajjon hány emberéletet követel a narkosis évente általában? Minden sebész tartsa kötelességének, hogy a helybeli érzéstelenítő eljárások technikáját elsajátítsa, gyakorolja, a nagy ambulatoriumok és klinikák találjanak utat és módot, hogy azt fejleszték és terjeszték.

Könyvismertetés.

Swedenborg. Histoire d'un visionnaire au XVIII^e siècle. Par le Dr. Gilbert Ballet. Paris. Masson & Cie, 1899.

Swedenborg élete és művei az elmekörtannal foglalkozó orvosok előtt méltán érdeklődés tárgya. 1688-ban született Stockholmban. 1744-ig számos komoly tudományos munkát írt, melyeknek tárgyát a természet-tudományok, az ásványtan, csillagászat, később az anatomia köréből vette. 1745-ben, 57 éves korában, azonban látszólag hirtelen változtatta meg irodalmi munkásságának témáit, a mikor ugyanis egy visióban egy férfi képében az Istenség jelent meg előtte és tudomására hozta, hogy őt választotta a szentírás tanítására és magyarázására. Akkor elhatározta, hogy főleg spiritualis témákkal fog foglalkozni. Későbbi visióiban érintkezésben állott úgy a menyországgal, mint a pokollal, valamint a csillagok szellemeivel, tőlük megtudta úgy a túlvilág, mint a bolygók életét, és mindezeket munkáiban ismertette. Ezen visióktól eltekintve azonban, 84 éves korában bekövetkezett haláláig teljesen normalisnak látszott, és az emberekről és dolgokról is oly helyes nézeteket nyilvánított, mint azelőtt. Swedenborg nem törekedett tanítványokat szerezni magának. Követőinek Franciaországban jelenleg két kis templomuk van, az egyik Párisban a Pantheon közelében. Az „Uj-Jerusalem” hit hívei körülbelül 100,000-en lehetnek szétszórva a világban.

Ez a körtörténet, melyet Ballet oly szemmel vizsgál, mint „azon sok ismeretlen beteg, a melyről a világ nem tud és a klinika minden nap észlelésünkre boesát”.

A körképben a hallucinatio játsszottak tehát a főszerepet. Ezek azonban nem hirtelen támadtak, hosszabb incubatio előzte meg azokat, a melyek alatt mintegy szervültek Swedenborg mystikus dispositioi. Első visiója előtt jelent meg munkája „De cultu et amore Dei”, mely esirait foglalja magában későbbi látomásainak, és olvasható, hogy azelőtt is gyakran magába vonult, hogy zavartalanul adhassa át magát gondolatának. Swedenborg megfigyelte, hogy a szellemek beszédét nem a fülén át hallotta, hanem azt mondta, „észrevettem, hogy ajkaim és nyelvem is mozgásban volt” a mikor a szellemek szóltak hozzá, a mi mutatja a hallucinatio mozgási képzeleti képekből való kiindulását. Érdekes, hogy a maga bevallása szerint csak olyan elhunytakkal tudott érintkezni, a kiket vagy személyesen ismert életükben, vagy a kiktől munkái vagy tettei révén határozott képet alkotott magának, azaz, mint egyik életírója mondja, szellemei az ő saját termékei.

Azon telepathiai adatok, melyek közismeretesek, t. i., hogy Swedenborg Stockholm egészét, máskor egy gyárban kiütött tűz kitörését stb., bár távol volt a színtértől, jelezte, be nem bizonyíthatók.

A részletek, melyeket Ballet előad, nem sorolhatók fel a rövid ismertetés körében. Végeredménykép Swedenborgot nem annyira a mysticusok közé sorolja, mint inkább theosophnak tartja, bár e kettő között csak annyi különbség van, mint megégyező vonás, és a kettőnek elválasztása erőltetett dolog. Ezenkívül Ballet a történelemből vett hasonló példákat is ismerteti.

Kollarits.

Lapszemle.

Általános kör- és gyógytan.

Egy új festési módszert ajánl Nakanishi japáni professor. A jól megtisztított tárgylemezt methylenkék melegen telített vizes oldatával bekenjük, olyan módon, hogy vászonruhával vagy szűrőpapírral egy-néhányszor végigmázoljuk, majd a festékkoldatból, mielőtt reászáradna, gyorsan letörölünk annyit, hogy a tárgylemez a kívánt égékszint kapja. Vagy pedig úgy is eljárhatunk, hogy a tárgylemezt a csaknem forrásig hevített methylenkék-oldattal bekenjük és rögtön bekövetkező megszáradása után addig törölgetjük vászondarabkával, míg a fent említett szín előáll. A vizsgálandó anyagokat folyékony állapotban kell a fedőlemezre hozni, a melyet a már előkészített tárgylemezre helyezünk. Ezen eljárással szerző számos anyagot vizsgált és azt főképp a baktériumok finomabb szerkezetének feltüntetésére találta alkalmasnak. Azonkívül leukocyták, erythrocyták elfajulásainak különböző phasisaira, a malaria plasmodiumok valamennyi fejlődési alakjaira kényelmes és világos módszernek bizonyult. A tuberculosis és lepra bacillusok ezen eljárással már néhány pillanat alatt megfestődnek. Alkalmas végül ezen festési módszer transsudatumokban, exsudatumokban, secretumokban és excrementumokban előforduló alakult elemek vizsgálatára, így pl. alkalmazható a vizeletnek hengerekre, a faecesnek amoebákra, a kankós váladéknak gonococcusokra való vizsgálatánál is. (Münch. med. Woch. 1900. 6. sz.)

Hönig Izsó dr.

Gyógyszertan.

A carniferrin egy nem egészen új keletű szerves vaskészítmény, melyet Siegfried¹ készített először a lipesei élettani intézetben; most a feltaláló előírása szerint a hőcsti festékgyárak foglalkoznak előállításával. Ez a következő módon történik: Lemért mennyiségű angol húskivonatot vízben oldanak, az egészhez baryumhydroxyd tömény oldatát keverik, míg csak csapadék képződik; az átszűrt folyadékban, melyet a még hátramaradt baryumtól kénsavval kell megtisztítani, vaschlóríd hozzáadására csapadék fog képződni: ez a carniferrin, melyet ezután csak szárítani és tisztítani kell. Mivel ismeretes dolog, hogy a húskivonatok tápértéke csekély, a kivonatok fehérjét ugyanis alig, hanem a húsnak extractiv anyagait, sóit és phosphorsavát tartalmazzák, az ezekkel képezett vasvegyület sem szerepelhet mint a fehérje és vas

összeköttetése, ezen szempontból tehát a carniferrin össze sem hasonlítható Schmiedeberg ideális összetételű ferratinjával. Daczára ennek azonban, mint azt a vizsgálatok beigazolják, a carniferrin az összes szervetlen vaskészítményeknél sokkal jobban szívódik fel. Megközelítő pontos sággal végzett kísérletek szerint a carniferrinnek 10/0-a kerül felszívódásra, míg pl. a ferrum oxydatum sacchar-nak csak 0.03/0-a. Ez különben pharmacodynamikus szempontból egészen irrelevans, mivel a vaskészítmények adagolásánál nem a szervezetnek igen csekély vastartalma fog növekedni, hanem a vas, bármely alakban is szívódik fel, a vörös vörsejtek számának és haemoglobin-mennyiségének gyarapodását fogja előidézni. A vas tehát itt ép úgy hat, ép úgy fejt ki a formatív ingert a vérképződésre, mint pl. a phosphor a csontproductionra.

A carniferrin barna, szagtalan por, íze a húskivonathoz hasonló. Riemer és Frisch klinikai tapasztalatai szerint a megfelelő esetekben (vérezések után chlorosisnál, anaemiáknál) ép oly jól bevált, mint többi vaskészítményeink. Mivel a gyár adatai szerint vastartalma körülbelül 30/0, adaga kisebb, mint más szerves vaskészítményeké. Felnőtteknek napjában 0.5, gyermekeknek 0.2–0.3 gm.-ot adhatunk.

Kerntler Jenő dr.

Belgyógyászat.

Súlyos opiummérgezés egy esetét írja le Model egy 10 hetes csecsemőnél, a mely úgy kimenetelénél, mint az alkalmazott gyógy-eljárásnál fogva eddig páratlanul áll az irodalomban. A csecsemő bélhurutban szenvedvén, tonizálás végett egy aromás keserű tinkturát kapott, mely egyszersmind kevés opiumot is tartalmazott és ebből a pontosan előírt utasítás szerint a csecsemőnek csak egynehány cseppet (kamilla-theában) kellett kapnia. De mivel a gyermek szünet nélkül sirt és nyöszörgött, egy öreg ápolónő megnyugtató szelőlából a rendelt adagnál jóval nagyobb mennyiségű tinkturával traktálta mindaddig, míg a csecsemő végleg megszűnt jajgatni. Mikor kora reggel szerzőt a csecsemőhöz hívták, látszólag hullával találta magát szemben, az opiummérgezés kifejezett tüneteivel. A szokásos élesztési kísérletek teljesen eredménytelenek maradtak; ekkor elhozta a faradizáló gépét, a melynek széles elektrodját az epigastriumra helyezte, a gombos elektrodokkal pedig váltakozva hol a jobb-, hol a baloldali nervus phrenicust izgatta azon a helyen, a hol az a musc. scalenus ant.-on nyargal. Csakhamar az intermittenáló és rythmosos alkalmazott áramra gyenge inspirium volt kiváltható, de légzőmozgások önkéntesen még nem következtek be. A szakadatlanul folytatott faradizálás daczára dél felé sem volt még pulsus tapintható vagy szívműködés megállapítható, csak a villamos áram izgatására jelentkező légzőmozgások biztattak némi reménnyel. Végre a délután folyamán javult a helyzet, a pulsus, bár rendkívül filiformis, tapinthatóvá vált és este felé, teljes 10 órán át folytatott faradizálás után szabályszerű önkéntes légzőmozgások következtek be és a csecsemő meg volt mentve. Érdekes felemlíteni, hogy ezóta a csecsemő diarrhoeája teljesen megszűnt és az azelőtt atrophias gyermek, a kinél agyanaemia kifejezett tünete voltak jelen, lassanként teljesen helyre jött és gyarapodott. (Münch. med. Wochenschrift 1900. 5. szám.)

Hönig Izsó dr.

Vérések a Basedow-kórban. Popoff egy Basedow-kóros betegnek 31 nap közül csak háromban nem volt vézése, míg a többi napokon hol az orra, hol az inye vagy bőre vézett, máskor méhvérése volt. Több beteg hasonló tapasztalt és ezért a Basedow-kór csonka alakjának körjelzésében az esetleges vézéseket hasznos útmutatóknak tartja. (Neurol. Centralbl. 1900. 8. sz.)

—ts.

A Korsakow-féle psychosis. Lükkerath két ilyen esetet közöl, melyek közül az egyik nevezetes, mert neuritis tüneteivel nem járt. Mindkettőben az emlékezet zavar volt a kimagasló momentum. (Neurol. Centralbl. 1900. 8. sz.)

—ts.

Bőr- és bujakórtan.

A gonococcusok elhelyeződését kankós váladékban tette vizsgálati tárgyává Lanz (Moszkva). A szerzők nagy része a gonococcusok elhelyezését a kankó tartamától teszi függővé; egy másik része a szerzőknek a váladék nyeresének különböző módjai szerint találta a gonococcusok elhelyezését különbözőnek. Teljesen külön álláspontot foglalnak el Podres és Drobny, kik szerint a gonococcusok elhelyeződésének bizonyos prognostikus jelentőség jut. A súlyos, complicatióktól kísért gonorrhoeák váladékában a gonococcusok szabadon, sejtben kívül találhattak, könnyű esetekben pedig intracellulárisan.

Lanz ezen szerzők vizsgálatának eredményét nem találta beigazoltatnak, ellenben azokat, kik a váladéknak különböző módok szerint vételénél találtak különbségeket az elhelyezésben, igen. Ő annyiban változtatott a methodikán, a mennyiben a vizelés utáni váladékot nem gombos kutatóval vagy éles kanállal vette, hanem kinyomás útján az utolsó vizeletcseppel.

Vizsgálatait összefoglalva, következő eredményre jut:

1. A gonococcusoknak extra- vagy intracelluláris elhelyezése a kankós váladékban ennek nyeresi módjától függ. Ha erősebben nyomjuk az urethrárt, mindenkor sejtben gonococcus-csoportokat kapunk. Ez mindenkor így van, ha a váladék kevés, tehát a heveny kankó kezdeti és végső stadiumában, kevéssel a vizelés után stb.

2. A heveny kankó elhatárolása a váladék görösvi vizsgálata alapján nem lehetséges, mivel az elhelyezés ugyanazon egyénnél különböző a szerint, hogy miként nyertük a váladékot, úgy hogy egyidőben kaphatunk intra- és extracelluláris elrendeződéssel bíró készítményeket.

3. A gonococcusok elhelyeződésének tehát prognostikus jelentőség nem jut.

¹ M. Siegfried: Über Fleischsäure. Archiv für Physiologie, 1894.

4. A gonococcusok extracellularis elrendeződése localis kezelés ellenjavallatát nem alkothatja. (Arch. f. Derm. u. Syph. 1900. 52. kötet 2. füzet.)
Redch Dezső dr.

Egyes bőrbetegségeknél a czukrot használja Hodara szárító és keratoplastikus hatásánál fogva. Különösen indikálnak tartja nedvedző eczemáknál, impetigonál és minden más vesiculosus és pustulosus alakban jelentkező bőrbántalomnál. A következő összetételt ajánlja: Rp.: Lanolini, Vaselini, Sacch. albi, Zinc. oxyd. aa 20.0, Glycerini puri, Sulfur. praecipit. aa 10.0. (Klinikai tapasztalatunk szerint erősen izgató hatása miatt ajánlatosnak nem tartjuk. Ref.) (New-York med. Journ. 1899. 24. szám.)
Schik Károly dr.

Kisebb közlemények az orvossággyakorlatra.

A vastagbél alsó részeinek heveny és idült lobos folyamatainál Strauss jó eredménnyel használja a fekete áfonya kivonattal klysmák és suppositoriumok alakjában. A klysmák következő módon készül: 1 evőkanálnyi áfonya-kivonatot felolvasztunk 1/4 liter forró vízben és a savtartalom megkötése céljából jó két késhegynyi natrium hydrocarbonicumot adunk hozzá; minthogy a víz meleg, a fejlődő szén-sav gyorsan távozik és nem okozhat a bélben kellemetlenséget. A suppositoriumok rendelmódja a következő: Rp. Extr. vacc. myrtill. 30.0; Kalii carbon. 3.0; Aquae destill. 7.0; Butyr. cacao 60.0. Fiant suppositoria No. 30. S. Naponként két kúpot. (Therapeutische Monatshefte, 1900. március.)

Variola gyógyítása. Begg azt tapasztalván, hogy olyan egyének-nél, kik cystitis miatt salol-kezelésben részesülnek, szűnyegcsipés után nem fejlődnek vesiculák: megkísérelte a salolt himlős betegeknek. Naponként 4 gramm salol elfogyasztása után tényleg nem fejlődtek ki a variolapustulák. (Sem. méd. 1900. 2. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. június 15.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 21-dik hetében (1900. május 27-dikától június 2-ig.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elveszületett 459 gyermek, elhalt 305 egyén, a születések tehát 154-al multák felül a halálozásokon. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 34.8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 23.1, az egy éven felüli lakosságnál: 18.5, az öt éven felüli lakosságnál: 15.6. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 4, pertussis 0, morbilli 6, scarlatina 2, variola —, cholera asiaticus —, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 1, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 12, apoplexia 4, eclampsia 2, szervi szívbeteg 19, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 54, tuberculosis pulmonum et phthisis 73, diarrhoea et enteritis 6, gastro-enteritis 11, rák és egyéb újkeletűek 9, ezek közül méhrák 1, morbus Brightii et nephritis 4, rachitis 2, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, atrophia et inanitis 1, marasmus senilis 13, erőszakos halálos eset 14, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 8, baleset 5, kétséges 0 (—). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hó végén volt 2477 beteg, szaporodás e héten 739, csökkenés 764, maradt e hét végén 2441 beteg. B) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi május 28-dikától június 3-áig terjedő 22 héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 24 (55), diphtheria, croup 15 (13), hagymáz (typhus) 1 (2), kanyaró (morbilli) 122 (118), trachoma 5 (13), vérhas (dysenteria) — (1), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 20 (30), orbáncz (erysipelas) 20 (29), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0), ezenfelül varicella 13 (11).

* * *

⊕ **Egyetemi alkalmaztatások.** A budapesti egyetem orvostudományi tanári karának f. é. június 12-dikén tartott X. rendes ülésében egyetemi alkalmazást nyertek a következők: György Gábor dr. II. sz. bonczintézet intézet első tanársegéde, Tóth Zsigmond dr. a II. sz. bonczintézet intézet második tanársegéde, Palotai Andor dr. és Walheim Béla dr. az I. szülő- és nőgyógyászati klinika díjazott és Hager Béla dr. az I. sz. kórbonczintézet intézet díjazatlan gyakornoka állásukban meghagyták. Paletta Győző szigorló orvos a II. sz. kórbonczintézet intézetéhez díjazatlan gyakornokká megválasztatott.

— **Az Orsz. Közegészségi Egyesület** június 6-diki szakülésén „A bejelentésre kötelezett fertőző betegségek területi elterjedésének szemléltető kimutatásáról” Tauffer Jenő dr., Temesvár buzgó tiszt főorvosa érdekes előadást tartott. Hogy a fertőző betegségeknek Temesvárt való topographikus elterjedését (1899.) szemléltethető tegye, az egyes városrészek turfalemezre kifeszített térképein a különböző fertőző betegségeknek megfelelőleg különböző színű email-festékekkel bevont gombostűkkel jelölte meg azokat a házhelyeket, a honnan fertőző betegségeket jelentettek. Ilyen módon egyszerű betekintés nyerhető a betegségek elterjedését okozó sajátos helyi viszonyokba, másrészt a hatósági orvos ellenőrző feladata is meg van könnyítve. Az efféle szemléltető módszernek egy további előnye az, hogy a város közügyei iránt érdeklődők minden jelentést és érvelést felülmúló hatással láthatják a közegészségi viszonyok hiányaira utaló szembetűnő jelenségeket. Nagy szolgálatot tehetnek az ilyen térképek az országos egészségügyi felügyelőknek is, mikor

ellenőrző szemléiket tartják. Végül igen jól használhatók az egészségügy más tényezőinek feltüntetésére is. Az előadó szemléltető kimutatásai alapján érdekesen ismertette azokat a tanulságokat, melyek belőlük Temesvárra vonatkozólag levonhatók.

⊗ **Szegénysorsú gyermekek lipiki thermalis jodkúrája.** A lipiki nemzetközi gyermekgyógyintézet (Sanatorium Lipik) pályázatot hirdet az ideai fővárad II. szakaszában betöltendő s ingyenes lakással, ápolással, orvosi kezeléssel s felügyelettel járó kedvezményes intézeti helyekre; az eziránti ajánlatok folyó június hó 20-dikáig benyújtandók. Ezúttal első sorban figyelembe jönnek a nyilvános gondozás alatt álló szülőtlén árvák, az anyátlan árvák s szegénysorsú nyugdíjasok és tisztviselők iskolaköteles gyermekei, a kik a vér, a csont, a bőr, a szem, a fül, a torok, a légző és emésztő szervek különféle megbetegedéseiben szenvedvén, tünetszerű kezeléssel alaposan ki nem gyógyíthatók és ennél fogva a lipiki gyermekgyógyintézet által alkalmazott gyökeres belső és külső thermalis jodkúrára utalva vannak. Az intézet ily ápoltak után csak a diéta-szerű bőséges ellátásért (naponta ötször étkezés) és a kiszolgálásért járó napi egy forintnyi átalány, valamint a külön fűrdőkért esetleg fizetendő díjak megtérítését igényli, a mi a 2 forintnyi rendes ápolási díjnak a fele. Az ajánlatok Budapest Radó Lipót dr. főorvos (IV., Muzeum-körút 4.), Lipiken a „Sanatorium Lipik”, valamint Breitwieser Henrik dr. intézeti főorvos és Szemerey Bertalan dr. hivatalos fűrdőorvos által vétetnek át. A kedvezmény iránti igény vagy a községi előjárás vagy pedig a hatóság által igazolandó, a melynél a folyamodó alkalmazva van.

□ **Adakozás a Semmelweis-emlékre.** Az I. sz. nőgyógyászati klinika gyűjtése: 20 korona. Az emlék-bizottság pénztárosa Elischer Gyula dr. e. tanár úrhoz (Petőfi-tér 1. sz.) áttettük.

○ **A Semmelweis-féle emlékalap jelen állására** vonatkozólag következő értesítést vettük: A Semmelweis-emlékalap javára 1899. év december 31-dikéig begyűlt 15,434 frt o. é., mely összeg koronákra átszámítva 30,868 koronát teszen ki.

1900. évben az alap szaporodott: Kézmárczky tanár adománya 50 K., az I-ső szülészeti és nőgyógy. klinika adománya 60 + 20 K. által, összesen 130 koronával. Az alap letéteményezett főösszege ezek szerint 31,018 K.

Budapest, 1900. június 8-dikán. Elischer Gyula dr., mint a S. E. A. v. b. pénztárosa.

* **Nenadovics Lázár dr.** magyar orvos Franzensbadban gyakorlatát megkezdte. Lakik: Stefanstrasse 119. sz.

// **Fodor József** tanárról a „Revue d'hygiène et de police sanitaire” ideai folyamának májusi füzetében érdekes életrajz jelent meg a szerkesztő, Vallin dr. tollából, ki őt mint a hygiène nem francia mesterei közül az elsőik közül valót tünteti fel, Pettenkoffer és Koch mellé helyezi és igen rekonvenven hangon ismerteti egész tanári és írói működését. Jól esik olvasnunk a cikket. Ideje, hogy ne csak költőinkről és festőinkről, hanem tudósainkról is vegyen tudomást a külföld.

† **Elhunyt:** Bene Sándor, Ung vármegyei tiszt főorvosa, a Ferencz József-rend lovagja, az ungvármegyei orvos- és gyógyszerész-egyesület elnöke, a vármegyei közigazgatási bizottság, Ungvár város képviselő-testület tagja és a kir. kinstár orvosa, életének 51-dik évében folyó hó 6-dikán elhunyt. — Sinkovits Ignác dr. a „Ferencz József-rend” lovagja, honvédezdorvos, 1848/49-diki honvéd főorvos, városi orvos, élete 79-dik, orvosi gyakorlata 51-dik évében f. h. 11-dikén Kézdivásárhelyen.

⊗ **Megjelent.** Dr. Preisz Hugo: A pestisről, különös tekintettel annak bakteriologiájára. 9 ábrás fénynyomatú táblával. Budapest, 1900. Ára: 2 korona. — Dr. Géza Békésy: Les hôpitaux et les maisons de santé de la Hongrie. Budapest, 1900. — Etienne Kauser: L'assistance publique en Hongrie. Budapest, 1900. — Dr. Paul Klász: La législation et l'administrations sanitaires de la Hongrie. Budapest, 1900. Mind a három munka a belügyministerium rendeletére a párisi kiállításra készült. — Prof. Dr. A. Högyes: La rage et son traitement prophylactique en Hongrie depuis 1890—1899. Budapest, 1900. A párisi kiállítás alkalmával kiadta a budapesti Pasteur-intézet.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencében az ásványvíz naponként négyszer megtűl, **lokalis iszapborogatások.** Mindenféle gyógy- és ádó-fürdők. Kitűnő szállóház. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

Dr. Herozel egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma” (magánygyógyintézet) **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére** Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kiváratra prospektus.

Vízgyógyintézet bejáró és bennlakó betegek számára a **Herczel-sanatóriumban** (Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.) **Kuthy Dezső dr.**, a hydrotherapia egyetemi magántanárának vezetése alatt. Igen mérsékelt árak. Rendelés új betegeknek (az év minden szakán) d. e. 8—10; hétköznapokon (kedd kivételével) d. u. is 5—6 között.

Dr. FELES-VÉDRIMLŐITÓANYAG TERMELO INTÉZETE ZOMBORBAN

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A XVIII. német belgyógyászati congressusról. 374 l. — A német sebészeti társulat XXIX. congressusa. (1900. évi április 18–21.) 376. l.

A XVIII. német belgyógyászati congressusról.

(Folytatás.)

Pel előadását azzal fejezi be, hogy az orvos kötelessége a *prophylaxis* már az egészség idejében is. Lehetőleg oda kell hatnia, hogy a reábizott emberek alkata minél épebb maradjon, hogy ha mégis egyszer tüdőgyulladásba esnének, a természetes védőeszközök teljes erejükben érvényesülhessenek. A fődolog, hogy excessusokat és bármily irányú túlerőltetéseket az egészség napjaiban is kerüljenek.

Az előadásokhoz csatlakozó vita több érdekes kérdést hozott felszínre.

Leginkább élénkítette ezt a temperamentumos *Jürgensen* (Tübinga), ki élénken tiltakozott az ellen, hogy ő az antipyretikus hidegvíz-kezelést minden körülmények közt alkalmazná. Sőt az utóbbi években a pneumonia hevessége annyira gyengült, hogy ő is csak ritkán jön abba a helyzetbe, hogy pneumonia beteget hidegen fürösztse. De úgy mint azelőtt, úgy most is a mellett kardoskodik, hogy a hydiatikus kezelés a szívgyengeség leghatalmasabb gyógymódja. *Nothnagel* (Bécs) szintén szívesen látta volna, ha a referensek a hydrotherapiának nagyobb helyet engednének. Mindkét felszólalást feltűnő rokonszenvvel fogadták, lehet, hogy a hydrotherapia annyira meggyökeredzett az orvosi köztudatban, lehet, hogy egyszerűen a jovialis, szeretetreméltó professorokat tüntették ki ilyen módon.

Ellenben fagyos csend kísérte *Smith* dr., az ismeretes alkohol-ellenes apostolnak a felszólalását, ki az alkoholt a lázas betegek asztaláról jóformán száműzni akarja. Phantastikus ábrákat mutat be, melyeket a Bianchi-féle phonendoskoppal nyert és melyekből az alkohol szív-tágító hatását ad oculus akarja demonstrálni. Gyorsan, idegesen, fanatikusán beszél: kevesen figyelnek, de a közel ülők érdeklődéssel nézik arteriosclerotikus halántékütereit, melyek szeszélyesen néhány régi, a hajás fejbőrt átszelő second-vágás felé kanyarodnak. Az ezeket megelőző contrahage-ok aligha történtek Emser Krehchen mellett. „Jeune cocotte, vieille bigotte“, úgy látszik, nem tisztán francia közmondás...

Egyébként is azt kell mondani, hogy a discussio előterében a szív állott. *Pissler* (ki ezúttal a lipseai iskolát képviselte) ezután még aktualisabb mederbe terelte a tárgyalást, a mennyiben arra figyelmeztetett, hogy a szívgyengeség talán a legtöbb esetben centralis vasomotorikus hűdés következményeképpen lép fel; ebből a szempontból határozottan elítéli a chloralhydrat adását akkor is, ha heves deliriumok azt indikálták tennék. *Naunyn* sietett hozzátenni, hogy az az út, melyet a lipseai iskola mutatott, okvetlenül követendő. Nem a szívben van a veszély, hanem az edényekben. Ő az ergotint tartja a par excellence véredény-összehúzó szernek; már többször jó sikerrel adta szívgyengeség eseteiben (legalább az a benyomása volt), más esetekben felmondta a szolgálatot, minden esetre azonban érdemes az ergotinnal tovább kísérletezni. 10 ctf.-os adagokban adja subcutan, 4–5-ször naponta. Mint expectorant főleg a jodkalit ajánlja. Ezzel szemben utalt *Pick* Fr. (Prága) az ő kísérleti eredményeire, melyek szerint az ergotinnak általános véredény-összehúzó hatása nincs. *Bäumler* (Freiburg) a hydrotherapiának főindicationját szintén a hideg víznek a vasomotoros centrumra gyakorolt izgó hatásában látja. *Schultze* az alkoholt csak alkoholistáknál alkalmazza, mint analeptikumokat kávé és kámfort ajánlott, digitalist nem. *Rumpf* (Hamburg) fenyegető szívgyengeség 12 esetében a konyhasó-infusiót végezte; négy beteg a diuresis javulása közben meggyógyult.

A múlt évi congressus a szívbetegek jegye alatt folyt le; ezúttal is az egyik referatum az endocarditist és más betegségekhez való viszonyát tárgyalta, melynek *Litten* (Berlin) nagy kórbonczatani tudását és klinikai tapasztalatait kölesőnzte. Litten arra az álláspontra helyezkedik, mely ma már az általánosan elfogadott, hogy az endocarditis az atheromás formától eltekintve egyáltalán nem önálló megbetegedés, hanem egy complicatio, mely kizárólag fertőző betegségek folyamán lép fel és mindenkor parasitarius eredetű. Az eddigi kórbonczatani beosztás: endocarditis verrucosa és ulcerosa sem a klinikusnak, sem az aetiológiai irányt művelő pathológusnak nem tehet eleget. Helyette a klinikusnak az endocarditis által feltételezett életveszélyt véve irányadónak, *endocarditis benigna* és *maligna* kell megkülönböztetnie, közelebbi jellemzésére azonban az aetiológiai mozzanat használható fel. Az endocarditis benigna lehet tehát: rheumatica, peliotica, choreatica, gonorrhoeica, scarlatinosa, morbillosa, variolosa, diphtheritica, typhosa, pneumonica, tuberculosa, ab influenza és végre traumatica. Csak csekély kórbonczatani elváltozásokat létesít, melyek az alapbántalom klinikai képét épen nem vagy csak csekély mértékben befolyásolják, de az alaptergység lezajlása után igen gyakran idült billentyű-bántalmakhoz vezetnek. Székhelye mindenkor a bal szív. Ritkán létesít infarctusokat a nagy vérkeringésben, melyek azonban mindig anaemiások és sohasem genyednek el.

Az *endocarditis maligna* ugyanazon kórokozó bakteriumok létesíthetik, mint a benignus formát, a szerint a mint az illető bacillus nagyobb vagy kisebb virulentiájú így létezik egy endocarditis benigna gonorrhoeica mellett egy end. maligna gonorrhoeica, mely az előbbtől

csak gradualiter különbözik; ebbeli nézetét tanulságos kórtörténetekkel és bakteriologiai leletekkel támogatja és per analogiam arra következtet, hogy az endocarditis benigna és maligna rheumatica szintén egy és ugyanazon, más-más virulentiájú mikroba által okozatik. Az utóbbi természetét illetőleg még nem tudunk biztosat; *Singer* álláspontját, ki a polyarthritis rheumaticát pyaemiás megbetegedésnek tartja, még nem tartja eléggé beigazolttnak.

Klinice az endocarditis maligna az életet erősen veszélyezteti, úgy a bal mint a jobb szívben lokalizálódhatik, kórbonczataniag a verrucosus vagy ulcerosus formában jelenhetik meg. A mint egy fertőző betegség folyamán fellépett, rögtön az egész kórképet uralja, nemcsak azon viharos tünetekkel, melyeket magában a szívben okoz, hanem metastasisaival is.

Ezen metastasisok az alaptergység természete szerint vagy erőművileg, vagy fertőzőleg hatnak; erőművileg, rheumatismus, chorea és gonorrhoea eseteiben, fertőzőleg akkor, ha az endocarditis maligna septico-pyaemiás megbetegedésnek a részjelensége, vagy vegyes fertőzés esetében. Amott steril, anaemiás infarctusokat, emitt metastatikus tályogokat fogunk kapni. E szerint létezik endocarditis maligna genyedés nélkül és genyedéssel. (*Non apostemotosa* és *apostemotosa*.)

A referatumot követő vitában új szempontok már nem merültek fel. *Leube* (Würzburg) azt a megjegyzést tette, hogy mindinkább kevesbedik a homályos aetiológiájú endocarditisek száma; de azért még mindig jelentékeny számban maradnak azok az endocarditisek, melyek aetiológiája egy nagy kérdőjel. Ezúttal csak arra akar figyelmeztetni, hogy a közönséges izomszűz ép úgy megy fertőző betegség számba, mint a sokizületi csúsz és hogy ezen oly ártatlannak tartott bántalom először vezet „benignus“ endocarditisekhez és idült billentyű-bántalmakhoz. Egy másik aetiológiai momentum a szívödémny nélküli angina. *Michaelis* (Berlin) néhány új észleletet közölt az endocarditis gonorrhoeicáról. *Lenhartz* a klinikus szempontjából azokat a merev határokat nem tartja elfogadhatóknak, melyeket az előadó aetiológiai szempontból a genyes és a nem genyes alakok közt megvont. Ilyen egyoldali sematizálás ellen fordult voltaképpen *Wassermann* is, ki rövid, de élénk helyesléssel fogadott felszólalásában a klinikusok előtt arra akar utalni, hogy az experimentalis, bakteriologiai alap még sokkal ingatlabb, semhogy erre ilyen merev, klinikai distinctioikat fel lehetne építeni. Nemesak a bakterium virulentiája, hanem a szervezet ellenálló képessége, az egyes individuumoknak specifikus tulajdonságai, melyek változatosságáról sejtelmünk sem lehet, okozzák azt, hogy egyszer benignus, máskor malignus formákat kapunk, hogy a metastasis egyszer elgenyed, máskor nem.

A beavatottak, kik az újabb irányú német bakteriologiának egyik főképviseletétől ezen majdnem lemondásszerűen hangzó szavakat hallották, már előbb is tudták, hogy ezek mögött Ehrlichek és iskolájának új meglepő felfedezései lappanganak; és ugyancsak *Wassermann* tartotta a congressus utolsó napján „a savótherapia terén tett új kísérleteiről“ című előadását. Abból a tényből indul ki, hogy a bakterium-ölő serumfajok nem képesek a fertőző anyagoknak többszörös mennyiségeit neutralizálni, ha az előbbieket ugyanezen arány szerint emelkedő mennyiségekben adagoljuk, míg ez az antitoxikus serumokkal (például diphtheriaserummal) okvetlenül sikerül. E régen ismert tény magyarázatára *Ehrlich* igen tetszetős elméletet állított fel: t. i. az eleven bakteriumok megölésére és feloldására két különböző anyag szükséges: az egyik az immunanyag, a másik a véganyag vagy complement; az utóbbi bizonyos emésztő fermentum, mely a bakteriumsejtet feloldani képes, mely minden normalis serumban is jelen van és mely a Buchner-féle alexinekkal azonos vagy velük analog. Az előbbi azonban csak aktiv immunizáláskor képződik és csupán arra szolgál, hogy a véganyagot — fogaskerek módjára — a bakteriumtesthez láncszolja. Ha tehát baktericid serummal gyógyulást akarunk elérni, arról kell gondoskodnunk, hogy mindkét anyag egyforma mennyiségben vitessék a szervezetbe. És az eddigi kísérletek balsikere az által magyarázható, hogy mindig csak az immunserumban lévő közvetítő anyagot halmozták fel a fertőzött és gyógyítandó szervezetben, míg a másik, a véganyag, a tulajdonképeni emésztő agens arányos beviteléről nem gondoskodtak.

Valamint a műszerész, ki gépezetét meg akarja indítani, az egy-másba illő és kapaszkodó fogaskereket összeválogatja, ép úgy feladata a kísérletezőnek, hogy különböző állatfajoknál az egymáshoz illő, közvetítő és véganyagokat keresse. A bakteriologiának egyik legközelebbi feladata, hogy a közvetítő anyagokhoz, melyeket az immunserumok tartalmaznak, az illő complementumokat keresse. Legközelebb fekszik annak a felvétele, hogy az illető állatfajnak normalis serum, mely azt a végtestet eo ipso tartalmazza, használatsság fel, de csodálatosképpen e fölvétel nem mindig helyes; mert úgy látszik, a bennük foglalt „véganyag“ (W. e fogalmakkal már úgy operál, mintha kétségtelen tények alapján nyerte volna) ugyanazon állatfajban könnyen elveszíti hatékonyságát.

Ha — és ez *Wassermann* előadásának positiv experimentalis része — tengerimalacz peritoneumába 3 platinkacsnyi virulens typhuskulturát és 0.5 cm. immunserumot fecskendezünk be, akkor az

állat elpusztul, de életben marad, midőn egyidejűleg intraperitonealiter 4 ccm. friss marhaserumot adunk.

Miért? Wassermann és Ehrlich immár készek a válaszsza: a marhaserummal kellő mennyiségű véganyagot vittünk be és az végezte a typhusimmunserum közvetítésével a mentő munkát.

Nem kell külön hangsúlyoznom, hogy ezen, a végletekig kiépített teoriák a csak legkisebbrészt szakemberekből álló gyűlésben kiváló tetszésben részesültek. A tények új voltát minden esetre örömmel regisztráljuk, de egyszersmind megállapíthatjuk, hogy a fertőző betegségek terén más valamelyes jelentőséggel bíró előadás nem tartatott; Neussernek a miltalázról szóló előadása csak exotikus tárgyánál fogva volt érdekes.

Visszatérve a szívpathológiához, röviden Wenckebach (Utrecht) előadását is érinthetjük, ki Engelmann szív működési teoriái alapján a szív működés arhythmiajának physiologiai magyarázatát igyekezett megadni. A főszólt a szívizomra helyezi, melynek vagy automatikus ingerelhetősége, vagy motorikus vezetőképessége szenvedhet. Amannak fokozódása okozza az ú. n. extrasystolákat, a pulsus bigeminus és trigeminus, az intermittáló szív működést. A motorikus vezetőképesség zavarai okozzák az extrem esetekben a bradycardiát, illetve a delirium cordist. Rosenstein (Leyden) szokott éles judiciumával ezen teoriának a hiányaira utal, melynek egyes termékeny ideáit azonban kiemeli.

1895-ben közölte Martius a tachycardiáról szóló monographiáját, mely e kérdést azzal látszott eldönteni, hogy az essentialis tachycardia elsődleges oka mindenkor egy acut szívdilatatio. Ezt a megoldást akkor ellenmondás nélkül, sőt (mint a régebbi congressusi évkönyvek mesélik) feltűnő meglepéssel fogadták. Hoffmannak (Düsseldorff) most megjelent könyve „a tachycardiáról“, melynek lényegével a szerző a congressust megismertette, azonban ismét tisztán ideges alapon kívánja a betegség magyarázatát adni. De vagus neurosis nem vesz fel, hanem functionalis centralis zavart, melynek székhelye valószínűleg a IV. gyomrocs. Nothnagel már kiemelte azokat az analógiákat, melyek a szóban forgó betegség és az epilepsia közt fennállanak: a hirtelen felépést, az utána mutatkozó euphoriát, a vizeletnek bő kiválasztását stb. A vitában ismét főleg Rosenstein, a congressus seniorja volt az, ki e thema egyes hiányait kiemelte; igaz, ő is már 1874-ben közölt egy esetet, melyben szívdilatatio nem állott fenn, de olyan esetet is látott, melyben paroxysmalis tachycardia állott fenn látszólag organikus elváltozások nélkül, de hol egy 4 héttel reá beállott hemiplegia az ellenkezőjét bebizonyította. Schmidt (Bonn) a Martius-féle felfogás mellett foglalt állást, míg Nothnagel az előadóval együtt a tachycardiát a tisztá neurosisokhoz sorolja. Úgy az előadás, mint a vita egyike volt a legszebbeknek, melyeket a congressus nyújtott. Kétségtelennek látszik, hogy azon tachycardiás esetek mellett, melyek a szív kézzelfogható elváltozásai alapján lépnek fel, léteznek olyanok is, melyek tisztán ideges alapon keletkeznek, akár más szervek részéről reflectorice, akár egyenesen a központi idegrendszer felől kiváltva. Akármilyen értelemben való generalizálás azonban könnyen túlló a célon.

Schott azokról a szív bántalmakról számol be, melyek az influenza nyomán fellépnek. Az esetek túlnyomó számában szívneurosisokat látott, angina pectoris spuriát, trachy- és bradycardiát, továbbá azt, mit az angolok „weakened heart“-nak neveznek; a billentyűbántalmak többnyire functionalisak, de tényleges endocarditisak által okozott billentyűbántalmakat is látott. Feltűnő, milyen károsan befolyásolják aránylag könnyű influenza-esetek a már fennálló szívbetegségeket.

A szív igazi nagyságának a megállapítására Smith (Marbach) saját szerű módszert ajánl: a faradikus áram elektrodjait teszi a beteg mellkasára, ki abban a pillanatban, midőn az elektrodok a szívhez érnek, kellemetlen érzést jelez. Az illető hely megjelölendő. Probatum est. Ez élénken emlékeztet arra az időre, midőn egyes francia szerzők a myocarditis kiterjedését a nyomási érzékenység köreiből megakarták állapítani. Annál jobban tetszett Moritz (München) apparatusa, mely a Röntgen-sugarak segítségével a szívhatárokat egészen pontosan felrajzolja és így a kopogtatási eredményeket hatáson ellenőrzi.

A legmozgalmasabb, mindenki által érdeklődéssel várt gyűlés a harmadik volt; a tavalyi congressus alkalmából Löwit (Innsbruck) referatuma keretében azzal a meglepő felfedezéssel állott elő, hogy a leukaemia egy véramocbák által okozott fertőző betegség; időközben megjelent nagy monographiája módszereit és leleteit részletesen ismertette, haemamocbáit gondosan osztályozta stb. Már múlt évben is egyes hangok felmerültek, melyek azt vallották, hogy a nagyérdemű tudós alighanem egy grandiosus öncsalódás áldozatául esett; az idei congressus azonban az ellenérveket majdnem ellenállhatatlan erővel zúdította az új felfedezésre. Türk, a bécsi iskolának egyik fiatal tagja, vezette a támadást. Kimutatta, hogy Löwitnek protozoái a hízalt sejtek kilőgozói produktumai, melyek mindig nyerhetők, valahányszor a vér ilyen sejteket tartalmaz, hogy tehát a lelet absolute nem jellemző a leukaemiára. Löwit válaszában nyugodt hangon igyekezett kimutatni, hogy az ő leletei nem azonosak Türk leleteivel, hogy emez nem tartotta magát pontosan Löwit előírásaihoz stb. De új érveket nem volt képes felhozni. Annál nagyobb hatást gyakorolt, midőn Krauss (Grätz) nagy nyomattal teljesen a támadó oldalára állott és Türk duplikájában éles pontírozással ad hominem kezdett argumentálni, felhozva azt, hogy Ehrlich is a Löwit-féle praeparatumnak megtekintésére mosolyogva mondta: „Hisz' ezek műtermékek; hisz' ezeket már végtelenszer láttam“ és hogy Löwit személyzetében is a haemamocbák iránt való hit erősen megingott. Nevetéssel párosult taps követte utolsó passzusát: „... hogy ezek műtermékek, az nem valószínű, hanem absolute biztos és ha az orvos-tudományban minden olyan biztos volna, mint ez, akkor a leg-

exaktabb tudomány volna...“. Az elnökségben elég tapintat volt, hogy az ekképen élére állított ügy továbbfejlődését gátolja; felszólította a hallgatókat, hogy, mivel itt egyik állítás áll a másikkal szemben, tekintsek meg a készítményeket és azután nyilatkozzanak ők is.

A „Kursaal“ egyik nagy termében felállították a góresőveket. Az egyik asztalnál Löwit, a másikon Türk demonstrálta a készítményeit; senki sem tagadhatta, hogy Türknek normalis vérből előállított képletei és Löwit haematoziái közt különbség alig van. Löwit bizonyos színnuanceokra és a formák szabályosságára helyezte a súlyt, a nélkül, hogy valakit teljesen meggyőzhetett volna. Időközben kisebb csoportok verődnek össze, melyekben a kérdést megvitatják, de az ügy emberi oldaláról is esik egy-két őszinte szó. Sokan sajnálják, hogy a „fortiter in se, suaviter in modo“, mely olyan tudóssal szemben, milyen Löwit, helyén való lett volna, annyira mellőztetett.

Benedict Henrik dr.

(Folytatása következik.)

A német sebészeti társulat XXIX. congressusa.

(1900. évi április 18–21.)

A német sebészeti társaságnak évente megújuló congressusai, melyeket immár 29 év óta Berlinben tart a húsvéti időben, régóta úgy tekintettek Közép-Európa sebészei által, mint a sebészet haladásának, legújabb vívmányainak beszámolóit. Az ez idő szerint első szerepet játszó német sebészet munkálkodásáról, elért sikereiről, újabb tanulmányairól ezen congressusokon szokott a szakközögek itélő szöke előtt beszámolni, s talán épen ezen berendezésben gyökerezik jó részben a német sebészet elveinek és tanainak nagy befolyása a continens sebészeti ténykedésére és gondolkodására.

Azon nagy befolyásnál fogva, melylyel így a német sebészet Európa többi sebészeire volt az utolsó negyedszázad óta, nagy örömmel kell üdvözlőnk az ideit — XXIX-dik — congressust, mert örvendetes és nem eléggé dicsérhető ösztönzéssel foglalt állást a műtősebészet mai főkérdéseivel szemben a conservatív irány mellett, józan gondolkodással és higgadt megfontolással vonván meg — az elmúlt évtizedek tapasztalataira támaszkodva — azon igazságos határt, melyet az új műtét-módok indicatióinak felállításában a higgadtabb, józanabb sebészek már régóta egyedül helyesnek s józan észszel megengedhetőnek tartottak.

A modern sebgyógyításnak palladiuma alatt fejlődött ki az új műtét-módok egész sora — főleg a hasi szervek sebészetében —, miket a lázas törekvés által ösztönözött sebészek az indicationak majdnem lábbal taposása mellett derűre-borúra végeztek s ezzel a higgadtabb ítélet által annyiszor ostromozott „furor operativus“ korszakát teremtették. Nem tekintették elég „prononceált“ sebészek azt, ki ezen műtévi dühben nem követte példájukat s már-már beesempésztek a műtősebészetbe azon veszedelmes elvet, hogy vezérelvül csak azt tekintsük, vajjon a műtét kivihető-e technikai szempontból, nem tekintve azt, vajjon műtétünkkel tudunk-e általában és milyen hasznót hajtani a betegnek. Súlyos műtéteket végeztek haldoklókon, súlyos műtéteket felesleges módon csak a „szép és bámulatos technikát kívánó“ műtét kedvéért: „um die Methode auszubilden“.

A műtősebészet hirneve és komolysága érdekében már régen kívánatos volt a várva várt kijózanodás, a józan ész és humanismus szabta reactio. Feltartóztathatatlannul kellett bekövetkeznie immár, s erre nyomós tekintélyvel siettető befolyása lesz az ideit német sebészeti congressusnak, melyen a német sebészek legnagyobb tekintélyei emelték fel tiltakozó szavukat a műtősebészet ezen túlkapásai ellen.

Örömmel hallottuk a congressus napirendjére tűzött három fő-tárgyra — a beldaganatok és végbélrák, a vesekövek, a bélszűkületek sebészeti gyógyítása — vonatkozólag azon erős conservatív elveket, melyekkel a véres nagy műtétek indicatiója józan korlátok közé terelített, s melyeknek — nem kételkedünk — jótékony befolyása lesz mindazokra, kikre józanság s a sebészet hivatásának komoly céljai még hatást gyakorolhatnak.

A német sebészek ez évi XXIX. congressusa szokatlanul látogatott volt; a megjelent tagok száma a hivatalos jegyzék szerint 579 volt. Az előadásokra szánt 4 ülésen összesen 83 előadás és bemutatás tartatott.

A jövő évi XXX. congressus elnökéül Czerny, heidelbergi sebészeti-tanárt választották meg.

— e.

A congressuson tartott előadásokat következőkben ismertetjük.

I. ülés 1900. április 18-dikán.

1. Czerny (Heidelberg): A rosszindulatú rákok kezeléséről. Előadást a carcinomák szomorú statistikájával kezdi; e statistika szerint a sebész számára hozzáférhető rákok 75%-a inoperabilis. E nagy contingens szükségessé teszi, hogy ezen bár gyógyíthatatlan esetek kezelési methodusa megállapíttassék. Megjegyzi, hogy a kezelés szempontjából nem tesz különbséget az inoperabilis rák és más egyéb rosszindulatú inoperabilis daganat között. Igen fontosnak tartja, hogy a kezelő háziorvos az inoperabilis rák diagnosizálásán megítélte után ne mondjon le az esetről, ne foszssa meg a beteget a gyógyulás reményétől, nehogy a beteg kétségbeesésében a kuruzslók kezébe adja magát, jöllehet számos

eszköz áll még az orvos rendelkezésére, melyek segítségével a beteg helyzetét elviselhetővé képes tenni. Hiszen módjában van meggátolni a rák elvekedését, az oly gyakori és veszélyes vérzéseket, ezenkívül csillapíthatja a fájdalmakat. Ezek után a palliatív eljárásokat sorolja fel: a tumorhoz vezető ütőer alákötését, a kikaparást, az izzó vas és a chemiai causticumok alkalmazását. Az ütőer alákötését különösen a nyelvrákoknál találta elég jó sikerűnek; a kikaparás gyakran huzamos ideig megkönnyíti a beteg állapotát; a causticumok közül a 20–50 százalékos chlorzink-oldatot ajánlja. Canceroidoknál chlorzinkkel elég jó eredményeket látott; 48 uterusráknál, hol a kikaparás nem vezetett célhoz, a chlorzink gyakran segített; sőt felemlít egy esetet, melynél inoperabilisnak tartott végbélrák ideiglenes chlorzink-kezelés után műtetre alkalmas lőn. Mindezen állításait bőséges casuistikával támogatja. Megkísérelte még a 10–30%-os formalint borogatás alakjában, az arsen-pastát, a solutio Fowlerit, de eredmény nélkül, sőt legtöbbször lobosodást, fájdalmakat, sőt mérgezési tüneteket vont maga után alkalmazásuk. A jodkalinak, a cancrin Adamkievicznek befeccskendése, továbbá a villamos gyógy mód szintén eredménytelenek voltak. Nagy reményeket támasztott az erysipelasnak a sarcománál észlelt resorbeáló hatása, de ez is csak remény maradt. Egyáltalán a carcinoma rationalis gyógykezelése természetesen csak akkor lesz megállapítható, ha a carcinoma genesisének kérdése tisztázva lesz. Ez jelenleg az orvostudomány egyik legsürgősebb feladata. Angliában a rákos-esetek száma megnevezsereződött, New-Yorkban állítólag tízszeresen meghaladja a tuberculosis-, a typhus- és a himlő-esetek összegét. Szerinte leginkább vezetnének célhoz a csakis rákos betegek számára felállított külön kórházak, melyekben a tudományos kutatások megfelelő otthont találnának.

Az előadás után fejlődő eszmecsere alkalmával Friedrich (Lipsee) utal a syphilitikus és rákos daganatok között fennálló differential-diagnostikai nehézségekre.

Helferich (Kiel) saját tapasztalatai alapján igen ajánlja a chlorzinket.

Steinthal (Stuttgart) figyelmeztet azon súlyos utóvérzésekre, melyek a chlorzink okozta pörk leválása után mutatkoznak.

2. Krönlein (Zürich): *A bél- és végbélrákok operatív kezelésének eredményeiről* szól. Felsorolja a végbélrákoknál használatban levő műtét-módjait: a perinealis, a Kocher-féle dorsalis methodust és a kereszt-csont osteoplastikus resectióját. Mindezen eljárások árnyoldalai egyrészt a nagy halandósági százalék, másrészt a műtét után fellépő functionalis zavarok. A mortalitás tényleg nagy: 881 Németországban operált esetben vett statistika szerint 19.4%. Krönlein ennek okát egyrészt a túlságosan tág határok között mozgó műtét indicióban, másrészt a rosszul választott műtétmódban keresi. Szerinte a műtők az indicationál átlélik a betartandó határt. Oly esetben, hol a szomszédos szervek is megbetegedtek, nem operál. A műtétmódot illetően a műtők többnyire eklektike járnak el, kivéve Hochenegget, ki mindig a sacralis methodust követi. A műtét után fellépő functionalis zavarok főleg az incontinenciára vonatkoznak. E tekintetben azt ajánlja, hogy lehetőleg conserválójag járjunk el s ne extirpáljuk az egész anust a recidivától való félelemből. Ezután felveti azt a kérdést, hogy mennyi idővel a műtét után mondhatjuk az elért eredményt tartósnak. Szerinte három esztendő e tekintetben elég.

3. Rehn (Frankfurt): *Javítások a régbélapputatiók és resectiók technikájában* című előadásában kétségesnek tartja, hogy a korai diagnosis lényegesen befolyásolja a műtétek eredményét. Szintén azon a nézeten van, hogy a műtét helyes megválasztása a legfontosabb. A sebészek eleinte el voltak ragadtatva Kraske eljárásától, de a szomorú tapasztalatok a mortalitas percentuatióját és az incontinenciát illetően már sok műtöt visszariasztottak ezen műtétmódtól annyira, hogy egy ismert amerikai sebész óva int tőle. A sebkezelési viszonyok ugyanis e műtétnél igen rosszak. Újabbán sokan ismét a perinealis methodus felé hajlanak, különösen a mióta Jerotha közölte vizsgálatait a sacralis és rectalis nyirokpályákról. Előadónak az a nézete, hogy ott, hol az al-képlet már átterjedt a fasciára, ne operáljunk. Ajánlja eljárását, mely nagyjában megegyezik Dieffenbachéval. Az első metszést elől a raphe perinealisban ejti. Ha itt nem talál összenövéseket, akkor tamponál és egy hátsó metszést készít a keresztcsont mellett. Eljutva a végbélig, a sphinctereket átmetezi, ezután kiirtja a daganat alatti végbélrészlet nyákhártyáját, reszálja a centralis véget, melyet csak az arteria haemorrhoidalis postica átmetzése után rögzít a gáthoz. Ezután drainez mellül és hátul. Az utókezelés sokkal egyszerűbb, mint a Kraske-féle műtétnél, mert itt a váladék nem kénytelen csontfalzatú nyíláson át távozni. Nőknél a körülmények még kedvezőbbek.

4. Hochenegg (Bécs): *Jelentést tesz 120 sacralis mód szerint végzett régbélműtétről és az ezek által elért műtési eredményről*. A sacralis műtét-módot tartja rendes eljárásnak, a perinealis methodust csak akkor alkalmazza, ha a daganat a sphincteren túl csak igen kevés terjed magasabbra. Felsorolja az általa követett eljárás előnyeit: a műtét gyors lefolyását, az exact vérzésesillapítást s az exact drainagét. Contraindicatio szerinte csak a medencebeli szervek abszolút merev összenövésai képeznek. A bélsártömegek előzetes eltávolítását azelőtt 10–14 napon át alkalmazta, de újabbán eltért ettől, sőt azt hiszi, hogy ez némely esetben egyenesen káros. Rátérve az általa követett eljárásra, először egy bal felé convex ívalakú metszést ejt, eltávolítja az os coccygist, szükség szerint magasabbra is halad. A tumort extrafascialisán távolítja el. A peritoneumot minden egyes esetben megnyitja, mert a végbél csak ekként lesz abszolút szabad; de egyesíti, mielőtt a végbélet megnyitná. Sokkal nehezebbek a viszonyok a végbél resectiójánál, midőn az analis portiót is meg akarjuk tartani. Ez utóbbi eset szerinte többször történik meg, mintsem célszerű. Gyakran volt alkalmunk megfigyelni, hogy a

recidivák épen a megtartott analis részből indultak ki. Nagy veszélyt rejt magában a korai bélsártürelés, stercoralis phlegmonet okozva. A széket rendesen a műtétet követő 4–5-dik napon áll be; ekkor történik az első kötőszáltoztatás.

5. Schuchard (Stettin): *A rectum és a colon sigmoideum kiirtásának technikájáról* szól. Az os coccygis resectioja után a belet csak legvégül nyitja meg. Magasan ülő carcinománál felszabadítja a mesocolont is. Ily úton hullán végzett kísérleteknél 45 cm. bélrészletet lehet eltávolítani. Előben a viszonyok természetesen módosulnak, a mennyiben a medencebeli szervek a daganat következtében gyakran nagyfokú elváltozásokat és összenövéseket szenvednek.

6. Körte (Berlin): *A rosszindulatú vastagbél-daganatok műtési kezelése körül szerzett tapasztalatait adja elő*. Felsorolja a bél-daganatok tüneteit, többek közt a véres és véresnyákos székürülést s mint legfontosabbakat: a stenosis tüneteit, melyek legkorábban a gyűrűalakú daganatoknál mutatkoznak. Arra vonatkozólag, hogy az eset operabilis-e vagy nem, megjegyzi, hogy e tekintetben az ileocecalis tájon sokkal messzebb mehetünk, mint más mozgékony bélrészleteken. A laparotomia különben akkor is megokolt, midőn a szűkületi tüneteket tuberculosus hegeselek vagy más kötőszöveti daganatok okozzák. Felemlíti, hogy műtét közben gyakran látta a daganat fölötti bélrészlet falának hypertrophiáját, előidézve azon fokozott izommunka által, mely szükséges a bélsárnak a szűkület helyén való keresztülpréseléséhez. Előadó 54 eset közül 19-szer végzett radicalis műtétet és pedig 6-szor az ileocecalis tájon, 6-szor a flexura hepaticán és colon ascendensen, 7-szer a flexura sigmoideán. Megjegyzi, hogy fennálló ileus lényegesen befolyásolja a műtét sikerét. 25 ily esetben csak 15 gyógyult. A palliatív műtétek közül enteroanastomosist 12-szer végzett, enterostomiát 20-szor; utóbbit a kedvezőbb székelési viszonyok miatt sokkal inkább ajánlja. Végül bemutat 5 radicalis műtét útján gyógyult esetet, melyeken 3–8½ év előtt végeztetett műtét.

A vitában Kraske (Freiburg) a recidivákra való tekintettel a róla elnevezett műtét eljárását kombinálva ajánlja az abdominalis műtétet, akként, hogy ez utóbbi végeztesse először, mert így meggyőződhetünk a kiirtás esetleg lehetetlen voltáról s mindjárt állandó anus praeternaturalist készíthetünk. Ha azonban a kiirtás megkísérlődő, első sorban az arteria haemorrhoidalis posteriori köti alá, miáltal a műtét csaknem vértelenül végezhető. A mesorectumban ülő mirigyeket szintén kiirtja a recidivára való tekintettel.

Henle (Boroszló) klinikáján jobb eredményeket ért el a sacralis, mint a perinealis methodussal.

Steinthal (Stuttgart) egy, az anustól 5 cm.-re ülő carcinomát operált, mely annyira mozgatható volt, hogy Mikulicznek a prolapsus rectinél ajánlott módja szerint végezte a műtétet. Felemlít egy más esetet igen magasan ülő tumorról, melynél a kombinált műtétmódot akarta alkalmazni, de oly rövid és zsíros mesocolont talált, hogy az invaginatio lehetőségére semmi kilátás sem volt. Ezért a daganat fölött átmetszvén a belet, a distalis véget összevarrta és elcsülyesztette, a proximalis véget pedig kivarrra. A bennmaradt distalis végbélrészletet egy későbbi műtét alkalmával távolította el.

Gussenbauer (Bécs) azon nézetben van, hogy az indicatiót nem kell szűk határok közé szorítani. Nőknél a sacralis műtétmódot főleg legesnek tartja.

7. Mangoldt (Dresda) bemutat egy beteget, ki typhus után fellépett gégészűkület miatt 18 éven át canulet viselt. Bemutatónak sikerült bordaporecz-transplantatióval a rést elzárni. Eddig 5 bordaporecz-transplantatiót végzett, hármát a gégén, kettőt az orron.

A vitában Bergmann megjegyzi, hogy a bemutatott betegnél a transplantált porczrészlet a bőr alatt feltűnően mozgatható.

8. Staudenrauch (München): *A növekedésben levő csont elváltozásairól szól phosphorhatás következtében*. Állatokon kísérleteket végzett rendszeres phosphor-adagolással s azt találta, hogy a humerus, a femur, a radius és ulna epiphysiseiben a szivacsos állomány tömörült. Ezután gyufagyárakban dolgozó munkásokról készített röntgogramokat mutat be. Végül felhívja a figyelmet arra, hogy gyufagyárakban alkalmazott gyermekek igen erőteljesen fejlődnek.

9. König Ferencz (Berlin): *Változások az izületi műtétek technikájában* című előadásában az aseptikus izületi resectióknál, patella-varratnál, idegen testek eltávolításánál három követelményt állít fel: 1. kezünk műtét közben ne jusson érintkezésbe az izülettel, a műtési teret csak eszközökkel szabad érinteni; 2. sohase operáljunk vértelenítés nélkül; 3. ne drainezzünk. Genyes izületeknél nagy oldalmetszéseket alkalmaz; ha ez nem vezet eredményhez, az izületet harántul megnyitja, egybekötve a patella leválasztásával. Ily eljárással olykor elkerülhetjük az amputatiót. Ily módon gyógyult esetet be is mutat. Súlyos arthritis deformansnál — különösen a csipőizületben —, inkább eltávolítja a káros fejezetet, mintsem a beteg a Hessing-féle tutorral bajlódjék.

A vitaközásban Franke (Braunschweig) megjegyzi, hogy a König által arthritis deformansnál ajánlott eljárást ő már 1894-ben ajánlotta.

Schede (Bonn) azt hiszi, hogy gonorrhoeikus genyes izületi gyulladásoknál először az izületnek gyenge antisepticumokkal való kiöblítése kísérendő meg incisió és drainage nélkül. Az 1%-os sublimat-oldattal csak akkor irrigál, ha a tokszalag ép.

10. Eiselsberg (Königsberg): Bemutat egy esetet, melynél az elvesztett jobb mutatóujj a második lábujjal pótolatott. A transplantált ujj egészében mozog.

11. Bunge (Königsberg) néhány Bier-féle methodus szerint amputált esetet mutat be.

12. Hirsch (Köln) viszont bemutat egy esetet, hol az alszár-

csonknak teherviselő képessége minden plastikus műtét nélkül egyszerűen massage és járási gyakorlatok útján éretett el.

13. *Reichel* (Chemnitz): A térdizület chondromatosisáról tart előadást. A térdizület synoviájának intraarticularis chondromáját mutatja be. A tumor 5 év alatt ökölnyire növekedett, csontkemény tapintatú; műtét előtt a csonthoz rögzítettnek látszott. A láb működőképessége, daczára a nagy daganatnak, csak kevésbé volt alterálva. Műtét alatt kiűnt, hogy a tokszalag egész kiterjedésében meg volt betegedve. Az ízületi porcz és az epiphysis ép volt. A mikroszkopikus vizsgálat ki derítette, hogy a daganat enchondroma. A szomszédos bursa poplitea hasonló megbetegedést mutatott.

Ugyanazon napon esti 10 órakor tartott ülésen, mely a Röntgen-féle átvilágítás értékesítésének fontos kérdésével foglalkozott, 14—18. *Immelmann* (Berlin), *Joachimsthal* (Berlin), *Lauenstein* (Hamburg), *Sudeck* (Hamburg), *Poelchen* (Zeitz) a röntgogramok diagnostikai értékesítését hangoztatják. Különösen érdekes volt egy röntgogramm, melyet *Joachimsthal* Kümmell (Hamburg) megbízásából mutatott be. E felvétel egy — az ileocecalis tájon levő — fistuláról készítettett, melynek eredetét klinice perityphlitikus megbetegedésre vezették vissza. A sipolyjáratba jodoform-emulsiót fecskendeztek azon ismert elv alapján, hogy a jodoform nehezen bocsátja át az X-sugarakat. Ennek megfelelően a fényképen egy elég tisztán látható vonal vezetett a sipoly-nyílástól a jobb veséig. Így derült ki, hogy a sipolyjárat egy paranephritikus genyendő folyamat következménye.

19. *Holländer* (Berlin) a lupusnak és angiosarcomának forró lég-gel való kezeléséről értekezik. Bemutat néhány ilyen eljárás szerint kezelt beteget, kiknél már 3 éve nincs recidiva.

II. ülés 1900. április 19-dikén.

1. *James Israel* (Berlin): A vese- és ureterkövek műtéteiről tart egybefoglaló előadást. Rövid történeti visszapiantás után felemlíti a vesekövek diagnostikai nehézségeit, melyek főokai voltak a vesesebészeti lassú fejlődésének; a műtők vonakodtak a hasfal megnyitásától, nem lévén bizonyosak a diagnosiban. Objectív tünet tényleg nem igen áll rendelkezésünkre. Az utóbbi időközé jellegzeteseknek tartott paroxysmusok tünetnek megbízhatatlanok; ha az esetleges palpabilitás vagy a Röntgen-sugarak nem jönnek segítségünkre, úgy a diagnosis csak valószínűségi lehet. Így azután gyakran megtörténik, hogy a megejtett műtétnél nem akadunk köre, a min azonban fennakadni nem kell, hiszen legtöbbször ugyanez a műtét révén találjuk meg a bántalom okát (gümös gócz, kis tályogok, kis daganatok stb.). Előadó feltétlenül végzi a műtétet a calculosus anuriánál. Van ugyan kilátás — addig, míg a kólikák fennállanak — önkéntes gyógyulásra is, de az esetek túlnyomó többségében váratkozó eljárás mellett a beteg elpusztul uraemiában. A műtét minél előbb való végrehajtása már azért is szükséges, mert a kö által gyakorolt nyomás következtében a vesefelhám elfajul, végleges működésképtelenséget okozva. Vitálisan indikált még a műtét acut pyelonephritisének, melyet vesekő vagy ureterkő okoz. E súlyos bántalom, mely pyaemikus lázmenettel, rázó hidegekkel, hányással és vesetáji fájdalommal jelentkezik, pyaemiával és a másik vese toxikus parenchymatosus nephritisével fenyeget. Ez esetben legajánlatosabb a bonczolatnál alkalmazott vesemetszés; a vesét nem varrja össze, hanem nyitva kezeli, hogy a kóros termékek kiküszöbölthessenek. A műtét beavatkozást ajánlja még kö által okozott retentioknál, vesevérzéseknél, utóbbiaknál csak akkor, ha a vérzés okát nem ismerjük. Ilyenkor is először csak exploratív műtétre gondoljunk.

Más kérdés az, hogy a vesekő diagnosisjának megtétele után minden esetben operáljunk-e, jöllehet imminens veszély nem fenyeget. Előadó erre igenlőleg válaszol, mert a nephrolithotomia mortalitási vesztesége oly csekély (2—4%), hogy elenyészik azon veszélyek mellett, melyek a beteget a kö bennhagyása esetében fenyegetik. Mint a műtét utolsó indicatíóját említi még fel azon esetet, midőn az ureter követ a végében vagy a hüvelyen keresztül képesek vagyunk kitapintani.

Van a vesekőbántalmaknak még egy alakja, melynél tartózkodnunk kell a műtétől. Gyakori kólikás rohamok kíséretében apró kövecsek távoznak a vizelettel. A kólikás rohamok közti időben a beteg jól érzi magát, vizelete tiszta, aseptikus, veselakelemek nincsenek. Ez esetet úgy kell fogynunk, hogy folyton új és új concrementumok képződnek, melyek a meginduló kólikák alatt és következtében mindjárt el is távolíthatnak. A műtét beavatkozása tehát egész fölösleges.

A mi a műtét módját illeti, két út között választhatunk: vagy a vesemedenczén vagy a vese parenchymáján át juthatunk a köhöz. Az utóbbi eljárást czélszerűbbnek tartja, mert ennek segítségével minden követ eltávolíthatunk, míg a pyelolithotomiánál — jöllehet segítségével a vesemedence köveit elvonolhatjuk — nincsen biztosíték arra, hogy nem marad-e vissza concrementum a kelyhekben. Ez utóbbiak sondázása ugyanis bizonytalan, az ujjal való behatolás pedig zúzza a sebszöveteket és így a per primam szempontjából nem ajánlatos. Ezenkívül a kehely köveit a medenczén át eltávolítani meglehetősen bajos, különösen a korallalakú köveknél, melyeket ily úton egészben eltávolítani nem is lehet. Eldarabolásuk pedig kettős veszéllyel jár: egyrészt igen könnyen törmelék maradnak vissza, másrészt e törmelékelt eltávolításuk alkalmával sérítik éles széleikkel a sebszöveteket. Végül a pyelolithotomia nehezebb műtét is, mint a nephrolithotomia. Az utóbbi véghezvitelénél a következőket ajánlja figyelmünkbe: A vesét zsíros tokjából egészen ki kell hámozni, miközben vigyázni kell arra, hogy a capsula propriát szintén le ne válaszzuk; az uretert a véredényektől s a vesehyalus képleteitől gondosan kell szétválasztanunk, mert a véredényeknek a vértelenítés szempontjából alkalmazott leszorításakor az

uretert okvetlenül ki kell hagynunk, hogy retrograd kutaszólással vizsgálhassuk átjárhatóságát. A leszorítást legczélszerűbben drainsóval eszközöljük. A bemetszést a bonczolatoknál szokásos módon ejti azon különbséggel, hogy e metszést 2—3 mm.-rel hátrább készíti, vagyis azon síkban, hol a vese hajszáledényei nem közlekednek. A kövek eltávolítása után — s ebben csak akkor lehetünk bizonyosak, ha minden egyes kelyhet pontosan végigtapogattunk — eltávolítja a drainsóvet, miközben a segéd a sebfelszíneket szelid nyomással összetartja. Vesevarratot csak aseptikus vesénél alkalmaz, feltéve, hogy a vizelet savi s nincs retentio. Ha e feltételek nincsenek meg, a tökéletes drainezés érdekében tamponálja és nyitva kezeli a vesét. A műtétet mindig az utójára eldugult vesén végezzük; hogy melyik vese dugult el később, azt gyakran bajos megállapítani; t. i. némely anuriánál nincsen kólika vagy a beteg már uraemiás. De ha érez is a beteg fájdalmakat, ezeket néha az ellenkező oldalra localizálja. Még a legmegbízhatóbb támpont a hasfalnak a kóros oldalon szabályszerűen fennálló reflectorikus feszessége, összehúzódása. Ha mindezek daczára is tévedünk — a mit természetesen már csak műtét közben tudunk meg —, úgy áttérünk a másik oldalra.

Veseköveknél a vese exstirpatioja csak kevés esetben jogosult. Így pl. az arteria vagy vena renalisnak műtét közben történt megsértesése vagy pedig műtét utáni bő haematuria indikálja. Az erősebb haematuriaknál tűnik csak szemünkbe a capsula propria fontossága. Midőn a vérzés a veséről már kitöltötte, megfeszül e capsula és rugalmas ellennyomásával csillapítja a vérzést; ez által gyakran a vese kiirtása fölöslegessé válik.

Áttérve az ureterkövek tárgyalására, azt találta, hogy a cystoskopikus uretersondázás nem megbízható, mert az ureterkövön kívül más körülmény is megakaszthatja a kutaszt előhaladásában. Ha műtétre határozzuk el magunkat s akár az ureternek folyadék által okozott tágulata, akár a retrograd kutaszolás egy ureterköre tesz figyelmessé, feltéve, hogy a kö mozgó, feltoljuk a vesemedenczébe s ily úton távolítjuk el. Ha a kö nem mozgó, akkor ureterolithotomiát végzünk, vagyis egy hosszmetsszel rámetsszünk a köre. Különösen kiemeli, hogy csak ureterolithotomiát sohase végezzünk, mert a vesében is lehetnek még kövek.

A vitában *Czerny* (Heidelberg) a pyelotomiát a vele járó gyakori sipolyképződés miatt sem ajánlja.

Krönlein (Zürich) felemlít egy esetet, melynél előzetes laparotomiát végzett, hogy a viszonyokkal tisztában legyen. Műtét közben azt találta, hogy a jobb oldali vese hiányzik. Összevarrta a has sebt, a bal vesét kereste fel extraperitonealisan, követ azonban itt sem tapintott. Vonakodott tehát nephrotomiát végezni; a beteg másnap meghalt. Bonczolatnál az ureter felső részletében több követ találtak.

Lauenstein (Hamburg) azt tapasztalta, hogy a Röntgen-sugarak nemcsak az oxalát-, hanem a phosphátköveket is feltűntetik.

Kümmell (Hamburg) a retrograd drainaget ajánlja az ureteren, hóllyagon és urethrán át. A vesét mindig egyesíti, kivéve a genyes folyamatoknál.

Israel megjegyzi, hogy a Krönlein által követett intraperitonealis eljárást azért nem helyesli, mert egyszerű tapintással nem jutunk sokra, mivel ily vesekövek kicsinyek.

2. *Kümmell* (Hamburg): A vesék működőképességének megállapításáról a műtét beavatkozása előtt tart előadást. Tekintettel arra, hogy a műtőnek tudnia kell még műtét előtt, hogy az esetleg kiirtandó vese feladatát a túloldali el tudja-e majd végezni, ajánlja az uretercatheterizmust, melynek segítségével módunkban van mindkét vese működőképességét megítélni, mivel a vesék secretumát külön-külön fogjuk fel. Megfelelő asepsis mellett az eljárás veszélytelen. Az ureter catheterizmusán kívül ne mulasztjuk el soha a hugyany mennyiségi meghatározását és a t'Hoff, Korányi, Senator által ajánlott vér- és vizeletfagyasztási methodust. A vizelet fagyponyjának 0-9 alá süllyedése elégtelen vesefunctiot bizonyít s contraindikálja a vese kiirtását.

3. *Barth* (Danzig): A diagnosis czéljából alkalmazott vesemetszésekéről szól. Az *Israel* által ajánlott nephrotomiát nemcsak vesekövek eltávolításánál ajánlja, hanem különböző vesébántalmak kórimzése czéljából is. De óvatosságra figyelmeztet. Nem egyszer látott nephrotomiák után az edények átmetszése következtében gangraenát fellépni. Nem hinné, hogy *Zondeck* eljárása e complicatíótól megóvna. (*Zondeck* ugyanis 4—5 mm.-rel hátrább ejti a metszést, mint *Israel*.) Felemlíti még *Bratz* azon tapasztalatát, hogy a vesék gyakran szenvednek nephrotomiák után nagymérvű zsugorodást.

A vita alkalmával *Israel* azt hiszi, hogy *Barth* eseteiben a gangraenát nem az edények átmetszése, hanem a túlszoros varratok okozták.

Braun szerint a nephrotomia technikája olykor igen nehéz, mert nem mindig lehet a vesét az odanövényektől izolálni. Ezután felemlít egy esetet, melynél baloldali albuminuria daczára kiirtotta a jobb vesét carcinoma miatt. Az eset gyógyult.

4. *Krönlein* (Zürich) egy kiirtott vesecystát mutat be.

5. *Enderlen* (Marburg) a hólyag defectusait a vékonybelek transplantatíójával pótolja. Bemutatja kutyákon végzett sikeres kísérleteit.

6. *Anschütz* (Breslau) bemutat egy beteget, kinél Mikulicz a hólyagfal defectusát (congenital fissura) bélplastikával pótolta. A műtétet akként végezte, hogy egy 12 cm. hosszú vékonybélrészletet reszelt, de a mesenteriumról nem választotta le. Ezután rögzítette a hasfal sebébe. Négy heti várakozás után konstatálva, hogy a reszelt részlet nem halt el, végrehajtotta a plastikát. A hólyagüreget jelenleg körülbelül 100 cm³. A vizelet tiszta, savi vegyhatású s bélnyákot tartalmaz.

A vitában említi *Trendelenburg*, hogy még nem látott oly esetet, melynél a hólyag fissurájának direct egyesítésével ne lehetett volna egy 2 órányi vizeletcontinentiát elérni.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárcsny Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Epstein László: Az elmebetegség gyógyulásának kriteriumairól. 379. l.
- Keppich Emil: Közlemény a budapesti „Ferencz József“-kereskedelmi kórház belgyógyászati osztályából (Frischmann dr. kórházi főorvos). A pulvis cinereus mint antisiphiliticum. 380. l.
- Iványi Ernő: Közlemény a fővárosi szent István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról (főorvos: Róna S. dr. egyet. ny. rk. tanár). Az ulcus venereum (lágysanker) és complicationnak therapiájáról 543 eset kapcsán. 383. l.
- Fialowski Béla: Törvényszéki orvosi casuistica. 384. l.
- Weisz Miksa: Kimutatás az egyetemi elme- és idegkórtani klinika 1899-dik évi forgalmáról. 386. l.
- Tárcza. Győri Tibor: Bethlen Kata grófnő. 386. l.
- Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Doctor Károly: A fehérjekimutatások jelen állása és azoknak alkalmazhatósága az orvostudományban. 387. l. — Könyvismertetés. E. Quenu et H. Hartmann: Chirurgie du rectum. 389. l. — Lapszemle. Belgyógyász. Ladame és Monakov: A bal arteria vertebralis aneurysmája. (—ts.) — Marie és Couvelaire: Neurofibromatose généralisée esete. (—ts.) — Fried-

länder: A benzol és toluol származékok mérgező hatása. (—ts.) — Schultze: Dormiol. (—ts.) — Petró: Svédország nemességének genealogiája. (—ts.) — Schésser. Picqué és Dartigues: A scapula extirpációja. (Pólya Jenő.) — Szülészeti és nőgyógyászati. Fuchs: A széles méhszalagok elsődleges desmoid dagánatairól. (Neumann Szigfrid.) — Wolf: Intrauterin spontaneamputatio a felső végtagokon egy 5 hónapos magzatnál, a lefűződést okozó amniotikus kötegek tökéletes megmaradásával. (Neumann Szigfrid.) — Kisebb közlemények az orvostudományra. Douglas: Apomorphin mint hypnotikum 389—390. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — Orvosi jelentés a „Stefánia“ pesti szegény-gyermekórház 1899-dik évi működéséről. — A budapesti tudósbeteg-százorvosi. — Új közvetlen vasúti csatlakozás létesítése Budapest és Riviera közt. — Az orvosi elektrologiai és radiológiai nemzetközi congressus. — A budapesti poliklinikai egyesület. — A gyógyszerészségügyi idő szabályozása. — Az országos közegészségügyi egyesület. — Lelenczgy. — Az egyetemi klinikák. — Kitértetés. — Lengyel Loránt. — Fürdőink személyforgalma. — Elhunytak. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. 390—391. l. — Pályázatok. Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az elmebetegség gyógyulásának kriteriumairól.¹

Epstein László dr., az angyalföldi állami elmeegógyintézet főorvosától.

A betegségbe való teljes belátás és a betegség tartama alatt annak integralis részei gyanánt fennállott téveszméknek teljes corrigálása képezi az elmebetegségben uralkodó felfogás szerint egyik főkritériumát annak, hogy egy elmebaj elmúlt, illetőleg annak, hogy egy egyén, a ki elmebetegségen ment keresztül, ezen bajából felgyógyult-e vagy sem. Alig van a pszichiatriának tétele, a melyre nézve a véleményeknek oly egyértelműsége volna megállapítható, mint épen erre nézve.

„Kein Kranker“ mondja Kraepelin² „ist als wirklich genesen zu betrachten, der nicht klare und volle Einsicht in seine Krankheit besitzt.“

Moravcsik³ pedig a felvetett kérdést illetőleg így nyilatkozik: „megállapítjuk, teljes belátást tanúsít-e vizsgált kiállott betegségében, azaz helyesen ítéli-e meg a kóros állapotot, tudja-e, hogy elmebeteg volt s akkori állapotával szemben a mostanit kellőleg összehasonlítani képes-e?“

Es így idézhetném a szerzőknek egész sorát, a kik más-más szóval, de ugyanazt mondják.

Ezen az axioma jelentőségével bíró tételnek hatása alatt állván, nem mertem gyógyultnak nyilvánítani egy intézetünkől „javult“ elbocsátott beteget, bár önönmagamnak be kellett vallanom, hogy épelméjűségében egy perezig sem kételkedem, ha őt akkor először látom és lefolyt betegségéről nekem tudomásom nincsen, mert a betegség megítélésében mutatkozó némi hiányos-

ságon kívül a szellemi eltérésnek semmiféle különös jelét nem találtam, a mit az a körülmény is igazol, hogy ugyanekkor egy szakkollega, a kinek bizonyítványával a beteg intézetünkbe is került, tényleg bizonyítványt is adott neki, a melynek alapján gondnokság alól való felmentését kérhette és meg is kapta.

Már ekkor támadtak kételyeim az iránt, hogy a gyógyulás fogalmához szükségesképen hozzátartozik-e az, hogy a beteg az ő lefolyt betegségét úgy egészében, mint egyes részleteiben azzal az elfogulatlansággal nézze, a melylyel mi azt nézzük.

De észlelésem alá került azután egy a szóban forgó momentumra nézve az elsőhöz hasonló második és harmadik eset is, mi által kételyeim megerősödtek és végül ahhoz a conclusiohoz vezettek, hogy az említett pszichiatriai tantétel, legalább abban a kategorikus formában, a melyben azt a tankönyvekből ismerjük, meg nem állhat, hogy az feltétlen és általános érvénnyel nem bírhat.

Ez idő szerint ugyan csak három esettel támogathatom állításomat, de miután itt nem egy általánosítandó leletnek közléséről, hanem csak egy oly jelenségről van szó, a mely egy szabálynak elismert tényállástól való eltérés jellegével látszik birni, ehhez háromnál kevesebb eset is elegendő volna, miként tényleg is csak egy eset szolgált következtetéseinnek kiinduló pontjául.

A három eset a következő:

I. R. 21 éves államvasúti gyakornok; felvétetett 1898. márczius 31-dikén. A felvétel alkalmával talált status a következő: A neuropathikus külsejű beteg nagyfokú psychikus nyugtalanságot tanúsít, gyorsan és sokat beszél, feleleteiben nem tartja magát a hozzáintézt kérdésekhez, hanem mindenféle apró részletekre kiterjeszkedvén, alkalmazkodik oly események elbeszélésére, a melyek a tárggyal alig vannak összefüggésben. Nagy bőbeszédűséggel adja elő, hogy magasabb dolgokra való hivatottságát már mint iskolás fiú érezte, fényes tehetségeit már akkor kellett elismerni, de mindig elnyomták úgy, hogy míg más fiuk,

¹ A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályában 1900. január 31-dikén tartott előadás nyomán.

² Kraepelin. Psychiatrie. VI. Aufl. 1899. p. 250.

³ Moravcsik. Gyakorlati elmebetegségek. 1897. 233. l.

kik tehetségben messze alatta állottak, jó bizonyítványt kaptak, addig ő csak elégséges osztályzatot nyert és az érettségén meny-nyiségéből meg is bukott. Az érettségi után a mérnöki pályára akart lépni, mert sok hajlama volt hozzá és rajzolni is jól tudott, mérnökismerősei pedig kedvelték; de rávették arra, hogy vasúti szolgálatba lépjen. Itt is mindenféle sekaturáknak volt kitéve, mert az emberek irigykedtek reá. A vasúti vizsgát csak másod-szorra sikerült neki letenni, mire Vág-Szereden nyert alkalmazást a vasútnál. Onnan gyönyörű leveleket írt hozzátartozóinak, de ezek nem bírtak érzékelni a levelek szépsége iránt és azt írták neki, hogy ilyen fellengős leveleket ne írjon; verseket is írt, különbekezt mint *Jókai*, de fivére nem méltányolta őket és ki-gúnyolta őt; egy ízben azt írta neki a fivére, hogy az ő bolond gondolatait verje ki a fejéből, ne tervezgessen, hanem rakjon magának hideg borogatást; csak kaján irigység vezette mindig az ő fivérét és azt meg is írta neki nemrégben.

Tisztársaival gyakrabban mulatott és így vasárnap (már-czius 27-dikén négy nappal a felvétel előtt) női és férfismerősök társaságában volt; ott már nem tudott magán uralkodni és beszé-det tartott, a melyben megnyugtatta az emberiséget s biztatta, hogy minden jó lesz, nem kell kétségbe esni, lesz szabadság, egyenlőség, testvériség. Beszédjét éljenzéssel fogadták, őt pedig fiakkorban vitték haza és ágyba fektették és ápolták, a míg táv-irat folytán fivére meg nem érkezett, a kivel azután kedden Buda-pestre jött. Itt az orvos azt tanácsolta neki, hogy csak menjen haza, feküdjék le és legyen nyugodtan. De ő nem is akart már haza menni, mert megutálta ott a rendtelenséget és anyjával is összeveszett. Az anyja t. i. narancshéjat dobott a földre és ő azt kifogásolta; az anyja őt rendreutasította, a mi őt arra a megjegyzésre indította, hogy az anyja megérdemelné azért, hogy meghaljon.

Hozzáátartozói nem akarják az ő lángeszét elismerni, pedig ő a megváltó s minden irányban intézkedett is már, hogy a világ ügyei jobban folyjanak; rendelkezett egyeseknek megbün-tetése, másoknak megjutalmazása iránt.

Előadása közben beteg többször elzékenyül és zokogástól sokszor néhány percig nem tudja beszédjét folytatni. Öntudata tiszta, de ítélő és következtető műveletei minden irányban tévesek.

Már az ezen exploratiót követő első napokban öntudatzavar lép fel, a mely időnként a stupor magaslatát éri el; környezetét gyakran félreismeri és helyzete iránt absolute nincs tisztában; álmatlanság, nagyfokú motorikus nyugtalanság és itt-ott támadó magaviselet az ápolókkal szemben, a kiket majd díszmagyarba akar öltöztetni, majd meg épúgy, mint a „tomboló betegeket“ is, bilincsekbe veretni.

Ilyen az állapot körülbelül hat héten át; akkor öntudata feltisztul és az előbbi nyugtalanság helyét meglehetősen nagyfokú apathia foglalja el. Miután a beteg téveszméket nem nyilvánít, sőt betegségébe némi belátást kezd mutatni, miután álma is jó és táplálkozása is rendes, ennél fogva állapotának leírt változásá-ban a betegség javulásának első jeleit véljük látni. Csakhamar azonban rosszabbodás következik be ismét, a mennyiben a vélt javulás kezdetétől számítva talán 10 nap múltán újból a régi kép tárul elének és majdnem változatlanul marad meg körülbelül 3–4 hétig, mire ismét egy az elsőhöz hasonló remissio mutat-kozott, a mely azonban ez ízben tartósnak bizonyult; a javulás fokozatosan halad előre, az öntudat teljesen feltisztul, téveszmék absolute nem mutathatók ki és a beteg, a ki testi gyarapodás-nak is indul, belátást is kezd mutatni a betegségébe és haza kívánczik; kisfokú apathia és a hangulatnak némi nyomottsága áll fenn, a mely részben talán arra vezetendő vissza, hogy a betegnek elbocsáttatása iránti kérése még teljesítést nem nyer. Végre szeptember 1-én a beteg szabadságoltatik és két ízben történt jelentkezés után szeptember 30-dikán „javultan“ el is bocsáttatik. Az elbocsátás előtt eszközölt beható exploratio a következőket eredményezte: A beteg kifogástalanul appericiál, értelmesen felel, helyesen ítél és logikusan következtet, maga-viselete és kedélyhangulata egészen normalis; minden irányban teljesen tájékozott, emlékszik behozatalának idejére és körülmé-nyekre, úgyszintén betegségeinek egyes mozzanataira. Belátja, hogy beteg volt, de mintegy röstelli beismerni azt, hogy betegsége

valóságos elmebaj volt, hiszen „mindenről tud“; beszél „láz-“ról, „túlbeszített idegrendszeréről“, csak épen saját nevén nem nevezi meg a bajt és bár a betegség alatt nyilvánított téveszmét a jelen-ben teljesen corrigálja, azokról mégsem beszél szívesen, hanem elsiklani szeret fölöttük, vagy részben menteni akarja épúgy, miként a betegség alatt tanúsított viselkedését mintegy igazolni iparkodik és indokokat keres arra, hogy az ápolókat és betegársait miért akarta majd megjutalmazni és díszmagyarba öltöztetni, majd megbüntetni és vasra veretni, a helyett, hogy min-dent a most már általa szükségképen felismert betegség ki-folyása gyanánt tekintene és állítana oda.

Az itt vázolt esetben egy, habár kis fokban, de kétség-telenül imbecill egyént látunk magunk előtt. Mint tanuló, úgy látszik, csak nehezen állta meg a helyét és az érettségén mennyi-ségtanból megbukott; a pályaválasztásánál határozatlanságot és befolyásolhatóságot árul el, mérnök akar lenni, mert rajzolni jól tudott és „mérnökismerősei kedvelték“, de enged a rábeszélés-nek és a vasúti szolgálatot választja, a hol a vizsgát azonban csak másodszorra sikerül neki letenni. Alkalmazást nyervén, a helyett, hogy kezdő létére egész erejét szakmájának szentelné, költeményeket farag, fellengős leveleket ír és tervezgetéssel fog-lalkozik, a mi hozzátartozói részéről rendreutasítást von maga után és fivérét arra a jellemző megjegyzésre készíti, hogy „ne tervezgessen, hanem rakjon magának hideg borogatást“. Ezt ő azonban irigységnek bélyegzi, miként irigykedésre vezeti vissza azon állítólagos egyéb szekaturákat is, a melyeket másfelől tapasztalt. Egy az elmebetegség kifejlődésére mindenképen alkalmas talajt látunk tehát fenforogni és így nem lephet meg, ha minden külső ok nélkül vagy talán egy csekély, különben ismeretlen incidens folytán tényleg egy heveny psychosis jelentkezik, a mely a nyilvánított, félig-meddig rendszeresített üldöztetési és nagyzási téveszmék által egy paranoia benyomását teszi. Az öntudatzavar hiánya is ezen kóralak mellett szól és csak egy tünet az, a mely, ha nem is szól ellene, de a tipikus paranoiánál mégis szokatlan, ez az érzelmi körnek rendkívüli affectioja. Azonban a csakhamar fellépett egyéb heves tünetek és különösen a nagyfokú öntudat-zavar már éppenséggel nem illeszthetők be a felvett kóralak keretébe, úgy, hogy egy heveny zavartságot kell kórisméznünk, a mely a Meynert-féle „amentia“ csoportjába tartozik.

A betegség egy közbejött rövid tartamú remissiora be-következett visszaesés után lezajlik, a téveszmék és az egyéb psychikus zavarok elmúlnak, a beteg testileg gyarapodik és maga-viselete, kedélyhangulata rendellenes vonást nem mutatnak; az egyén biológiai értelemben nem mondható ugyan egészen normalis-nak, mert az a kisfokú imbecillitás, a mely a heveny psychosis alapját képezte, most is fennáll, de psychikus egyénisége ugyanaz, a mely volt a betegség előtt. Ez utóbbinak már semmiféle tüne-tét sem látjuk, de azt tapasztaljuk, hogy a beteg nem bir kellő belátással az ő betegségébe, annak tulajdonképeni jellegét fel nem ismeri és hogy a már teljesen elmúlt téveszméknek corri-gálása nem történik oly kifogástalanul, miként azt gyógyult ese-teknél meg szoktuk kívánni. A nyert benyomás tehát az, hogy a beteg, bár egyébként a gyógyulásnak minden jelét mutatja, teljes objektivitással nem rendelkezik a lefolyt betegséggel szem-ben és azért ő nem „gyógyultan“, hanem „javultan“ bocsáttatott el az intézetből.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti „Ferencz József“-kereske-delmi kórház belgyógyászati osztályából (Frisch-mann dr. kórházi főorvos).

A pulvis cinereus mint antisiphiliticum.

Közl: *Keppich Emil* dr. orvos.

A modern orvosi gyógytudományban lépten-nyomon tapasztalható az emberi szellem azon törekvése, hogy minden megbete-gedésnek meglegyen a maga specifikusan ható gyógyszere, a már meglévőket pedig biztosabban hatókkal, kényelmesebben adagol-hatókkal akarjuk pótolni. E törekvés vezette a syphilotheraphiában a pathochemiát is arra, hogy miképen lehetne az elavult és mégis csak legbiztosabban ható antisiphilitikus gyógymódot, az inunctio-

kúrát, más ugyancsak specifikusan ható, de kényelmesebben alkalmazható gyógymóddal helyettesíteni?

Mielőtt az újabb antisymphiliticummal, a pulvis cinereussal kezelt syphilis-eseteinkről beszámolnánk, rövidesen végig kell hogy haladjunk a syphilis-betegség történetén, hisz azzal szoros nexusban áll az emberiség azon törekvése, mi módon lehetne ezen megbetegedés ellen védekezni, melyet egy római író atra luesnek elnevezett volt.

Egészen a középkorig, hol mint morbus gallicus szerepel, nem találunk a syphilotherapiában számba vehető komolyabb therapeutikus beavatkozást; úgy az ókorban, valamint a középkorban inkább csak prophylacticus eljárások azok, melyekkel védekezni akartak Isten ezen csapása ellen.

Köztudomású, hogy a syphilis-betegség van oly régi, mint az emberiség maga, annak culturája, vallása. Ismeretes volt az ókorban, annak legtöbb népe előtt, tudták, hogy a nemi életnek és az a körül elkövetett „bűnöknek“ nagy szerep jutott a betegség eredete és tovaterjedése körül, innen talán egyes ókori népek papjainak azon törekvése, hogy a legkülönbözőbb kultusokkal eltereljék a tömeg figyelmét a durva kicsapangó nemi élettől.

Vajjon nem prophylacticus intézkedés már ez is?

De nemcsak az ókor népeinek vallásos irodalmában lelhetjük nyomait a legkülönbözőbb ragályos betegségek leírásának, melyek mindmegannyijában a syphilis mai tünettanát felismerhetjük; hanem a legrégebbi orvosi irodalom is tárgyalja: leírtnak bűzös fekélyek a hímvesszőn, phimosisek, fekélyek a végbél körül, bubok, sőt említés tétetik azok kezeléséről (Galenus).

A császárkori római irodalomban a legkülönbözőbb kiütések, fekélyes, bőr és nemiszervi megbetegedésnek leírását találhatjuk, a melyekben ugyancsak a syphilis kórtünetes leírását felismerhetjük, talán intő például az elzúllott társadalmi életnek.

Sőt szigorú törvények is hoztak mindezen nyavalyák tovaterjedésének megakadályozása céljából.

Ismerték tehát a syphilis-betegséget az ókorban, jobban a középkorban, talán az internationalis forgalom emelkedése folytán.

A szakirodalomban is már megtaláljuk a betegség primaer tüneteinek, incubatiojának, efflorescentiájának leírását; a szerzők leírtnak indolens bubokat, exanthemákat, bűzös fekélyképződményeket a bőrön, nedvedzőket a nyákhártyákon, széteső csontfolyamatokat.

A tömeg, de sajnos maguk az orvosok is osztották az uralkodó közfelfogást, hogy a syphilis-betegség megbesteleníti hordozóját, innen talán a nyugot-európai nemzetek azon igyekezete, expatriálni a kórt saját nemzetük kebeléből.

De a durva közfelfogás mellett ugyancsak az akkori orvosi szaktudomány nemesebb hurokat kezd megpendíteni, t. i., hogy mi módon lehetne, ha nem is elejét venni, de a kórnak tovaterjedését megakadályozni, mely máris oly ijesztő nagy pusztításokat visz véghez nemcsak az individuumban, hanem családokban, nemzetségekben.

A prophylacticus védekezés mellett már nyomait találhatjuk annak, miként lehetne a betegséget gyógykezelní, esetleg gyógyítani.

A midőn a morbus gallicus először lépett fel epidemice Európában, akkor veszi kezdetét a tulajdonképeni syphilotherapia, még pedig sok haszontalan egyéb gyógymód mellett, mint leg-tökéletesebb, az inunctios kúra, mely azonban, minthogy kellő cautelák híján foganatosított, a mercurialismus tüneteire vezetett; éhezttették a beteget, jól megpurgálták és ezután, a midőn már a szervezet félig-meddig elsatnyult, erőyes kenőkúra alá vették; csökkenve a szervezet resistenciája, stomatitisek, gingivitisek és a mercurialismus egyéb tüneteinek jelentkeztek, a mi természetesen jó hosszú időre discreditalta a kenőkúrát.

Csak a jelen században a bécsi iskola által újra foganatosított a kenőkúra, még pedig azon methodus szerint, mely mai napság is a legerjedtebb és a legbiztosabban ható gyógymód.

A syphilotherapiában is, mint már bevezetésként említettem volt, a modern therapia közös vonása érvényesül: az ósdi, kényelmetlen gyógymódot, újabbal, kellemesebben kivihetővel kell helyettesíteni.

Welander az inunctios kúra helyett, melyet különben is csak inhalatios kúrának tart, a rákenési eljárást ajánlja, 6 gr.-os

ung. hydrarg. capsulákat rákenet a test különféle részeire és a bekenet helyeket vászonpólyákkal bekötötteti, majd meg a kenőcsös zsák hordozását ajánlja, szerinte így az elpárolgása a higanygőzöknek a test melege folytán beáll.

Ezen kezelési methodust Welander azért tartja jobbnak az inunctios kúránál, mert időben is megtakarít a beteg, nem oly piszkos, és nem teszi szükségessé a gyakori fürdözést.

Ahman módosítja a kenőcsös zsák hordását és inkább a higanyporos-zacsó kezelést hozza divatba, elveti a kenőcsös zacsókat azért, mert utóbb inpermeabilissé válik a bőr a transpirationra.

Ahman sikerei után indulva én is a „Ferencz József“-kereskedelmi kórházban, igen tisztelt főorvosom Fischmann dr. vezetése és ellenőrzése mellett, hozzáfogtam syphilisbetegeinknek higanyporos zacsókkal való kezeléséhez; e célra az első hazai készítményt az Egger-féle pulvis cinereust használtuk, melynek összeállítása ismertette lett. E helyen csak annyit emelek ki, hogy 33¹/₃% higanytartalommal bír.

Egyenlő intensitású eseteket választottunk ki és párhuzamosan észleltük eseteinkben a bekenési kúra és a higanyporos zacsó alkalmazása mellett a tünetek mikénti visszafejlődését; habár határozott directívát még ily összehasonlítások után sem adhatunk, mert eléggé gyakori azon eset, hogy kétféle applikálási mód mellett kezelt hasonló syphilis eseteknél az egyik methodusra kimondott véleményt utólag a bekövetkezett gyorsabb recidiva után meg kell változtatnunk.

A friss eseteknél észlelhettük, hogy a roseolaszerű exanthema csak oly lassan fejlődött vissza a higanyporos zacsó alkalmazása mellett, mintha egyáltalán therapeutikus beavatkozás nem történt volna, hisz legtöbbnyire magától visszafejlődik. A kiterjedtebb exanthemáknál, esetünkben egy exanthema giratánál, a kúteg a higanyporos zacsókezelés mellett tovább állott fenn, mint számos más esetünkben, a hol a bekenési kúrát alkalmaztuk volt.

Egy kiterjedtebb roseolo-papulosus esetünkben pedig ugyan lassabban fejlődött vissza a papulosus kúteg, de a negyedik hétben tökéletes volt a visszafejlődése, még pedig ez előbb a mellső test felületén, a hol a beteg a higanyporos zacsókat hordotta, volt észlelhető, utóbb pedig a háti oldalon. A papulosus kúteg rendszeren gyógykezelés nélkül nagyon ritkán, az inunctios kúra mellett is hosszabb idő multán fejlődik vissza.

A regionaer adenitisre a higanyporos zacsókezelés igen gyenge hatásának bizonyult, hasonló számtalan más régibb eseteinkben a bekenési kúra mellett sokkal gyorsabban fejlődött vissza a regionaer mirigyek adenitise.

Egyéb helybeli tünetekre a higanyporos zacsókezelés hatástalan volt, de hisz ez a bekenési gyógymódnál is tapasztalható; condylomák, plaque-ok, csakis a megfelelő helybeli kezelésre fejlődtek vissza rohamosan.

A pulvis cinereussal kezelés nem vetekedhetik a bekenési kúrával, mely utóbbit minden syphilidolog heveny friss esetekben és gyakori recidiva esetekben alkalmazni fogja továbbra is, tekintve ugyanis azon körülményt, hogy a syphilis betegség egy chronicus lefolyású megbetegedés, tekintve továbbá azt, hogy sohasem vagyunk abban a kellemes helyzetben positivitással meghatározhatni, betegünk mikorra gyógyul ki tökéletesen bajából, nem is szólva arról a felelősségről, melylyel minden lelkiismeretes orvos betegével szemben tartozik, crimen volna a kezdetleges erőyes kezelés elmulasztása, következőképpen csakis egy erőyes inunctios kezelés az, mely friss eseteknél némi biztosítékot nyújthat az iránt, hogy a meglevő tüneteket gyorsan elmulasztjuk és a még kifejlendőket enyhítjük, avagy a késői tüneteket előbbre hozva, a kórfolyamatot megrövidítjük.

Véleményem szerint egy előrement erőyes bekenési kúra után áttérhetünk a higanyporos zacsókezeléshez és nemcsak ezen újabb kezelési methodust, de magát a pulvis cinereust is mint a modern therapia vívmányát üdvözölhetjük, mert utóbbi módozat mellett is még mindig bizonyos higany mennyiség jut resorptiora; hogy a pulvis cinereus is resorbeálódik, a mellett szólnak számos vizeletvizsgálataink, melyek legtöbbjében a higany ki volt mutatható, sőt mint a kórtörténetekből kitűnik, egyes eseteinkben, dacára a szorgos szájpórlásnak, a kifejlődő

gingivitist nem voltam képes megakadályozni; de a higany resorptioja mellett maguk az elért gyógyeredményeink is szólnak.

Vajjon a higany-poros zacskó alkalmazásánál a higany resorptioja ugyanazon úton történik, mint az inunctio kúránál? Feltételezik ugyanis, hogy a bedörzsölés utáni napokon a bőrből készített praeparatumokon a higanygömböcskék alakjában fel-található a hajtűszökben, ott a hol a bőrt áttörik a faggyú- és verejtékmirigyek. A higany oldódása pedig ott kezdődik, a hol az a szövetnedvekkel találkozók.

A pulvis cinereus talán nemcsak a bőrlégzés útján jut resorptiora, hanem belégzés útján is, még pedig higanygőzök alakjában; a trachea, a bronchusok nyákhártya-szövetében lévő oxygennel Hg₂O-ra változva resorptiora képesítetik.

Eseteink a következők:

I. eset. N. N. 21 éves, hivatalnok 1899. október havában kemény chankert aquirált; 1900. január 3-dikán vette csak észre az egész testén jelentkező kiütést. Január 9-dikén az osztályon felvétetett.

Az erősen pigmentált bőrű férfibeteg törzsén, felső és alsó végtagjain halvány-piros, helylyel-közzel összefolyó kütég; regionaer mirigyek infiltráltak; az anus körül condylomata lata. Vizelet normalis. Kezelés kezdete pulvis cinereussal január 10-dikén.

Január 15-dikén a mellen és felső végtagokon a kiütés halványodik, helybeli kezelés nélkül a condylomák változatlanok.

Január 20-dikán a törzsön, felső végtagokon a kütég alig látható; condylomák helybeli kezelésre visszafelldőben.

Január 25-dikén az alsó végtagon eltűnik a kütég, condylomák alig láthatók, gingivitis jelentkezik; vizeletben nyomokban higany.

Február 3-dikán helybeli tünetek, leszámítva a gingivitist, mind eltűntek.

Beteg javultan távozott.

II. eset. Sch. V. kereskedősegéd 1899. november hó 26-dikán ulcus durumot aquirált, december hó végén jelentkezett betegnél a kiütés, melylyel csak ez év január 9-dikén jelentkezett kórházi felvételre. A beteg törzsén és végtagjain különféle alakú és nagyságú, a bőr niveauja fölé kiemelkedő, halványpiros, tömött tapintatú kütég; ezenkívül egy másik halványpiros, a bőr niveauja fölé ki nem emelkedő kiütés; regionaer mirigyek; sclerosis a sulcus coronarius penisen.

Kezelés kezdete január 10-dikén.

Január 15-dikén status idem.

Január 20-dikán elmúlik a roseola.

Január 25-dikén a papulosus kiütés a törzsön, végtagokon elmúló félben.

Január 30-dikán a papulosus kiütés a törzsön, végtagokon elmúlt, vizeletben csekély higany. Javultan távozott.

III. eset. L. N. kereskedősegéd múlt év november havában kemény fekélyt szerzett, csak 6 hétre reá jelentkezett betegnél a kiütés, melylyel két hétig kezelés nélkül járkált, míg ez évi január 17-dikén felvétetett.

Beteg egész testére kiterjedő piros, különféle alakú és nagyságú kütég, regionaer mirigyek infiltráltak.

Kezelés kezdete január 17-dikén.

Január 27-dikén főleg a test mellső felületén a kiütés mulóban.

Február 3-dikán csak a törzs háti oldalán csekély márványozottság, regionaer mirigyek változatlanok. Higany ki nem mutatható. Beteg javultan távozott.

IV. eset. L. hivatalnok múlt év december havában csekély excoriatiót szerzett a hímvesszőn, mely gyorsan begyógyult.

Január elején az egész testére kiterjedő igen szép exanthema girata lépett fel, melylyel felvételre jelentkezett. Condylomák a scrotumon.

Kezelés kezdete január 20-dikán.

Január 25-dikén a kiütés a törzsön, főleg mellül, muló félben.

Január 30-dikán a végtagokon is mulik a kiütés, condylomák helybeli kezelésre elmúlnak.

Február 6-dikán betegnél csekély gingivitis. Beteg javultan távozott.

V. eset. D. V. segéd 1896-ban aquirált ulcus durumot, 1897-ben több ízben erélyes inunctio kúrán ment át.

Ez évi január 2-dikán újra kórházi felvételre jelentkezett. Erősen infiltrált inguinalis-mirigyek, főleg a jobb oldali gyermekökök nagyságú. A penis alsó felületén tovafolytatól a scrotalis bőrre számos különböző nagyságú condyloma latum, ép úgy az anus körül is. Az alsó végtagokon a szőrtűszöknek megfelelőleg lichenosus kütég, a bal szemhéjon régebbi keleti partialis madarosis, jelenleg blepharadenitis.

Kezelés kezdete január 3-dikán.

Január 8-dikán status idem.

Január 13-dikán status idem; helybeli kezelésre a condylomák muló félben.

Január 18-dikán. A regionaer mirigyek változatlanok, a lichenosus kütég kissé javul, condylomák gyógyuló félben, vizeletben higany.

Január 21-dikén. Minthogy a regionaer mirigyek nem változnak, megkezdjük az inunctiot.

Február 2-dikán a lichen muló félben, condylomák visszafelldtek, a mirigyek kisebbednek. Beteg továbbra is gyógykezelésünkben maradt.

VI. eset. K.-né, 40 éves, férjezett, állítólag három éve beteg. 1898. április havában erélyes inunctio kúrán ment át, nyáron át Lipiken volt, utána még inunctio kúrát tartott. Időközben a jobb czombon valamint a jobb felkaron egy hatalmas gummaszerű fekély képződött, melylyel a beteg fel is vétetett. Az erélyes inunctiora és helybeli kezelésre a tünetek elmúltak. 1899. nyarán újra felkereste a lipiki fürdőt; az év őszén ismét a jobb alszáron egy újabb vesealakú, meredek szélű, piszkos aljú gummaszerű fekélylyel jelentkezett ambulantiánkon. Mi a fekélyt antiluetice nem kezelhettük, minthogy a fekély körül eczematosus processus képződött, úgy, hogy a tiszta sebészi kezelésre szorítkoztunk. Ez évi január 2-dikán megkezdttük nála is a pulvis cinereus kezelést, a mely kezelési methodus mellett a fekély mindinkább kisebbedett. Betegnél több ízben volt higany a vizeletben kimutatható.

Jelenleg még gyógykezelésünk alatt áll.

A pulvis cinereus sec. Egger elbírálásánál is a klinikai szempont lesz a döntő, történhetik pedig ez a szerint, vajjon milyen gyorsan fejlődnek vissza a tünetek, vagy mikor jelentkeznek ezen kezelés mellett recidívák; csakis, ha ily szempontok szerint fogjuk osztályozni kórházi és magángyakorlati eseteinket, kapjuk meg azon mértéket, melylyel ezen újabb higanykészítmény mérhető leend. Minden esetre ajánlható:

I. Erélyes inunctio kúra után, mint intermediaer gyógymód.

II. A bekenési kúrát helyettesítheti, sőt igen ajánlatos, kiterjedt eczematosus processusoknál, furunculosisban, ichthyosisban, prurigoban, lichenben, psoriasisban és egyéb kiterjedtebb fekélyes folyamatokban szenvedőknél.

III. Ajánlható a higanyporos zacskókezelés terhes nőknél, főleg a terhesség végén, a midőn talán nem egészen közömbös a mell és has bedörzsölése.

IV. Jobb az antisiphilitikus kezelés e módja a már említett Welandér-féle eljárásnál és hasonló más eljárásoknál, minthogy a bekent és bekötött testrészekben a bőr párolgása folytán könnyen eczematosus folyamatok indulhatnak meg.

V. Helyettesítheti sokszor az injectio kezelést, főleg, ha a beteg azt nem tűri, és mindenesetre jobb az oldhatatlan vagy nehezen oldódó higany sókkal való injectioknál.

VI. Minden körülmények közt a pulvis cinereussal kezelés föléje helyezhető a higany belső adagolásának, mert eltekintve azon kóros következményektől, melyek mint intoxicationalis tünetek a gyomor és béltractus részéről jelentkeznek, a higany különben is csak igen kis mennyiségben jut resorptiora a belső adagolásnál.

Bármilyen applikálási mód szerint felszívódott higany a nyirok és vérkeringés által a szervezetbe továbbíttatik, innen egy része mint oldott higany-oxyalbuminát kiválik. Egy része mint residualis higany a szervezetben legalább egy időre fixiroztatik. Valószínű, hogy az így kiváló haemoglobint fejt ki azt a hatást, mit tőle a syphilidolog vár. A remanentialis higany szerepe felette fontos és nines kizárva, hogy a pulvis cinereusnál is érvényesülni

fog a remanentialis higany, melyről feltételezik, hogy mintegy kimossa a szervezetből a syphilis vírusát.

Végül hálás köszönetemet kell kifejeznem e helyen is igen tisztelt főorvosomnak, ki nemcsak, hogy készséggel rendelkezésemre bocsátotta a beteganyagot, hanem egyúttal útbaigazításával nagyon megkönnyítette összeállításomat.

Közlemény a fővárosi szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról (főorvos: Róna S. dr. egyet. ny. rk. tanár).

Az *ulcus venereum* (lágú sanker) és *complication*ainak *therapiájáról* 543 eset kapcsán.

Iványi Ernő dr. kórházi gyakornoktól.

Minthogy az *ulcus venereum*ban megbetegedettek számát osztályos statistikánk ismét szaporodottnak mutatja, ennél fogva időszerűnek tartjuk, hogy e bántalom *therapiájával* legalább is vázlatosan foglalkozzunk, annál is inkább, mivel a következőkben előadandó *new* gyógyeljárások osztályunkon igen jóknak bizonyultak.

Mindenek előtt a betegedést feltüntető számokat adjuk a következőkben:

1898. év	junius hó	21 férfi,	4 nő
	julius	16 "	4 "
	augusztus	25 "	2 "
	szeptember	24 "	5 "
	október	31 "	1 "
	november	34 "	2 "
	december	47 "	— "
1899. év	január	41 "	— "
	február	33 "	2 "
	márczius	29 "	— "
	április	21 "	2 "
	május	26 "	2 "
	junius	29 "	3 "
	julius	31 "	— "
	augusztus	25 "	1 "
	szeptember	38 "	1 "
	október	41 "	2 "
Összesen:		512 férfi,	31 nő
543			

Hogy ezen 543 esetben hányszor társult bubo, bubonulus és fitymagangraena az *ulcus venereum*hoz, a következőkben tüntetjük fel:

	Bubo	Bubonulus	Fitymagangraena
1898. junius	14	—	—
julius	13	—	—
augusztus	13	—	1
szeptemb.	15	—	1
október	10	1	—
november	12	—	—
december	24	2	1
1899. január	14	1	1
február	16	—	—
márczius	15	—	1
április	13	1	—
május	20	—	—
junius	11	1	—
julius	19	1	—
augusztus	16	1	—
szeptemb.	13	—	1
október	11	3	—
Összesen:	249	11	6

A szerint, hogy egyszerű vagy komplikált sankerrel álltunk-e szemben, választottuk meg minden esetben gyógyeljárásunkat.

Az egyszerű sanker ismét a szerint befolyásolta *therapiánkat*, a mint az a gyógyszerek számára könnyebben vagy nehezebben, vagy nem volt hozzáférhető.

Ha a sanker hozzáférhető volt, úgy még az is tekintetbe

jött, vajjon a fekélyre alkalmazható-e egy jól záró kötés, avagy nyíltan kell-e azt kezelnünk?

A gyógyszeres beavatkozásra hozzáférhető, de be nem köthető sanker-fekély (pl. vaginában, hüvelybemenetben, urethra-nyílásban stb.) kezelését akként eszközöltük, hogy a fekély környékét naponta aetherrel, 1:1000 sublimat-oldattal ledörzsölve, a fekélyt magát egy jól kipréselt sublimat-tamponnal letöröltük és jodoform-porral behintettük.

Egyes esetekben főleg az urethra-nyílásban fészkelőket 20–30%-os argent. nitric.-oldattal edzettük 2–3 naponként. Ugyanezen esetekben jól használható Andry kezelési módja, mely abban áll, hogy a környék előzetes letisztogatása után a vörös izzásig hevített thermo-kautert közelítjük 3–4 mm.-nyire a sanker fölé a nélkül, hogy azt érintenők. Az esetek 50%-ában egyetlen alkalmazás után a sanker teljesen tiszta alapú sarjadzó fekélyllyé válik, mely esetben azután jodoform-porral való behintésre gyorsan gyógyul.

Ha a fekélyre kötést alkalmazhatunk, úgy mindenkor tanácsosabb azt bekötni. A kezelés ilyenkor abban áll, hogy az aetherrel és sublimattal előzetesen megtisztogatott és jodoform-porral behintett fekélyre még jodoform-gaze-zel jól záró kötést alkalmazunk. Ezen kötést minden másodnap változtatva, a legsebbebb eredményeket kaptuk, a mennyiben a legtöbbször a második-harmadik kötéstváltoztatás alkalmával teljesen tiszta alapú sarjadzó sebbel álltunk szemben, a midőn már nem jodoform-kötést, hanem sublimat-gaze-t, vagy az osztályon használatos és kitűnőnek bizonyult 10%-os bórvaselines kötést alkalmazunk három napos időközökben.

A jodoformot tisztán, nem szagtalanító keverékkel alkalmaztuk. A magángyakorlatban a jodoformszag árulását ellensúlyozhatjuk egyrészt az által, hogy vigyázunk, miszerint csak a fekélyre jusszon jodoform, a környékre vagy ruhára nem, másrészt a kész kötésre néhány csepp oleum menthae piperitae csepegtetése által. A Herff-Neisser-féle tömör carbolos ecsetelést, miután a fenti eljárással szemben semmi előnyt sem biztosított, az utóbbi időben már nem alkalmaztuk.

A sanker exstirpálását mi is ideális kezelésnek tartjuk, azonban ezen mindenesetre igen gyorsan és biztosan célhoz vezető eljárás alkalmazását csak egyes esetekben alkalmazhatjuk, mert a betegek igen ritkán engedik meg az exstirpációt.

Ha az *ulcus venereum* az infectio után az 1–2. napon, tehát még a pustulás stadiumban került szemünk elé, akkor a pustula tetejét levágván, a fekélyt szabaddá tettük és egyébként teljesen a fent leírt gyógymódok egyike szerint jártunk el. A főleg újabban ajánlott gyógyeljárást, a 40–42° C. prolongált fürdők alkalmazását, a mely gyógymód azon feltevésen alapszik, hogy a nagy hő megöli a contagiumot (Ducrey-Unna f. b.), mi körülményessége miatt nem alkalmaztuk.

Ha a sanker a fityma bellemében vagy a makkon ült, és ha phimosis volt jelen, akkor eljárásunk a következőképp módosult: A míg a fentemlített kezelési módok mindig az orvos által végeztetnek osztályunkon, addig phimosis jelenlétében a beteg kezéhez adunk egy kisebb fecskendő, a melylyel az 2–3-szor napjában 30%-os bórsav-oldatot fecskend a fityma-ürbe, majd 10%-os jodoform-glycerin-emulsióba mártott kis vatta-gomolyokat dug a fityma-ürbe. Ilyen kezelés mellett a fityma rendszeren 3–4 nap múlva visszahúzható. Vannak azonban makacs esetek, hol erre 10–14 nap is szükségeltetik, a minek oka azonban rendszerint a betegnek hanyagsága és hiányos tisztaság érzete.

Főleg a kevésbé tiszta egyénekknél, excedálóknál, nehéz testi munkát végzőknél észleltük, hogy a szűkült fitymán gangraena lépett fel, de mindig a kórházba jövetel előtt, a melynek jelenlétét a penetráns bűz, az egy vagy több ponton fellépő kékesvörös elszíneződés, majd e pont megfeketedése, kínzó fájdalom árulta el. Lázmozgalmak is szoktak jelentkezni. Ilyenkor legelső teendőnk a phimotomia és a feltárt fekélyes területeknek Volkmann-kanállal lekaparása, az elhalt részek eltávolítása, esetleg a circumcisio, ha lehet varrattal, ha nem, a nélkül.

Az inguinalis mirigyek lobjának, a bubonak *therapiája*, a szerint, hogy az milyen stadiumban került szemünk elé, különböző volt. A még el nem puhult bubot nem kezeljük parenchymatosus injecciókkal, mert nem voltunk az elért eredményekkel

megelégedve, hanem lefektetjük a beteget és eleinte jeges, majd hideg borogatásokat, végül Priessnitzet alkalmaztatunk; 5–8 nap múlva a bubo nagyon sokszor visszafejlődött. Ha csak részben fluctuáló buboval állunk szemben, úgy Priessnitz-borogatásokat rendelünk mindaddig, míg a bubo teljesen elgenyvedvén, megnyitható.

A megnyitás teljes feltárából állott és utána rendes sebészi kezelés következett. Mintegy 6 hó óta számos esetben a megnyitás akként történt, hogy a legerősebben fluctuáló hely felett $\frac{1}{2}$ –1 cm. hosszú nyílást ejtünk, enyhe nyomással kiürítjük, majd rögtön utána 10%-os jodoform-glycerines emulsiót feekendünk a tályogürbe (Haberern-féle eljárás), és a sebre sublimat-gaze és steril vattával nyomókötést alkalmazunk, melyet két-három naponként megújítunk.

Rendes viszonyok között, ha az illető beteg ágyban maradt, a sebet nem izgatta, az első, legkésőbb a harmadik-negyedik kötés után az artificialis nyílás benőtt, absolute semmi fájdalom sines jelen. Azonban az oly esetekben, mikor a bubo sankrosus lett, a sankrosus bubot teljesen feltárjuk, az üreget és sebszéleket Volkmann-kanállal lekaparjuk, egyébként pedig csak úgy kezeljük jodoform-kötésekkel, mint a közönséges sanker-fekélyt.

Lassú gyógyulási hajlamot mutattak egyes esetekben a bubok, főleg cachectikus egyéneknek, tuberculosus terhelteknél, syphilitikusoknál.

Az ilyen cachectikus egyéneknek fellépő strumosus bubok lassú szétesésük miatt igen hosszadalmassá tették a kezelést, itt is hasonlóképen jártunk el, mint fent leírtuk.

Hogy a roborálás főleg az ilyen betegeknek rendkívül fontos, azt szükségtelen különösen hangsúlyozni.

A nyirkutak mentén keletkezett tályogokat — úgynevezett bubonulusokat — feltártuk, kikaptuk és azután a sebészet szabályai szerint kezeltük.

Felemlítendőnek tartom még az ulcus venereum kapcsán fellépő paraphimosis terapiáját. A repositiot ilyenkor nem végezzük, mert utána phimosis támadván, a fekélyek nem kezelhetők kellőképen. Hanem a helyett a fekélyeknek letisztítása és jodoformmal behintése után védő kötést alkalmazunk, és a fölé Burow-oldattal vagy hideg vízzel borogatásokat rendelünk mindaddig, míg egyrészt a fekélyek tiszta sebbé alakulnak vagy begyógyulnak, másrészt a fityma oedemája jórészt visszafejlődött, úgy hogy a repositio semmiféle nehézségbe nem ütközik.

Törvénytörési orvosi casuistica.

Közlő: *Fialowski Béla* dr. kir. törvénytörési orvos és Torontál vármegye tb. főorvosa Nagybeeskereken.

(Folytatás.)

Halált okozott súlyos testi sértés. A vádlott elmebeli állapotának megfigyelése.

J. község 189. évi szeptember hó 13-dikán táviratilag jelentette a n. . b. . i kir. törvénytörésnek, hogy N. Sz. társát, Sz. M.-t agyonütötte és a tettes önként jelentkezett.

Az eset körülményeire vonatkozólag a következők emelendők ki a bűniratokból.

N. Sz. azt vallja, hogy 189. évi október hó 11-dikén többet magával dolgozott Új-P.-n napszámban s ekkor bérük kifizetése után haza jövet bepálinkáztak. Útközben N. Sz. a vele együtt menő Sz. M.-mel szóvitába elegyedett, minek következtében N. úgy ütötte pofon Sz. M.-t, hogy ezen amúgy is részeg és ingatagon járó M. a földre rogyott. Ezen zuhanásra az elől memő Sz. P. és M. I. megfordultak s látták, hogy N. Sz. a földön fekvő Sz. M.-t fojtogatja. Ők erre közibéjük mentek és őket szétválasztották, mire N. elől egyedül, M. pedig velük együtt ment hazafelé. A mint J. községi szőlőkhöz értek, Sz. M. elvált tőlük, bement a szőlőbe s rövid idő múlva nádvágó kaszát hozva magával, futott utánuk; megkérdezve előadta, hogy azért hozta ezen nádvágót, mert otthon dolgozni akar vele. N. Sz. azonban rosszat sejtve, előre sietett, de nem ment haza, hanem egyenesen R. Sz. koresmájába tért, a hol megivott még 6 deczi pálinkát s a koresmáros állítása szerint onnét 1–1½ órai tartózkodás után „részegen” távozott. N.-nek hazamenet M. háza előtt kellett

elhaladnia s ezt tudva, valamint megemlékezvén, hogy M. mostan haragszik reá, egy karót rántott ki az utezai fákat védő egyik állványból s azzal indult hazafelé s a mint M.-hez ért, látta volna őtet a háza felé jönni a nádvágóval, vágásra készen a kezében, a mitől annyira megijedt, hogy szó nélkül leütötte a karóval s az összerogyott M.-mel mitsem törődve, hazament és nejének az esetet elbeszélte. Neje azonban szavainak hitelt nem adott, mert őt részegnek látta s részegségében ő máskor is „bolondokat” szokott beszélni. N. Sz. az éjjel nem jól aludt, reggel korán felkelt s ekkor szomszédjától hallotta, hogy M. az éj folyamán meghalt. Erre N. önként jelentkezett a községhez, a hol arról is értesült, hogy M. őt agyonveréssel fenyegette R. M. Kovács előtt, a ki szomszédja.

Ezen elbeszéléssel szemben M. neje előadja, hogy este ott-hon ült szobájában, midőn a férje nevét hallotta kiáltani s megismerve N. Sz. hangját, kiment s megkérdezte, hogy mit akar férjétől, mert ez nincs otthon; N. férjét szidva azt mondotta neki, hogy „megosztani valója van” vele. M. neje a kapuból nézett M. után s ugyanekkor látta férjét az ellenoldaltól jönni s látta a mint N. férjét fejbe verte szó nélkül és hazament. M. nejének kiabálására a szomszédok összeszaladtak és M.-t bevitték lakásába, ekkor látták, hogy a nádvágó az udvaron fekszik. M. még az éjjel meghalt.

M. I. tanu M.-mel együtt ment a koresmába, beigazolja, hogy M. a koresmába való menése közben a nádvágót bedobta a kapun keresztül. Úgyszinte V. I. koresmáros sem látott nála nádvágót.

M. Sz. hullájának vezetésem alatt eszközölt boncsolásakor felvett jegyzőkönyvből említésre méltók az alábbiak:

1. A körülbelül 40 éves férfi hullája 156 cm. hosszú, mérsékeltén táplált, jól fejlett csont- és izomrendszerrel.

4. A hajzat fekete, sűrű, rövidre nyírott, a bal homlok-dudor felett a hajzatos fejbőr szélén a nyílvarrattal párhuzamosan haladó 5 cm. hosszú, erősen zúzott, czafatos szélű, a bőr összes rétegeit áthatoló, a csontthártyáig terjedő, 2 cm-nyire tátongó folytonosságihiány, melyen keresztül a bevezetett kutató a lemeztelenített koponyacsontig hatol, azonban azon sem törést sem horpadást nem érezhetni.

Belvizsgálat. 8. A fejbőr egész kiterjedésében erősen vérral aláfutott, alatta, a koponyaboltozat felett, sok feketés vörös laza véralvadék.

9. A koponyaboltozat erős, tömött, a bal halántékán a külvizsgálat 4. sz. alatt leírt sérülésnek megfelelőleg van egy félkör alakú, mellül a homlokcsonton keresztül, hátul a falsont pikkely lemezén át az agy alapjára húzódó csontrepedés, mely a fejtetőn a kissé szétvált koronavarrattal kereszteződik.

12. Az agy alapján jobboldalt 2 evőkanálnyi lazán alvadt feketés vörös vér.

13. A bonczjegyzőkönyv 9. sz. alatt leírt koponyaboltozati repedés mindkét oldalt az ékesont szárnyán át annak testére húzódik, ez azonban apró darabra törve nincs.

Körisme. Átható zúzott szakított seb a bal homlok-dudor táján, a koponyaboltozat több rendbeli repedésével; belső koponyafüri vérzés. Agynyomás.

Vélemény. A megvizsgált egyén halála a bonczjegyzőkönyv 12. pontja alatt leírt, a koponyafüriben talált vérmennyiség által előidéztet agynyomás folytán állott be. A véromlenny a koponyaboltozatot ért súlyos kemény tárgygal nagy erővel ejtett ütés következtében támadt, a midőn is a 4. pont alatt leírt zúzott szakított bőrszél és a 8. pont alatt leírt fejbőr alatti véromlenny, a 9. és 13. pont alatt leírt koponyacsontrepedés és végül az agynyomás útján halált okozó koponyafüri vérzés támadt.

Mindezen elváltozások egyetlen egy ütés következményei voltak. Ily kiterjedésű sérülés mindig halálos.

A bűnvizsgálat befejeztével a bűncselekmény súlyos voltára való tekintettel, főleg pedig azon körülménynél fogva, hogy D. L. dr. körorvos tanúsága szerint „M. Sz. mértéktelen ivás folytán 6 év előtt agyvérömlenyt szenvedett el, minek következtében féloldalilag hűdött volt, mindazonáltal reszketés és hebegő beszéd, mint alkoholikus tünet megmaradt nála”, s továbbá, hogy N. Sz. „rendes körülmények között okosan beszél, de ittasan bolondokat tesz”, elmebeli állapotának megfigyelése elrendeltetett, a melynek M. J. dr. városi orvossal való együttes eszközlése után a következőket terjesztettük be:

Előzmény. N. Sz. 41 éves, nős, napszámos; atyja 48 éves korában tüdővészben, anyja fiatalon ismeretlen betegségben halt el. Atyja még két ízben nősült meg, második nejétől volt egy mostoha leány testvére, ki 8 éves korában halt el, míg harmadik nejétől nem volt gyermeke.

N. Sz. jómódú parasztgazda fia lévén, iskolába járt, irni-olvasni szerbül jól tud, sőt katonáskodása idején németül is megtanult irni-olvasni. Gyermekkorában jelentéktelenül volt beteg. Katona volt a szekereseknél 3 évnél hosszabb ideig s mint ilyen szolgált Budapesten, Zágrábban, Károlyvárosban és Boszniában; ezen szolgálati ideje alatt felvitte szakaszvezetőig. Boszniában 150 frtot takarított meg magának és azt hazaküldte. Katonaságtól hazatérve, megnősült és két gyermeket szült neje, kik közül az egyik 3 hónapos korában elhalt, a másik 15 éves, él és egészséges.

Atyjáról ház és 31 hold föld maradt reá, de mint mondja, szerencsétlenségek következtében vagyonát elvesztette s elperelte. Így tönkrementése közben az ivásnak adta magát s gyakran és sokat ivott, mi vagyoni romlását sietette s jelenleg teljesen szegény s napszámból él.

A családban ideg- vagy elmebaj nem fordult elő, ő maga sem szenvedett sohasem görcsökben vagy egyéb idegbántalomban.

Vagyon tekintetében folytatott perével 9 évvel ezelőtt ősznek idején saját kocsijával Temesvárra ment s ott dolgait végezve, este haza indult; mire M. P.-re elért, megeredt az eső s ő beállott kocsijával a köresmába, az eső elmúltát bevárando s az alatt pálinkázott. Az eső szünni kezdett és M. Sz. mámorosan éjfél tájban ült fel a kocsira. Útközben közel a falujához kocsijával nekiment egy fának s a kocsit felfordult s ő alája került s ott hevert esőben, sárban hosszabb ideig eszméletlenül, de hogy mennyi ideig, nem tudja. Midőn magához tért, felállította a kocsit s haza hajtott, akkor vette észre, hogy feje be van verve. Ezen fejsebe egy hét alatt begyógyult. A következő tavasz folyamán újból volt Temesvárott, ekkor betegesen érkezett vissza, mert visszajövet a hideg kirázta, haza érve ágyába feküdt, másnap nem bírt felkelni, mert hűdött volt és eszméletét elvesztette. Ekkor 4 napig feküdt eszméletlenül és mozdulatlanul, mely idő alatt, mint neje neki elmondotta, orvos is volt nála és ez állapotát gutaütésnek jelezte. Négy nap után magához tért, de beszélni nem bírt és lábait és kezeit sem bírta mozgatni, ekkor elvitték Cs.-ra, hol a borbély rajta eret vágott, mitől annyira megjavult, hogy járni, kelni és dolgozni tud, de azóta folyton dadog. Ezen idő óta a szeszes italok neki könnyen megártanak, de nem szokott rendszeren inni.

Vizsgálat. A megvizsgált egyén 41 éves, magasabb termetű, 176 cm. magas, mérsékelten táplált, jól fejlett csont- és izomrendszerrel. Bőre kissé barnás. Hajzata barna, sűrű. A koponya kerülete 565 mm., hossza 185 mm., szélessége 166 mm., magassága 139 mm. Homloka közép magas, elég széles. Az írisz barnák, a pupillák kerek, fényre és accommodatio-ra jól reagálnak. Mindkét szemhéj, mindkét oldalt jól működik. A szemteke érintésénél a szemrész reflectorice záródik. Az arc nem puffadt, a szemhéjak nem vizenyősek. Az arc bőre sima, halvány, rajta sem véredényhálózat, sem bibircsek nincsenek. Az arc részaránytalán, a mennyiben a jobb arcfél redői, főleg a szájug, az orredő el vannak simulva. Az arc érzékenysége mindkét oldalt egyenlő és az arci mimikánál a jobb arcfél alig vesz részt, a száj is kifelé bal felé húzódt, de jól zárt. A megvizsgált fütyülni nem tud. A fülek eltérést nem mutatnak, a hallás jó. A nyelv kinyújtáskor erősen bal felé deviál és reszket. A fogazat ép. A garatívek részaránytalánok, bal felé húzódtak. A garat mozgásainál ezen részaránytalanság még kifejezettebb. A nyak középvastag, közép-hosszú. A mellkas elég széles, kissé lapos, sem a tüdők, sem a szív kopogtatásra és hallgatódzásra eltérést nem mutatnak. A szív nincs megnagyobbodva, a szív hangjai tiszták, a véredények ruganyosak. A has mérsékelten feszült, a hasi szervek épek. A kezek reszketés nincsen jelen. A bal kéz nyomó ereje valamivel nagyobb. A térdreflexek rendesek. A testtartás kissé hanyag, a járás és mozgás szabadok.

A megvizsgált úgy szabad, mint behuny szellemel biztosan

jár, nem inog és járása nem széles alapú. A bőrérzés mindenütt egyforma.

A megvizsgált beszéde gyorsan indul meg, azonban azonnal oly fokú dadogás lép fel gyors rythmusban, hogy ez által beszéde értelmetlenné válik, sőt elakad s ilyenkor köhint egyszerűen. Rövid szünet után újból beszélni kezd, azonban ekkor ismét a fenti jelenség áll be; ennél fogva beszéde szaggatott s épen ezért egy huzamban nem is beszél, hanem lehetőleg rövid mondatokban adja elő a dolgokat. A beszédnek ezen physikaliter nehezített voltától eltekintve, beszéde maga értelmes és logikus s minden dolgát kellőleg meg tudja indokolni. Ifjúsági viselt dolgairól, vagyoni romlásáról és annak fokozatos előhaladásáról részletesen tud felvilágosítást adni, a helyre és időre elég jól emlékezik. Számolni rosszul tud s ennek megfelelőleg az események évszámát is csak nagy nehezen tudja kihozni; ép úgy nevekire sem tud valamennyire visszaemlékezni.

Felfogása jó és könnyű, a neki előadottakon azonnal el tud igazodni. Társadalmi állásának és műveltségének megfelelő látókörben jól tájékozott, tisztában van a társadalmi renddel és a büntények fogalmát ismeri, úgyszint az azok következményeit. Ismeri büntényének súlyát és jelentőségét s sorsával is tisztában van, annak említésénél könnybe lábadnak szemei.

A megfigyelés ideje alatt magát mindig illedelmesen viselte, jól aludt, hallucinatioi, vizioi soha nem voltak.

A vádbeli cselekményt minden alkalommal egyszerűen adta elő s úgy az előző, mint az utána való viselkedésének minden részletére hiven emlékezik, csakis folyton azzal áll elő, hogy M.-nál támadólag tartani látta a nádvágót s ha őt le nem ütötte volna, ez bizonyosan hasát felvágja. Védekezésül részszegségét említi, hogy „rossz spirituszpálinkát“ ivott s ez bontotta meg az esztét.

A község által kiállított erkölcsi bizonyítvány szerint N. Sz. iszákos voltától eltekintve, tisztességes és kifogástalan magaviseletű.

Vélemény. N. Sz. a jobboldali arczideg hűdésétől s ennek főleg az arc mimikájának hiányában és a beszéd nehezített voltában mutatkozó következményeitől eltekintve, teljesen egészséges és szellemileg is ép és akaratának szabad elhatározási képességével a vádbeli cselekmény elkövetési idején is birt.

Indokolás. A megvizsgálton látható arczidegbénulás és ennek következményei, kétséget sem szenved, központi eredetűek és az arczideggyökérnek megbetegedésén alapul, a mely arczideggyök a Varol-hidban fekszik s nem lehetetlen, hogy ezen arczideggyök elváltozása a rajta 9 évvel ezelőtt orvosilag észlelt s valószínűleg iszákossága folytán támadt gutaütési roham alkalmával keletkezett s a Varol-hidjába való véromlás következtében jött létre.

Ezen bántalom jelenleg egy teljesen megállott kórfolyamat és gyógyulásra nem hajlamosított. A Varol-hid az agy és kisagy között fekszik, tehát az intellectualis működések agybeli székhelyén túl van s így a Varol-hid a psychikai működésekre befolyással nem bír, tehát a Varol-hid kóros elváltozásai nincsenek az intellectualis működésekre kóros kihatással, másrészt a megvizsgáltnak mindig észszerű magatartása, beszédének korrekt, logikus volta, agybeli kóros tüneteknek hiánya mellett arra mutatnak, hogy N. Sz. teljesen ép elméjű volt, illetve akaratának szabad elhatározási képességét a nála észlelt részszegség sem befolyásolhatta, a mire okadatolt, czél tudatos magatartása a vádbeli cselekmény előtt és után, valamint a hi emlékező tehetség az iszákosság összes tüneteinek hiánya mellett mutatnak.

A n . . b . . i kir. törvényszék az 189. . évi december hó 21-dikén tartott végtárgyaláson 5020/bftt szám alatt kelt ítéletével N. Sz.-t a btkv. 301. §-ába¹ ütköző s a btkv. 306. §-a² szerint minősülő halált okozott súlyos testi sérülés büntetében bűnösnek mondotta ki s a btkv. 306. §-a alapján a btkv. 91. §-ának alkalmazásával vizsgálati fogságának fentartása mellett két évi fegyházra ítélte, a miből a vizsgálati fogsága által két hónapot kitöltöttnek vett, egyúttal kötelezte az özvegy és a hátramaradt árva számára összesen 420 frtot, valamint a bűnügyi költség fejében 148 frt 25 krt kifizetni, mely ítélet ki szabásánál enyhítőül vétetett vádlottnak ittassága, alacsony műveltségi foka és azon félelme, hogy az elhunyt sarlóval van ellátva.

¹ Btk. 301. §. A ki másnak testét, de ölési szándék nélkül bántalmazza vagy egészségét sérti, ha az ez által okozott sérülés, betegség vagy elmékor húsz napnál hosszabb ideig tartott: a súlyos testi sértés büntetést követi el.

² 306. §. Ha a súlyos testi sértés folytán a megsértett halála következett be: a büntetés tíz évig terjedhető fegyház.

Ezen büntetést a szegedi kir. ítélő tábla 189. évi február hó 17-dikén 527/bftó 189. szám alatt kelt rendeletével négy évre emelte fel, mert vádlott büntetett előéletű s mert az elsőfokú ítéletben felhozott enyhítő körülmények nem oly lényegesek. Súlyosbítóul vette a kir. ítélőtábla, hogy N. Sz. orozva támadta meg a sértő eszköz nélkül haladó elhunytat.

Ezen ítéletet a m. kir. Curia 189. évi június hó 21-dikén 4695/bft 189. szám alatt kelt ítéletével helybenhagyta.

(Folytatása következik.)

Kimutatás

az egyetemi elme- és idegkórtani klinika idegbeteg ambulanciájának 1899-dik évi forgalmáról. (Laufenauer Károly egyet. tanár.)

Közi: Weisz Miksa dr. klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

A meghüleses nox mutatkozhatik hasonlóképen más neuralgiformis keretben is.

Láttunk ilyen intercostalis neuralgiákat és két esetben herpes zoosterrel egybekötött neuralgiát is. Mindkét esetben erős megfázás ment előre.

Ennél gyakrabban fordultak elő az influenzás trigeminus neuralgiák. Sokszor nagyon hasonlítanak a migrainehez; attól azonban mégis külön választandók. Sokszor typikusan féloldali fej- és arczzagzatások, melyek leggyakrabban a járomívól, máskor a fogakból vagy a szem körül indulnak ki és behálózák a fejet egész a tarkóig. A fájdalom sokszor még a vállba és a fél nyelvbe is belehat. Rohamszerűen jön a fájás, mintha bele löttek volna és szintúgy hirtelen meg is szűnik. Más-kor a roham közötti időben is van csekélyebb szaggató jellegű fejfájás. Mindehhez járul még az étvágytalanság, s a kórkép sokban emlékeztet a migraine-re. De már a subjectív panaszokból is rendszerint hiányzanak a látásra vonatkozók: a szemek elsötétedése, vagy photophobikus tünetek. Ugyiszintén hányás vagy hányinger is csak kivételképen fordul elő. Objective kis fokú anaemián kívül mit sem találunk. A trigeminus kilépési pontjai nyomásra nem érzékenyek. A láták egyenlők. A bőr-érzés a legpraeisebb vizsgáltnál sem mutat eltérést.

Ezen, hogy úgy mondjam, meghüleses pseudomigraineinek elég gyakran fordulnak elő. Az elmúlt évben rendelésünkön 86 migraine-eset részletesebb vizsgálata után ezen számból 34-et a meghüleses pseudomigraineik közé kellett sorozni, míg a klasszikus kórkép alá joggal csak 52 esetet sorozhattunk.

Meghüleses alapon előfordulnak igazi trigeminus neuralgiák is; ezeknél az idegpontok nyomása a rohamok közti időben is fájdalmas; a fájdalom mindig rendkívül kínzó; a betegség 2—3 nap alatt lefolyik; a salicyl, különösen pedig az aspirin, eklatsan fájdalomcsillapítólag hat. Lefolyt évben két ilyen supraorbitalis neuralgia és egy mentális neuralgia jelentkezett klinikánkon. Legyen szabad ez utóbbi esetet fel-mlitenem.

Az 52 éves napszámosnő 2 hónap előtt sokizületi csúszban szenvedett. Azt hiszi, hogy öt nap előtt újból megfázhatott, mert arczában és állában hirtelen örült fájdalom lépett fel. A fájdalom belelő és majd minden 10 perczen ismétlődik; rágás, beszélés, vagy a szobából hívős levegőre való kilépés mindjárt kiváltja. Alsó fogai úgy szaggatják, hogy azt hiszi, hogy az álla leszakad. Fájdalmától enni sem képes.

Időről időre tic-szerű arczrándulás jelzi a rohamszerűen fellépő fájdalmat. A jobb mentális ideg kilépési helye excessive fájdalmas. E helyütt már a bőr érintése vagy egyszerű fúvás is elégséges, hogy kiváltsa a rohamot.

0.5 grammos aspirin-porokat rendeltünk, napjában 4 port. Három napi gyógykezelés után a fájdalmak és az idegpontok nyomási érzékenysége eltűntek.

A rheumás eredetre jellegző, hogy alig 3 hét után a beteg egy baloldali mentális neuralgiával jött vissza. Hasonló kezelés alig néhány nap alatt ismét megszüntette fájdalmait. A más alapon fejlődő neuralgiáknál ily gyors javulás soha sem fordul elő.

Meghüleses alapon és influenzás tünetek kíséretében előfordult egy neuralgia paraesthetica esete is.

Eddig csak a meghüleses neuritiseken alapuló neuralgiákat beszél-tük meg. Közös jellemvonásuk gyanánt említettem, hogy antirheumatikus kezelésmód alatt gyorsan gyógyulnak.

A meghüleses neuritis hűdést is okozhat, minek leggyakoribb példáját a környi facialis hűdésben ismerjük. Lefolyt évben 25 eset fordult elő. Egy nőnél egymás után 2 hónapi időközben mindkét arczfélen is. Hogy ily esetek nem épen ritkán fordulhatnak elő, be fogja látni mindenki, a ki ismeri a rheumás nox azon tulajdonságát, hogy az az egyszer megtámadott egyének nem hagy egyhamar pihenést, hanem majd itt, majd ott támadja meg; a ki továbbá ismeri ezen egyének hajlamosságát a meghülesre. Erre végül még vissza akarok térni.

Hogy a facialis neuritis egyhamar hűdésre vezet, annak oka lefutásának módja egy hosszú csontcsatornán keresztül. Az első napokban van ugyan fájdalom, de a duzzadó ideg és perineurium csakhamar hűdést okoz. Ugyancsak az ideg kiválságos helyzetében találjuk az okát annak, hogy míg a többi meghüleses neuritis gyorsan gyógyulnak, itt a hűdés mindig tovább áll fenn, sőt sokszor állan-

dóan megmarad. Itt ugyanis a gyuladós folyamatot kísérő duzzadás nyomás által gyakran necrosist hoz létre. Részleges necrosis valószínűleg minden esetben előjön.

A facialis hűdés mintegy átmenetet képez ezen könnyebb meg-betegedésektől a súlyosabb meghüleses eredetű formákhoz, melyek tulajdonképen nem tartoznak megbeszélésünk tárgyhöz, s így csak a teljesség kedvéért említem. Ide tartoznak a polyneuritis és myelitis. A polyneuritis mintegy két harmada meghüleses eredetű. A lefolyt évben 8 eset közül 6. A myelitisnél a meghüleses esetek az összeseknek mintegy felét képezik. Meghüleses eredetűek egyes esetekben a radialis hűdés is; az úgynevezett „Schlaflähmung“-ról gyakran nem tudjuk, hogy a nyomás okozta-e, vagy az ágytakaró alól kibúvó végtag meg-hülese.

Lefolyt évben gyakran láttunk lumbagot és egyéb izomfájdal-makat különféle ideges tünet kíséretében, melyeknél a betegség kezdetét meghüles okozta. Ép ily esetekben nagyon nehéz a helyes diagnosis és kezelés megválasztása. Mert egy ideges egyén minden megbetegedésnél hajlandó egy kórkört keresni; azt egyhamar felleli és egy gyomor-elrontás vagy még gyakrabban megfázás lesz indító ok gyanánt fel-mlítve. A legtöbb hysteriának vannak fájdalmai majd itt, majd ott, és ha épen az ágyék tája székhelye fájdalmainak, és ha a beteg fájdal-mait meghülestől származtatja, nagyon könnyen rheumás lumbagot sup-pónálunk; diagnosiskunk pedig ez esetben a betegre nem lesz kellemes következményű; mert a salicylos izzadás és fülzúgás épen nem fog kellő suggestivumként hatni az önmagát folyton megfigyelő, hypo-chondriás subjectumnál. Ép ezek azon esetek, melyeknél az orvos egészen egyéni benyomásokra van utalva; sugallatszerűen szövődnek össze holmi apró megfigyelésekből és egyéni tapasztalataiból a diagnosis szálai, melyek a gyakorlottságnál a bizonyosságig érlelődnek.

Egy híres német belgyógyásztól hallottam a cyanosis színárnya-latából következtetni egy veleszületett billentyűbántalomra. Ezen dessint leírni, elmondani nem volt képes. Diagnosisait a legpontosabb részlet vizsgálat után sem volt alkalma módosítani. Egy bécsi sebészstanár tanít-ványainál systematikusan nevelni igyekszik a diagnosiscsinálás e finom érzékét. Ő minden betegnél, már ha az az ajtón belép, praeformált és minden esetben helyesnek bizonyuló véleményét előre kimondja a beteg-ségre vonatkozólag; ezt teszi oly bántalmaknál is, hol a physikai vizs-gálat rövidesen biztos útra vezetne. Mily megbecsülhetlen hasznát látjuk ott, hol azt mondja, hogy pl. ilyen vagy olyan daganat tapintásánál, egy bizonyos, egészen biztosan le nem irható consistentia, a daganat mineműségét egészen biztosan mutatja. Mennyivel fontosabb még ennél egyéni tapasztalati érzésünk, ha összbnyomásokból kell következtetnünk. Hogy visszatérjek megbeszélésünk eredeti tárgyhöz, ha felismerjük a lumbago vagy a hátfájdalmak meghüleses voltát, úgy akár salicyllal vagy salolal, akár salipyrinnal vagy aspirinnal egyaránt pontosan és gyorsan ezélt érünk.

A meghüleses eredetű idegbajok közt, vagyis jobban mondva azon betegségek között, melyeknek hordozói, betegsége meghüleses volta dacára is nem a belorvost, hanem mindig az idegorvost keresik fel, a legnagyobb fejezetet a rheumás és influenzás fejfájások képezik. Nagy fejezet ez, de még nagyobb az ide tartozó betegek száma. Gya-koriságukra némi fényt vethet azon körülmény, hogy a lefolyt évben egy egész esomó influenzás cephalalgia mellett, ambulantiánkon 46 beteg jelentkezett, kiknél a fejfájás rheumás eredetű a gyógykezelés propter hoc-ja is igazolta. Nem is számítjuk ide azon csekély fejfájást, mely minden lázas betegség állandó kísérője, sem azon reflectorikus fejfájást, mely minden hurutos, náthás állapotnál előjön, kiváltkép, ha a hurut az orrüreg mellékantrumaira is kiterjed; úgyiszintén a legtöbb exanthe-mák és acut betegségek prodromalis fejfájását sem. Hiszen mindezeknél a fejfájás csak egy jelentéktelen symptoma egy nagyobb kórkép kere-tében. Ezekkel ellentétbe óhajtom helyezni azon eseteket, melyeknél a fejfájás a meghülesnek csaknem egyedüli következménye. Az esetek egynemelyikénél az első napokban subfebrilis állapot, különféle lokalizált tagfájdalmak, sőt csekély hörghurut is lépnek fel; mindez egyhamar el-műlik, helyettük azonban heves, a fejben össze-vissza bujkáló szaggató fájdalom jelentkezik. Más esetekben a fejfájás minden előzmény nél-kül kezdődik; rendesen hirtelen vagy a lefekvéskor, vagy reggel a felkelés után.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

Bethlen Kata grófnő.

(1700—1759.)

Az erdélyi református egyház a napokban cseréltette fel díszes új sarkóval a fogarasi templomudvarbeli temetőben nyugó Bethlen Kata grófnőnek, a XVIII. század e kimagasló női alakjának régi, megrongált sarkóvét. Az új sarkóbe szóról szóra a régi feliratot vésétték, melyet Bod Péter, ama század nagy poétája, Bethlen Kata neveltje, majd udvari papja készített s a mely egyik oldalán a grófnő élete folyását, a mási-kán pedig halátnatlatn érdemeit mondja el versekben.

Ujra feltámad ez alkalommal s felelevenül a jelenkor szeméi előtt Bethlen Kata nemes alakja s dícséretét zengi legelső sorban az erdélyi református egyház, melynek a megpróbáltatások idejében egyik leg-nagyobb jótétője volt. S midőn a kegyeletes utókor e nő minden egyéb kiválóságáról megemlékezik, csupán *egyről* nem: reánk orvosokra

vár az, hogy ezt is megóvjuk a feledéstől s Bethlen Katának, az orvosnőnek nevét feljegyezzük az orvosi történelem egyik beiratlan lapjára.

1700 november 25-dikén Bonyhán született, mint Bethlen Sámuel küüllői gróf s neje, Nagy Borbála leánya, Bethlen Jánosnak pedig, a történetirónak és Erdély kancellárjának unokája. 17 éves korában nőül adták Haller László grófhhoz, kit azonban már három évi házasság után az 1719-diki pestis kiragadott az élők sorából. Negyedfél évig tartó özvegyesség után Teleki József gróffal új házasságra lépett, de tiz esztendei együttlét után őt is elveszté. Ő maga még 27 évet élt ezután s 1759-ben hosszantartó, gyötrő betegeskedés után, 59 éves korában hunyt el.

Bethlen Kata nemének erényeit messze túlszárnyaló nő volt. „Jobbágynak anyja, a betegeknek orvosa s vallásának egy üldözöses korszakban oszlopa volt”; az utóbbi iránti rendkívüli áldozatkészségét nem csupán az általa alapított hévízi református egyház hirdeti, melynek templomot is épített és papot tartott, de ezenkívül több mint húsz egyházat felsegített. Számos szegény gyermeket neveltetett a saját költségén és segített a papi pályára, köztük Bod Pétert is, ki „Magyar Athén”-ában háláteljesen emlékezik meg egykori úrnőjéről s többek között a következőket írja róla: „Udvára olyan volt, mint egy jól rendelt Klastrom. Élete mások előtt Példa és világos Tükör. Töltöttem-el mellette Papi terhes hivatalban lelkenek felette nagy 's ki nem írható gyönyörűségével hat esztendőket; a' mellyekben csak hat szóból való megbántódásom sem volt, úgy hogy sokan mondanák azt, a' kik életemet miben áljon lássák, hogy csak az Angyalok élnek jobban az Égben.”

Egyháza gyámolításán s a jótékonyág gyakorlásán kívül a természettudományok foglalkoztatták őt komolyan, főleg a növénytan s az orvosi tudomány. A női meleg kedély nyilatkozott meg benne itt is. Növénytanulással foglalkozik — talán a virágok kedvéért; orvosi tudományokkal — mert lelkének legkimagaslóbb vonása: a jótékonyág, a mindenképen segíteni vágyás. Segített fenyegetett egyházán, segített a szegényeken és segíteni óhajtott a betegekben is, első sorban, a kik a legnyomorultabbak: a világtalanok.

Korának kiváló három orvosa tanította őt e tudományokra; a növénytanra Borosnyai Nagy Márton, az erdélyi gubernium főorvosa, a ki maga összegyűjté Erdély növényeit. Az orvosi tudományban fő mestere Köleséri Sámuel volt, kora leghíresebb orvosainak egyike, kinek „az orvoslás mesterségében nagy földön mássa nem volt, a ki oly jól a nyavalyák okait észrevehette volna s oly fundamentomosan orvosolhatta volna. Nem tartottak az ő idejében a két Hazában hozzá hasonló tudós embert.” Benső barátság is fűzte hozzá Bethlen Katát s első házassága alkalmával Köleséri látta el a násznagyi tisztet is. E baráti viszony bizonynyal csak segítségére járult a tanítás és tanulás munkájának.

Különös előszeretettel volt Bethlen Kata a természet iránt s ebben külön képezte őt „egy jó okulista”: Simoni Márton orvos.

Az ily magánúton való orvosi képzés még a XVIII. század első évtizedeiben is rendes dolog volt s az orvosi ismereteknek nemcsak nálunk, de a külföldön is megszokott elsajátítási módja, melyben többnyire az orvoslással foglalkozó, kiváló protestáns egyházférfiak részesítették hazánknak az orvosi pályára vágyó ifjait. Hogy a tanítás e módja sikeres volt, eléggé bizonyítják az azon korbéli kiváló orvosok (Pápai Páriz Ferencz, Vizaknai Bereczk György, Tatai Kovács György, Fischer Dániel stb.) példái, a kik magánorvosok oldalán képezték ki magukat a gyógyítás tudományában s az idehaza elért ismeretek bőségét jellemzi, hogy azok legtöbbször már két év múlva oklevelüket megkapták a külföldi egyetemeken. Bethlen Kata itthoni képesítése tehát alig lehetett csekélyebb értékű, mint férfi kortársaié.

Ily módon szerezte meg és gyarapította e kiváló nő orvosi ismereteit, hogy segítségére lehessen mindig a szenvedőknek. Udvára mindig tele is volt azok seregével, s messze vidékről zárandokoltak hozzá, főleg a hályogosak, kiket szerencsés kézzel operált meg.

Nagy anyagi áldozatokat is hozott a tudományért. Fáradhatlan szorgalommal, tájékozott körültekintéssel s nagy összegeket költve rá, gyűjtötte a könyveket, első sorban a magyar nyelven írottakat. E híres, gazdag könyvtárát halála előtt néhány évvel a nagyenyedi református collegiumnak ajándékozta.

Igy élt ő a nemes cselekedeteknek s a tudománynak. Vajjon a szerencsétlenség, a sors kemény csapásai voltak-e azok, melyek ellen a tudományos komoly foglalkozásban keresett védelmet? avagy mélyebben átérzve mások nyomorúságát a saját szenvedései folytán, talán amazokéinak enyhítésére foglalkozott a tudományok legáldásosabbikával: az orvostannal. Mert „Életének maga által való leírása”-ból eléggé kitetszik, mily nehezen ereszkedett a sors keze e törékeny szervezett, de törhetlen lelkű nő vállára. Első házassága nem volt szerencsés; akaratát ellenére, anyja kényszerítésére ment férjhez Haller grófhhoz; fiatalon özvegyességre került; második, boldog házasságát is szétbontja a halál; viruló gyermekei is egymásután pusztulnak el; magára marad, elhagyatva; egyházát, melynek hű leánya volt, veszélyek fenyegetik; nem ő fordulhat vizsgáért a valláshoz, ez kér őt tőle segítyt és védelmet. A sok kedélyi hányattatás, mely lelkét nem tudta megtörni, megtöri végül a gyengébb testet: hosszas és nehéz szenvedések árán halt meg.

Bethlen Kata emlékét nemesak kőbe véset szavai őrzik Bod Péternek, hanem gyászbeszéde és versei is, melyek „Tiszta fényes drága díbor” cím alatt 1762-ben Kolosvárott nyomtatásban is megjelentek. E helyütt mondja Bod róla, az orvosnőről:

„Nagy Bibliotékát e' végre állata
„Ez az áldott Asszony a GRÓF BETHLEN KATA,
„Jó magyar könyveket valahol kaphata,
„Nagy árron magának mindjárt fel-váltata.”

„Voltak ezek között szép Orvos Könyvek-is,
„Vonta magát arra még a' természet-is,
„Tudta sok jó fünek hasznos erejét is,
„Gyógyítást gyakorlott gyakran még maga-is.

„Kivált szem fájdalmat bőltsen orvoslotta,
„Hályogot a' szemről könnyen el-oszlatta,
„E' hasznos Tudományt neki tanította,
„Más Doktorok között egy jó okulista.

„Sokszor a betegek sereggel állottak,
„Kik hozzája mentek, s' meg orvosoltattak,
„Messze földről oda néha hozattak,
„Könnyebbülést vévén rá áldást mondtak.”

* * *

Bethlen Kata grófnő méltó helyet foglal el azon előkelő származású és lelkületű, orvoslással foglalkozó magyar nők sorában, kik közt ott találjuk elsőnek II. Endre királyunk lányát, a Thüningiába kiszármazott Erzsébetet (1207—1231), ki a leprás betegek gondviselő geniusa lett és kit az egyház halála után szentté avatott. Nagy Lajos királyunk nejeinek, Erzsébetnek is a világszerte híressé lett „aqua reginae Hungariae”-t köszönte az emberiség.

Bethlen Katát nem avatták szentté: református volt. De „a történelem vértanúi” közé sorozta Szilágyi Sándor.

Györy Tibor dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A fehérjekimutatások jelen állása és azoknak alkalmazhatósága az orvosgyakorlatban.

Közli: Doctor Károly dr. egyet. tanársegéd.

Irodalom: 1. Plósz Pál: A fehérje jelentősége a vizeletben és annak kimutatása. Klin. füz. 1891. VI. és Jahresbericht für Thierchemie 1890. 215. 2. W. Lieblein: Die Eiweissreactionen des Nucleoalbumins. Prag. med. Wochenschrift XIX. 52. 1894. 3. Obermeyer: Centralblatt für klin. Med. XIII. 1. 1892. 4. Möner: Skand. Archiv. VI. 408. 1895. 5. Archiv für physiolog. und path. Chemie und Mikroskopie. 1852. 6. Med. chem. Untersuchungen 1871. 7. Zeitschrift für phys. Chemie. VIII. 89. 1883. 8. Heynsius: Archiv für klin. Med. XXII. 435. 1876; Pflügers Archiv. X. 239. 1875. 9. Grosstern und Fudakowsky: Zeitschr. f. analyt. Chemie. 1885. 28. 10. Stewart: A serious fallacy attending the employment of certain delicate tests for the detection of albumin in the urine. Med. News. 1894. 64. 11. Csátary: Orvosi Hetilap. 1889. 48—51. 12. Áldor: Orvosi Hetilap 1899. 16—17. 13. Salkowsky: Practicum der physiol. und pathol. Chemie. Berlin, 1893. 14. Hager: Chemisches Centralbl. 1879. 15. Mehu: Jahresb. f. Thierchemie 1879. 16. Hlimow: Chem. Cbl. 15. 17. Dillner: Maly's Jahresb. XVII. 18. Prager med. Wochenschr. 1890. 19. Zuelzer és Guerin: Berliner klin. W. 1889. 20. Spiegler: Cbl. f. klin. Med. 1894. 21. Bloom: Chem. Cbl. 1887. 22. Fürbringer: Zeitschrift f. klin. Med. 1889. 23. Roberts: New-York Med. Journal 1898. 24. Stryzowsky: Schweizer Wochenschr. f. Pharmacie. 1899. 25. Vas Bernát: Orvosi Hetilap. 1896. 26. Buchner: Münch. med. W. 1898. 27. Garrat: The common reagents for the detection of albuminuria; their application and comparative efficiency. New-York Med. Journal. 1898. 28. Zeitschr. f. physiol. Chemie 15. 1891. 29. Roberts-Stolnikow: Petersburger med. W. 1876. 12 und Med. chirurg. Transact. 59. 148. 30. G. Esbach: Bulletin de Thérap. Janvier, 1874.

Hogy az egészséges ember vizeletében a fehérje elenyésző csekély mennyisége rendes körülmények között is előfordul, kétséget nem szenved. Kimutatta ezt az igen érzékeny aether-ecetsav próba segítségével Plósz tanár! akképen, hogy az ecetsavval megsavanyított vizeletet ethylatherrel kémesőben jól összerázza, midőn az aether és vizelet érintkezési rétegében finom hártás szerkezetű gyűrű mutatkozik, mely valamennyi fehérje reactiot adja. Ujabban Lieblein² vizsgálat alá vette ezen csapadék viselkedését a fehérje reagensekkel szemben és azt találta, hogy csak a Spiegler-Jolles-féle reactiot nem adja.

Ezek után kérdés merült fel, hogy micsoda fehérjenemű test az, mely az ép vizelet rendes alkotó részét képezi. Azon tény, hogy minden vizelet többé-kevésbé megzavarodik ecetsav hozzáadása által, azon feltevést engedi meg, hogy az ép vizelet fehérje reactioja a mucin-szerű anyagtól származik. Obermeyer³ szerint ez a fehérje nucleo-albumin, mert feltűnő hasonlatosságot mutat az epe nucleo-albumin-jával. A pathologikus viszonyok között előforduló fehérjétől előbbi abban különbözik, hogy ecetsavval kocsonyás csapadékot ad. Ennek ellenében Möner⁴ igyekezett bebizonyítani, hogy az ép vizeletben nyomokban előforduló és ott kimutatható fehérjenemű test nem egyéb, mint serum-albumin, a mely ecetsavtól savanyú vizeletben bizonyos, ugyanott mindig jelen levő szerves savak által, mint a milyen a chondroitinsav, nucleinsav, taurocholsav, mint chondroalbumin, taurocholsavas albumin és par excellence mint nucleo-albumin kiütetik.

Ugyancsak Möner vizsgálataiból tudjuk azt, hogy ezen physiologikus körülmények között fellépő fehérje mennyisége 0.036‰-ot érhet el.

Ezek után mint tudjuk kóros állapotoknál tartalmazhat a vizelet kisebb-nagyobb mennyiségben serumalbumint, serumglobulint, albumosekat, peptonokat, haemoglobint, methaemoglobint, fibrin és valószerűleg fibrinogent is. A serumalbumin és globulin különösen maga a vese megbetegedésénél, továbbá minden vérkeringési zavarokkal járó megbetegedéseknél, szív- és tüdőbajoknál, magas és tartós lázas folyamatoknál lép fel; de végül még akkor is, ha a megbetegedett húgyvivarutak váladéka keveredik a vizelethez.

Első sorban azon fehérjepróbák felsorolására és méltatására szorítkozom, melyek a gyakorlati követelményeknek leginkább megfelelően, diagnostikai jelentőségüknek fogva beváltak és a betegágyban érvényesíthetők; másodsorban az ismertebb és az utóbbi évek folyamán legújabbán ajánlott fehérjepróbákról, végül pedig a fehérnye kvantitatív meghatározásáról leszen szó.

A jól használható, biztos fehérnyereakciók azon alapszanak, hogy az oldott állapotban levő fehérjéket megalvasztjuk, kicsapjuk s így oldatlan módosulatba vivén át, azokat szemléltetve teszszük.

Igen régi és még ma is elterjedtebb használatban van a Heller-féle⁵ salétromsavpróba, mely abban áll, hogy a vizelet alá tömény salétromsavat ágyazunk, a mikor már 0.0780/00 fehérjetartalomnál a két folyadék érintkezésénél fehérjeecsapadékból álló gyűrű képződik.

Ma ezen próba már obsolet, kényelmetlen kivitele és különösen megbízhatatlansága miatt, a mennyiben az, a ki csupán az előállott csapadékgyűrű intenzitását nézi és abból következtet a fehérje jelenlétére és különösen annak mennyiségére, sokszor igen kellemetlen tévedésnek teszi ki magát. A képződött gyűrű ugyanis fehérjén kívül származhat gyantás anyagoktól (abietinsav), húgsavtól, sőt nagy töménységű vizeletnél salétromsavas húgyanytól is; s míg egyrészt kis mennyiségű fehérjetartalom mellett a fehérjeecsapadékot az említett idegen anyagok okozta zavarodástól megítélés czéljából elválasztani kényelmetlen és körülményes eljárás volna, másrészt a vizelet fehérje összmennyiségének mindig csak azon töredéke mutatható ki, a mely épen a salétromsavval egyetlen rétegben érintkezvén, kiválhatott.

Igen érzékeny, de sikerükhöz óvatos kezelést igénylő próbák általában a főzési próbák. A fehérjék (albumin és globulin) ugyanis forralásra kiválnak oldataikból akkor, ha a folyadék elegendő savanyú vegyhatású és ez annál pontosabban történik, minél nagyobb a folyadék sótartalma.

Klinikai és főleg gyakorlati szempontból igen ajánlatos élessége és megbízhatósága folytán a következő háromféleképen véghez vitt főzési próba, melyek nem ugyan külön-külön, de együttesen alkalmazva a vizeletben levő fehérje kémlésére minden kétséget kizárólag biztosak.

Az egyszerű főzési próba abban áll, hogy a vizeletet forrásig hevítjük, a mikor a fehérje, ha a folyadék elég savanyú volt, oldatából kiesik. Némelykor a savi vegyhatás valamely illó savtól, legtöbbször szénsavtól származik, mely esetben főzés közben ez elillan s a vizelet vagy amphoterré vagy égvényessé válik. Ilyenkor a normalis vizeletben is képződhetik zavarodás, mely csalékonan hasonlíthat a fehérnye okozta zavarodáshoz s normalis calcium-phosphatból áll. Elejét vehetjük ezen tévedésnek, ha főzés előtt egy csepp nagyon híg eczetsavat adunk a vizelethez, de nem többet, mert különben az eczetsav feles mennyisége oldja a fehérnyét, acidalbumin képződik, a mely főzésnél, ha a sótartalom kicsi, nem fog kiesni. Ezen próba csak a gyakorolt és hozzáértő kezében válik be.

A forralási salétromsavpróbanak Hoppe-Seyler⁶ volt leghívebb terjesztője. E szerint a vizeletet megfőzzük s a még forró folyadékhoz tömény salétromsavat adva, fehérje jelenlétekor gyengébb-erősebb zavarodás észlelhető. Ezután újra felforralni nem szabad, mert míg egyrészt a fehérjét a salétromsav magasabb hőmérséknel elbontja s ugyanazon okból a fehérnye nyomai esetleg észrevétlenül maradhatnak, másrészt a vizelet uromelanin (Plósz⁷) festőanyagából salétromsav behatására annak egy oldhatatlan bomlás terménye is kiválik s ezt a vizsgáló fehérjeecsapadéknak nézhetné.

A harmadik és legérzékenyebb főzésipróba a Heynsius⁸ által ajánlott eljárás, melylyel a vizelet összes valódi fehérjéit, valamint a haemoglobint, mucint és hemialbumoset le lehet választani. A fehérjére kémlendő vizelethez $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{4}$ térfogatnyi tömény (36%) konyhasó vagy pedig Glaubersó-oldatot adunk, a keveréket ezután felforraljuk, a még forró keverékhez $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{5}$ térfogatnyi tömény eczetsavat öntünk s az egészet még egyszer felforraljuk.

Ezen három elősorolt főzési próba úgy klinikai, mint gyakorlati használatra legezelszerűbbnek mutatkozik az eddigi tapasztalatok alapján.

Ezek után még néhány ismertebb fehérjepróbáról, azután több különféle reagensről és végül a legutóbbi években ajánlott és legújabb módszerekről leszen szó.

Ma is közkezen forog a trichlorezcetsavpróba, melyet először Grosstern és Fudakowsky, később Raabe és Kowalewsky ajánlottak. Egyedüli és elég lényeges hátránya az, hogy az albumosekat csak részben vagy egyáltalán nem üti ki, továbbá, hogy a csapadék melegítésnél hosszabb állás után feloldódik. Ezen próba kifogás alá esik még azért is, mert a vizelet mucin-, illetve nuclealbuminja is okozhat zavarodást.¹⁰ Ugyanígy viselkednek a picrinsav és metaphosphorsav kémszerek is.

A nem kevésbé elterjedt eczetsav ferrocyankáliumpróbánál is azon ellenvetés tehető, hogy a feles eczetsavban a fehérje mint acidalbumin oldva marad s így kis mennyiségű fehérnye kimutatására nem alkalmas.

Ezen elősorolt legfontosabb kémlési eljárásokon kívül az újabb és legkülönbözőbb reagensok egész légóját hozták ajánlatba a szerzők.

Nálunk Csatáry¹¹ a globulint kénssavas ammoniummal csapta ki, midőn a fehérje quotiens értékének meghatározásával foglalkozott, az összes fehérjéket pedig főzés által kapta meg.

Az ammoniumsulfat mint fehérje reagens annyiban fontos, hogy segélyével a valódi peptonok kivételével valamennyi fehérje prompte leválasztható. Hogy ez megtörténjék, feleslegben kell sőt a vizelethez adni, hogy az oldat telített legyen. Amde a feles sóüledéket az esetleg kivált finom fehérjeecsapadéktól megkülönböztetni vajmi nehéz dolog; ez okból kivitele igen bajos.

Aldor¹² az albumoset a biuretreactio segélyével mutatja ki oly módosított eljárás segélyével, hogy az albumosekat először phosphorwolframsavval lecsapja, a csapadékot alkohollal többszörösen kimossa s így a vizelet festanyagaitól megszabadítva, biuretpróbát tesz. Az albumosek kimutatására általában Salkowski¹³ szerint úgy járunk el, hogy az eczetsavval erősen megsavanyított húgyhoz felényi tömény konyhasó-oldatot adván, a keletkező csapadékot melegítjük; ha ez eltűnik s kihűlésnél újra előáll, albumose van jelen.

Hager¹⁴ és Méhu¹⁵ a carbolsavas keveréket, Hlimow¹⁶ a carbolsavat ajánlja, előbb azonban a vizeletet savanyú phosphorsavas natronna megsavanyította.

Mig Srigg és utóbb Hindenlang és Bloome a methaphosphorsavban bíznak, Dillner¹⁷ az isophosphorsavat tartja a legmegbízhatóbbnak, Zouchlos¹⁸ az eczetsav és sublimat, majd utóbb a szerinte érzékenyebb eczetsav rhodankáliumkeveréket használta a fehérnye kimutatására.

Roberts a tömény salétromsav és telített kénssavas magnesium keverékét, Zuelzer és Guerin¹⁹ a chromsav-oldatot, Redelius a melegítés után hozzáadott ammoniumsulfatot, Millard a carbol-eczetsav és kalilug keverékét, Spiegler-Jolles²⁰ a sublimat, borkősav és cukor vagy glicerint keverékét alkalmazza.

Mások, mint Bloom,²¹ a methaphosphorsavas nátront és ólom superoxyd keveréket használják.

Fürbringer²² gelatintokokat készített kémszernek, mely utóbbi szilárd alakban konyhasó, sublimat és citromsav keverékét tartalmazza. Taurer jodkalium, eczetsav és sublimatkeverékkel kémel fehérjét, ez azonban Leon Brasse szerint az epesavakkal és alkaloidokkal is csapadékot ad.

Roberts²³ kémszere 50/0-os 1.052 fajsúlyú sósavval kezelt tömény konyhasóoldatot, melyhez ugyanannyi kémlendő vizelet adandó; ugyan-
csak Roberts ajánlotta a tömény salétromsav és a kénssavasnatron-keveréket.

Stryzowsky²⁴ a kémlendő vizelethez 100/0-os savanyú ammoniumsulfatot önt, mely még 1:100-000 hígításban is kimutatja a fehérjét. A mi a kémszerek élességét illeti, ez irányban többen pontos összehasonlító vizsgálatokat eszközöltek.

Minálunk Vas Bernát²⁵ azt találta, hogy:

a trichlorezcetsav érzékenységi határa	0.0020/0-nál
a salétromsav-keserűs	" 0.0150/0-nál
a sulfosalicylsav	" 0.0020/0-nál
az eczetsavsublimat	" 0.0600/0-nál
az eczetsavrhodankálium	" 0.0040/0-nál
a sósav-chlormész	" 0.0100/0-nál van.

Buchner²⁶ szerint a fehérje kimutatásának érzékenységi határai ilyen sorban következnek egymásután:

a) főzési próbával kimutatható még	0.10/00 fehérje
b) Heller	" 0.20/0 "
c) ferrocyankáli eczetsav	" 0.0080/00 "
d) Spiegler-próbával	" 0.0030/0 "

A főzési próbánál megjegyzi, hogy csak akkor megbízható, ha a vizelethez főzés előtt vagy után konyhasót adunk.

Garrat²⁷ kiskókú fehérjevizelésnél ötven esetben kipróbálta a leggyakrabban használt reakciókat érzékenységtükre és a salétromsav, Roberts-, Millard-, ferrocyankáli és főzési próbák közül a Millard-félének adta az első helyet, azután következik a Roberts-, azután a ferrocyankáli és a salétromsav, végül a főzési próba.

Mesterséges fehérjeoldatok 1:320 koncentrációjában mind, 1:640 és 1:1280 koncentrációjában csak a Millard-féle próba ad pozitív eredményt.

A fehérje kvantitatív meghatározására szolgáló módszerek egy része analitikus súlymérésén alapszik s igen pontos eredményeket ad, de kivételük igen hosszadalmas s nagy jártasságot igényel s így a betegágyi vizsgálatoknál fel nem használhatók. Legrégibb ilyen eljárás a Scherer és Berzeliusé, újabban Devoté²⁸

A gyakorló orvosnak ilyen pontos módszerekre szüksége nincs, teljesen kielégítő az, ha albuminuriás betegénél a kiválasztott fehérje mennyiségéről approximative tudomást nyerhet rövid idő alatt egyszerűbb módszerek útján.

Ilyen követelményeknek felelnek meg a következő módszerek:

A Roberts-Stolnikow-féle eljárás²⁹ principiuma az, hogy a vizelet annál hamarabb megzavarodik légenysav hozzáadása által (Heller-féle próba), minél több a fehérjetartalom. Tapasztalati tényként ismert dolog, hogy 0.00330/0-nyi fehérjetartalomnál a zavarodás $\frac{1}{2}$ —3 percz alatt következik be. A vizsgálandó fehérjés vizelet tehát addig lesz hígítandó, míg a reactio épen az első három percz alatt mutatkozik. Ha a hígításokat tekintetbe vesszük, az eredeti fehérjetartalomra következtethetünk.

As Esbach methodus³⁰ azon alapszik, hogy egy meghatározott reagenssel nyert fehérjeecsapadékoszlop magasságából egy empirikus úton készített osztályzat segítségével 0/0 értékű fokokat olvashatunk le.

A reagensül szolgáló folyadék pikrin- és citromsav keverékéből áll. Kivételéhez az ismert Esbach-féle albuminimeternek nevezett

üvegheger szolgál. Ezen említett kvantitatív meghatározásmódokon kívül más eljárások is, részint az előbbieknél módosított alakjai, részint újabbak közöltettek az irodalomban, azonban ezeknek egyike sem pontosabb vagy célszerűbb kivitelű a leírtaknál.

Könyvismertetés.

E. Quénu et H. Hartmann. *Chirurgie du rectum*. Paris. Steinheil. 1895—1899.

Két kötetes munkában tárgyalja Quénu és Hartmann a végbél sebészeti bántalmait. Az első kötet a végbél lobos eredetű bántalmaival foglalkozik, ide számítva a specifikus és nem specifikus eredetű rectitiseket, a tályogokat, fistulákat, szűkületeket, fekélyeket, végül a haemorrhoidális csomókat. Ez utóbbiak pathogenesisére vonatkozólag külön álláspontot foglalnak el. Elvetik a — bár szellemesen kidolgozott, de alaptételeiben hibás — mechanikus magyarázatot s a haemorrhoidális csomók keletkezését a vívóerek gyuladásának tulajdonítják. Alapítják e nézetüket számos, ez irányban megvizsgált s mikroszkopikus készítményekkel beigazolt észleleteikre. Ép így az összes fent említett betegségeknek főszűrt fektettek az esetek kórbonczatani s kórszövettani felderítésére, miről a munkában reprodukált mikrophotogrammok s rajzok tanuskodnak.

Nem terjeszkedhetem ki ez ismertetésben a munkának e tudományos tekintetben legértékesebb részére s csak a therapeutice érdekesebb pontokra utalhatok. Ugy az abscessusokat, mint a nyomukban visszamaradó fistulákat 3 nagy csoportra osztják, elhelyezésüket tekintve: 1. bőr- és nyálkahártya alattiakra, 2. a cavum ischiorectaleban s 3. a levator ani felett székelőkre. Ennek megfelelőleg a kezelés is különböző kell hogy legyen. A nyálkahártya alattiaknál a teljes hosszban való kitárás jogosult. Nem úgy a cavum ischiorectaleból kiindultaknál; itt át-vágások a sphinctereket, a mi kellemetlen functionalis zavarokra vezetne. Ha periprostatikus a tályog, az anus s a sphincterek előtti haránt metszéssel s nem a végbélben át kell azt megnyitnunk. Ha oldalt ül, egy a végbélnyílás oldalán haladó, sagittális irányú metszéssel sikerül a tályogot alaposan kiüríteni s drainezni. Csak ha a tályog kétoldalt ül, rendesen hátul, indokolt a sphincterek átmetszése, a közlekedő tályogot hátul nyitván meg s egy V-alakú drainsóval drainezve mindkét cavum ischiorectale. A subaponeurotikus, tehát levator feletti tályogoknál is megkímélhetjük a sphinctert, itt lényeges lévén a levator anin jókora nyílást készíteni, mert az izom összehúzódása által meggátolja a tályog bő kiürítését.

A fistuláknál hasonló elvek vezérlik. Eltekintve a már említett s a fistula helyére vonatkozó beosztást, megkülönböztetnek tuberculosus s egyszerű fistulákat. Emezeknél minden esetben javalt a művi beavatkozás. Ismertetik ama számtalan eljárást, melyeket a fistulák ellen ajánlottak. A mai sebkezelésnek legjobban megfelel azon álláspont, melyet ők foglalnak el e kérdésben. A fistula megnyitása s kikaparása után primaer varratot ajánlanak, mely a seb gyógyulását lényegesen siettet. Minden esetben kötelessége a sebésznek primaer varratot alkalmazni, ha a fistula a sphinctert áttörte, azaz a cavum ischiorectaleba folytatódik. Ilyenkor a sphinctert metszik át, miért is ennek primaer egyesítésére kell törekednünk, akár elsüllyesztett varratokat alkalmazunk, akár, mint az a gátvarrásnál ma általánosan elfogadott, felöltjük az egész sebalapot, úgy hogy tűnik mindig közvetlenül a seb nívójára alatt halad-jon. Mindkét eljárással fényes eredményeket értek el számos esetben. Tuberculosus fistuláknál az eljárás a beteg általános állapotától függ. Ha ez kielégítő, a fent vázolt eljárás ajánlatos. Előrehaladott phthisis mellett a fistulákat tünetileg kezeljük, megkísérve az úgynevezett amerikai eljárást, edző folyadékok befeeszkendését a fistula előzetes megkaparása után.

Mellőzven a lobos szűkületek pathogenesisére vonatkozó igen értékes eredeti vizsgálataikat, áttérünk a végbélszűkületek sebészeti kezelésére. Oly eljárással, melylyel e bajt meggyógyítsuk, nem rendelkezünk. Semmi eddig ismeretes módszerrel meg nem akadályozhatjuk az újbóli heges szűkületet. A colostomia csak symptomatikus segédeszköz. Az exstirpatio is cserben hagy sokszor. 19 eset közül csak 8 gyógyult teljesen, a többinél recidiva állott be. Ép így nem vált be a rectotomia externa.

Fissura aninál, ha be nem vált a lapis-pálczával való edzés vagy tannintartalmú gyógyszerekkel való irrigálás, két kitűnő módszerrel rendelkezünk. Egyik — s ez rendesen célhoz vezet — az erőszakos tágítás narcosisban, melynek hatását a reflexgöresnek megszüntetésében keresik, a másik a bemetszés, melynek nem is szükséges a sphinctereken túl haladnia.

Az első kötet egyik legérdekesebb fejezetét képezi végül a haemorrhoidális csomók tárgyalása. Szerzők álláspontját a pathogenesisre vonatkozólag fentebb érintettem. A művi eljárások tömkelegéből csak azon eljárásokat ismertethetem, melyeket ők legajánlatosabbnak találtak. Egységes eljárás nem lehetséges, tekintve a baj különböző fokát s stadiumát.

Nem lobos, körkörös csomókra ajánlatos a Whitehead-eljárás, mely a végbél kitágítása után a kóros résznek kiirtásában s az ép nyálkahártyának a végbél bőréhez varrásában áll. Tekintve azonban a feszülést, mely egy 2—4 cm-es nyálkahártyarész kiirtása után a seb-szélek összehúzása után keletkezik s azon heges szűkületet, mely a nem prima intentiora gyógyult Whitehead-műtét után visszamarad, Quénu ajánlata megszívlelendő, ki, miután a nyálkahártyahatáron körülvágta a bőrt, két lebenyben lepraeparálja a nyálkahártyát a submucosával együtt, melyben a csomók fekszenek s e csomókat Cooper-ollóval a nyálka-

hártyáról lenyesi, a megmaradt ép nyálkahártyát pedig levarrja a bőrhöz. Így minden feszülés elkerülhető s az összes eddig operált esetekben a prima intentio biztosítva volt. Nem alkalmazható ez eljárás, ha a végbél nyálkahártyája is cavernosusan elfajult, minek klinikai jelét a legese-kélyebb érintésre is beálló, felülről való vérszivárgás árulja el.

Lobos csomókra, különösen ha felületes gangraena kezdődik, a thermocauterrel való elpusztítás ajánlható, esetleg a Richet-féle, meg-tüzesített pince-cautère écrasante-tal való becsípés. Egyes csomókat le-kötéssel gyógyíthatunk meg legjobban, miről Allingham 1500 gyógyult esete tanuskodik.

Csak ha a beteg minden operatív beavatkozástól vonakodik, ki-sérthetjük meg az electrolysist s a galvanocautistikát, esetleg a számos esetben jónak bizonyult carbolglycerin- vagy más véralvasztó szerek befeeszkendezését.

Manninger Vilmos dr.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

A bal arteria vertebralis aneurysmájának kórtörténetét és bonczolását közlik *Ladame* és *Monakow*. A baj 66 éves korban heves szédüléssel és angina pectoris rohamokkal vette kezdetét. Két évvel később a szédülés fokozódott, egy apoplectiform roham után titubáló kisagyi járás támadt, később a beszéd szótagolása rendetlen lett, némi lélegzésszavar is mutatkozott. Az izomerő elég jó volt, dacára, hogy a beteg kezei, különösen a jobb kéz ataxiája miatt irni képtelen volt. Bal karjában néha fájdalmat érzett, a szív működés rendetlen volt, a szívhangok tiszták. Két évvel később egy újabb apoplectiform roham után a szédülés mindig a bal oldal felé vitte, a bal oldal a jobbnál gyengébb volt, egyszersmind a jobb testfél analgesias és hőre érzéketlen volt, beértve az arezot, míg a tapintásérzés normalis maradt; a bal abducens és levator palpebrae bénult, a bal pupilla a jobbnál tágabb volt. Ehhez később nyelészavarjárult, a beteg többször delírált. E képből inkább arterio-sclerosisos alapon fejlődött lágyulós góczra lehetett gondolni, a bonczolás azonban a bal art. vertebralis galambtojás nagy aneurysmáját derítette ki, mely mélyen ült a nyúltvelő felső részében és a Varol-hidban. Ez aneurysma annyira összenyomta a bal kis agyvelőt, hogy alig maradt belőle valami épen, a bal pedunculus cerebelli és corpus dentatum is majdnem teljesen eltűnt. A szövettani feldolgozás részleteit illetőleg az eredeti műre utalunk. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* 1900. 1. és 2. f.)

—ts.

Neurofibromatose généralisée esetét közlik *Marie* és *Couvélaire*. Érdekes benne, hogy a rendesen később támadt a baj (52 éves korban), de különösen, hogy a mellkas és gerinceoszlop oly deformitásokat mutatott, melyek az ismert deformitások keretében nem sorolhatók. A csontok a rendesen puhábbak, majdnem idomíthatók voltak, úgy hogy lokalizált osteomalaciára lehetett volna gondolni. Az izmokban apró neurofibromák-kon kívül, bár a makroszkopos lelet normalisnak látszott, mikroszkoppal az izomrostok sorvadása volt kimutatható. Apró tumorok voltak a gyomorban és bélsatornában is, a melyekben azonban idegrostok nem voltak láthatók. Ezt a myelinhévelé nélküli idegrostok felkeresésének nehéz volta eléggé magyarázza. Szerzők sem hajlandók elfogadni Recklinghausen álláspontját, a ki a neurofibromatosisban egységes származásra vezeti vissza a tumorokat. Inkább polyfibromatosisról szólnak, mint neurofibromatosisról. A bőr alatt is találtak tumorokat. Ezek részint kétfélek: részint a bőr alatti kötőszövetből kiinduló csomók, melyek hasonlóak azokhoz, a minők az idegek mentén találhatók, részint pedig az izzadság- és faggyúmirigyekből indulnak ki. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1900, Janvier-Février.)

—ts.

A benzol és toluol származékok mérgező hatása. *Friedländer* szerint e vegyületek mérgek, melyek a középponti idegrendszert és a vérkeringés szerveit megtámadják. Az alkoholismus a mérgezés dispositióját fokozza, sőt a mérgezés gyakran éppen az alkohol, néha más káros befolyások hatása alatt lesz nyilvánvalóvá. E szerekekkel való foglalkozás közben a helyiség jó szellőzéséről kell gondoskodni. A munkások kezeit a munka után rögtön mossák meg, fürdőznek és ruhát váltásnak. Mérgezés esetén a legsürgősebb teendő a tüneti kezelésen kívül a test lemosása meleg vízben és friss levegő. (*Neurol. Centralbl.* 1900. 7. sz.)

—ts.

Dormiol. *Schultze* a p-acetamidophenoxylacetanilid és chloral moleculás mennyiségeinek direkt szétoldósóleszor nyert dormiolt. 1.5—3 gm. adagban, különösen elmebetegsége számára, de egyébkor is jó altatónak tartja. (*Neurol. Centralbl.* 1900. 6. sz.)

—ts.

Svédország nemességének genealogiáját adja *Pontus E. Falhbeck* munkája, melyet *Petrén* ismertet *orvosi szempontból*. Ez ismertetésből a következőket emeljük ki. Ha a családokban csak a fiúivadékokat tekintjük, a leányok közül csak az illető családban születetteket nézzük, ki-tűnik, hogy a gyermekek száma, valamint a fiúsülöttek aránya állandóan fog, a férfiak korai halandósága emelkedik. Szaporodik azonkívül a steril házasságok száma is. Bár orvosi szempontból e munka, minthogy a nők leszármazására tekintettel nincs, hiányos is, az eredmények, melyek a városi finomult káros életmód hátrányos voltára vallanak, igen érdekesek. (*Zeitschr. f. Nervenheilk.* 1900. XVI. k. 5. és 6. sz.)

—ts.

Sebészet.

A scapula exstirpatiójáról értekeznek *Picqué* és *Dartigues* egy általuk operált s 77 az irodalomból összeállított eset kapcsán. A scapula exstirpatiójának (scapulectomia) indicatioi három csoportba foglalhatók: 1. sérülések; 2. acut vagy chronikus esontlobok; 3. a scapula tumorjai. Szerzők csak az utóbbi okból végzett scapulakiirtásokat tárgyalják.

Tumor esetében az egész scapula kiirtandó, a felső végtaggal együtt akkor, ha a tumor a hónalj edényeit, idegeit körülveszi, körülfogja a humerus ízületét vagy kiterjed a kar felső részletére. A scapulo-humeralis izomzat teljes kiirtása céljából némelek a felkar fejcset állandóan resekálják, ha nincs is megtámadva a tumor által. A scapula ezen sebészileg egyedül indikált totalis resectiojával szemben állanak a scapula partialis resectioi, melyek ismét 2 csoportba oszthatók: egyesek csak a megbetegedett részletet távolították el, mások az egész scapulát az acromion, processus coracoideus és fossa glenoidalis kivételével. Szerző statistikája nem terjed ki azon esetekre, melyekben az egész vállöv a felső végtaggal együtt eltávolított (ezen műtét után recidiva tekintetében valamivel jobb a prognózis, mint scapulectomia után). 77 eset közül 36 partialis resectio volt (15 esetben csak a megbetegedett részlet távolították el, 21-ben csak az izárok, vállcsúcs és hollóor-nyújtvány hagyatott meg) és 35 totalis exstirpacio; 6 exstirpacio a humerus fejcsetének resectiojával együtt egybekötve. A mortalitás 18% (15 eset) volt; ebből a partialis resectiora 8, a totalis resectiora 6, a felkarfejcset resectiojával egybekötött exstirpatora 1 eset esik; a halál oka az esetek legnagyobb részében vérzés vagy infectio (sok eset jóval az antiseptikus aera előtti időből való). Az esetek további lefolyásáról csak 25 esetben van szó.

A partialis resectioi ama csoportjában, hol csak a kóros rész távolították el, 8 eset további története ismeretes; 6 esetben következett be recidiva (4-ben rapide), 2 esetben 8 év múlva sem következett be recidiva (egyik egy chondroma ossificans volt). A partialis resectioi másik csoportjában 5 eset eredménye ismeretes: 4 recidiva (2 rapid) és 1 bizonytalan eredmény. A totalis exstirpacio 34 esetből 7 rapid módon recidivált, 1 esetben 14 hó múlva sem volt recidiva; szerzők esetében is 21 hónap múlva nem volt kiújulás. A felkarfejcset resectiojával egybekötött scapulectomiánál csak 1 esetben van egy rapid módon nőtt sarcománál gyors recidiva (1 hónap alatt) feljegyezve.

A mi a functionalis eredményt illeti a felső végtag használatára vonatkozólag, az a partialis exstirpacio mindkét fájánál kevés eset kivételével kitünőnek mondatik. Teljes scapulakiirtás eseteiben a kar használhatósága 13 esetben igen jó, 1 esetben közepes volt. Szerzők esetében, mely az egészen jó eredmények közé tartozik, a status a következő volt: Kifokó scoliosis concavitasával a kóros oldal felé, a kar petyhüden lóg le, a könyök a mellkas oldalát éri, a felkar absolute mozgathatlan, de az előkar s a kéz jól használható, úgy hogy a beteg közönséges női munkákat (kötés, varrás, horgolás) jól tud végezni, irni is képes s házi teendőit el bírja látni. A felkarfejcset resectiojával egybekötött esetek közül 3-ban jó volt a functionalis eredmény, Heinecke egy esetében a felkar eleválható és abdukalható volt, Durham egy esetében pedig pseudarthrosis keletkezett a felkar s a II. és III. borda közt. Jaboulay egy esetében, ki a scapulát és a humerus felső felét eltávolította, a csonk a felkar összes mozgásait, noha redukált mértékben (abductio 45°-ig), képes volt végezni.

A műtétet Picqué a következőkép hajtja végre: 18–20 cm. hosszú bőrmetszés a scapula külső széle mentén a claviculánál kezdődőleg; a clavicula irányában 5–6 cm.-nyi metszést von e seb felső csücskéhez; a hosszmetzés felső negyedének alsó határához körülbelül a spina scapulae irányában harántmetzést húz; az így körülírt bőrlébe-nyeket felpaerálja, leválasztja a deltoideust eredési helyéről, majd a kar kifelé forgatása közben a subscapularist, majd adductio és befelé rotatio közben a supraspinatus, infraspinatus és teres minorat a felkarfejcsetről; azután megnyitja az ízületet, átvágva egyszersmind a biceps hosszú fejének inát; a kart kiluxálja és leválasztja a tokszalag alsó részét a humerusról. Azután szétfűrészezi a claviculát külső és középső harmada határán, óvatosan átvágja a biceps rövid fejét, a coracobrachialist és pectoralis minorat szorosan a processus coracoideusnál; majd szorosan a scapula széleihez tartván magát, átvágja az omohyoidust, leköti és átvágja az arteria suprascapularist, a triceps hosszú fejét s az arteria subscapularis előzetes lekötése után a teres majort, majd behatolva a subscapularis elé, a scapula kifordítása közben átvágja a még tartó izmokat (latissimus dorsi, cucullaris, rhomboides, levator anguli scapulae, serratus anticus major); a felkar fejt odavarája a clavicula resekált végéhez (e varrat nem tartott) és meg lehet próbálni a coracoid izmok odavarrását a claviculához; ajánlja, hogy lehetőleg igyekezzék a műtő a felkar fejének túlságos előrejutását meggátolni, hogy a hónalj edényeit és idegeit ne nyomja; az izomesonkokat egymás közt lehetőleg egyesíti, bőrvarrat. (Revue de Chirurgie. 1900. 4. füzet.)

Pölya Jenő dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A széles méhszalagok elsődleges desmoid daganatairól. Sängér volt az első, a ki ezen daganatokat mint önálló daganatesoportot írta le, de azóta kevés figyelemben részesültek, dacára annak, hogy nemcsak klinikus szempontból, hanem bonczatani s kiválólag topographiai szempontból is igen érdekeselek.

Fuchs által leírt 7 eset közül a daganat 5 izben a széles szalagnak az uterus szélével szomszédos területeiben, tehát a leginkább megszokott helyeken ült; egy izben azonban sajátságos elhelyezkedésű volt: a lig. latumnak felső részletében — az ala vespertilionist is beleértve — fejlődött ki, egyenletes módon fejtve szét a hashártyalemezeket. A 7. esetben végül a széles szalagnak egy kocsányos daganatáról — tehát egy kiváló ritkaságról — van szó.

A mi e daganatok operatív gyógykezelését illeti, szerző tekintetel a sajátságos kifejlődésre, a topographiai viszonyokra s főleg a vérzés-ésillapítás nehézségeire, mint leghelyesebb eljárást az abdominalis útát ajánlja. (Archiv f. Gynäk. 60. kötet, 2. füzet.) Neumann Szigfrid dr.

Intrauterin spontanamputatio a felső végtagokon egy 5 hónapos magzatnál, a lefűződést okozó amniotikus kötegek tökéletes megmaradásával. Wolff egy készítményt ír le, a hol a lefűző amniotikus köteg teljes épségében meg volt tartva. Egy 37 éves harmadszor terhéről van szó, kinél az első szülés rendes volt, a második terhesség pedig kéthónapos vetéléssel végződött. A szóban forgó harmadik terhesség alatt többször voltak a betegnek apró vérzései, míg végre egy 5 hónapos petét vetélt el. Ennek vizsgálatánál szerző egy körülbelül 10 cm. hosszú, meglehetősen vastag köteget talált, a mely az amnioból eredve a magzatnak jobb kezéhez haladt. A köteg lefűzte a jobb kéz gyűrűs ujjának végphalanxát, a melyvel szorosan össze is nőtt, úgy hogy a lefűződő ujjperc meg mint egy kis szemölcs összefüggésben maradt az ujjal. A gyűrűs ujjtól a köteg a középujj végpercéhez halad, a melyet szintén körülhurkol, minek következtében annak elkorcsosodását okozza. A bal kézen a kis ujj két percre fűződött le, azonkívül a gyűrűs és középső ujj syndactyliája van jelen; ugyanezen ujjak végphalanxai helyén rövid kötegek és szalagok találhatók. A bal kéz ezen elváltozásai nyilvánvalólag szintén amniotikus szalagok által okozottak, melyek azonban nem maradtak fenn.

A mi az amniotikus kötegek létrejövését illeti, erre nézve szerző a saját esetét illetőleg még leginkább a régi elméletet fogadja el, mely szerint e kötegek lobos folyamatoknak eredményei, a miknek különben szerző a méhlepényen nyomait is találta, a mennyiben a lepény közepén közel a köldökzsinórhoz egy dudorszerű hüvelyt talált, a mely még a köldökzsinórra is reáterjedt. Az sem lehetetlen különben, hogy ez esetben azonkívül az amniotikus egy repedése történt s a repedt amniotikus egyik csücske kivongáltatott. (Archiv f. Gynäk. 60. kötet, 2. füzet.)

Neumann Szigfrid dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Hypnoticum gyanánt Douglas az apomorphin nagyon kicsiny, 2 milligrammos adagait ajánlja bőr alá fecskendezés alakjában. Az álom rendesen már 5–15 perc múlva bekövetkezik. Deliriummal kapcsolatos álmatlanság esetében növelni lehet az adagot gyenge émelygés bekövetkeztéig. Előnye e szer használatának, hogy megszokásától nem kell tartani. (Semaine médicale, 1900. 15. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 23-dik hetében (1900. június 3-dikától június 9-ig.) következő volt: I. Népesedési mozgalmak. Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 481 gyermek, elhalt 276 egyén, a születések tehát 205-el mutták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 36.7. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 20.9, az egy éven felüli lakosságnál: 16.4, az öt éven felüli lakosságnál: 14.2. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 0, morbilli 10, scarlatina 4, variola —, cholera asiaticus, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 2, egyéb ragályos betegségek 7, meningitis 15, apoplexia 5, eclampsia 5, szervi szívhibák 12, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 35, tuberculosis pulmonum et phthisis 52, diarrhoea et enteritis 10, gastro-enteritis 13, rák és egyéb újképleték 7, ezek közül méhrák 1, morbus Brightii et nephritis 10, rachitis 4, scrophulosis 0, veseszületett gyengeség és alkathiba 11, atrophia et inanitis 1, marasmus senilis 7, erőszakos halál 1 eset 20, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 7, baleset 11, kétséges 1 (—). II. Betegedések. A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hó végén volt 2441 beteg, szaporodás e héten 803, csökkenés 762, maradt e hét végén 2482 beteg. B) Hevenyragályos kórházban előfordult betegedések voltak 1900. évi június 3-dikától június 10.-éig terjedő 23 héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 41 (24), diphtheria, croup 15 (15), hagymáz (typhus) 0 (1), kanyaró (morbilli) 141 (122), trachoma 3 (5), vérhas (dysenteria) — (0), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 27 (20), orbáncz (erysipelas) 19 (20), gyermekági láz (febr. puer.) 0 (0), ezenfelül varicella 14 (13).

○ Orvosi jelentés a „Stefánia“ pesti szegény-gyermekórház 1899-dik évi működéséről. Az egyesület e hó 3-dikán tartott közgyűlése alkalmából megjelent évkönyvből az orvosi jelentés érdekesebb adatait az alábbiakban közöljük.

A „Stefánia“ pesti szegény-gyermekórház az 1899-dik évvel működésének 61-dik évét fejezte be. Ezen hatvanegy évet magába foglaló időszak alatt az intézetben összesen 473,918 beteg gyermek nyert kezelést s himlőellenes védőtás 30,614 gyermeknél végeztetett. 1899-dik évi január 1-jétől december 31-dikéig összesen 16,691 beteg gyermek gyógykezelte; ezek közül 15,452 beteg mint ambulans látogatta az intézetet, a nyilvános rendelési órákban, melyek délelőtt 12-től 12-ig, délután pedig 3-tól 5-ig tartattak.

A kórházhoz csatolt s a kórház főépületében elkülönített helyiséggel ellátott magy. kir. országos központi védhimlőoltó-intézetben 742 oltás és 113 újrailtás, összesen 855 oltás végeztetett, s így az orvosi segélyt a kórházban igénybe vett gyermekek száma az 1899-dik évben összesen 17,546 volt.

Orvosi ápolásban részesült az intézet 148 ágyán mint befekvő 1239 beteg gyermek.

A 15,452 ambulans beteg látogatásainak összes száma az egész éven át 46,940-et tett ki, mely számból 34,622 látogatás a 13,727 orvos-

sebési esetre, 10,194 látogatás az 1326 szembetegre, 2124 látogatás a 399 fülbetegre esett és így átlag egy napra 126 ambulans beteg jutott.

Az 1239 kórházi beteg 33,851 ápolási napot töltött az intézetben, melyből egy betegre átlag 27-3 nap esik.

A kórháziilag kezelt betegek közül gyógyultan elbocsátott 678, javultán 187, nem gyógyultán 102, meghalt 175 (kik közül 27 haldokolva hozott be az intézetbe). 1900-ra maradt 97 beteg. Levonva a haldokolva behozottakat, a halálozás 11-90/o-ra rúg. A 175 halálozást közül elhalt torok-diphtheritisben és állhártyás gégelebban (croup) 42, gümőkóros megbetegedésekben pedig 31.

A diphtheriaellenes savó-kezelés a lefolyt évben is rendszeresen gyakoroltatott a kórházban s miután 1899-ben összesen 215 gyógy-savóval kezelt beteg feküdt a kórházban: az összes esetek száma 1894. október havától 1900. január 1-sejéig 1320-re emelkedett.

A 215 diphtheriás beteg közül tiszta torok-diphtheriában 102 szenvedett, roncsoló torok- és állhártyás gégelebbal 86-an vétettek fel, állhártyás gégelebbal pedig 21-en. A többi esetekben csak a szem, száj, vagy orr nyálkahártyáján, illetve a bőrön volt a diphtheriás folyamat.

Az 52 két éven aluli gyermek az esetek 260/o-át tette ki és ezeknek 44-60/o-a halt el, míg a két éven felülieknél 10-70/o volt a halálozási arányszám.

Ezen 215 beteg közül

gyógyult 173 beteg, azaz ... 80-500/o
meghalt 42 ... 19-500/o

11 gyermek 24 óránál rövidebb ideig tartó kórházi tartózkodás alatt halt el; ha ezeket leszámítjuk, 84-80/o-ot tesz ki a gyógyulási és csak 15-20/o-ot a halálozási arányszám.

Diphtheriás betegeink 49-80/o-ánál (107 eset) az állhártyás folyamat a gégeire is kiterjedt volt; ezek közül 70, azaz 65-40/o operáltatott, a kikből 41 beteg, azaz 58-60/o meggyógyult, 29, azaz 41-40/o pedig elhalt. Az intubált esetek száma a lefolyt év végéig (1891-től) 1136-ra emelkedett.

A diphtheriás betegekből nem került műtetre 145; ezek közül felgyógyult 132, azaz 91/o, meghalt 13, azaz 9/o.

A kórházi tartózkodás első 24 óráján belül elhalt 11 beteg közül csak 1 nem operáltatott. Ha tehát a műtett betegek számából ezen 10 haldokolva hozottat levonjuk, úgy az operáltak gyógyulási százaléka (60 betegből 41 felgyógyulván) 68-30/o-ot tesz ki, míg a 19 elhalt 31-70/o halálozási arányszámot ad.

Preis-féle (magyar) serumot alkalmaztak 74, Merck-félét (Darmstadt) pedig 87 esetben; a gyógyulási százalék ezen serumokkal kezelt betegeknél 82-4-et, illetőleg 82-8-at tett ki. Behring-féle (Höchst) serumot 54 esetben használtak, a kik közül 74/o gyógyult fel. 215 beteg-nél elhasználtak összesen 726,500 antitoxin-egység értékű diphtheria-ellenes serumot, tehát átlag egy beteg 3379 antitoxin-egységű serummal oltatott be. Az első beoltás átlag a megbetegedés 3-dik napján történt.

Az intézetben kórháziilag orvosolt és ápolott gyermekek száma 1239 volt; ezek közül 105 beteg a megelőző évről maradt vissza és 1134 vétetett fel az év folyamán. Az ingyenes osztályon ápolottatott 805, az első fizetési osztályon (70 kr. ápolási napdíj mellett) 262, a másodikon (50 kr. ápolási napdíj mellett) 172 gyermek. Ápolási díj fejében 7011 frt 10 kr. folyt be az intézet pénztárába. A kórházi városzobákban lévő perselyekben nyilvános adakozás útján 530 frt 48 kr. gyűlt össze.

A pénztári kimutatás szerint a kórházi kiadások 27,698 frt 22 krt tesznek; ezekből 200/o, vagyis 5539 frt 64 kr. a 15,452 ambulans betegre, 22,158 frt 58 kr. pedig a kórházban 33,581 napon ápolott 1239 beteg gyermek gyógykezelésére és ellátására fordított. Ezek szerint egy beteg ellátása és gyógykezelése átlag 17 frt 88 krt igényelt, melyből egy ápolási napra 65-2 kr. esik.

Rendszeres gyermekgyógyászati előadások az intézetben hetenként kétszer tartattak s az intézetet látogató orvosok és orvostanhallgatók Bókay János tanár igazgató és a tanársegéd Bauer Lajos dr. által gyakorlatilag is oktattattak. Az előadásokat 78 orvosnövendék látogatta, a nyilvános orvosi rendeléseken pedig 80 szigorló orvos és orvos vett részt az év folyamán.

✂ A budapesti tüdőbeteg-sanatorium helyére a végleges kijelölés megtörtént. A főváros által adományozott 24,000 négyszögölnyi terület a Szép Juhász nézőpontjából a budakeszi úttól balra, mintegy fél-kilométerre benn az erdőben fekszik, hova a főváros a budakeszi útból kiágazólag makadám-utat készített és a telepet vízvezetékekkel látja el. Az építést a jövő nyáron kezdik meg, melyre eddig körülbelül 400,000 K. gyűlt be. Az egész művelt külföldön mindenütt foglalkoznak ily sanatoriumok felállításával. A kis Dánia legközelebb állítat fel ily sanatoriumot. Olaszországban a palermói kívül Nápolyban, Turinban, Milánóban, Franciaországban pedig 11 város mellett állítanak fel ily sanatoriumokat szegénysorsú tüdőbetegek számára. Németországban eddigelő már 33 tüdőbeteg-gyógyintézet működik, a jelen év folyamán nyílik meg 11 új, 1901 végére készen lesz még 14, tervezve van még azonkívül 13, úgy hogy pár év múlva már 71 sanatorium lesz berendezve.

○ Uj közvetlen vasúti csatlakozás létesítése Budapest és a Riviera közt. A vasúti és hajózási hetilap mult heti számában ez eszmét veti fel F. E. A jelenlegi vonatösszeköttetések olyanok, hogy a ki Budapestről tél folyamán a Rivierára, pl. Nizzába utazik, két éjet kell vasúton tölteni. F. E. olyan összeköttetést ajánl, melylyel csak egy éjet kellene tölteni a vasúton, hogy a Rivierára juthassunk. Magyarországból téli klimatikus kúrára még mindig sokan keresik fel a Rivierát. Ezeknek érdekében kívánatos, hogy F. E. e javaslatát az intéző körök figyelembe vegyék és azt létesítsék.

⊕ Az orvosi elektrológiai és radiológiai nemzetközi congressus titkársága (M. Dumer, 57, rue Nicolas-Leblanc, à Lille) tudatja, hogy a

kik e congressuson részt vesznek, a francia vonalakon 500/o-kal olcsóbban utazhatnak. A tagok továbbá ingyen belépti jegyet kapnak a kiállításra, a meddig Párisban maradnak. Julius 1-jéig kell a titkársághoz ez ügyben fordulni.

— A budapesti poliklinikai egyesület igazgató tanácsa f. hó 14-dikén tartotta alakuló ülését, a melyen örömmel vették tudomásul, hogy ifj. Sváb Sándorné megboldogult anyjának, csetei Herceg Péternének emlékére, lovag Lederer Sándor pedig a maga és neje Bródy Mária nevében, egyenkint 4000 koronás ágyalapítványt adtak a poliklinika kórházának. Bejelentették továbbá Sterk Oszkár 1000 koronás és Mészáros Ferencz 4000 koronás egyesületi alapítványát. Sámuel Lázár dr. orsz. képviselő jelentése alapján hozzájárult az igazgató tanács ahhoz, hogy az egyesület céljaira rendezett sorsjáték részesedése fejében fennálló követelést egyezség alapján 40,000 koronával egyenlítsé ki a vállalkozó. Ezzel a sorsjáték 140,000 koronát hozott az egyesületnek, mely összeget a kórház kibővítése céljából vásárolt telek árának törlesztésére fordították. Hieronymi Károly indítványára elhatározták, hogy az egyesület tagjaihoz kérésintézként, hogy minden tag szerezzon két új tagot, s így a rendes jövedelem fedezze a kórház fenntartási költségeit. Végül igazgatónak újból megválasztották Erőss Gyula dr.-t., titkárnak Vas Bernát dr.-t., pénztárnak Stern Sámuel dr.-t., gazdának Hirschler Ágoston dr.-t.

○ A gyógyszerészségügyi idő szabályozása. A belügyministerium vezetésével megbízott m. kir. miniszerelnök a gyógyszerészségügyi idő szabályszertől kitöltése tárgyában a következő körrendeletet adta ki valamennyi törvényhatóságnak:

Azon felmerült kérdésre nézve, hogy a gyógyszerészségügyi idő mikor tekinthető szabályszerűen kitöltöttnek, a vallás- és közoktatásügyi miniszer úrral egyetértőleg a következőket állapított meg: A gyógyszerészséggyakorlók kiképzése tárgyában az 1892. évi 35,985. számú vallás- és közoktatásügyi miniszeri rendelettel kibocsátott szabályzat 26-dik §-ának, valamint a gyógyszerésznövendékek egyetemi kiképzéséről szóló ugyancsak az idézett szám alatt kiadott szabályzat 7-dik pontjának rendelkezéséből következik, hogy gyógyszerészségűd és egyetemi gyógyszerészetanhallgató egyidejűleg senki sem lehet. Ugyanis az egyetemi tanfolyam sikeres hallgatása és bevégezése a jelölt munkaképességűt és idejét a megszabott két éven át teljesen igénybe veszi s viszont a segédi idő kizárólagos rendeltetése az, hogy a gyógyszerésznövendék a hivatása által megkívánt gyakorlati tudnivalókat tapasztalás útján elsajátíthassa. Az eltöltött gyógyszerészségűd idő hatósági tanúsításánál tehát jövőre követendő eljárásban szabályként szolgáljon, hogy a gyógyszerész-növendékek által a két évi egyetemi tanfolyam alatt a szorgalmi időben vagy az abba eső kisebb szünidőben teljesített segédi működés a szabályszerű segédi időbe be nem számítható s az egyetemi évek közötti nagy szünidőkre eső szolgálat is csak az esetben tekinthető kivételnek szabályszerűnek, ha hitelesen igazoltatik, miként az megszakítás nélkül legalább két hónapig tartott. A gyógyszerésznövendékek egyéves önkéntes tényleges önkéntes szolgálatban eltöltött idejéből a segédi időbe csak az a félév számítható be, a melyet katonai gyógyszerésztárból eltöltenek, hogy ez által is azon elv érvényesüljön, mely a gyógyszerészek alaposabb kiképzését célozza.

⊕ Az országos közegészségügyi egyesület választmánya pénteken este 8 órakor az egyetem élettani intézetének tantermében (Eszterházy-utca 5.) ülést tartott, melynek tárgyai: 1. Folyó ügyek. 2. Sümei dr. javaslatai a gerincgömbület keletkezésének prophylaxisára. 3. A főtitkár javaslata az „Egészség“-nek havi folyóirattá tétele dolgában. 4. Esetleges indítványok.

♀ **Lelenczűgy.** A Fehér-Kereszt Országos Lelenczűgy-Egyesület május hónapban felvett a központban 408, hét fiókindezetében 260, összesen 668 lelencz, elhagyatott és árva gyermeket. Nevelt a központban 3063, a fiókokban 1100, összesen 4163 gyermeket. Május hónapban a gyermekek felnevelésére költött 54,355 koronát 20 fillért. Alapítványok és adományok útján befolyt e hónapban összesen 21,000 korona.

⊙ **Az egyetemi klinikákon** július hó 15-dikétől kezdve szeptember hó végéig a betegfelvételt beszüntetik, az ambulanciát azonban szokás szerint megtartják.

— **Kitüntetés.** A király Konic József fuzsinei körorvosnak a közegészségügy terén szerzett érdemei elismerésül az arany érdemkeresztet adományozta.

⊗ **Lengyel Loránt dr.,** lapunk munkatársa lakását Andrassy-út 2. sz. alá tette át.

△ **Fürdőink személyforgalma.** Uj-Tátrafüred VI/12. 175; Herkulesfürdő VI/6. 1417; Tátrafüred VI/12. 128; Korytnicza VI/17. 195; Vihnye VI/16. 55.

† **Elhunytak:** Birkmayer Konrád dr. Dolován, Langfelder Adolf dr. Szempezen, Ziegler Godofred dr. városi főorvos Beszterczen.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő
Budapestben.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencében az ásványvíz naponta négyszer megújul, **lokalis iszapborogatások.** Minden-nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kifutó szállók. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kír. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma“ (magánygyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére**) **Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kifutó ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kiváratra prospektus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XXIII. rendes ülés 1900. június 2-dikán.) 392 l. — A német sebészeti társulat XXIX. congressusa. (1900. évi április 18—21.) 392 l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes ülés 1900. június 2-dikán.)

Elnök: Bókay János; jegyző: Dieballa Géza.

Heges atresia vulvae 3½ éves gyermeknél.

Dirner Gusztáv: Traumától eredő heges atresia vulvae esetét mutatja be, a melynél a vizelet csurgása a labio-femoralis sulcusban levő nagy forradás egy tűszúrásnyi fistuláján át történt. Narcosisban a vulva erős hegén túl a vaginára akadt, a mely a retenált vizelet reservoirjául szolgált és hurkaszerűen volt kitágulva. A vagina bemenet mucosáját kivarrta a kis ajkak ép mucosájához s így sikerült biztosítani a vulva nyitva maradását. Műtét óta a leányka ismét rendszeren vizelet.

Szivornya-irrigator.

Büchler Antal: Eljárásánál főleg a nagy irrigatoredény, mert eszköze csak csőből és ennek szivornyává való alakítására szolgáló két hengerből áll.

Alkalmazása: a puha kaucsukcső egyik végét besülyesztjük azon edénybe, melyben a vizet forralták, vagy azon palackba, melyben sublimatoldat stb. foglaltatik, a másik hosszabb részéből a csőnek a két hengerkével kitöltjük a levegőt s a szivornya működik.

A két hengerke egyszersmind zárókészülék is, a mennyiben a hengerkéek vázának oldalán kis harántrés van, melybe a másik hengerke kiálló tengelye egy ujjal való nyomással beilleszthető s így helyzetben marad; ugyancsak egyszerű nyomással ismét kitolható és a cső megnyílik.

Tekintettel arra, hogy semmiféle rugó nincs, hogy igen egyszerű az eszköz, tartós, olcsó, minden alkalommal kifőzhető és könnyen zsebben hordható: alkalmazása a gyakorlatban előnyös.

Két év óta használja szőlő mint irrigatort és sebfeckendőt, figyelmeztet azonban arra is, hogy mint gyomorszivattyú is alkalmazható.

Idült gégeszűkületnek laryngofissióval és intubatioval gyógyult esete.

Baumgarten Egmont: A 34 éves beteg egy megrakott szénászekér tetejéről leesett, csigolyatörés miatt gipszkötést kapott, melynek levétele után légszomj lépett fel, úgy hogy laryngofissiót végeztek rajta. A canulet 2 évig viselte, többszöri eltávolítási kísérletek eredménytelenek voltak.

A felvételnél a hangszálak kétoldalt közel a középvonalhoz rögzítve láthatók, csak 3—4 mm.-nyi rés marad szabadon. Miután a legvékonyabb kutasz a heges gégeszűkületen át nem volt vezethető s minthogy endolaryngealis metszések is eredménytelenek voltak, a beteget a Poliklinika kórházába vették fel szülő és rajta tracheotomiát és laryngofissiót végeztek. A gége felhasításánál kitűnt, hogy a hangszálak alatt heges kötőszövettel teljesen ki volt töltve és a gége maga a tört csigolya magasságában szintén eltört és szöglet alakjában gyógyult be. A szöglet csúcsa a gyűrűporeznak felelt meg. A műtét után a gége átjárhatóvá vált, de a gége ezen megtört alakja miatt a tubus vége a canule nyílásán át kijött és csak néha sikerült nagynehezen a tubust visszanyomva az intubatio. Beteg e miatt sokáig dilatatív tubust viselt, mely egyrészt a gége belső üregét oldalnyomással kitágította, másrészt pedig a szögben megtört géget kiegyenesítette. Utóbbi időben az intubatio hosszú fém-tubusokkal sikerült, ismét később a rövidebb és vastagabb kautsuk-tubusokkal és egy év után a beteg megtanulta, hogy egymaga egy 10-es számú gégekathetert bevezethet, melyre nézve meghagyták neki, hogy még sokáig, legalább egyszer hetenkint eszközölje a katheter bevezetését.

Sokkal nehezebb volt a trachealis sipoly elzárása. Három különféle műtét után, most csak egy nagy gombostűfejnyi sipoly van jelen, melyet elzárni egy negyedizben megejtendő műtétet óhajtott. A bemutató betegnél egy évi, majdnem napontai, sokszor fájdalmas beavatkozás után sikerült a decanulement és úgy az orvos, mint a beteg részéről a legnagyobb türelem és kitartás igényeltetett, valamint a legkülönbözőbb eljárások lettek alkalmazva, hogy végre eredményre juthassanak.

Bókay János: Nem vette ki tisztán az előadásból, hogy gégetörés okozta-e a szűkületet.

Baumgarten Egmont: Midőn a beteg leesett, a gége eltört, haematoma keletkezett, melyet perichondritis követett; ez maga után vonta a szűkületet, mely szükségessé tette a tracheotomiát.

Bókay János: Az irodalomból tudja, hogy O'Dwyer ajánlása folytán Lefferts, Egidi, Scheier, Simpton gégetörések heveny időszakában, tehát a törés után azonnal intubatiót végeztek és pedig jó sikerrel; az intubálás ezélla az volt, hogy a légutaknak támaszt szerezzen, a között négy esetben jó eredménnyel.

Bacteriuria esete.

Reách Dezső: Roberts 1881-ben, több megfigyelését közölve, vetette felszínre a bacteriuria kérdését; azon idő óta mai napig mintegy 70—72 bacteriologic kifogás alá nem eső megfigyelésről számolhatunk be. A vizelet, melyet a mellő és hátsó urethra mosása és az első cseppek kibocsátása után nyerünk, oly határozott sajátosságokkal bír, hogy azok leírásában minden szerző Roberts óta megegyezik. A vizelet egyenletesen zavaros, opaleskáló, csillogó, rázásnál kevésbé bigfolyós mint a közönséges és olyan fehér felhőket alkot, mintha valamely finom fehér por volna a folyadékban suspendálva. Bármennyi ideig áll is, üledéket nem képez, vegyhatása savi, ammoniakális erjedésre való minden hajlam nélkül. A vizelet szaga rendkívül kellemetlen, átható, fád, rothadt halakra emlékeztető. Már a kiürítés pillanatában a mikroszkopi látóteret teljesen kitöltő tömérdek bacteriumot tartalmaz, genysejtet egyáltalán nem, vagy csak igen kis számban, a közérzet változatlanul jó, cystitisnek vagy a húgyutak egyéb megbetegedésének tünetei teljesen hiányzanak. A megbetegedés egyedüli subjectiv symptomája a vizeletnek émelyítő bűze, és rendszeren a betegeknek ez az egyedüli panasz, a melylyel az orvoshoz jönnek, a mint ez így van a bemutató esetben is.

A beteg 52 éves, 8 év óta nő, mintegy 10 év előtt volt utolsó gonorrhoeája, azóta teljesen jól érezte magát, két év előtt tünt fel vizeletének bántó szaga és zavarossága, többfelé keresett segítyt a nélkül, hogy javulás állott volna be. Húgyeső 23 Char. számára átjárható, belőle kevés váladék nyerhető hosszabb fejes után, melyből festésre két pálczika és egy Gram szerint festődő diplococcus volt kimutatható. A vizelet az előbb említett tipikus bacteriuriás vizelet összes sajátosságaival bír, függő cseppben egész raja a mozgó, rövid, majdnem coccusszerű pálczikáknak. Culturában közép nagyságú, rövid, vastag, sporát nem képző, a gelatinát el nem folyósító bacteriumok, melyek friss culturában lomhán mozognak; a tejet megalvasztja, indol reactio positiv, burgonyán barnásszínű kiemelkedő csoportokat képez, tehát a colicsoport bacteriuma.

A hólyag 150—200 gr. folyadékot könnyen befogad, residualis vizelet nincs, hólyag fala cystoscopice kissé ereztebbnek mutatkozik.

Prostata mindkét lebenye jelentéktelenül megnagyobbodott, baloldalt behúzódnak és kissé rögzös felületet mutat. Váladék nem nyomható ki. A bacteriuria ez esetben a prostatikus folyamat közvetítése folytán jött létre.

A német sebészeti társulat XXIX. congressusa.

(1900. április 18—21)

(Folytatás.)

Petersen (Heidelberg) csatlakozik **Kehr** és **Löbker** nézeteihez, csak arra figyelmeztet, hogy cystektomia által kizárjuk azt a lehetőséget, hogy egy, később talán szükséges cystenteroanastomosist végezhessünk.

Körte (Berlin) azt tapasztalta, hogy epeköműtétek után is gyakran lépnek fel heves fájdalmak. Ép ezért azt ajánlja, hogy, ha a beteg panaszai nem jelentékenyek, ne végezzünk műtétet. Az indicatiót tehát szűkebb határok közé utalja.

König Ferencz (Berlin) előadja, hogy ő évek előtt sokat szenvedett epekövek miatt. Azt hiszi, ha akkor végeztek volna már cystektomiát, ma már nem volna epehólyagja. Így pedig műtét nélkül is meggyógyult.

Rehn (Frankfurt) említi, hogy bár ő volt az első, ki a cystektomiát és a choledochotomiát végezte, a műtét beavatkozást csak kevés esetben tartja indikálnak.

Freudenberg (Berlin): *A prostatahypertrophiának a Bottini-féle eljárás útján való kezeléséről* szól. A statistikai adatok kedvező világítást vetnek a Bottini-féle eljárásra, mely tudvalevőleg galvanocautice készít utat a vizelet számára. Hogy az incisio szemünk ellenőrzése mellett hajthatassék végre, egy incisios cystoskopot szerkesztett. Az utókezelést illetően állandó katheter alkalmazását ajánlja: a) műtét utáni vérzések-nél; b) igen genyes vizelet esetében; c) ha a katheter bevezetése nagyobb nehézségekkel jár.

Wossidlo (Berlin) szintén bemutat egy cystoskopot. A vitában **Frisch** (Bécs) szerint a Bottini-féle műtét megbízhatatlan, mert a készülék kezelése nem ellenőrizhető eléggé. Ugyanily álláspontot foglal el a műtét szemből **Zuckerhandl**, míg **Jaffé**, **Troje** és **Kümmell** jó eredményeket értek el vele.

III. ülés 1900. április hó 20-dikán.

1. Angerer (München): *A hasi zárdóról s a szükséges műtét beavatkozásáról* tart referáló előadást. A hasüregebe hatoló szűrt és lött sebeknél a műtét beavatkozás sürgős voltát minden sebész elismeri.

Sokkal nehezebb a helyzetünk a hasúri szervek olyan sérüléseinél, melyek erős zúzódás, illetőleg rázódás útján jöttek létre, a nélkül, hogy a hasüreg megnyitott volna. Áll ez különösen a bélsérülésekre. A nehézséget főleg az okozza, hogy a bél sérülését az első órákban nehéz felismerni, gyakran lehetetlen. Ennek oka abban rejlik, hogy az azonnal beálló shock és a bélsérülés tünetei fődik egymást. A mikor pedig az útbaigazító peritonitikus jelek már mutatkoznak, többnyire elkéstünk. Előadó szerint a következők igazíthatnak még leginkább útba:

Ha a shokos tünetek órák hosszat fennállanak, sőt fokozódnak, alapos a gyanú, hogy nem egyedül shockkal van dolgunk; a fájdalomak hevesbedése arra mutat, hogy bélsár jutott a szabad hasüregbe; a gyorsan fellépő és tartós hányás szintén bélsérülésre vall; a nagyfokú meteorismus jellegző tünet, hiánya azonban nem szől bélsérülés ellen, mert meglehet, hogy a kitüremlt nyákhártya elzárta a rést. Kétes esetekben ne habozunk a beavatkozással. Ezt követeli a statisztika, mely szerint 160 subcután bélsérülés közül a laparotomia mellőzése folytán 149 elpusztult; a gyógyult 11 eset közül tiznél visszamaradó sipolyok miatt utólagos műtét vált szükségessé. A fennálló shock nem contraindálja a laparotomiát. A has sebét nem egyesíti.

Előadás utáni vitában felhívja *Rehn* (Frankfurt), hogy egy alkalommal 9 órával a sérülés után operált. Daczára, hogy minden tünet perforatio mellett szólt, mégsem talált egyebet a belek tetanikus összehúzódnak.

Eichel (Strassburg) a diagnózis megállapításáig sem per os, sem per rectum nem ad semmit, mivel az így létrejövő subjectiv megkönnyebbülés elhomályosítja a kórképet. Az érverés minőségére nagy súlyt helyez.

Hahn (Berlin) minden bélsérülésnél tipikus resectiot végez, mert műtét közben még nem lehet konstatálni, hogy a belek mily mértékben és mily kiterjedésben szenvedtek változásokat.

Körte (Berlin) nagy diagnostikai értéket tulajdonít a hasizmok feloldali összehúzódnak.

2. *Bergmann* (Riga) volvulusnál a bélresectiot ajánlja.

3. *Credé* (Drezda) egy általa szerkesztett készüléket ajánl gastroenteroanastomosisknál. A készülék 3 ezüstlemezéből áll; ezek közül kettő egy közéjük helyezett gummilemezzel az elvezető bélrészlet üregébehelyeztetik, a harmadik az odavezető bél üregébe, illetve a gyomorba kerül. A lemezeket selyemfonállal köti össze. Az elvezető bélben levő lemezhez fémlánczon egy nagy mogyóronyi súlyos gömb lóg, hogy a lemezek biztosan a bélmozgás irányában vitessenek tovább, miután a közéjük szorított bélfalrészlet nyomásuk alatt elüszkösödött. 5–8 nap múlva a lemezek felszabadulnak s egy héttel később per anum eltávolodnak.

4. *Steinthal* (Stuttgart) *volvulusnál* Eiselsberg szerint jár el és minden alkalommal resecál. Felemlíti egy esetet, melynél bélresectio mellőzésevel oldotta meg a volvulust, de a 14 nap múlva beálló recidiva után mégis resecált. Az eset gyógyult.

5. *Sprengel* (Braunschweig) egy alkalommal az invaginatio okozójául a bélfal veleszületett cystáját észlelte.

6. *Kehr* (Halberstadt) háromszor végzett egy betegen gastroenteroanastomosist s csak harmadszor sikerrel. A Murphy-gombot szűk csatornája miatt nem alkalmazza.

7. *Kehr* ezután két fél éves gyermeket mutat be, kiken veleszületett pylorus stenosis miatt gastroenteroanastomosist hajtott végre.

A vitaközlés folyamán *Lindner* (Berlin) a Wölfler-féle gastroenterostomiát ajánlja varratokkal.

Krönlein (Zürich) a Hacker-féle műtétmód szerint operál: a Murphy-gombot sohasem használja, mert nem tartja feltétlenül megbízhatónak.

8. *Eiselsberg* (Königsberg) a jóindulatú pylorus stenosisokról értekezik, különös tekintettel a maró anyagok által létrejöttékre. A gastroenterostomiát ajánlja.

9. *Körte* (Berlin) egy gyomorfekély miatt végzett gastroenterostomia után keletkezett ulcus pepticum jejuni praeparatumát demonstrálja. Ily eset az irodalomban csak négyszer említett.

10. *Steinthal* (Stuttgart) kiegészíti e 4 esetet egy ötödikkal, melynél a fekélyek a Murphy-gomb körül léptek fel a műtét utáni 9-dik napon. E korai fellépés okát előrehaladott atheromatosisban keresi.

11. *Petersen* (Heidelberg) három esetben észlelt gastroenterostomia retrocolica után bélesavarodást. Ez akként jött létre, hogy az elvezető bélkaes a gyomor, az odavezető bélkaes és a hátsó hasfal által képezett gyűrűn átbújt az odavezető bélkaes mögé, maga után vonva az összes vékonybeleket. A mesenterium nagyfokú vongálása és elcsavarodása természetesen bélfaragást és gangraenát hozott létre. A bélesavarodás létrejöttét következőképpen magyarázza: Mindhárom műtétnél Murphy-gombot alkalmazott. Abban a pillanatban, midőn a gomb két felét összeillesztette, könnyen megeshetett, hogy az elvezető bélkacsot, melynek a gyomor homloksíkjával párhuzamosan kell haladnia, többé-kevésbé hátfelé tolta. Épen ezért igen figyeljünk arra, hogy a bélkaes elvezető szarát megfelelő helyzetéből ki ne mozdítsuk. Ajánlja a Murphygombot.

Cauer (Boroszló): A Murphy-gombot jóindulatú bántalmak esetében sohasem használja, a rosszindulatúaknál csak akkor, ha a műtét gyors befejezése szükséges.

Hacker (Innsbruck) — kiről a gastroenterostomia egyik methodusa van elnevezve — rendszeren 4–5 cm. hosszú metszést ejt, még pedig ferdén, hogy mindkét muscularist jól átmesse. A gyomor sipolyát közel ejti a nagy görbülethez.

Franke (Braunschweig), nehogy az invaginatio feloldása után reinvaginatío jöjjön létre, ajánlja, hogy az ileumot egy helyen varrjuk oda a hátsó hasfalhoz.

Löbker (Bochum) felemlíti, hogy a csecsemők veleszületett steno-

sisának diagnosisa könnyű. A gyermek eleinte jól ki van fejlődve, de idővel a stenosis tökéletes lesz, hányások lépnek fel epe nélkül, nincs széklet s a gyermek mindinkább gyöngül. Egyedüli gyógyító eszközünk ily esetekben a gastroenteroanastomosis.

12. *Wullstein* (Halle) mesterségesen hozott létre kutyákon skolisist, hogy a csigolyatesteken létrejövő torsiót demonstrálhassa. Bemutatja redressios készülékét.

13. *Grosse* (Halle) *Bramann* megbízásából egy gyermeket mutat be, kinek tibiahányát egy más egyéntől amputatio útján nyert, praeparált és kifőzött tibiarezzlettel pótolta. Az átültetett esztrésztlet organizálódott.

14. *Braun* (Göttingen) gyakran észlelte, hogy sérvműtétek és más hasúri műtétek után nemsokára daganatok léptek fel a hasüregben, melyek kevéssé mozgathatók s a belekre gyakorolt nyomás következtében bélszükületi tüneteket, fájdalmakat okoznak; olykor el is genyednek. E terimenagyobbodások könnyen összetéveszthetők rosszindulatú alképlettekkel, pedig nem egyebek, mint az omentum majus lobos daganatai s az által jönnek létre, hogy egy lekötésbe sokat veszünk az omentumból.

15. *Friedrich* (Lipese) ugyane kérdéshez szól hozzá. Különbőle állatokon omentumrésztleteket kötött le; utána legtöbbnyire a májban tályogok léptek fel. Ennek okát a vena portae capillaris emboliában keresi. Felveti ennek kapcsán azt a kérdést, hogy az emberi szervezetben fellépő májtályogok nem vezethetők-e vissza az omentum tompa traumáira. Ezután bemutatja egy resecált jejunumrésztlet gumáját, mely bélezáródást okozott.

16. *Krause* (Altona) üszkös sérveknél és a bélresectiók egyes eseteiben, midőn a két bélvégét varrat útján egyesíteni lehetetlen, anus praeternaturalis készítése után egy általa szerkesztett csipetítővel fogja össze a felső és alsó bélrészletet.

17. *Steinthal* (Stuttgart) bemutat egy készítményt, melynél az anus artificialist enteroplasticával zárta el.

18. *Körte* (Berlin) a hernia obturatoria egy esetét demonstrálja.

19. *Göpel* (Lipese) a sérvkapu elzárására fonott ezüstsodronyhálót használ, mely eddig minden (számszerint 18) esetben simán gyógyult be.

20. *Bessel-Hagen* (Charlottenburg) köldöksérveknél a sérvkaput akként zárja el, hogy a rectus hüvelyének 8–10 cm. hosszúságban tör-tént átmetszése után a két rectust befördített szélekkel varrja össze.

IV. ülés 1900. április 21-dikén.

1. *Gottstein* (Boroszló) bemutat egy 48 éves férfit, a kin egy év előtt a gégefő teljes kiirtását végezte. A légsző az alsó sebzúgba nőtt be. Az illető garatja segítségével különböző hangokat képes utánozni.

2. *Gluck* négy gége totalexstirpatios esetet s ezeknek kapcsán phonatios készüléket mutat be.

3. *Friedrich* egy betegén 1892 óta 45 incisiot végzett. Az illetőnek újult ugyan egy halszálka megsértette s azóta állandóan phlegmonosus tünetek mutatkoztak. Az incisioi alkalmazásával csak vér távozott, geny sohasem. Az esetet *pseudophlegmonenak* nevezi.

4. Ugyancsak *Friedrich* bemutat két fiútestvért számos exostosisal. Ezenkívül mindkettőnél defectus ulnae l. s. van jelen a radius subluxatiojával.

5. *Wilms* (Lipese) egy nőbetegén a medencze enchondromáját irtotta ki. Bemutatja a beteget, ki corset segítségével igen jól jár.

6. *Bergmann* (Berlin) 5 év előtt carcinoma recti miatt sacralis végbélexstirpatiot végzett. Azt hiszi, hogy az esetet tartósan gyógyultnak tekintheti, mivel azóta sem recidiva, sem metastasis nem mutatkozott. Bemutatja a beteget.

7. *Tietze* (Boroszló) egy esetében számos kisebb bőrsarcoma a mammatájon egy solid mammatumort utánzott. Bemutatja a készítményt.

8. *Lexer* (Berlin) a hasüreg teratoid daganatairól értekezik. Felemlíti, hogy a diagnózis megállapítása mily nehézségekbe ütközik, mert a daganat előfordulási helyén kívül semmiféle diagnostikus támpontunk nincs. Ezután megkülönböztet egyszerű és complicált dermoidecystákat, továbbá oly teratoidokat, melyek foetalis körültekolódások, ú. n. inclusiok következményei. Az egyszerű dermoidecysták ébrényi lefűződésük következtében jönnek létre s többnyire az omentumban vagy mesenteriumban ülnek. A complicált dermoidecysták túlnyomólag ovarialis eredetűek, a mikor is az egyik ovarium hiányzik. Az ilyen ovarialdermoid, ha esetleg az ileocecalis tájra kerül, lobos tünetek kíséretében könnyen összetéveszthető perityphlitis-sel. A complicált dermoidokhoz sorolandó az az irodalomban leírt eset, melynél a daganat a hasüregben visszamaradt heréből indult ki.

9. *Hoffa* (Würzburg) bemutat 3 beteget, kikenél a torticollis Mikulicz szerint operálta a sternocleidomastoideus kiirtásával.

Franke és Bunge megjegyzik, hogy a Mikulicz-féle műtét után is észleltek recidivákat.

Trendelenburg kosmetikus szempontból emel kifogásokat a műtét ellen.

Helferich szerint az ú. n. fejbiczezentő a fej rögzítő izma s ép ezért kiirtását nem ajánlja.

Sarwey (Tübingen) saját vizsgálatai alapján bírálja azon eljárásokat, melyek a kezeknek műtét előtti desinfectioját célozzák. Szerinte az *Ahlfeld*-féle (forró víz és alkohol) és *Mikulicz*-féle (szappanszesz) módok, bár nem tökéletesek, de elég jó eredményt adnak; ellenben a *Schleich*-féle eljárás (márványszappannal) megbízhatatlan. Maga részéről azt ajánlja, hogy a kéznek alkoholban történt fürösztése után desinfectioseket többé ne alkalmazzunk. (Folytatása következik.)

Figyelmeztetés!!

Az „Orvosi Hetilap” kiadóhivatala tisztelettel felkéri előfizetőit, előfizetéseiknek mihamarabb megújítására, hogy a lap szétküldésében zavarok ne támadhassanak.

PÁLYÁZATOK.

350/1900. főisp. sz.

A kormányzatomra bízott Alsó-Fehér vármegye kisenyedi járásában a járási orvosi állás elhalálozás folytán üresedésbe jöven, ezen **Koneza** községszékhelyhez kötött 1200 korona évi fizetés és 300 korona évi úti átalánnyal díjazott járási orvosi állásra ezennel pályázatot nyitok és felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy családi állapotukat, eddigi alkalmaztatásukat, minősítésüket és a tisztiorvosi vizsga sikeres letételét igazoló okmányaikkal felszerelt folyamodványaikat hozzám **augusztus hó 1-éig** annál is inkább terjeszszék be, mert a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veendem.

Nagy-E ny e d, 1900. június hó 17-dikén.

3-1

Zeyle Dániel, főispán.

4013/1900. k. i. sz.

Baranyavármegye pécsi járáshoz tartozó Ráczpetre, Devecser, Kassa, Magyar-Peterd, Gyula, Belvárd, Nagy-Budmér, Kis-Budmér, Egerágh, Herend, Szemely, Lothárd, Birján, úgy a siklósi járáshoz tartozó Ivánbattyán, Jakabfalu, Német-Palkonya, Kövesd, Kis-Tótfalu és Vokány községből alakított ráczpetrei kör-orvosi állás üresedésbe jöven, arra pályázatot hirdetek.

A körorvos fizetése 1200 korona és ingyen fuvar.

Ráczpetren a halottkém díj 1 kor., nappali látogatásért 1 kor., éjjeli 2 kor. Egerágh, Herend, Lothárd, Szemely és Birjánban nappal 1 kor., éjjel 2 kor. Magyar-Peterd, Devecser és Kassán nappal 1 kor. 50 fill., éjjel 3 kor.

Vokány, Kis-Tótfalu, Német-Palkonya, Gyula, Belvárd, Nagy-Budmér és Kis-Budmérban nappal 2 kor., éjjel 4 kor.

Ivánbattyán, Jakabfalu és Kövesden nappal 3 kor., éjjel 6 kor.

Ha a körorvos egy községben — Ráczpetrét kivéve — több beteget látogat meg egy napon, látogatási díja a betegek közt úgy osztandó fel, hogy 1 napi látogatási összes díja ugyanazon községben 10 koronánál több nem lehet.

Vagyontalanokat ingyen tartozik gyógykezeltetni és az orvosi rendelvénnyel írásért külön díj fel nem számítható.

Az éjjeli idő este 8 órától reggeli 5 óráig számítható.

Felhívom pályázókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 1-9., illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket folyó évi július hó 10-dikéig nálam annál is inkább beadják, mert a később beérkező kérvényeiket figyelembe venni nem fogom.

A választás határidejéül f. évi július 12-dik napjának délelőtti 9 óráját a ráczpetrei közigazgatási irodához ezennel kitűzöm.

Pécs, 1900. évi június 19-dikén.

Wau István, főszolgabíró.

34/1900. sz.

Az abrudbánya-verespataki Nehezék-Pénzalap Választmányja lemondás következtében megüresedett verespataki alorvosi állásra pályázatot hirdet.

Ezen alorvosi állással 1100 kor. fizetés, 240 kor. lótarás, 120 kor. szálláspénz és 400 kor. drágasági pótlék van összekötve és nyugdíjhoz van kötve.

A pályázati határidő: f. évi július 7-dike.

A pályázni kívánók felhívtnak a határidőig pályázati kérésüket, orvostudori, szolgálati és erkölcsi bizonyítványokkal felszerelve a választmány elnökségének annál is inkább beadni, mivel az elkészen beérkezettek tekintetbe nem vétetnek.

Ezen állást elnyerőnek kilátása van a verespataki községi orvosi állást is elnyerni, mely állás 800 korona fizetéssel van összekötve.

Abrudbánya, 1900. június 12-dikén.

Jánky Kálmán, v. jegyző.

3-1

Képes Ferencz, v. elnök.

3662/1900. sz.

Az üresedésben levő Nyitra megye miavai járásához tartozó Brezova községi orvosi állásra ezennel pályázatot nyitatom.

Ezen állás javadalmazása: előleges havi részletekben fizetendő 1200 korona készpénzfizetés, 200 korona utazási átalány, a fizetni képes betegektől a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak és a halottkémelés, hűsvizsgálat és himlőoltás utáni díjak.

Mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, kötelesek az 1876. évi XIV. és az 1893. évi I. t.-cz. vonatkozó szakaszai értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket ez évi július hó 2-dik napjáig alulírott főszolgabírói hivatalhoz betérjesztetni.

A választás ez évi július hó 5-dik napján d. e. 10 órakor Brezova község-házánál megejtetni fog.

Miava, 1900. évi június hó 13-dikán.

2-1

A főszolgabírói hivatal.

3138/1900. kig. szám.

A Bánffy-Hunyad székhelyi rendszerezett b. hunyadi körorvosi állomás, melyhez M.-Bikal, Farnos, Zsombok, Sztána, O.-Nádas, Sárvásár, Nyárszó, Körösfő, Kettesd, A.-Föld, K.-Föld, F.-Föld, Zentelke, Kr.-Szt.-Király, Damos és Jákótelke községek vannak beosztva, a körorvos elhalálozása miatt üresedésbe jöven, annak betöltése céljából pályázatot nyitok.

Ezen körorvosi állás 800 korona fizetés, valamint 520 korona lakbér és úti átalánnyal van javadalmazva.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §. foglalt minősítvényével, eddigi alkalmaztatásukat, valamint erkölcsi magaviseletüket igazoló bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérésüket hozzám június 30-ig adják be.

A választás július 2-dikán fog megtartatni. A járási főszolgabírótól.

Bánffy-Hunyad, 1900. évi május hó 31-dikén.

3-3

Kertész, főszolgabíró.

3296/1900. kig. szám.

Bihar vármegye derecskei járásában lévő hajdubagosi község egészségügyi körben — mely körhöz Hajdu-Bagos és Sáránd községek tartoznak, összesen 3204 lélekkel, — a körorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére pályázatot hirdetnek, s a

választás megtartására határidőül folyó évi június hó 30-dik napjának délelőtti 10 órája Hajdu-Bagos községbe mint a kör székhelyére kitűzetik.

A körorvos javadalmazása:

1. Bihar vármegye pénztárából 800 korona évi fizetés és 160 korona lakbér, a mely évnegyedi részletekben fizetetik.

2. Hajdu-Bagos községben a halottkém teendői teljesítéséért esetenként 80 fillér, a látogatási díjak pedig nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér, vényírás az orvos lakásán 40 fillér.

3. Sáránd községben, hová a körorvos a község által kiállítandó előfogatón hetenkint kétszer tartozik átmenni, a látogatási díjak ugyanazok mint Hajdu-Bagos községben.

Felhívom az ezen állásra pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. és illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-ában előírt képességüket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket alulírott folyó évi június hó 29-dikéig annál is inkább adják be, mert a később beérkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Derecske, 1900. évi május hó 31-dikén.

3-3

Fráter Barnabás, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33-1951, kénsavas natron 6-6679, szénsavas méz 3-6312, chlornatrium 3-9842, szénsavas magnesium 1-7478, szénsavas lithium 0-1904; szilárd alkatrészek, 52-5011, összes szénsav tartalom 55-1737, abból szabad és kötetlen 38-7660, hőmérsék 10-1-11° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomor-bántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérel stb.

Kitünő diatetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

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

Fürdőorvos: A fürdő-igazgatóság Bilinben
Med. Dr. REUSS VILMOS Csehországban.

AUSSEE

Dr. SCHREIBER Alpenheim. Hidegvíz-kúra, lúg-fürdők, gyógygymnastika.
Hizlalo kúrák: Junius 1-től októberig.

Az idióták és gyengeelméjűek

államilag engedélyezett intézete Pelsőczön (Gömör-megye), kíváncsra bérmentve küld prospectusokat.

MATTONI

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐJE

Gyógyhely Budapest (Budán).

Idény április 1-től október 15-ig.

A gyógyhely forrásai ajánlhatók: a belek bántalmainál, alhasi és általános vérbőségénél, májbajoknál, aranyérelnél, túlságos elhízásnál, köszvényénél és női bajoknál.

Rendelő fürdőorvos: Dr. Polgár Emil.

Égészséges fekvés, jutányos lakások, jó vendéglő. Villamos vasuti összeköttetés a fővárossal.

Tulajdonos: Mattoni Henrik.

Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtillorum medicinale

Kitünő hatású 1 üveg 80 kr., 5 üveg bérmentes
gyógyszere a bélhurutnak postaszállítással 4 írt 60 kr.

Készíti: CORNIDES KÁROLY gyógyszerész FELKA (Szepesm.).

Raktár: TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerész Budapesten.

DR. FELES-VÉDŐIMLŐLTÓANYAG TERMELŐ INTÉZETE ZOMBORBAN