

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 magan- gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÓGYES 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 Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Winternitz M. Arnold: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem I. számú sebészeti kórodájáról. Igazgató Dollinger Gyula dr. egyet. nyilv. rendes tanár. Az appendicitisek bakteriológiája. 191. l.

Bruckmayer Ferenc: Közlemény a szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról (főorvos: Róna S. dr. ny. rk. tanár). Adatok a lupus vulgaris elterjedéséhez Magyarországon. 193. l.

Sugár K. Márton: Az idült dobüreglob újabb mechanoterapeutikus kezelése. 194. l.

Imrédy Béla: A cholelithiasis pathogenesiséről és terapiájáról. 196. l.

Terray Pál: Megjegyzések Stiller Bertalan „Néhány szó a phonatios jelenségről” című közleményére. 197. l.

Tárca. Hógyes Endre elnöki megnyitója. 198. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Tövélygi Elemér:* A „rezgő massage” értékéről, valamint alkalmazásának legújabb módszereiről a felső légutak megbetegedéseinél. 199. l. — *Kerntler Jenő:* Újabb gyógyszerek. 199. l. — *Könyvismertetés. A. Bickel:* Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der Cholämie. 200. l. — *Jessner:* Dermatologische Vorträge für Praktiker. 200. l. *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Trudeau és Baldwin:* Kísérletek tuber-

culosis antitoxin előállítására. (Filep.) — *Di Mattei:* A bőr szerepe a pestises fertőzésben. (Filep.) — *Di Mattei:* A házi állatok viselkedése a pestisfertőzéssel szemben. (Filep.) — *Belgyógyászat. Ewart:* A bal fülcsé megnagyobbodásának felismeréséről kopogtatás által és a hátercussio klinikai alkalmazásáról általában. (—ct.) — *Chvostek:* Az akromegalia symptomatológiája. (Lengyel Loránd.) — *Charon:* Göczos agylágyulás kíséretében jelentkező psychikus zavarok. (—nt.) *Schmidt:* Izomrostok kiürülése a bélsárral. (Kövesi Géza.) — *Sebészet. Tavel:* A lőtt sebek infectioja és desinfectioja. (Pólya Jenő.) — *Szülészet és nőgyógyászat. Heil:* Ritka pulsus a gyermekágyban. (Doctor.) *Pinard:* A mesterséges abortus. (Doctor.) — *Delagenière:* A méh totalexstirpacioja hüvely és has felől kombinált módon. (Doctor.) — *Merttens:* Laparotomiánál visszamaradt kompressnek a végbélbe jutása. (Erdey.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* Az influenza gyógyítása. — *Scognamiglio:* A validol. 201—204. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az Országos Közegészségi Egyesület. — Az „Orvosi Kör” országos segélyegylete. — Kinevezések. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — 204. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Melléklet: *Navrtil Imre:* Sebészeti adatok a szt. Rókus-kórház II. sebészeti és orr-gégészeti osztályáról.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem I. számú sebészeti kórodájáról. Igazgató Dollinger Gyula dr. egyet. nyilv. rendes tanár.

Az appendicitisek bacterológiája.¹

Közli: Winternitz M. Arnold dr. műtönövendék.

A féregnyújtvány lobos megbetegedéseinek kór- és kórok-tana nagyjában ugyanazon phasisokat futotta be, mint a gynae-cológiának azon fejezete, melyet ma tisztázva az adnexák lobos bántalmainak csoportja alatt ismerünk.

A megismerés mindkét téren az objectiv bonczani meg-szemléléssel vette kezdetét, de az így nyert képek szerves kap-csolása jó ideig váratott magára. Mindkét téren teljes világos-ság csak az operatív technika fejlődésével kezdett mutatkozni, azon korban, midőn a kórfolyamatok késői stadiumairól beszámoló kórbonczani adatok a fiatalabb stadiumokat felszínre hozó sebészi tapasztalatokkal összevethetőkké lettek. Az operatív chirur-gia e kórfolyamatok fiatalabb stadiumainak autopsiája lett in vivo, s mint ilyen az iskolázott szemnek betekintést engedett oly időben, midőn a finomabb anatomikus viszonyok miatt úgyis decens alapfolyamatokat másodlagos elváltozások még nem takarják.

A jobboldali csípőtányér és vakbéltej gyengyülemeinek mind nagyobb és nagyobb teret hódító sebészi kezelése kedvező esetek révén azon conclusiora jutott, hogy a therapia nem állhat meg a szóban forgó s a folyamat lényegének tetsző eme kóros viszonyok-nál, hanem tovább menni kénytelen, a mennyiben ezek a folyamat pathológiájában másodlagos eredetiek lévén, eredményei egy ártat-lannak hitt szerv oly megbetegedésének, mely csekély anatomikus dimensioi folytán a secundaer állapotok által takarva van.

¹ Előadatott az orvosok és természetvizsgálók XXX. vándor-gyűlésén Szabadkán 1899. augusztus havában.

Ily okoskodás révén jutott a chirurgia a perityphlitikus tályogok egyszerű incisiojától az appendix resectiojáig; s mióta ez sikerült, tisztázta a pathologia az azelőtt oly kevésbé méltatott féregnyújtvány fontos kórtani jelentőségét.

Ma tudjuk, hogy a vakbél körüli gyuladások s az ezek eredményeiként keletkező gyengyülemek nem elsődlegesek, nem ezek teszik ki a folyamat kórtani lényegét, hanem ily esetekben a különben csekély élettani értékkel bíró féregnyújtvány az, mely elsődlegesen van megbetegedve s mint ilyen a pathologia s therapia irányító pontját kell, hogy képezze.

Ezen élettani feladat nélküli kicsinyke szerv, mely phylo-genetikusan szempontból a vakbél visszafelődési maradványának tekintendő, kórtani fontossága épen abban rejlik, hogy: a *bél-huzamba nyíló csökevényes, szűk járatú szerv.*

A boncz- és élettani viszonyok mostohasága az, mi a bél-esatorna e függelékének kórtani fontosságát kölcsönöz; mintha csak pathologia akarná pótolni azt, mit tőle az anatomia s phy-siologia megtarított.

* * *

A féregnyújtvány-gyuladások pathogenesisét első sorban e szerv czélszerűtlen bonczai s hiányos élettani berendezéseire kell építeni.

Alig van szerv, mely lobfolyamatok kifejlődhetése tekin-tetésében alkalmasabb körülmények közé lenne kárhozthatva, mint a féregnyújtvány. Egyik végén vakon végződő szűkjáratú nyák-hártya-tractus ez, mely egyetlen nyílásával a bélcsatorna mélyebb, lassúbb keringésű s rendellenes bomlásokra alkalmas részletébe, a vastagbélbe nyílik, oly csatornarészletbe, melynek bennékehez normalis viszonyok között is microorganismusok milliárdjai van-nak keverve.

Igaz, hogy a bélhuzam csirjainak milliárdjai a bennék ren-des keringése mellett, hogy úgy mondjam physiologikusak, adott esetben azonban veszedelmesekké lehetnek egy oly exponált szervre, mint a féregnyújtvány, melynek védőberendezései oly hiányosak.

Mert minden szűkjaratú nyákhártyahuzam, mely akár a külvilágba, akár egy más tágabb nyákhártyatractusba nyílik, berendezésekkel van ellátva, melyektől bizonyos ezélszerűség el nem vitatható.

Vegyük első sorban azon szűk caliberrű nyákhártyahuzamokat, melyek a féregnyújtványhoz hasonlóan a bélhuzamba nyílnak s azt fogjuk találni, hogy elegendőképen vannak ellátva berendezésekkel, melyeket a féregnyújtvány nélkülöz. Úgy az epeutak, mint a pancreas kivezető esőve billentyűszerű készülékkel bírnak, mely azok lumenét a bélesatorna káros hatásai elől kielégítően elzárja. Hisz arról alig tudunk valamit, hogy ezek lumenét a bélből beléjük került idegen test valamikor elzárná, mihez analog jelenség a féregnyújtványnál csaknem mindennapi. Másrészt ezeknek felhágó infectioi is mennyivel ritkábbak a féregnyújtvány analog megbetegedéseinél!

De nemcsak acceptabilis billentyű hiánya játszik fontos szerepet e szerv kóralakjainak pathogenesisében, fontosabb ennél az, hogy a féregnyújtvány nélkülözi még ama berendezést is, mely az előbb említett tractusok hatalmas fertőzést gátló tényezője s ez: *a járatok kifelé tartó váladékának intensív árama*. Ezen váladék-árammal szemben a bélhuzam fertőző hatánya már mechanikus okok folytán sem emelkedhetik. A mi nem kiesnylendő berendezés, még ha e váladék-áramok antiseptikus képességeitől eltekintünk is.

Mindezen óvó-berendezések a féregnyújtványnál hiányzanak. Sem különös billentyűje, sem intensív kifelé törő váladék árama nincsen, sőt mirigyváladékot nem vezető más szűk tractusok ama védőképességével sincs ellátva, hogy esillószerű mozgással váladékát továbbíthassa, mint a hogy azt az orrgaratúr melléküregeinél, a dobünnél, a bronchusoknál, petevezetékeknél találhatjuk.

Már ily futólagos összehasonlítás révén sejtethetővé válik, hogy e védőberendezések hiányát bizonyos tekintetben beteges dispositioval fizeti meg a féregnyújtvány. Igaz, hogy jól fejlett izomrétegével energikus összehúzódások révén bennéket kihajtani s így a vakbél felől beléje kerülő anyagok előhatolásának bizonyos fokig ellenállani képes, de e tulajdonsága mégsem pótolja teljesen a fennebb említettek hiányát. A kórtani tapasztalás legáltalában ennek felvételére jogosít.

Mert a féregnyújtvány integritása első sorban a vakbél, illetve annak bennéke felől van veszélyeztetve. Mint a coecum alsó falához tapasztott szűk lumenű, vak függelék, a bélesatornának fejlődéstani úton az emésztésből teljesen kizárt szakaszát képviseli. Feladata, melylyel az emésztés munkájába beleilleszkednék, az embernél nincs s így teljesen haszontalan képletként fityeg a bélesatornán. A tápasatorna emésztendő vagy felszívandó bennéke nyákhártyával normalis viszonyok között nem érintkezik, lumene összehúzódott és üres, illetve hámrétege által produkált néhány csepp tiszta nyákkal van kitöltve. (E tekintetben csak a foetalis élet tesz kivételt, midőn lumene néha kevés meconiumot tartalmaz.¹) Neki az ember életében semmi más feladata nincs, mint hogy a bélhuzammal való communicatio daczára megtartsa azt, mire a phyllogenesis kárhóztatta, azaz: *ürének a béltartalommal sohasem való érintkezését* — vagy a pathologia nyelvén szólva — *sterilitását*.

Addig, míg e két tulajdonságot megőrizte, az embernél normalis viszonyok forognak fenn. Ezek bármelyikének elvesztésével kóros körülmények állhatnak be.

Az, hogy a féregnyújtvány normalis viszonyok között a felnőttben üres, azaz bélsarat nem tartalmaz, már régen ismert tény, és calibere szűk voltának s hatalmas izomrétegének tekintetbe vételével érthető is. Vannak ugyan kivételes esetek, melyekben az appendix kiesny, rendszeren beszáradó s concrementum képződésben lévő bélsárdarabkákat tartalmaz, a nélkül, hogy lobos lenne. De ez csak ritka kivétel. A norma az, hogy a féregnyújtvány az embernél bélsártól egyáltalán mentes marad (Ribbert²).

Már sokkal sajátosabb első pillanatra, hogy a vakbélbe nyíló alig 8–10 cm. hosszú féregnyújtvány lumene steril, azaz bakteriummentes is legyen. Pedig ez így van, miről bárki meg-

győződhetik, ha felnöttek féregnyújtványát közvetlenül a halál után sterilítésre vizsgálja. Több ízben volt alkalmam alig néhány órával a halál után kivett ép féregnyújtványokat vizsgálni, de az ezek lumenében levő kevés tiszta nyákot *mindig teljesen sterilek találtam*.

E körülményt nemcsak azért emelem ki, mivel az appendicitisek pathogenesise szempontjából igen fontosnak tartom, hanem azért is, mivel irodalmi közlésekben szeltében találkozunk kitételekkel, melyek szerint a féregnyújtvány gyuladásainál a benne „normaliter“ előforduló microorganismusok jutnának érvényre. E feltevés *alapjában hibás* s csak onnan eredhet, hogy a féregnyújtvány-lobok bakteriologiájával foglalkozott bűvárok az appendix normalis viszonyait kéllőképen nem méltányolták.

Pedig az appendix belsejének sterilítása — ha más szűk caliberrű nyákhártyahuzamokkal összehasonlítjuk — nem is oly meglepő. Tudjuk az emberi szervezetben saprophyta módon élő microorganismusok elterjedési módjából, mily óriási mennyiségben árasztják el azok a szájgarat üregét, az egész bélhuzamot, a női genitáliák alsóbb szakaszát, mégis az ezen részekbe nyíló szűk nyákhártya-menetek tőlük teljesen mentek maradnak, azaz sterilek. Így van ez az orrgaratúr melléküregeivel, az összes bronchus ágakkal, az epeutakkal, a Fallop-kürtökkel stb. s ezen szabály alól normalis körülmények között az esetek túlnyomó átlagában nem tesz kivételt a féregnyújtvány sem, jóllehet védőberendezései az előbbiekhöz képest — mint láttuk — hiányosak.

Mindig abnormis jelenség, ha ezen helyeken microorganismusokat találunk. Kivétel e tekintetben csak az epeutakkal teendő, melyek bennékeben kiválasztás útján esetleg lehetnek gyér számban microorganismusok jelen a nélkül, hogy lobos vagy kóros jelenségről szólhatnánk. De oly féregnyújtvány, mely microorganismusokat tartalmaz, az nem normalis, mert a csírok lassú keringésű nyákos bennékeben alkalmas talajt találva, bizonyára rohamosan fognak felszaporodni s gyorsan fogják fertőzni *nyírtüszőkben* dús, jól felszívó nyákhártyáját.

Az appendicitisek pathogenesise szempontjából tehát fontos kérdés az, hogy microorganismusok *mi módon* juthatnak a steril féregnyújtványba? A fertőzésnek nagyjában két alakja van.

I. Vagy a coecum lumenéből belekerült idegen test felszínéhez tapadva, vagy consistensebb faeces-rögöcske belsejébe rejtve juthatnak magával az idegen testtel a coecumból a féregnyújtványba. A fertőzés e módja aránylag elég gyakori s az alább tárgyalandó fertőzési módtól abban különbözik, hogy ez esetben a féregnyújtvány *egyszerre az összes* bélbakteriumok által fertőztetik, hisz az azelőtt a coecumban időzött idegen testen a bélbakteriumok *valamennyi fajta* tapadva lesznek. Ez igen nevezetes pont az ily módon létesülő appendicitisek pathologiaja s prognosisa tekintetében, mert ily esetekben az idegen test által okozott exoriatio vagy decubitus helyéről meginduló infectio a jelen levő számos saprophytikus csír által könnyen üszkös gyuladásá alakíthatatik, rapid perforatiótól, sőt az egész féregnyújtvány teljes necrosisától követhet. Csak így értelmezhető az idegen testek által fentartott appendicitisek feltűnő üszkösödési hajlandósága, mert az ezeknél fenforgó fertőzések nem egyebek *kevért fertőzés*eknél (Mischinfection), melyeknek e helyen exquisit rothasztó, putrid tendenciája van.

Nem szükségképeni következmény azonban, hogy az e helyre tömegesen eljutott bélbakteriumok azonnal gangraenás fertőzést hozzanak létre. Számos eset van, melyekben a koprolith mellett az összes bélbakteriumok hosszú ideig tartózkodtak a féregnyújtványban a nélkül, hogy a gangraenás gyuladás bekövetkezett volna. Ily esetekben az idegen test s az általa bevitt polyinfectio chronicus hurutot tart fenn, nyákhártyatütségessé, folliculus-duzzadással, s az anatomikus kép csak egy appendicitis catarrhalis chronicának felel meg. Az ily appendix azért minden pillanatban ki van téve annak, hogy a kő s az infectio által fentartott hurut a jelenlévő saprophyták virulentiájának felfokozódása mellett egyszerre üszkös gyuladásba csap át. Addig, míg egy ily hurutos féregnyújtványnál a váladéknak az idegen test mellett szabad lefolyása van, komolyabb incidensek nem történnek; mihelyt azonban akár a kő appositionalis növekedése, akár a nyákhártya erősebb duzzadása folytán a féregnyújtvány elzáródik s ez által a váladék lefolyásában akadály merül fel, azonnal

¹ Testut: Anatomie humaine.

² Virch. Arch. Bd. 132.

beállnak azon súlyos complicatiók, melyeket egyebütt is, hasonló hurutos menetek hirtelen eldugulása alkalmával észlelni szoktunk.

A homlok- és állkapcsi öblök, valamint a középfül chronikus hurutjairól tudjuk, hogy az *exacerbálás* azonnal beáll, mihelyt a váladék lefolyásának valamely akadály állja útját. Ilyenkor az elzáródott üregekben nemcsak a váladék nyomása emelkedik, hanem megváltozik a bejutott csírok biológiai viszonya is. Az azelőtt aërob körülmények között tenyésztett bacteriumok az oxygen elhasználása után anaërob életet kezdenek folytatni, melyben a saprophyták nagy részének virulentiája, toxicitása rendkívül felfokozódván, a régi catarrhalis folyamat explosioszerűleg csap át heveny üszkös gyuladásba.

A középfül hurutjainál ez jól ismert mindennapos jelenség s az orvosnak, hogy úgy mondjam, szeme előtt folyik le.

A féregnyújtványnál sem lehet ez másképp; hisz elzáródása esetén a kő mellett bezárt bélbacteriumok virulentiája épen úgy fel fog fokozódni, mint a hogy azt experimentalis úton Kleckl¹ a bélbacteriumokra (speciell a *bact. coli-ra*) ki is mutatta.

A megszökülésnek, illetve elzáródásnak tehát csak hurutos, vagyis fertőzött féregnyújtványnál lehet jelentősége, míg egy normalis, azaz steril appendix elzáródása semmi lobos következményt nem kell hogy vonjon maga után, mint a hogy azt tényleg a *hydrops processus vermiformis*-nál látni alkalmunk is van.

Fentebbiekben tárgyaltuk a féregnyújtványlobok azon fajtáját, mely a fertőzés mechanizmusa s a bennök működő bacterium-flora tekintetében külön csoportot igényel. Ezeknél a fertőzés kézzel fogható mechanikus viszonyokra (faeces-particulák, idegen testek bejutására) vezethető vissza; az infectiót magát pedig jellemzi, hogy az *kezdetől fogva a bélbacteriumok összessége* által van képviselve, tehát polyinfectio.

II. A féregnyújtvány fertőzésének második módjánál az előbbire jellegzetes egyszerű mechanikai momentumokat nem találjuk, de ezzel kapcsolatban a gyuladás nem is a bélbacteriumok összessége, hanem *csak egy, vagy két csír*, tehát egy „*infectio sui generis*” által van feltételezve. Ezen körülmény az, mely bacteriologiai szempontból a féregnyújtványlobok e fajára jellemző.

Ezen appendicitisek értelmezésénél a mechanikai momentumokat teljesen számításon kívül kell hagynunk, mert képzelhetetlenek oly mechanikai körülmények, melyek a bélhuzamból csakis *bizonyos fajtájú* bacterium species vagy speciesek bejutását segítenék elő, vagy engednék meg. Pedig az appendicitisek e fajtái úgy látszik nagyon gyakoriak, s merném állítani, hogy az idegen testek által és per contiguitatem létesült alakok kivételével valamennyi más ide tartozik, vagy legalább *kezdeti* stadiumaiban ide tartozott.

Ha most azt kérdezzük, hogy hogyan lehetséges az, hogy a béllal közlekedő féregnyújtványba a bél felől nem az összes bélbacteriumok, hanem csak *egyetlen* pathogen csír kerül bele, úgy erre directe válaszolni nem tudok, hanem néhány általánosabban ismert analogiával igyekszem megvilágítani a tényt.

Közismert dolog, hogy garathurutok, tonsillitisek után fellépő középfülgyladások nem egyebek a garatból kiinduló *specialis* infectioknál, infectiók „*sui generis*”.

Heveny otitiseket bacteriologikus controllal kíséző fülészkek előtt ismeretes, hogy a folyamat kezdeti stadiumaiban a genyben rendszerint egyetlen csírt, leggyakrabban streptococcust, diplococcus Fränkel vagy staphylococcust találni. A garat nagyszámú mikroorganismus fajtái közül tehát speciell *bizonyos* fajta az; mely az appendixhez hasonlóan steril középfül-területet elárasztva, annak lobját, hurutját idézi elő. Ugyanígy áll a dolog a rhinitisek után fellépő homlok- s állkapcsi öblök lobjaival is, sőt tovább megyek s emlékebe hozom, hogy a lehágó bronchitisek, sőt pneumoniák is — legalább a folyamat kezdeti stadiumait tekintve — rendszerint *specialis* monoinfectiók.

A bélhuzam felől kiinduló nyákhártyahurutoknál is megtaláljuk az analog magatartást. A felhágó cholangitisek legalább is sok esetben monoinfectiók, s élenken emlékszem két esetre, hol ascendáló cholangitis kapcsán fellépett nagyszámú májtályogokban egyetlen egy bacterium speciest, az egyikben egy kis strepto-

coccust, a másikban diplococcus Fränkelnek minden tekintetben megfelelő lancettás, capsulás microorganismust találtam teljesen tiszta tenyészetben. A fertőzésnek a bél felől ascendáló módja mindkét esetben elvitázhatatlan volt, annyival is inkább, mivel az epeutak mélyebb pontjain a bélbe való benyiláshoz közeledőleg mind több és több bélbacterium fajta volt található.

Ezen analogiákból kiténik, hogy a nyákhártyahurutoknak *felületek* szerint való kiterjedésénél nem szokatlan jelenség, hogy egy nyákhártya szakaszából, mely normaliter mikroorganismusokat tartalmaz, kiválnak bizonyos pathogen speciesek s bizonyára virulentiájuknak *ad hoc* való felfokozódása eredményeként elárasztanak s fertőznek oly nyákhártyatractusokat, melyek normalis viszonyok között bacteriummentesek, azaz sterilek.

Igy van ez az otitisek, bronchitisek, az epeutak infectioinak jó részénél, s így kell annak lennie az ezen területek anatómiájával elvben összhangzó féregnyújtványnál is.

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. István-kórház bőrbeteg és bujakoos osztályáról (főorvos: Róna S. dr. ny. rk. tanár).

Adatok a lupus vulgaris elterjedéséhez Magyarországon.

Bruckmayer Ferencz dr. alorvostól.

Ma, a midőn a tüdőtuberculosisnak hazánkban óriási elterjedtsége felzavarta a közvéleményt és egy védekező áramlat megindíthatásához vezetett, nem vélünk felesleges munkát végezni, ha ezúttal a *börtuberculosis* elterjedtségének ismeretéhez némi útmutató statisztikai adatokat nyújtunk. Egyelőre csak a *lupus vulgarisra* kell szoritkozunk, melynek kórisméje a multban is legjobban volt biztosítva.

A gümös infectionak ezen nyilvánulása is a mindennapi jelenségek közé tartozik, azonban jelentősége annyiban növekedett, mert ma a *lupus vulgarisra* az esetek óriási többségében *beoltási tuberculosisnak* tartják.

Jelen soraimban néhány statisztikai adattal kívánok hozzájárulni e pusztító betegségnek hazánkban elterjedési és egyéb aetiologiai viszonyaihoz. Csak egy része lehet ugyan ez annak a számnak, a mely Budapesten magában is észleltetik, mert a Stefánia-gyermekkorház, a poliklinika, a sebészi osztályok stb. is bizonyára nagy számú lupus-statisztikával állhatnának elő — és kívánatos is volna, ha ez, általános tájékozódás végett, meg is történnék —, mégis ezen csekély rész is eléggé közérdekkel bír, hogy közöltessék.

Adataim eléggé megbízhatók, minthogy azoknak alapját a *szt. István-kórház* bőrbeteg osztályának mintegy 13 évi (1898. december 31-dikéig) anyaga képezi. Ezen idő alatt összesen 690 lupus-beteg, még pedig nemek szerint:

252, azaz 36·6% férfi
438, azaz 63·4% nő

állott gyógykezelés alatt.

A *betegség túlnyomó számmal nőknél észleltetett* és így statisztikánk ezen része csaknem teljesen egyezik Raudnitz (37·3% férfi, 62·7% nő) és Pontopidan (34% férfi, 66% nő) adataival.

Igen érdekes képet nyújtanak azon adatok, a melyek a betegségnek kor szerint való feltüntetésére vonatkoznak; nevezetesen:

A férfibetegek közül volt

4 hetes	1	azaz 0·5 százalék
11 hónapos	1	„ 0·5 „
1—10 éves	17	„ 6·9 „
11—20 „	122	„ 48·5 „
21—30 „	70	„ 27·9 „
31—40 „	29	„ 11·6 „
41—50 „	9	„ 3·7 „
51—60 „	1	„ 0·5 „
61—70 „	2	„ 0·9 „

A *férfibetegeknek legnagyobb részét tehát, mint látjuk, a 11—20 éves betegek szolgáltatják*; a gyakoriság innen kezdve a korról arányosan fogy; az életkortáblázat áttekintésénél feltűnik mint nevezetes észlelet az, hogy a férfibetegek közül volt egy *négy hetes* és egy *11 hónapos* csecsemő is, de megengedjük, hogy e két esethez kétség férhet.

¹ Recherches sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale. Annales de l'Institute Pasteur, T. IX.

A nőbetegek közül volt az életkort illetőleg:

1-10 éves	29	azaz	6.7	százalék
11-20 "	218	"	49.8	"
21-30 "	98	"	22.4	"
31-40 "	57	"	13.0	"
41-50 "	21	"	4.8	"
51-60 "	13	"	2.9	"
61-70 "	1	"	0.2	"
71-80 "	1	"	0.2	"

Vagyis a nőknél is a lupus-betegedések legnagyobb contingenst a 11-20 éves egyének szolgáltatják. A korbeli adatok is megfelelnek nagyjában Raudnitz hasonló adatainak. Érdekes itt az a körülmény, hogy a betegség igen magas korban is észleltetett.

A két táblázat számadataiból levonva az együttes következtetést, azt látjuk, hogy a lupus vulgaris az eseteknek mintegy fele részében 11-20 éves egyéneknél észleltük, hogy azonban viszont nincsenek a betegség ellen megóva a legextremebb korú egyének sem. A mi a betegségnek vallás szerint való elosztódását illeti, úgy ez a következő:

római katolikus	452	azaz	64.79	százalék
reformatus	86	"	12.75	"
izraelita	78	"	11.30	"
evangelikus	61	"	8.84	"
gör. kath. és kel.	10	"	1.44	"
unitarius	1	"	0.14	"

E táblázatból kitűnik, hogy a lupus vulgaris elterjedtsége vallások szerint megfelel a megfelelő vallású lakosság számárányának.

A betegségnek foglalkozás szerinti elosztódása a következő: kiskorú vagy foglalkozás-

nélküli	186	orvosnövendék	1
napszámos	134	katonatiszt	1
cseléd	97	könyvelő	1
földmives	62	utazó	1
tanuló	55	vasúti málházó	1
varrónő	17	bábanövendék	1
cipészsegéd	14	szakácsnő	1
kereskedősegéd	11	ácssegéd	1
szabósegéd	8	sütősegéd	1
asztalossegéd	8	hentes	1
lakatos	7	kéményseprő	1
kovácssegéd	6	bányász	1
magánzó	6	kávés	1
molnársegéd	5	mészáros	1
kőművessegéd	4	fazekas	1
tanítónő	3	mérnök	1
mosónő	3	gyárvezető	1
nyomdász	3	mozdonyvezető	1
gépész	3	kántor	1
pinczér	3	pályaőr	1
házaló	3	zsellér	1
hivatalszolga	2	üvegessegéd	1
zenész	2	szitássegéd	1
mázolósegéd	2	kádársegéd	1
aranyművessegéd	2	szappanos	1
borbélysegéd	2	érezfényező	1
hivatalnok	2	gombkötő	1
kertész	2	szíjgyártó	1
távirásznő	2	rostás	1
bádogos	2	operai zsinór-munkás	1
bőröndössegéd	2	csecsemő	1

A mi a betegségnek megyék szerint való elosztódását illeti, úgy ez fogó sorrendben a következő:

Pestmegyei volt 173 beteg (ezek közül 58 budapesti).			
Fehér	33	Jász-Nagy-Kún-Szolnok	17
Tolna	27	Esztergom	16
Veszprém	26	Somogy	15
Zala	23	Nyitra	14
Komárom	22	Csongrád	14
Nógrád	20	Szepes	14
Heves	20	Baranya	13
Győr	17	Hont	12

Vas	10	Turóc	5
Sopron	9	Ung	5
Pozsony	9	Szatmár	4
Zemplén	9	Arad	4
Liptó	8	Bereg	3
Árva	8	Mármaros	3
Gömör	8	Temes	3
Bars	7	Moson	3
Szabolcs	7	Szilágy	3
Krassó-Szörény	7	Nagy-Küküllő	3
Sáros	7	Háromszék	2
Békés	6	Udvarhely	2
Bács	6	Zólyom	2
Abaúj	5	Csanád	2
Bihar	5	Ugocsa	2
Torontál	5	Brassó	1
Trencsén	5	Torda	1
Borsod	5	Csik	1
Hajdú	5		

A többi beteg idegen származású volt.

E táblázat azt mutatja, hogy a lupus vulgaris mindenütt elterjedt betegség. Hogy az erdélyi megyék kis számmal, a Budapest közelében levők pedig aránytalanul nagy számmal vannak képviselve, annak csakis a közelségi és távolsági viszonyok adják meg magyarázatát. Érdemes volna minden esetre kutatni azt, vajjon főleg a városokban, de egyebütt a vidéken is, kimutatható-e a lupus vulgaris és a foglalkozás között oly összefüggés, a minőt a tüdőtuberculosisra vonatkozólag már ismerünk. Nem szenved azonban kétséget, hogy csak némileg is megbízható adatokat az olyan statisztikák fognak szolgáltatni, a melyeknek anyagát nemcsak a kórházi szegénybeteg-anyag képezi. Igen valószínű, hogy csak úgy, mint a tüdőtuberculosisnál, a lupus vulgarisnál is első sorban a praeventiv eljárásoktól, vagyis az egyéni és általános hygiene helyes útbaigazítása által fogjuk a legtöbb eredményt elérhetni. A mi speciell a lupusnak regionarius fellépését illeti, úgy erről csak azon esetben leszünk képesek helyes képet alkotni, ha úgy a kórházi, mint a privat beteganyagot az ország legkülönbözőbb pontjairól gyűjtjük össze.

A mennyiben, mint láttuk, a lupus az esetek többségében a 11-20 éves egyéneknél kerül észlelés alá, önként következik, hogy főleg az iskolás gyermekek egészségével foglalkozó szakközegek volnának első sorban hivatva, hogy ezen annyira vészes, mint elterjedt bőrbetegség aetiologiájának teljes felderítéséhez a pontos és megbízható anyagot összehordják.

A következő években módunkban lesz a bőrtuberculosis egyéb féleségeiről is kimutatást készíthetni.

Az idült dobüreglob újabb mechanotherapeutikus kezelése.

Sugár K. Márton dr. fülörvostól Budapesten.¹

(Folytatás.)

Warnecke, Lucae tanár klinikáján, evacuatio készüléket szerkesztett, melynek főalkatrésze a kiürítési palack. Ez utóbbi a külvegővel és azonfelül a vízvezetékkel, továbbá a füljárattal hozható összeköttetésbe. Warnecke légritkítást végez és ezen gyógykezelést a catheterismus légsűrítésével kombinálja. Ha a vízbeömlési csapot felnyitjuk, a víz a palackból levegőt aspirál, és pedig annál többet, minél jobban nyitjuk fel a palackból a vezetékhez nyúló csapot. Manometeren leolvashatjuk mindenkor a palackban levő negatív nyomást, illetve ennek magasságát. A légritkítás combinatioja a catheterismussal oly kezelési sikereket hoz létre, melyeket a gyógykezelés egyikének alkalmazásával magában véve nem lehet elérni (Archiv für Ohrenheilkunde 44. kötet).

Wegener különös készüléket használ, a melyben egy a Delstanche-féle rarefacteurhoz hasonló légszivattyút kézzel mozgatót hajtókerék által gyors mozgatásba hoz. Wegener ezen eszméjét, ha Noebel doctor a százsországi Zittauban nem is vallja be ezen nyilvánvaló tény, ugyancsak ennek a készülékében is értékesítve találjuk. A Noebel-féle készüléket Noebel tanítványa

Löhnberg írja le (Monatschrift f. Ohrenheilkunde 1898. 8. sz.). E készülék kis légszivattyúból áll, mely minden közönséges varrógépnek orsókészülékével összeköttetésbe hozható és mely a varrógépnek lábbal való mozgatása által jön mozgásba. A beteg így a dobúr pneumatikus massage-át, esetleg az orrüreg massage-át is, az utóbbit egy gummicsővel összekötött kis gummilabda segítségével, maga végezheti, természetesen csak előzetes orvosi tanácskozás után és az orvos időszaki felügyelete alatt. A varrógép mozgásának átlagos sebessége mellett az eszköz dugattyúja 500—600 oda- és visszalökő mozgást végez; az egyes ülések 2—5 percig tartanak és az eszköz 2—3-szor naponta alkalmaztatik. Mindenesetre új és eredeti gondolat a varrógépnek mozgását a gyógyászatban mint mozgató erőt értékesíteni.

Közönséges varrógép hiányán az eszközt kézzel mozgatható hajtókerékkel is lehet használni. Én magam ezen egyszerű kis gépet használtam és mondhatom, hogy feltalálása Wegener, illetve Noebel által, határozottan haladást jelent a chronikus dobüreglőb kezelésénél.

Jankau (Deutsche med. Wochenschrift 1896. 46. sz.) a fül duplamassage-a céljából puha gummiballont használ két szeleppel a levegő behatolására és kilépésére, és két gummicsővel, melyek egyikét a catheterhez, a másikat a beteg külső hangjáratába szorosán illeszti; ha a ballont ismételtelen gyorsan egymásután összeszorítjuk és megint kieresztjük, ez által a dobhártya és vele a hallóesontocskák láncolata belülről és kívülről is rövid egyenletes mozgások sorozatába jön és ezen az úton massageszerű hatást létesíthetünk, a midőn a léghullámok kívülről és belülről is a dobhártyára hatnak. Jankau állítása szerint módszere a dobhártya összenövéseinél és fiatal egyének sclerosisainál indikált.

Ezen therapeutikus irány továbbfejlesztésének új phasisa az electromotorikus erővel hajtott massagekészülékek alkalmazása idült középső fülhurut ellen.

Ha meggondoljuk, hogy Moure (Archiv f. O. 44. kötet.) újabban gyógyíthatatlan sclerosis eseteiben, ha az ideg-apparatus íntakt, a dobhártya operatív eltávolítását és a hallóesontocskák excisioját a kengyel kivételével ajánlja, és pedig, ha az előzetes exploratív paracentesis sikerrel járt, mindezen conservatív kísérletek jogosultságát meg kell engednünk.

Már Lucae nyomókutatását akként módosította, hogy egy órarugó módjára villanyos erővel mozgatott nyomósondat szerkesztett, hogy lehető gyors mozgató sorrendet („Stossfolge“) létesítsen.

Nyomókutatásának egyik változásával van itt dolgunk, mert Lucae eszközt újabban több ízben javította, hogy a rugóellenállás szabályozása és a rugó jelentékenyen gyengített zaja által készülékének hasznavehetőségét emelje. (Berliner klin. Wochenschrift 1896. 4. sz.)

Az elektrikus erő által mozgatott massagekészülékekhez mindenekelőtt Seligmann H. készüléke tartozik (Monatschrift f. Ohrenh. 1896. 1).

Seligmann a periodikus légritkításokat és légsűrítéseket a külső hangvezetékben, melyek a kínos subjectiv fülzörejek sok fajanál jó hatással vannak, henger segítségével eszközözi, mely egyrészt hosszú csővel a Siegle-féle tölesérről van összekötve és így a légritkító teret képezi, másrészt a cylinder dugattyújának rudaeszkája egy kis motor tengelyével derékszöglet képez; a motort hat elemes accumulatorral hajtja, mely 2000 légritkítást képes percenkint eszközölni. Ezen úgynevezett „tympantovibrator“ segítségével állandóan kedvező hatást gyakorolhatunk a subjectiv zörejekre.

Ostmann egy a berlini Hirschmann-czég által készített eszközt használ. Az electromotor tengelyével egy különös készülék van összekötve a fül massage-ára. Ez utóbbi hengerből áll, melyben a tengelynek rotatioi által egy légmentesen záró dugattyú ide és tova mozgattatik; a tengelytől a dugattyú rúdja való mozgás átvitele akként van berendezve, hogy a dugattyúrudaeska emelkedése 0.20 mm.-ig modificálható, mi által a levegő excursioi is megfelelő változó magasságot nyerhetnek. A hengerbe a dugattyúrudaeska előtt és után egy-egy 4 mm. átmérőjű elvezető cső van erősítve; a gummicső és a tölesér által a léghullámok szükség szerint mind a két dobhártyára átvezethetők, vagy a készülék a feltaláló akarata szerint egy időben az orron és fülön keresztül, mint a duplamassage egyik válfaja alkalmazható.

Ostmann kísérleti kutatásai alapján a massáló léghullámokat az által tehetjük hasonlónak a hanghullámokhoz, ha azoknak az időegységben lehető nagy számát hozzuk létre, de e mellett a dugattyú excursioi soha többet ne tegyenek ki, mint 2 mm.-t, mert különben meg nem engedhető nyomásmagasságok keletkeznek, és a belső fül, mint ezt állatkísérletek mutatták, súlyos sérüléseket szenved. Lucae is óvatosságra int, a midőn óvóeszközzel a dobhártya pneumomassagejánál már a Delstanche-féle szivattyú alkalmazásánál is azt tanácsolja, hogy a fülhöz vezetett gummicsőben közel a külső hangjáratához ollóval lyukat vágjunk, mely utóbbi mint biztosító szelep működik és e mellett az ingaszerű légmozgások mégis elég erősek maradnak, hogy a dobhártyát mozgásba hozzák. Lucae tanár Wegener és Breitung készülékénél is, mely utóbbira mindjárt át fogok térni, ajánlja ezen óvószert. (Archiv f. O. XLI., 34.)

A VI-dik nemzetközi otologikus congressuson Londonban (1899. augusztus havában) Ostmann kimerítően nyilatkozik az elektromotorikus úton előidézett pneumomassage-ról, mint a sclerosis gyógymódjáról. Szerinte souverain szer a kínzó fülzúgás ellen. Labyrinthántalmak kizárandók, de ezeknél Lucae nyomókutatója is hatástalannak bizonyult. Igaz, hogy ugyanott Lucae tagadta az elektromotorikus pneumomassage-zsal elért ezen sikereket, sőt a hyperaemia és a zúgás nagyobbodását észlelte, sőt mi több, szédülési tüneteket is tapasztalt ájulással és hányással (Archiv f. Ohrenh. 47. köt. III. füzet).

Az elektromotorikus készülékek között a dobhártya magas számú rezgési massage-a céljára az összes hasonló szerkezetű készülékeket felülmúlja a Breitung-féle készülék. Breitungot Coburgban készülékének felfedezésénél a következő eszme vezérelte. Ha a Sigle-féle tölesért, legjobban a Kirehner által módosítottat, szorosán a külső hangvezetékbe illesztjük és a külső hangjáratban rythmikus időközökben a levegőt ritkítjuk és sűrítjük, ez által a dobhártyának pneumatikus massage-a támad. Joggal tételezi fel Breitung, hogy a sikernek határozottan jobbnak kell lennie, ha a dobhártyát lehető rövid, rythmikus időközökben hozzuk rezgésbe. Breitung készüléke jól kifűrt fémhengerből áll, melynek felső részén három csötoldalék és egy csap van, mely előbbire a használandó, villaszerűleg elágazó gummi-csővet erősítjük. A henger belsejében dugattyú mozog fel és alá, melynek rudaeszkája oldalvást egy excenterrészre van csavarva. E rudaeska megerősítési pontja igazító csavarral változtatható, és pedig jobbra való csavarása által a dugattyúrudaeskanak vége az excenterrész központjához közelítettik, miáltal a dugattyú mozgási tere nagyon kicsiny lesz, balra való csavarás által a dugattyúrudaeska megerősítési pontja egészen az excenterrész szegletére tehető át, miáltal a dugattyú mozgásai nagyon hosszúak lesznek.

A szabályozás mellékelt kules által történik, melynek alsó vége az igazító csavar négyszögletű fejébe illesztetik be. A mint a dugattyú mozgásba hozatik, felváltva levegőt nyom ki és szív be; történik pedig ez a középső, felfelé irányított csötoldalék által a csapon levő emeltyű állásánál balfelé (vízszintesen). Ha ezen emeltyűt egy negyedkörrel jobbra csavarjuk, hogy tehát felfelé álljon, felváltva a bal csötoldalék által levegő löketik ki, a jobb által pedig beszívatik; a bal csötoldalék tehát csak kilök levegőt, a jobb csak beszív. A készüléket 110, 65 vagy 12 Volt-os motor segítségével hozhatjuk mozgásba. A vibrator a rajta levő csavaranya („Muffe“) segítségével egyszerűen az electromotorra erősítettük; az utóbbi sebessége és egyúttal a dugattyú mozgásának száma és ereje a vibratorban a beillesztett rheostat által teljesen szabályozható.

Ugyanazon vibrator hajtókerékkel, tehát kézzel való mozgásra is berendezhető. A siker fülsclerosisok esetében, különösen a kezdeti stadiumokban, eklatáns módon beáll és főképp a subjectiv zörejek nagyon kedvezően befolyásolhatók.

A gyógykezelés természetesen egészen az orvos kezében marad. Érzékeny egyéneknek itt-ott hányási inger lép fel, a mely azonban azonnal megszűnik, ha a motor működését beszüntetjük. Breitung az elektromotorikus légszivattyú által vibratióba hozott dobhártyát egy úgynevezett tympanoskoppal szemléli, mely megengedi, hogy a dobhártyát homloktükör nélkül nézhessük, mert a villanyos fényforrás magában a tölesérben van. Breitung tympanoskopját a következőképen írja le:

A fény felvételére szolgáló tágas fémtölesérben egy becsavarandó kemény gummiból való fedőlapon izzólámpáska erősített meg, a mely fényét egy 45 foknyi szög alatt álló, a tubus belsejében levő tükörrre veti, melyről a fénysugarak közvetlenül a dobhártyára vettettek. A reflectáló tükör közepén át van fúrva; ocularon és tükörlyukon át látjuk a dobhártyát előttünk. Az ocular úgy van berendezve, hogy ebbe kis lencsét, mint ezek a szemtükörnél használatosak, lehet becsúztatni, correctura vagy esetleges lupenagyobbítás céljából, a mint ezt már előbb Weber-Liel ajánlotta. A tubus alsó részén toldalék van a gummi-cső számára, mely az összeköttetést a légszivattyú három utas csapja és a tympanoskop között helyreállítja. A légsűrítés („Abdichtung“) oly pontos, hogy a légszivattyú dugattyújának mozgására csak a szivattyú és a külső hangvezeték közötti légoszlop áll rendelkezésre. A készüléknek megbízható légsűrítő szerkezete nemcsak a vibratoria van befolyással, hanem különösen a levegő kiürítésére (evacuatiojára) a külső hangvezetékben, mely utóbbit Breitung célszerűen a rezgés előtt végez. A külső hangjáratban alkalmazandó tölesér nagyon karesú, hogy lehetőleg messze, egészen a csontos hangjáratba előretolható legyen, mert a porcös hangjárat könnyen engedő falai az aspiratióknál könnyen összeesnek és ez által a tölesér belsejét elfedik és így a dobhártyának szemlélését meggátolják. A fültoldalékot gummi-csővel kell ellátni; maga a tympanoskop egészen alumíniumból van, nagyon könnyű és egyszerűen kezelhető. Ha accumulatórok hiányoznak, száraz elemek is jó szolgálatot tesznek, úgy hogy az orvos még a legutolsó faluban is alkalmazhatja a tympanoskopot.

Breitung később (Monatschrift f. Ohrenh. XXXIII. 8. sz.) kiemertően nyilatkozik elektromotorikus légszivattyúja alkalmazásáról. A mint a kalapács markolatán belőveltséget lát, ezt intő jelnek veszi, a szivattyú megállásáig lassan kilopózik és beszünteti a motort.

Politzer tanár elvben szintén ajánlja a pneumatikus dobhártyamassage-t, ha kengyelankylosis nem lépett még fel. Breitung erre megjegyzi, hogy a stapes fixatioja és ankylosisa között a különbség klinice nehéz, anatomicamente könnyű.

Breitung továbbá kifejti, hogy az eddig használt aërisatio a chronikus progressiv nagyothallás állandó gyógyítására nem vált be a hallócsontláncolat és különösen a kengyelalp és a lig. annulare hypokinesise következtében. A Politzer-féle légdouche vagy a katheter alkalmazása folytán mulólag fellépő hallásjavulás valószínűleg az által támad, hogy a láncolat a dobhártya kifelé való mozgatása által ki lesz húzva.

A düsseldorfi német természettudományi congressuson (1898. szeptember havában) Breitung elektromotorikus vibrációs massagjának tudományos magyarázatát adta.

A Waldeyer-féle neuron-theoriához esatlakozik, mely, mint ismeretes, azt állítja, hogy az egész idegsystema megszámlálhatlan magába bezárt, elkülönített egységekből áll, melyek histologic és functionalis tekintetben függetlenek. A paracusisnak, azaz a zajban való jobbhallásnak, e látszólag oly paradox jelenségnek eddigi felvett magyarázatai ugyanis Breitung szerint figyelmen kívül hagyják a tényt, hogy a jobbhallás túlhaladja az időt, melyen át a test erős acustikus, partialis vagy totalis, főképp vibratorikus rázkódtatásai tartanak. Ha most feltételezzük, hogy a paracustikus nehézhallásnál a neuron legkisebb ingerfoka („Reizschwelle“) abnormis magasan áll, úgy hogy a különben physiologikus ingerek a paracustikusan halló számára a legkisebb inger fokán alul állanak („unterschwellig sind“), úgy nagyon erős impulsusokra van szükség, hogy a neuronnak ingerfoka nagyobbodjék („um die Reizschwelle zu vertiefen“). Ezen ingerek azon esetekben fordulnak elő, a melyekben valami effectív zaj jobbhallást eredményez. Az extrem erős acustikus vagy rázkódtatási ingerek a sejtegyeségek, a neuronok, contactusát javítják és ha érintésük javítása által összeköttetés („Bahnung“) létesül, megvannak a jobbhallás feltételei.

Oly ingerek, melyek a normalisan halló számára a halló ideg kifáradását vonják maguk után, a paracustikusan nehéz halló számára előnyösen hatnak („wirken bahnend“).

(Vége következik.)

A cholelithiasis pathogenesiséről és therapiájáról.

Imrédy Béla dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvostól.

(Vége.)

Az általánosan elfogadott régi nézet az, hogy a karlsbadi víznek cholagog hatása van. A nagyobb mennyiségben képződő epe az epeköveket az epeutakból mintegy kimossa. Tehát ezek szerint a karlsbadi víz használata alatt nagyobb mennyiségben képződő epe az epeköveket egyúttal eltávolítja. Ez esetben a karlsbadi kúra alatt a betegek bélsarában roppant sok epekövet kellene találnunk és egyik epekőlika a másikat követné. Ezt azonban nem tapasztaljuk. Karlsbadi vizet ivó betegeim bélsarában epekövet ritkán találtam. Az epekőlikák pedig nemcsak, hogy sűrűbben nem jelentkeztek, sőt ellenkezőleg mind ritkábban mutatkoztak és végül elmaradtak. Ezért nem valószínű, hogy a fokozott epe kiválasztás az epekövek kiürülését elősegítené. Némelyek különben tagadják azt is, hogy a karlsbadi víznek egyáltalán cholagog hatása volna. Ezen nézetet az állatkísérletek is támogatják, a mennyiben állatoknál a karlsbadi víz az epe kiválasztást nem fokozza. Utóbbi időben Hermann, karlsbadi kórházi igazgató azon tényekből kiindulva, hogy valódi epesipolylyal bíró betegek sipolyán karlsbadi víz használata alatt a szokottnál több epe folyik ki, hogy minden beteg, ki karlsbadi víz ivását megkezdte, azt jelenti, hogy széke azóta sötétebb színű, végül, hogy oly betegek sárgasága, kiknél a sárgaságot a choledochus teljes elzáródása tartja fenn, a karlsbadi kúra kezdetén fokozódik, azt következteti, hogy a karlsbadi víznek legalább embernél cholagog hatása van. Nézetét szerint cholelithiasisnál az epeutakban lévő epe összetétele úgy bacteriologic, mint chemice megváltozott. Az összetételében megváltozott epe az epeutak izomzatát élénkebb összehúzódsokra ingerli, miért is az epekőlikák igen sűrűn jelentkeznek. Már most a karlsbadi víz hatása alatt sok rendes összetételű epe képződik, ez kiszorítja a megromlott epét, mire az élénk izomösszehúzódságok és velük együtt az epekőlikák megszűnnek. A beteg jól érzi magát, mert az epeköveket ugyan nem távolítottuk el, de hordozójukra nézve latensekké tettük.

Hermann fejtegetései igen valószínűek, egyrészt, mert a karlsbadi víz használata alatt tényleg nem távozik el sok epekő, másrészt, mert a cholelithiasist oly gyakran kísérő cholecystitis és cholangitis az epeutakban lévő epét összetételében megváltoztatja, és végül, mert nagyon valószínű, hogy ha az epeutakat friss és rendes epével jól kiöblíthetjük, az epeutak lobja és az epekőlikák meg fognak szűnni és az epekő ismét latenssé lesz. A karlsbadi víz jótékony hatásának valószínű oka röviden az, hogy az epeköveket hordozójukra nézve latenssé teszi.

A belső orvoslás ezen eredményével meg lehetünk elégedve. Mert ha az epekövekre vonatkozó statistikákat végig tanulmányozzuk, akkor azt látjuk, hogy körülbelül minden 10-dik embernek vannak epekövei, már pedig nem minden 10-dik ember szenved epekőlikákban. Sokkal kevesebb azon emberek száma, a kiknél az epekövek betegséget okoznak, mint azoké, a kiknek epekövei a sectionál véletlen leletet képeznek. Ezen emberek epekövei soha nem okoznak birtokosoknak kellemetlenséget, mindig latensek maradnak. De ha vannak emberek, kiknek epekövei örökké latensek, akkor reményünk lehet, hogy azon esetekben, melyekben az epekövek activ szerepet vettek fel és ismét latensekké tudtuk tenni, azontúl latensek is maradnak. Éppen ezért a belső orvoslás ezen elérhető eredményével teljesen beérhetjük.

Azonban, hogy a belső orvoslásnak a kívánt hatása meglegyen, a karlsbadi kúrát kellő ideig és teljes szigorral kell alkalmazásba venni. A beteg a karlsbadi vizet akár otthon, akár Karlsbadban ihatja, a fődolog az, hogy teljes szigorral, kellő ideig használja.

A cholelithiasis gyógyításánál a főszólyt a belső orvoslásra kell helyezni, s csak ha ez teljes szigorúsággal legalább négy hétig alkalmazva semmi javulást sem hoz létre, akkor kerülhet a sebészi beavatkozás szóba. Ha a belső orvoslás négy heti használata alatt javulás mutatkozik, akkor a belső orvoslást folytatni kell. Tehát a sebészi beavatkozást csakis a belső orvoslás eredménytelensége esetén ajánlhatjuk. Ez alól azon esetek képeznek kivételt, melyeknél vagy már eleve, vagy a belső orvos-

lás tartama alatt mutatkoznak oly tünetek, melyekből a belső orvoslás alkalmazásának teljes sikertelenségét előre látjuk.

Ha most a therapia ezen főbb irányelveit a cholelithiasis egyes kóralakjaira akarjuk alkalmazni, akkor a könnyebb áttekinthetőség végett ezélszerű lesz a cholelithiasis egyes kóralakjait csoportokba összefoglalni. Legegyszerűbb csoportosítás a *Naunyn-féle*. *Naunyn* regularis és irregularis (*Müller Kálmán* szerint komplikált) cholelithiasist különböztet meg.

A regularis cholelithiasishoz tartoznak azon esetek, melyeknél a tipikus epekólikák, sárgasággal vagy a nélkül, nem túlgyakran, nagyobb időközökben jelentkeznek és az epekólikák után a bélsárban elég gyakran apróbb epekőveket találunk. Cholecystitisnek, illetőleg cholangitisnek rendszerint nyoma sincs. Mindezen esetek belső orvoslásra nemesak javulnak, hanem gyógyulnak is. Tehát a regularis cholelithiasis csakis belsőleg orvoslandó.

Az irregularis vagyis komplikált cholelithiasis esetei nagyon változatos kórképet nyújtanak, miért is az orvoslásmód is változó.

Azon esetek, melyekben a gyakran lázzal beköszöntő epekólika kezdetén az epehólyag hirtelen megnagyobbodik, rendkívül fájdalmassá válik és sárgaság hiányzik, az acut cholecystitis képét nyújtják. Az epehólyag lobját az epe fertőzése hozza létre. A fertőzés tovaterjedését megakadályozni másként nem vagyunk képesek, mint ha a fertőző anyagot a szervezetből rövid úton, gyorsan eltávolítjuk. Erre pedig az egyedüli alkalmas eljárás a sebészeti beavatkozás. Ily esetekben a viszonyok a műtetre különben is igen alkalmasak, mert az erősen tágult epehólyag közvetlenül a hasfal mögött fekszik és így a betegnek minden nagyobb veszélyeztetése nélkül könnyen elérhető. Azonban sokszor megesis, hogy a cholecystitis acuta tünetei expectativ eljárás mellett gyorsan visszafejlődnek és a beteg meggyógyul, különösen ha a fertőzés nem volt erős. Mindazonáltal a cholecystitis acutát gyökeresen gyógyítani csak műtét által lehet és így ezen kóralak feltétlenül a sebészethez tartozik. De nem mulasztunk semmit, ha a beteg általános állapotát mindig éber figyelemmel kísérve, a belső orvoslást megkíséreljük.

Az acut cholecystitis chronicusba mehet át, vagy az epekólikák alatt már eredetileg chronikus cholecystitis fejlődik ki. Az epehólyag rendszerint tetemesen nagyobb, nyomásra érzékeny, a betegnek sok kellemetlenséget okoz s igen gyakran epekólikák keletkezésére ad okot, ha a lob acut vagy subacut jellegűt ölt. Ezen esetekben is infectioval van dolgunk és ezért a belső orvoslástól mit sem várhatunk. A műtetre a viszonyok kedvezők. Ezen okoknál fogva a chronikus cholecystitis (hydrops vagy empyema cystidis felleae) feltétlenül műtéttel gyógyítandó. Ezen eseteknél felmerülhet az a kérdés, hogy a chronikus cholecystitis egyszerűen cholelithiasis folyamán fejlődött-e ki, vagy már az epeutak carcinomájához csatlakozott-e? Utóbbi esetben a műtét már nem nyújt kedvező prognoszt. Ezen kérdés eldöntése sokszor igen nagy nehézségekbe ütközik, mert úgy a cholelithiasis, mint az epeutak carcinomájának tünetei sok tekintetben nagyon hasonlóak. Ugyanis a carcinoma cachexia rendszeren csak a carcinoma előre haladott szakában fejlődik ki. A chronikus cholecystitis hosszú fennállása alatt pedig a beteget annyira megviselheti, hogy ennek carcinoma cachexiára igen gyanus külsőt kölcsönözhet. A kitapintható daganat alakja és összeállása sem jellegző, mert egyrészt a carcinoma oly kicsi lehet és oly mélyen fekszik, hogy nem tapintható, másrészt a tágult epehólyaghoz odanőtt szomszéd szervek a daganatnak oly tömört és dudorzos alakot kölcsönözhetnek, hogy carcinomára gyanakszunk, pedig annak nyoma sincs, mint a hogy azt nemrégiben láttam. A betegség folyamán jelentkező rendetlen lázak úgy az egyiknél, mint a másiknál észlelhetők, s ezért, bár a cholelithiasishoz társuló cholecystitis chronicánál gyakrabban fordulnak elő, diagnostikai szempontból még sem értékesíthetők. Állandó sárgaság mindkét bajnál egyforma gyakran fejlődik ki. Ha azonban a sárgaság már hosszú idő óta fennáll és intenzitásában változó, úgy az inkább szól cholelithiasis, mint carcinoma mellett. A tünetek ezen hasonlatossága miatt e két betegség között a megkülönböztető kórismét megállapítani sokszor igen nehéz és csak hosszas észlelés után sikerül. Az epeutak carcinomáját biztosan csak akkor vehetjük fel, ha a carcinoma a májban vagy egyéb szervekben metastasisokat hozott létre

vagy ha hydrops ascitest mutathatunk ki. Hydrops ascites cholelithiasishoz társuló chronikus cholecystisnél nem képződik.

Cholecystitis acuta mellett cholangitis acuta léphet előtérbe, mely rendkívül súlyos kórkép által árulja el magát. A kólika-fájdalmak rendkívül hevesek. A máj duzzadt, nyomásra igen fájdalmas. Az epehólyag, ha csak nem obliterált, szintén nagyobb és fájdalmas. A sárgaság többé-kevésbé súlyos. A láz rendszeren magas. A beteg általában többnyire súlyos infectio képét tárja elénk. Ezen esetekben csakis sebészi beavatkozástól várhatunk eredményt, de sajnos, hogy a kórkép rendszeren már oly súlyos, hogy a műtét sem képes a beteget megmenteni.

Hátra van még azon esetek orvoslásának megbeszélése, melyeknél az epekólikák minduntalan jelentkeznek és ezek kiváltásában a chronikus cholangitisnek nagy szerep jut. Ezen esetekben az epekólikák igen gyakran megismétlődnek, sokszor hosszabb ideig tartanak. Az epekólikák gyakran sárgasággal és lázzal járnak, sőt némelykor a sárgaság állandóan meg is marad. Néha per vias naturales epekővek is távoznak. A sok epekólika a beteget munkaképtelenné teszi, kimeríti és elkedvetleníti. Ezen esetek a belső orvoslás igen hálás anyagai, mert sokszor igen fényes eredményt érhetünk el náluk. Ezért első sorban belsőleg kell őket orvosolnunk, de ügyeljünk főleg arra, hogy teljes szigorral, kellő ideig használják a karlsbadi kúrát. Ha a belső orvoslás eredménytelen maradt, vagy ha esetleg már azalatt veszélyes tünetek mutatkoznak, ajánlhatjuk csak a sebészi beavatkozást. Azon esetekben, a melyekben a sárgaság állandóvá vált, az állandó sárgaság a műtét contraindicatioját nem képezheti. De mindenestre figyelembe veendő, hogy a sárgaságot az epeutak carcinomája nem tartja-e fenn? Ennek eldöntésében ugyanaz irányadó, a mit a chronikus cholecystitisnél mondtam.

Mindezeknél fogva úgy a regularis, mint az irregularis cholelithiasisnál a belső orvoslást illeti az elsőbbség az acut és chronikus cholecystitist és acut cholangitist kivéve. A sebész kése alá tartoznak az acut és chronikus cholecystitis és acut cholangitis, továbbá az irregularis cholelithiasis azon többi esetei, melyek beható belső orvoslásra nem javultak. Cholelithiasisnál egyébként sebészi beavatkozásnak akkor is van helye, ha a beteg valamely szövődmény hirtelen életveszélybe sodorja, pl. az epehólyagnak a szabad hasür felé való áttörése vagy epekó által előidézett ileus.

Irodalom: Frerichs: Klinik der Leberkrankheiten. II. köt. 1861. Leichtenstern: Erkrankungen der Gallenwege. Stintzing-Penzoldt Handbuch der Therapie. IV. k. 1898. Riedel: Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit. Berlin, 1892. Ugyanaz. Chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit. Handbuch der Therap. Stintzing-Penzoldt IV. k. 1898. Ugyanaz. Zur Pathogenese und Diagnose des Gallensteinkolik-anfalles. Grenzgebiete der Med. u. Chir. III. köt. 2. füz. Ugyanaz. Zur Debatte über die Gallensteinfrage in Düsseldorf stb. Grenzgebiete der Med. u. Chir. IV. k. 4. füz. Naunyn: Klinik der Cholelithiasis. Leipzig, 1892. Ugyanaz. Ueber die Vorgänge bei der Cholelithiasis, welche die Indikation zur Operation entscheiden. Grenzgebiete der Med. u. Chir. IV. k. 1. füz. Ugyanaz. Schlusswort zur gleichen Diskussion. Grenzgebiete der M. u. Ch. IV. k. 4. füz. K. Loebker: Meine Erfahrungen auf dem Gebiete der Pathologie u. chirurgischen Therapie der Cholelithiasis. Grenzgebiete der Med. u. Chir. IV. k. I. füz. A. Hermann: Beiträge zur Frage: Ist die Cholelithiasis intern oder chirurgisch zu behandeln? Hoppe-Seyler: Cholelithiasis. Nothnagel, Specielle Pathologie u. Therapie. 18. k. 1899. Müller Kálmán: Epekővek. A belgyógyászat kézikönyve. III. k. 1896. Imrédy: Az epeutak megbetegedésének hat esete. Műtét. Gyógyulás. O. H. 1895. Erényi Jenő: Cholelithiasis therapiája. Gyógyászat, 1898. Kehr: Anleitung z. Erlernung und Diagnostik der Cholelithiasis. 1899.

Megjegyzések Stiller Bertalan „Néhány szó a phonatios jelenségről“ című közleményére.

Terray Pál dr. egyetemi magántanártól.

Stiller tanár az „Orvosi Hetilap“ mult számában „Néhány szó a phonatios jelenségről“ című közlésében többször felemlíti csekélységet is. Két kijelentését nem hagyhatom szó nélkül.

Egy helyen a következőket írja: „A máj felett is láttam néha a tünetet, úgy mint Terray, de ellentétben ő velem, szorgos kopogtatás által mindannyiszor meggyőződtem, hogy ott várokozásom ellenére is csakugyan tüdő volt és nem máj.“ Erre az a megjegyzésem, a mit már a Weisz kartárs előadását követő discussiókor kifejeztem, hogy a phonatios kiemelkedés tünetét ritkán ugyan, de észleltem a máj felett is és akkor az a májnak abszolút topulatót adó területének egyes pontjain mutat-

kozott. Ezen állítást Stiller tanár ellenében ma is fentartom; épen a közelmúltban volt alkalmam egy férfit vizsgálni, a kinél ezen tünet az abszolút májtompulat egyes helyein oly kifejezetten jelentkezett, hogy azt hallgatóimnak is sikerrel demonstrálhattam.

Közlésének más helyén Stiller tanár a következőket mondja: „Végre megemlítendőnek tartom Terray ellenében, hogy a phonatios jelenségnek egyszerű magyarázatát a Litten-féle tünettel semmi rokonsága nincs.“ *Hogy a phonatios kiemelkedés a Litten-féle tünettel rokonságban állana, azt én nem állítottam*, ámbár kiemeltem, hogy létrehozásában ugyanazon körülmények és physikai tényezők szerepelhetnek, de fellépésének helyére nézve különbözik attól. Álláspontom igazolására elég idéznem az „Orvosi Hetilap“ ez évi 8. számát, a mely híven közli hozzáfűzésomat a következőkben: „Ha a phonatios kiemelkedés nem lenne néha a jobboldali II. és főleg a III. bordaközben is észlelhető, akkor azt mondanám, hogy a tünet tulajdonképpen nem más, mint lefolyásában megrövidített Litten-féle tünet.“ Ezen feltételhez kötött mondatból pedig nem az tűnik ki, mintha én a phonatios kiemelkedésnek a Litten-féle tünettel való rokonságát állítottam volna.

T Á R C Z A.

Högyes Endre elnöki megnyitója

a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat 1900 márczius 23-dikán tartott évi közgyűlésén.

T. Közgyűlés! E közgyűléssel zárjuk le a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat élete folyásának hatodik lustrumát és kezdjük meg vele a hetediket. A XIX. századból átlépünk vele a huszadikba. A letűnő század utolsó négy tizede a mi eddigi életünk, a melynek menete felett még egy visszapillantást tenni talán nem lesz helyén kívül való az időszámítás e Rubikonján.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat alakulásának első eszméje, mint ismeretes, Markusovszky agyában egy angolszászi utazása alkalmával 1858-ban keletkezett, a hol egy barátjának könyvtárában a New-Sydenham Society nevű hasonló szervezeti könyvkiadó társulat kiadványait meglátta. Lökést adott ez eszme alakbaöntésének a hatvanas évek elején, az egyetemi tanítás nyelvének magyarra tétele első alkalmával, az akkori orvostanhallgató ifjúságnak Markusovszkyhoz, mint az Orvosi Hetilap szerkesztőjéhez intézett nyílt levele, melyben őt, mint a magyar orvosi irodalom megalapításának buzgó előharcosát arra kéri, és pedig sürögösen, hogy találjon módot, a melynek segítségével a magyar orvostanuló ifjúság magyar orvosi könyvek birtokába jusson, a melyekből tanulni lehessen, miután a tanítási nyelv magyar és a tanuló ifjúság nagy része németül nem értvén, német tankönyveket nem használhat. A gyakorlati szükség e kiáltó szavára lépett fel Markusovszky azzal a szerencsés eszmével, hogy egy magyar orvosi könyvkiadó társulatot, egy magyar orvosi könyvfogyasztó egyesületet kell alakítani, úgy, mint alakult amaz angol társaság, melynek tagjai lekötik magukat évenként bizonyos összeg lefizetésére és azzal anyagilag biztosítják, hogy tagsági díjuk fejében megfelelő évi kiadványokban részesüljenek, és így állandó könyvpiacot alkotván, biztosítják az állandó könyvtermelést is. Az eszme — orvosi rendünk jobbainál — megfelelő visszhangra talált és a társulat az akkori viszonyok és körülmények között lassan bár, de mégis megalakult és 1863-ban elkezdte működését. Az első lustrum első kiadványa belgyógyászati tankönyv volt, a melyre természetesen legnagyobb volt a szükség, mert az orvosi gyakorlat széles mezején a legnagyobb terület minden időben a belorvoslás foglalja el. Most a lefolyt utolsó, hatodik lustrumban szintén e szükségletnek tettünk eleget, midőn nagy Belgyógyászati tankönyvet kiadtunk. Az az időköz, a mely a két kiadványunk megjelenése között elfolyt, a mely tehát 30–36 évre terjed, magában foglalja fejlődő magyar orvosi irodalmunk egész történetét.

A hatvanas évek elején magyarul írott orvosi könyvekért kiáltott eszde az orvosi tudományokat tanulni akaró ifjúság. De ki írja meg azokat? Eredeti és a mellett magyarul megírott orvosi könyveket bizony nem volt kitől várni. Az egyetemi tanároktól? Azoknak alig volt betegágyuk és klinikájuk, a melyek elég anyagot nyújtottak volna nem az egyes betegségek önálló tanulmányozására, hanem csak a tanítás elemi szükségleteinek fedezésére is; tudományos önálló kutatásra berendezett laboratóriumoknak pedig csak az árnyéka létezett. A közpórház orvosaitól, a kiknek a kezén beteganyag elég volt? Ezek többnyire ellentétben álltak az egyetemmel és bizonyára a tankönyvirás ambíciójuktól igen távol állott! A magányos orvosaitól? Ezeketől azt a tudományos élet teljes pangása idején senki sem kívánhatta.

Ilyen körülmények között mentő eszme gyanánt tűnt fel Markusovszky azon javaslata, hogy a fentebbi módon megalakított orvosi könyvkiadó társulat — addig is, míg megéri az idő magyar eredeti munkák kiadására — fordítsa az idegenből orvosi könyveket és ezeket adja a magyar orvosi tanuló ifjúság és közönség kezébe.

Am ez a fordítás sem ment olyan könnyedén. Szakmunkát idegenből csak az fordíthat jól magyarra, a ki érti a fordítandó munka tárgyát és nyelvét és tud írni magyarul; és azon időben, a kik értették tárgyukat, többnyire nem tudtak írni magyarul, a kik pedig tudtak volna írni magyarul, többnyire nem voltak szakemberek. Így történhetett az, hogy a legelső magyarra fordított boncztanban a Vogelperspective-t „Vogel-féle göreső“-vel adták vissza a hazai nyelven. De fejletlen volt maga a magyar irodalmi orvosi nyelv is. Az „Orvosi tár“, mely a múlt század harminczas és negyvenes éveiben kezdte csiszolni a magyar nyelvet az orvosi tudomány számára, a negyvenes években megszűnt. Az

„Orvosi Hetilap“ csak az ötvenes évek vége felé indult meg és a magyar orvosi irodalmi nyelv megalkotásának csak az elején volt. Az orvosi tanítás nyelve előbb a latin, az ötvenes években a német volt, a melyet részben meg kellett tartani az alsóbb orvosi tanfolyamok miatt egészen a 70-es évek elejéig. Ilyen körülmények között még annak is, a ki értette a tárgyat és tudott is írni magyarul, nem kis nehézségre eshetett a fordítás. A társulat első kiadványának, Niemayer kór- és gyógytanának fordításában e nehézségek már mindjárt mutatkoztak.

Az 1863-ban megalakult társulat igazgató tanácsa, hogy mihamarabb könyvilletményt adjon tagjainak, a kétkötetes, Németországban igen elterjedt és közkedveltségű munkának ötödik kiadását fordítás végett két szaktársnak adta ki. Midőn a fordítók már munkájukkal majdnem készen voltak, 1864 végén az eredeti műnek hatodik kiadása jelent meg. Természetesen erre újra át kellett dolgozni az egész fordítást. Noha a két fordító nyelvezetében tetemes eltérések voltak és az eredeti munka nyelvezetének sajátossága miatt elég sok kifejezést és eszmefűzést világosan, magyarul, de egyszersmind híven is visszaadni nem volt épen könnyű feladat és itt-ott csak részben sikerült: a fordítás mégis elég jól ütött ki, és általa a magyar orvostanhallgatóság és közönség oly tankönyv birtokába jutott, melyből évek hosszú során át sikeresen meríthette ismereteit.

Am a gáncs az első magyarul írt Belgyógyászati megjelenése után mindjárt felütötte a fejét. Felvetették, hogy a társulat igazgató tanácsa cseljatevészetten indította meg működését és nem felel meg jól hivatásának. Nem fordítással, nem idegen eszméknek magyarra átültetésével, hanem magyar eredeti munkák kiadásával kellett volna megkezdni és azzal kellene folytatni a működést. A válasz e gáncsra ez volt. Irjatok eredeti magyar műveket, ha beválnak, kiadjuk, alapszabályaink a magyar orvosi könyvirodalom létesítését nemcsak „idegen nyelven írt remek munkák magyarra fordítása és kiadása, hanem eredeti jeles és hasznos művek kiadása és segítése által is törekszük elérni“. Kételkedünk azonban, hogy ez idő szerint az utóbbi még kizárólag lehetséges volna; a mi reményünk, a mi ideálunk is az, hogy azt egykor el fogjuk érni, nem gyorsan, nem egyszerűen, hanem lassan, tudományos intézményeink kifejlődése és egy új orvosi generatio segédelmével, melynek szerencsésebb viszonyok között alkalma leendő magát az önálló tudományos búvárkodásban és irodalmi foglalkozásban nálunknál jobban kiképezni; addig azonban nem várhatunk és azt hisszük, hogy a remek idegen munkáknak magyarra átültetésével hasznosabb szolgálatot teszünk a hazai irodalom fejlődésének, mint ha mindenáron, ha erőlködve is, csak magyar kiadványokra szorítokunk.

Most, hat lustrum eltelté után társulatunk egész működését áttekintve mondhatjuk, hogy a fejlődésnek az első alapítók által ezen előre látott lassú, de fokozatos menete teljesedett be. Az első hat év alatt kiadott tizenegy munka közül csak kettő volt eredeti, a második lustrumban már 20 munka közül 6, a harmadikban 14 közül 4, a negyedikben 18 közül 8, az ötödikben 17 közül 10, a most lezáródó hat éves cyclus alatt pedig már csupán eredeti munkák képezték kiadványainkat.

Az a Markusovszky, a ki a magyar nemzeti orvosi irodalom megalapítására az Orvosi Hetilapot megindította, a ki a Magyar orvosi könyvkiadó társulat létrehozásával a magyarul írott orvosi könyveknek állandó fogyasztási piacot teremtett, megteremtette a magyar orvosi irodalom számára a kellő számú írókat is az által, hogy az ő inspiratioi alatt létesített dotatiokkal és kellő személyzettel ellátott egyetemi orvosi és természet-tudományi intézetekben és klinikákban megnyitotta a magyar gondolkodás számára az önálló tudományos búvárkodás ősi forrásait is.

Mai nap már nem szűkölködünk magyar orvosi írókban és nem szűkölködünk specialis szakemberekben. Magyar orvosi nyelvünk eléggé kicsiszolt arra, hogy rajta bármely tudományos internationalis eszmét könnyedén visszaadhassunk. Az orvosi rend ifjú nemzedékében megvan a kellő kedv és buzgalom az írásra; lapjaink, folyóirataink és társulatunk számára nem kell többé fogni a tudományos cikket és munkákat, hanem immár inkább a túlermelés buzgalmát kell szelideden mérsékelni. Egyes tudományos közleményeink olyan színvonalon állanak, a melyek megütik az internationalis irodalmi közlések mértékét és a melyek csakugyan képesek is behatolni az egyetemes világirodalomba. Épen a most befejezett nagy belgyógyászati kézikönyvből láthatjuk, hogy a belkörtan különböző fejezeteiben az elmúlt rövid három évtized folyamán már elég számottevő magyar önálló búvárkodás fejlődött ki, annyira, hogy azoknak tárgyalásán úgyszólván bizonyos mértékű magyarság látszik meg és e tulajdonságánál fogva ama kézikönyv a mellett, hogy a nemzetközi versenyben a most megjelent hasonló kiterjedésű belgyógyászati kézikönyvekkel bátran kiállja a versenyt, azon specialis jellemvonással bír, hogy felüli magában a mi saját önálló tudományos munkásságunkat is, és ezáltal egy specialis magyar Belgyógyászati lett belőle. Ismerve a hazai szakirodalom egyéb ágaiban megjelent folyóirati közleményeket, jogunk lehet mai nap már ugyanezen reményeket táplálni a tudományunk egyéb ágaiból, a sebészetből, szemészetből, nőgyógyászatból jövőre kiadandó egyéb nagyobb kézikönyveinkre vonatkozólag is.

Ha tehát tekintetbe vesszük azt, hogy az elmúlt harminczhat év folyamán sikerült társulatunknak egy nem nagy, de állandó magyar orvosi könyvfogyasztó közönséget teremteni, hogy az ezen idő folyamán kiadott nagyobb számú fordított és eredeti munka megjelenésének lehetővé tétele által megvetettük a magyar orvosi könyvirodalom alapját, hogy ez állandó könyvkiadás és állandó fogyasztás berendezésével egy máris elég tekintélyes számú magyar orvosírói phalanxot alakítottunk, hogy a mellett kellő körültekintéssel vitt gazdálkodással társulatunk számára egy a jövőt is biztosító alaptőkét létesítettünk: nyugodt lelkiismerettel elmondhatjuk, hogy társulatunk úgy anyagilag, mint szellemileg megfelelt

azon várakozásoknak, melyeket alapszabályaink értelmében hozzá annak megalapítói és annak komoly barátai kötöttek.

A most kezdődő hetedik cyclussal társulatunk életében annak munkássága az eddigi korlátozása nélkül egy új irányval szaporodik. Különböző orvosi szakmák egyes kérdéseiről önálló tudományos vizsgálódások alapján megírott értekezéseket „Magyar Orvosi Archivum” cím alatt időszakonként összegyűjtött kéthónapos folyóirat alakjában fogunk tagtársaink kezébe juttatni. E folyóirat kiadása első látszatra kívül esik könyvkiadásra egyesült társulatunk alapszabályainak keretén. De csak első látszatra; mert mai nap már kétségtelen, hogy bármily nagyszabású orvosi nagyobb monographia vagy könyv alakjában megírott műnek tulajdonképeni tudományos forrásai az ilyen egyes kérdésekre vonatkozó önálló tudományos vizsgálódásokon alapuló értekezésekben vannak letéve. Az ezekben bemutatott felfedezések és kikutatott igazságok alkotják tulajdonképen az élő tudomány velejét. A Magyar Orvosi Arch. tehát állandó terül fog szolgálni ilyen tudományos értekezések közlésére és az által kétségen kívül közre fog járulni a hazai önálló tudományos búvárkodás ösztönzésére és indirecte arra, hogy az önálló szak-könyvek jövő írói az eddiginél még jobban meríthetik hazai kútforrásokból adataikat könyveik megírásához. E folyóirat kiadásának további anyagi terhei sem nehezedenek az évi tagsági díjakból és a megtakarított tőke kamataiból álló fedezetre, hanem kiadásukra a Magyar Tudományos Akadémia azon 1000 forintos évi segítése fog fordítatni, a melyet évekel ezelőtt indítványomra volt kegyes amag első tudományos intézet társulatunk számára további intézkedésig rendszeresíteni.

A helyesen végzett munka jóleső megalapozásával zárhatjuk le tehát társulatunk hatodik hat éves lakustrát; anyagilag és szellemileg megismerosodva, a jövő fejlődés szakadatanságába vetett hittel bizalomteljesen nyithatjuk meg a hetediket.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A „rezgő massage” értékéről, valamint alkalmazásának legújabb módszereiről a felső légutak megbetegedéseinél.

Közlő: Tóvölgyi Elemér dr.

Irodalom. M. Schmidt. Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1897. Laker. Die Anwendung der Massage etc. 1897. L. Jankau. Eine neue Methode der Vibrationsmassage. Monatschrift f. Ohrenheilkunde 1897. 5. sz. Lohnberg. Über einen Apparat zur Vibrationsmassage. Monatschr. f. Ohrenheilk. 1898. 8. sz. Broich. Meine Methode der directen Vibrationsmassage. Monatschr. f. Ohrenheilk. 1899. 7. sz. Breitung. Erschütterungsmassage des Trommelfells. Monatschr. f. Ohrenheilk. 1899. 8. sz. Browicz. Vibrationsmassage der Nasenschleimhaut. Allg. Wiener med. Zeitung. 1898. 28. sz. Piesbergen. Beiträge zur Vibrationsmassage. Allg. Wiener med. Zeitung. Therap. Revue. 1899. 39. sz. Braun. Über Vibrationsmassage. Wien. med. Zeitung. 1897. 44. sz. Wiener med. Blätter. 1897. 39. sz. Sendziak. Über die Anwendung der Vibrationsmassage etc. Noviny lekarskie. 1897. 10. sz. Braun. Versamml. Deutscher Naturforscher u. Aerzte in Braunschweig. 1897. szept. 20—25. Garnault. Le massage vibratoire etc. Independence médicale 1897. junius 30. Ostmann. Experim. Untersuchungen zur Massage etc. Arch. f. Ohrenheilkunde. 1898. Vulpius. Streichmassage der Nasenmuschel. Arch. f. Ohrenheilkunde.

A „rezgő massage” feltalálójának, Braunnak 1890-ben és főleg Lakernek 1892-ben több orvosi lapban és önálló munkákban megjelent közleményei után Hans Daae, Tissier, Bleyer, Freudenthal, Masucci, újabban Löwenstein, Jankau, M. Schmidt, Garnault, Anton Bum, Dionisio, Browicz, Melville Back, Sendziak stb. ajánlották melegen e módszert a különböző orr- és garatbántalmaknál. Sendziak 1897-ben is úgy dicsőíti még e módszert, mint a felső légutak mindennemű, de kivált chronikus megbetegedéseinél, az orrból kiinduló reflex neurosisoknál (asthma, migraen stb.), ozaenanál, adenoid vegetatioknál, Higmoor-empyemáknál, a legkülönfélébb szem- és fülbajoknál a legbiztosabban gyógyító módszert.

Ilyesfajta túlhajtások előfordulnak minden újonnan felmerült és felmerülő találmányoknál. Sokolowsky is úgy vélekedik, hogy Sendziak felfogása igen sanguinikus, de hogy a rezgő massage tényleg sok esetben bir gyógyító hatással, azt ő sem tagadja. A „rezgő massage” indicatioi jelenleg az orvosi vélemények alapján szűkebb határok között mozognak, de még igen sok orrbántalomnál úgy ajánlják, mint megbecsülhetetlen módszert.

Braun az 1897-diki braunschweigi congressuson külön kiemeli a reflex neurosisoknál elért jó eredményeket és ebben a szerzők mind e mai napig megegyeznek. Javasolja továbbá, hogy az orrban végzett operatiók után is alkalmaztassék, miután ez által a nyálkahártya szilárdságát és rugalmasságát gyorsan visszanyeri. M. Schmidt pharyngitis atrophicánál úgy az orron, mint a szájon keresztül végzi a massage-t, és sikerült neki az addig atrophias helyeken valódi hypertrophiát létrehozni, a nélkül azonban, hogy ez a betegnek kellemetlenséget okozott volna. Épen így Browicz legújában nemcsak a hypertrophiás, de az atrophias rhinitiseknél is igen ajánlja. Jankau adenoid vegetatioknál, rhinitis hypertrophicánál, Lohnberg subchronikus, diffus orrkatarrhusoknál, a melyekhez másodlagosan a melléküregekben váladékfelhalmozódás járult, alkalmazza, és a hatás, mint mondja, eclatans! Jolly csak általánosságban jegyzi meg, hogy bizonyos orrbántalmaknál a vibratio sikerre vezet. Erdekkel bir Lakernek legutóbb megjelent önálló munkája, miután itt oly betegekről nyilatkozik, a kik a kezelés abbanmaradása után csak öt-hat év elmúltával kerültek újlag a szemé elé. Szerinte a recidivák csak igen kis százalékot tettek ki, és e hosszú idő alatt a

betegeknél egy napjuk sem volt olyan, a mely a kezelés előtti beteg állapotukra emlékeztette volna őket.

Úgyszólván egyedül az ozaenáról lehet mondani, hogy a legutóbb megjelent közlemények, Laker és Braunt kivéve, egyértelműleg oda nyilatkoznak, hogy a bajt megszüntetni nem sikerült. Vulpius ugyan e bajnál is látott jelentékeny javulást, de a kezelés abbanahagyása után a régi kellemetlen állapot pár hó múltán újra visszatért.

Ma tehát úgy áll a dolog, hogy a rezgő massage főleg a következő orr- és garatbajoknál látszik indikálnak: Az orr- és orrgaratfű chronikus betegségeinél, a melléküregek chronikus lojbánál, az orrból kiinduló reflex neurosisoknál, adenoid vegetatioknál. Magam reflex-neurosisoknál, kivált hemieranianál, igen bő váladékkal járó chronikus rhinitiseknél próbáltam meg, szép sikerrel. Czél szerű azonkívül nagyfokú rhinitis hypertrophicánál, a linearis égetést követő ötödik-hatodik napon az igen óvatos vibratio, annyival is inkább, mert mint Paunz egyik utóbbi orvosegyesületi ülésen kifejtette, az égetéssel még az alapbajt meggyógyítani nem lehet. A rezgő massage jó hatását itt abban láttam, hogy a vibratio segítségével a chronikus bántalmat meggyógyítva, megmenekülünk az égetés után sokszor fellépő, kellemetlen recidiváktól. Nagyfokú hypertrophiánál nem szabad előzetesen az orrmassage-t alkalmazni, miután ez erőszakos eljárás volna, már pedig épen most hangoztatják leginkább, hogy a vibrationak pehelykönnyedséggel kell történnie. Igen indikálnak tartom erysipelasnál, hol az ornyálkahártya edzése határozottan kívánatos. Jelenleg is van egy esetem, hol a hónapokon át egymásután meg-megújuló erysipelast a rezgő massage segítségével megszüntetnem sikerült, a beteg több mint egy hónapja ment újabb rohamtól és eldurvult arczbőre már a finomságát is nagyobbára visszanyerte. Az orr paraesthesiáknál (folytonos viszketés, égető érzések stb.) szintén jónak találtam.

Egy még máig is vitás kérdés, vajjon a gyógyszer, mit a massage-nál alkalmazunk, bir-e valami hatással. Zwillinger azt állítja, hogy a hol használnak jár e módszer, az épen a gyógyszernek, mit a rezgő massage-nál alkalmazunk, tulajdonítandó. Azonban Jankau újabban, dacára, hogy kitűnő eredményeket ért el, semmiféle gyógyszert nem használ. Kezdetben menthol-glycerinl alkalmazott, de ezt is elhagyta. M. Schmidt tiz százalékos europen-lanolin-kenőcsöt használ; sokan megmaradtak Laker ajánlatára az 5%-os cocain-oldatnál, mások viszont jod v. ichthyol-glycerint alkalmaznak. Én a phenolum-natrio-sulfuricumot alkalmazom, miután úgy vélem, hogy maga az ornyálkahártyára bedörzsölt szer is gyógyítólag hat. Hogy nem pusztán a gyógyszernek köszönhető a javulás, erről majd más alkalommal fogok nyilatkozni, itt a hely szűke nem engedi. A rezgő massage jó hatása a jelenlegi vélemények alapján abban keresendő főleg, hogy a táplálkozást az orrban mechanice szabályozza, miután a vér és a lymphá áramlását elősegíti.

Vulpius nem vibratio massage-t alkalmaz, hanem a simító massage (Streichmassage) eredményeit dicséri. A régi nézet, hogy a vibratio csak akkor gyógyít, ha szaporán követik egymást a rezgések (500—600 percenkint), ma már nem állhat fenn. Nem a szaporaság, de a könnyedség a főkéllék.

A gyors, kézzel végzett vibratio nemcsak fárasztó, de csakhamar igen szabálytalanná válik és az önkéntelen durva lökések igen ártnak a nyálkahártyának.

Laker a mozgásokat ma is könyökből végezi, Browicz azonban hajlítót kar mellett a csuklóból. E kezelési mód saját tapasztalataim alapján is sokkal czélszerűbb, nem fárasztó, finomabb, és a hatás e miatt jobb is. Kezdeknek kiváltképp ajánlatos, valamint az is, hogy az ornyálkahártya a massage alatt folyton inspectio alatt tartassék. Végül a rezgő massage-nál alkalmazandó eszközökről kell még szólanom.

Jankau az orrüreg nagyságához viszonyított gummi-ballonokat alkalmaz, mint a mely eljárás vérzés és fájdalom nélküli és igen gye-géd. Előnye volna az is, hogy elektromotorral összekötve sem okozhat traumát. A másfajta elektromotoros készülékeknek még mindig az a hátrányuk a kézi massage mellett, hogy alkalmazásuknál ujjaink tapintási érzését nélkülözzük. Lohnberg a Jankau-féle ballonokat kézi varrógéppel köti össze, így a beteg maga magát is masszírozhatja, természetesen kellő előkészültség mellett.

A legújabb apparatust a berlini belgyógyászok congressusán mutatta be Jolly, a mely készülék nem elektromosság, de folyó szén-sav segítségével jön mozgásba. Előnye, hogy kézben is hordható és igen finom rezgéseket végez.

Az Irsai professor vezetése alatt álló ambulatóriumban az egyszerű drótra csavart vattával, kézzel masszírozunk és eddig soha nagyobb vérzést avagy fájdalmat e módszertől nem tapasztaltam, ha az könnyedén végeztetett. A vibratio időtartama Jankau szerint 2 perc, minden másodnap, Laker 1 percczel kezd és öt percze is kiterjedőleg alkalmazza, naponta egy- vagy kétszer. Az időtartamot természetesen a baj mibenléte és foka határozza meg leginkább.

Végül idézem Jankau szavait: „Die vielen Publicationen genau beobachteter Fälle machen es heute jedem Specialisten auf betreffenden Gebieten zur Pflicht die Vibrationsmassage anzuwenden.”

Újabb gyógyszerek.

Közlő: Kerntler Jenő dr.

Aiodin. Az organotherapiás gyógyszerek egyik új képviselője. A pajzsmirigynek egy újabb módon előállított készítményét hozza forgalomba fenti néven a Hofmann-La-Roche baseli cég. E készítmény létrejöttét Lanz-nak köszöni, a ki úgy a saját maga által készített pajzsmirigykivonatokkal, mint más hasonló készítményekkel kísér-

¹ Berl. klinische. Wochenschr. 1898. 17. sz.

letezven, oly anyagot keresett, mely a friss pajzsmirigykivonatból nemcsak az ismerős jodfehérje-anyagokat (albumint és globulint), hanem a valószerűleg szintén hatékony basisokat és a pseudomucint is tartalmazza. Egy ilyen anyagot talált a kivonatokból cersavval nyert csapadékban, mert a cersav a fent említett anyagokat mind lecsapja. A cersav felhasználása még azért is előnyösnek mutatkozott, mivel *Lewin* szerint a cersavval létrehozott csapadékok ismét könnyen oldódnak a szervezetben, a mint ezt a tannin behatása mellett végezett mesterséges fehérjeemésztési kísérletek beigazolták. Ezen cersavas pajzsmirigykészítmény okszerű előállítási módját *Schaerger*¹ dolgozta ki s ezt követi a fentnevezett gyár is, mely a szernek az „*aiodin*” nevet adta.

Az *aiodin* egy laza, iztelen és szagtalan por, mely igen jól eltartható, vegyi összetétele és élettani hatása a vizsgálok szerint állandó. *Lanz* vizsgálatai szerint e készítmény jodtartalma kerek számban 0.4⁰/₀, ezen hatóanyag mennyisége szerint tehát az *aiodin* 1 gr.-ja 2 gr. thyreoidinnak és 10 gr. friss pajzsmirigynek felel meg. A jod és egyéb hatóanyagok mennyileges meghatározására a *Schaerger* által kidolgozott eljárás irányadó.

Lanz-nak ezen anyaggal végezett állatkísérletei épen nem használhatók fel az új szer hatásos voltának bizonyítására, a mennnyiben az állatok, melyeknek pajzsmirigyét kiirtotta, *aiodin*nal való kezelés mellett ép oly tünetek között pusztultak el, habár hosszabb idő múlva, mint jodalbumin adagolása után. Sokkal jobb, szinte meglepő eredményeket közöl azonban golyváknál, cachexia thyreopriva és cretinismus eseteiben való használatáról. Therapeutikus előnyeit a többi pajzsmirigy-készítmény felett *Jaquet* is megerősíti, a ki későbbben vette vizsgálat alá az *aiodint*. A gyár az *aiodint* tabletták alakjában hozza forgalomba s pedig 0.1, 0.3, és 0.5 gr. *aiodin* tartalommal. A tabletták rendelése a következőképen történik:

Rp. Tabletтарum Aiodini „Roche”

quarum una contineat 0.3

Nr. L.

DS. naponta 3–5 darabot.

Asaprol. Az *asaprol* (β -naphtol- α -monosulfosavas calcium)

$C_{10}H_7SO_4 > Ca + 3H_2O$ egy már régebben használatos, láz és rheuma ellenes, valamint fájdalomcsillapító hatásáról ismeretes fehér por. Most csak két újabb érdekes hatásáról akarunk megemlékezni. *Moncorvo*² ugyanis bakteriologiai vizsgálatok alapján azt találta, hogy az *asaprol* a pertusis csirait el tudja pusztítani. Ezek után a szemárhurut terápiajában alkalmazta és pedig 1% oldatnak minden két órában való beecetelése alakjában. A gyógyulás közleményei szerint rendszeren az ötödik napon szokott bekövetkezni, a mi, tekintetbe véve a számárkőhögés ismert hosszadalmas lefolyását, valóban fényes eredményt jelentene. Az *asaprol* másik új tulajdonságára *Ferreira*³ és *Ferenzi*⁴ tesznek figyelmessé, a kik typhusnál alkalmazták és 2–3 gr.-nyi napi adagokra jelentékeny könnyebbülést, a láz és meteorismus nagyfokú alábbhagyását észlelték. Mindkét vizsgáló bakteriologiai alapon végzett kísérletekkel még az *asaprol*-nak a typhus bacillusokra gyakorolt agglutináló hatását is megállapította.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

A. Bickel: Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der Cholämie. Wiesbaden, 1900.

Előttünk fekvő terjedelmes értekezés a májpathologia egyik legérdekesebb kérdésével: a cholaemiával, epevérűséggel foglalkozik. Régióta ismeretes, hogy a legkülönbözőbb májmegbetegedések folyamán legtöbbször mint terminalis jelenségek az idegrendszer részéről lépnek fel tünetek: eszméletlenség, deliriumok, görcsök, Cheyne-Stokes-féle légzés stb. Ezekhez más szervek részéről csatlakoznak még tünetek, így bőrvérzések, véres-nyálkás székletetek stb.

Ezen ominosus jelenségek magyarázatán sokan fáradoztak már. A megértés nehézsége már ott kezdődik, hogy a megbetegedés súlyosságával a cholaemia bekövetkezése nem áll arányban, így a zsugorodó májgyulladás folyamán későn lépnek fel e tünetek és sokszor a halál már előbb bekövetkezik szívhűdéssel; évekig tartó icterusok láthatók cholaemia nélkül, míg néha másfajta okból eredő epepangás rövid időn cholaemiához vezet; így magam láttam egy esetet, hol a ductus choledochus duodenalis papilláján ült egy kocsányos carcinoma, mely elzárta a ductus choledochust, rövid idő alatt nagyfokú icterushoz, két hónap alatt pedig cholaemiához és exitushoz vezetett. Ezen eset élénken figyelmeztet a Quincke által felvetett ama lehetőségre, hogy a papilla duodeni elzárásakor — ide nyílik legtöbbször a pankreas kivezető csöve is — a májba beleömlik a pankreas nedve és ennek megemésztő hatása okozná az acut sarga májatrophíát is.

Ennélfogva a kérdés számos ilyen nehézségével küzdünk már akkor, ha azon logikailag jogosult álláspontra helyezkedünk, melyet Bickel hangsúlyoz, hogy már az icterus catarrhalis folyamán fellépő bőrvizketés, érérés megritkulása cholaemiás tünetek.

A kérdés számos kutatója sok teoriát állított fel e tünetek magyarázására. Némelyek külső infectióból magyarázzák, mások az epe-

felszívódás által megrontott vértől származtatják az ideges tüneteket. Vannak olyanok, kik az epe egyes alkotórészeit tekintik a cholaemia okának; így Flint és különösen Müller Kálmán a cholestearint; mások, mint Landois, az epe-savakban látják a cholaemiás mérget. Végül *Frerichs* és *Strümpell* a máj működésének kiesését tartják a cholaemia okának.

Bickel vizsgálatait két irányban végezte: 1. a májsejtek széteséséből eredő cholaemiát, 2. az epepangásból eredőt kutatta. Az első csoportbeli cholaemia létrejöhet a) a sejtplasma szétbomlásánál fellépő intermediaer anyagcseretermékek útján, melyeket rendes viszonyok között a máj átalakít; b) a bélrohadásból eredő anyagok felszívódása által, melyeket rendszeren a máj átalakít; c) a májsejtek széteséséből eredő termékek által. Az a) alatti csoportban Bickel szerint a következő anyagok jöhetnek szóba: tejsavas, szénsavas és carbaminsavas ammonium, húgysav, cholalsav, taurin, glycoeol és haemoglobin. Bickel ezek közül a három ammoniumsóra kísérletileg kimutatta, hogy görcsöket és szívhűdést okoznak, míg a taurin, mint ezt már régebben Müller Kálmán is kimutatta, a glycoeol és haemoglobin a cholaemia okához hozzá nem járulnak. A b) csoportba tartoznak az ú. n. béltoxinek, melyek részint a bél bacteriumai által készülnek, részint az emésztési folyamat melléktermékei. Az elsőkről ma még semmit sem tudunk, az utóbbiak közül Bickel a négy legfontosabbat vizsgálta meg: asparaginsavat, leucint, tyrosint és phenolt. Kísérleteiből kiderül, hogy az asparaginsav gyorsan hűdíti a szívet, de görcsöket alig okoz, míg a leucin és phenol inkább csak görcsokozók, a tyrosin majdnem hatástalan. A c) alatti csoportra pedig megjegyzi Bickel, hogy az ilyen folyamatoknál részint a már előbb tárgyalt leucin vagy tyrosin jöhetnek szóba, vagy a fellépő cholaemiára vonatkoztatott tünetek a májat roncsoló anyag direct idegrendszeri hatása által jönnek létre.

Az epepangásból eredő cholaemiát úgy tanulmányozta Bickel, hogy glycoeol- vagy taurocolsavas natriumot, vagy beszárított, illetve besűrített epét tett a kísérleti állatok feltárt agykérgére. Ezekből kiderült, hogy „az epe és az epe-savak sok emlős állatok idegrendszerére erős mérgek. Ha az agykéregre viszzük őket, eszméletlenséget, görcsöket, maníás és katalepsiás állapotokat, lézési és érzési zavarokat és hatalmas nyál-folyást idéznek elő”.

Bickel ezen kísérleteiből oda következtet, hogy a cholaemia mérgezés. Teljesen világos, hogy a cholaemiát első sorban a szervezetnek ammoniak-vegyületekkel való túltelítése idézi elő. A többi még szóba jövő anyagra vonatkozólag még számos kísérlet szükséges, a cholaemia teljes tünettájának megértéséhez pedig beható klinikai analysis.

Bickel végül a cholaemia esetleges kezeléséről tesz néhány megjegyzést. Első sorban utal azon figyelemre méltó tapasztalatokra, melyek a Sch-féle fistulás kísérletekből vonhatók le. Ezen fistula által, mely a vena cava inf.-t a vena porta-vel összeköti, kiiktatható a máj a vérkeringésből és ekkor kitünik, hogy az állatok élete hús megvonása által nyújtható. A nitrogenbő táplálkozásnál tehát a máj bizonyos toxikus hatásokat paralyzál. Ha a májat kimélni akarjuk a Hoffmann-féle „Schonungstherapie” értelmében, a nitrogén anyagforgalmat le kell szállítanunk. Megvonjuk tehát a húst és nyugalomra szorítjuk a beteget.

Ezen beható és alapos dolgozat általános figyelmet érdemel.

Lévy.

Dr. Jessner's Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 3. Pathologie und Therapie des Hautjuckens. I. Theil. Allgemeine Pathologie und Therapie. Pruritus simplex. Würzburg. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch.) 1900. Ára 90 német fillér.

A 60 oktáv lapra terjedő kis füzet átnézetesen, tiszta világos irálylyal tárgyalja a bőrvizketés körét és különösen annak gyógytanát. Azután áttér a *primaer pruritus* tárgyalására, mely alatt a helybeli *primaer* bőranomaliák nélkül fellépő bőrvizketést érti, a melyet *pruritus simplex*-nek nevez, és a melyet feloszt *pruritus universalis*-ra és *pruritus localis*-ra. Ezek között különösen tárgyalja a „*pruritus ani*”-t és „*pruritus genitalium*”-ot. A másodlagos pruritusokat, melyek *urticariához*, *scabieshez*, *eczemához* stb. szegődnek, egy második előadásban fogja tárgyalni. Annak, a ki rövid és megbízható tájékozódást akar szerezni ez elég gyakran előforduló kellemetlen bajokról, e füzeteske jó szolgálatot fog tenni.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Kísérletek *tuberculosis antitoxin* előállítására. *Trudeau* és *Baldwin* juhokat, szamarakat, házinyulakat és tyúkokat használtak erre a célra, különböző módon kezelve azokat: a) Juhok visszerébe thymus bouillonban tenyésztett, megfiltrált *tuberculosis* tenyészetet oltottak ismételve. b) Tyúkok hasüregébe fokozatosan erősbödő virulentiájú, emlős állattól származó *tuberculosis* kulturákat fecskendeztek. c) Egy szamarat subcutan beoltottak élő, virulens *gümöbacillus* tenyészetrel, a visszerébe pedig virulens *tuberculoitikus* anyagot fecskendeztek s végül *tuberculin* injeciáltak növekedő adagban. Az állat meggyógyult. d) Egy másik számarának subcutan megölt *avirulens thymus bouillon*-kulturát adták, azután *protein*-mentes tenyésztő talajon nőtt *avirulens tenyészet*ből készített *tuberculin*-t, azután *alkalikus bacilluskivonatot*, végül élő és megölt *avirulens bacillus* tenyészetet. e) Házinyúl visszerébe *avirulens bacilluskulturát*, hasüregébe pedig virulens tenyészetet oltottak. Az állatok mind meggyógyultak. A belőlük nyert serummal azután gyógyítási kísérleteket végeztek, azonban negatív eredménnyel. (Hyg. Rundschau 1900. 1. sz.)

Filep dr.

¹ Pharm. Zeitung. (Berlin) 71. sz.

² München. med. Wochenschr. 1898. 5. sz.

³ München. med. Wochenschr. 1898. 44. sz.

⁴ Presse médic. 1898. 89. sz.

A bőr szerepe a pestises fertőzésben. *Di Mattei* vizsgálatai szerint a pestissel való fertőzés erekeknél leggyakrabban és legkönnyebben a bőr útján történik. Egy kalitkában pestises erekeknél együtt egészséges ereket tartott. Utóbbiak közül néhányon felhámhorzsolások és más, hasonló apró sérülések voltak. Ezek az eregek elpusztultak pestisben, az ép bőrűek ellenben egészségesek maradtak. Azok az eregek, a melyeket pestis bacillussal fertőzött tüvel szűrt meg, valamint azok, a melyeknél a bőr felületen rétegét lekaparva, a sértés helyét pestis-bacillus kulturával bekente: mind megkapták a betegséget és elpusztultak. Ezekből a kísérletekből a pestisnek az eregek által való terjesztésére nézve is lehet következtetéseket vonni. Rovaresipés, pl. bolha útján fertőződhetnek az eregek. Azok a felhámhorzsolások pedig, a melyeket a falakon, vagy más kemény tárgyakhoz való dörzsölődésük alkalmából szereznek: szintén nyílt kapui az infectionak. (Centralbl. f. Bact. 1900. 2. sz.) *Filep dr.*

A házi állatok viselkedése a pestisfertőzéssel szemben. *Di Mattei* kísérletezett ebben az irányban és szerinte a disznók a pestis-bacillussal való fertőzés után, akár subcutan, akár a vérpálya útján történt legyen az, megbetegedtek. Magas hőmérsék, hasmenés, bányadtás lépett fel náluk s minden se- és excretumban sikerült a pestis-bacillust kimutatni. Néhány nap múlva azonban meggyógyultak. Hasonlóan viselkedtek a juhok, ellenben a tyúkok, galambok immunisoknak bizonyultak. A maeszkák, ha pestisben elpusztult ereket etetett velők, vagy ha pestisbacillust fecskendett bőrök alá: szintén megbetegedtek, de néhány nap alatt meggyógyultak. Úrülékükben azonban rengeteg mennyiségű pestisbacillust talált. Ennél fogva a járvány terjesztése szempontjából a házi állatok nagy része veszedelemes lehet. (Centralbl. f. Bact. 1900. 27. kötet 2. sz.) *Filep dr.*

Belgyógyászat.

A bal fülese megnagyobbodásának felismeréséről kopogtatás által és a hátpercussio klinikai alkalmazásáról általában ír *Ewart*. A szívtempulát hátsó projectioja megfelel egy majdnem horizontálisan fekvő, hosszú és háromszögnek, melynek csúcsa a bal lapocza csúcsa alatt fekszik, és melynek alapja a gerincoszloptól jobbra foglal helyet. Ha a bal fülese meg van megnagyobbodva, akkor a szöglet kevésbé hegyes, a tempulának vertikális átmérője nagyobb és különösen felfelé annyira nő, hogy azzal a tempulattal ér össze, mely normaliter az V. hátsóigolya tövisnyújtványára fölött található és melytől rendszeren egy léghangot adó terület választja el. Az V. hátsóigolyának megfelelő „interscapularis tempulat” megnagyobbodása oesophagus megbetegedéseknél (többnyire carcinoma mellett), valamint a bronchialis nyírkmirigyek duzzadásánál található; *Fernet* szerint a tempulának megnagyobbodása, vagy inkább kiszélesedése az utóbbi esetben a tuberculosis legkorábbi jeleihez tartoznak. Egy harmadik állandó tempulat a gerincoszlopon a II. ágyékesigolya tövisnyújtványára fölött, a pancreasnak megfelelőleg található. Pankreastumorok mellett ezen tempulat kiterjedése is növekedhetik. (British med. journal, 1899. II. 1167. 1.) *—ct.*

Az akromegalia symptomatológiájáról. *Chrostek* az akromegaliának igen érdekes esetét közli. Az eset egy 37 éves festőre vonatkozik. A nagyon részletesen közölt kórtörténet után a szerző bebizonyítja látja az akromegalia diagnózisát. Ezen eset több tekintetből érdekes: az alimentær glykosuria jelenléte miatt, azután a sajátos izületi dagاناتok fellépte miatt és végre még a miatt, mert a betegnél paroxysmalis haemoglobinuria volt konstatálható. Szerző ezután ezen complicatio megbeszélésére tér rá. Akromegaliával kapcsolatosan még nem észlelték glykosuriát. Nervosus alapon álló alimentær glycosuria felvételét jogosultnak tartja és esetében is a glykosuria jelenlétét a fenti alapon meglehetősen hypothetikusán magyarázza, t. i. hogy akromegaliánál fennálló vasomotorikus zavarok okoznák, hogy a bélhuzamba jutott cukor a máj elkerülésével egyenesen a nyírkeringésbe és így a vérbe jut; ezen módon hyperglycaemia és glykosuria állana elő. Az ezen esetben észlelt izületi elváltozások szintén a vasomotorikus zavarok felvételét látszanak bizonyítani. Szerző a haemoglobinuriás paroxysmák létrejöttének egyik okát az akromegaliánál állandóan található edénymegváltozásokban látja. A hypophysis szerepét *Cyon* eredményeivel magyarázza, melyek szerint a hypophysisnek kétféle szerep jut: 1. anyagot választ el, mely a szív- és edényidegrendszert befolyásolja, 2. a legesekélyebb intrakranialis nyomásváltozásnál ellenaetioba lép. A szerző ezután felveti az eszmét, hogy a hypophysis elváltozásai az edények beidegzési zavarához, ezek pedig a növekedési zavarokhoz vezetnek. (Wiener klin. Wochenschrift. 1899. 44. sz.) *Lengyel Loránd dr.*

Gócsz agylágyulás kísérletében jelentkező psychikus zavarokról értekezik *Charon*. Targyalja először a szerzők nézeteit e kérdéssről. E nézetek nagyon ellentmondók; némelyek szerint csak stupor kíséri, mások szerint deliriumok, maniakalis excitatio stb., míg ismét mások szerint semmi. Kérdés, vajjon van-e a psychikus zavaroknak bizonyos határozott csoportosulása, mely a gócsz agylágyulásra jellegző volna. 6 esetet észlelt, melyek mindegyikében gócsz agylágyulás volt jelen a legkülönbözőbb helyeken. Mindegyik esetben, a hol a lágyulási gócsz kiterjedt volt, észlelt maniakalis agitatio, gondolatzavart, hallucinációt, anorexiát, hyperthermiát, gastrointestinalis zavarokat, hallucinációt, főleg látásiakat, s fejfájásokat. Az agitatio rendszeren rövid ideig tartott s intellectualis gyengülés követte, mely gyorsan vezetett teljes dementiához. A betegek közül 4 alkoholista volt. Generalizálni nem akar, csak azt következteti, hogy ilyen tünetcsoport jelenléte, főleg alkoholistánál, valószínűvé teszi egy nagyobb kiterjedésű necrobiotikus gócsz diagnózisát. Másrésztől, ha ilyen agitatio jelentkezik hyperthermiával,

úgy valószínűséggel várható, hogy vagy rövidesen halál következik be, vagy progressiv intellectualis gyengülés fogja követni, miért is a beteg elkülönítésére szükség nincs. (Arch. de neurol. 1899. I. k. 18. sz.)

(—nt.)

Izomrostok kiürülése a bélsárral. *Schmidt* kiemeli, hogy mily érdemtellenül hanyagolják el az emésztési szervek bántalmainál a bélsárral kiürített izomrostoknak és kötszövetzafatoknak vizsgálatát, az úgynevezett lienteriat. Gyakran észlelte az emésztési szervek legkülönbözőbb megbetegedéseinek nagyobb tömegű emésztetlen anyag kiürülését, mely túlnyomóan kötszövetből állott, gyomornedvben oldódott, míg pankreasváladékban semminemű változást sem szenvedett. Ezen észlelet alapján szerző ezen kötszövetzafatokat a hiányos gyomoremésztés következményének tekinti; ha azonban kötszövetzafatokon kívül már makroszkopice is felismerhető izomrostok találhatók, ezen körülmény a bélemésztés hiányosságára utal. Ha 100 gm. vágott hús élvezete után izomrostok jelennek meg a bélsárban kötszövetpelyhek nélkül, a bélműködésnek jelentékeny zavara forog fenn. (Deutsche med. Wochenschrift, 1899. 49. sz.) *Kövesi Géza dr.*

Sebészet.

A lött sebek infectiojára és desinfectiojára vonatkozólag tettek kísérleteket *Tavel* és tanítványai. Már *Lagarde*, *Messner*, *Karlinski*, *Faulhaber*, *Habart* vizsgálódásai kimutatták, hogy a löveg képes fertőző csirokat vinni a sebbe s azt ily módon inofficiálni; ezt a kérdést bővebben tanulmányozni, továbbá eldönteni azt, vajjon a lött sebek infectioja elsődleges-e, mint azt *Brunns*, *Brunner*, *Volkman* állították, vagy másodlagos, mint azt *Bergmann*, *Bircher*, *Pfuhl* és *Fraenkel* hirdetik, volt ezéjla e vizsgálatoknak.

Első sorban azt igyekezett megállapítani, vajjon a golyó vihet-e magával fertőző csirokat. E czélból különféle kísérleti tényezők alkalmazásával gelatinába eszközölt lövéseket. A kísérletekhez a svájci katonaság kis kaliberű fegyverét használta, melynek lövege 7.5 mm. átmérőjű s melynek kezdeti sebességét (600 m.) a töltés megkisebbitése által 300 meterre redukálta, a mely sebességgel a löveg mintegy 800 m.-nyi, tehát katonai szempontból legfontosabb távolsággal bir. 600 meternyi kezdeti sebességet azért sem alkalmazhatott, mert ily sebesség mellett a lövegnek a közeli czélba való lövéseknél (5—7 meterre fekvő czélt használta, a mi az összes kísérleti követelmények pontos alkalmazhatása miatt volt szükséges) túlságos nagy a robbanó hatása, állatkísérleteknél pedig olyan pusztításokat okoz, hogy tiszta infectio létrehozatala nem lehetséges. Az által, hogy ily közeli czélt választott, legfeljebb a levegő dörzsölődésének hatása a golyón levő csirokra nem volt tanulmányozható, azonban *Messner* kísérletei kimutatták, hogy 125 és 250 metert átfutott lövegek között infectio szempontjából nincs különbség s azért a lég e hatását elhanyagolhatónak tartotta. A gelatinába eszközölt lövés kísérleteket bacillus ruberrel, bacterium colival, streptococcusal, anthrax-szal és bacillus subtilissal tette és pedig 4 sorozatban. Először steril golyót lött inofficiált szöveten keresztül; ez esetben mindig számos colonia fejlődött a löcsatorna egész hosszában; nem változtatott a coloniák számán azon körülmény sem, hogy a kísérleti lövést csak azután eszközölte, hogy a fegyverből előbb egy magazint (12 teljes töltés) gyors tempóban kilőtt, mi által a fegyver hőmérsékét a maximumra emelte. Azután a golyó testét inofficiálta; ez esetben akár elsőlegesen, akár egy magazin előzetes kisütése után mindig csak kevés számú colonia fejlődött; egy esetben steril volt a lövés. A golyó hegyének inofficiálásánál mindig igen sok colonia fejlődött, egy magazin előzetes kilövése itt sem gyakorolt befolyást a coloniák számára. E két utóbbi sorozat nyújtotta eredményekből ama következtetés vonható, hogy míg a fegyver hőmérséke vajmi csekély befolyással van a mikroorganizmusok elpusztítására, a golyó testének a fegyver csövéhez való dörzsölődése nagy fontossággal bir. A fegyver csövének infectioja változó eredményeket adott, egyes esetekben nem keletkeztek tenyészetek a gelatinában, a legtöbb esetben azonban igen; a második lövés az inofficiált csövől 2 eset kivételével steril volt, a miből ama fontos tanúság vonható le, hogy egy lövés elegendő a fegyver csövének sterilizálására; ezen hatás szintén a mechanikus dörzsölődésnek tudható be. Ezen kísérleteknél azt is tapasztalta, hogy az ily lövés által beoltott tenyészetek lassabban nőnek, mint a kontroll-tenyészetek, a mit úgy magyaráz, hogy a bevitt mikroorganizmusok életképessége gyengült.

Ezzel kapcsolatban azt is vizsgálta, vajjon a löveggel bevitt csirok virulentiája a lövés által szenved-e változást. Kísérleti anyagul a Marmorek-féle streptococcus szolgált, melynek minimális mennyisége nyulat 20—48 óra alatt bizonyosan megöl. Ha ezen anyaggal hegyén inofficiált golyóval nyúl czombjába lött, az állat 24 óra alatt elpusztult; ha a golyó teste inofficiáltatott, 30—36 óra alatt következett be a halál, 600 meteres kezdeti sebességnél csak 48 óra múlva. Ezen tények azonban nem bizonyítanak a mellett, hogy a streptococcusok virulentiája attenuálódott volna, mert a golyó testének inofficiált volta mellett kisebb volt a bejutott bacteriumok száma, 600 m. kezdeti sebességnél pedig oly nagyfokú a szövetroncsolás, hogy a bacteriumok bejutása a circuliatioba akadályozott. Kísérleteit steril és inofficiált szövetek közbeiktatása által is módosította s így azon meggyőződésre jutott, hogy sem szövet, sem a bőr nem képes a löveg által hordott mikroorganizmusokat visszatarítani. Az eddigi kísérletek azt bizonyítják, hogy a lövegek rendes körülmények közt bevisznek mikroorganizmusokat a sebbe és ezek eléggé virulensek maradnak arra, hogy infectiot létesítsenek; kérdés most már, hogy a lött seb, mint olyan, minő hajlandósággal bir az inofficiáltatásra. Mert ahhoz, hogy infectio létrejöjjön, nem elegendő a mikroorganizmusnak a sebbe való jutása, hisz minden sebbe, még az

aseptikus körülmények közt operáltba is bejut mikroorganizmus, hanem az egyéni dispositio és az inficiált terrenum resistenciája is fontos szerepet játszik, különösen a közönséges életben előforduló középerős virulentiájú mikroorganizmusok által való fertőzéssel szemben. Főleg két tényező az, mely lokálisan az infectio létrejöttére nézve fontossággal bír: fertőzött idegen testek implantatioja (Kocher) és a helyi laesio nagysága. Ez utóbbira vonatkozólag ő és tanítványai igen érdekes kísérleteket tettek, számbeli adatokban fejezvé ki, hogy mechanikai (zúzás), physikai (pl. kiszáradás) és chemiai (antiseptikumok) agensek mennyivel teszik hajlamosabbá a szöveteket az infectiora. E kísérletekre bővebben kiterjeszkedni nem lehet, csak annyit említenek, hogy pl. egy haematoma a tetanusfertőzésre való hajlamoságot 1000-szeresen növeli, a pneumococcusal szemben 100-szorosan, a staphylococcusal szemben 24-szeresen növeli a dispositiot. Már pedig a lött sebeknél úgy az implantatio, mint a szövetlaesio nagy szerepet játszik. *Karlinski* vizsgálatai szerint lágy ólomból való löveg közbeiktatott idegen testből többet ragad magával, mint a kemény ólomból való, azonban a kemény ólomból való idegen testek igen messze projiciálódnak be a gelatinába, míg a lágy golyónál nagyrészt a falra rakódnak, bár bizonyos távolságra a gelatina belsejében is található. Ezután áttér a metszett és lött sebeknek egyenlő virulentiájú mikroorganizmus tömeggel szemben való viselkedésére. *Staphylococcusok*kal végzett kísérletek ama értékes leletre vezettek, hogy egyszerű metszett izomsebbe oltott 1 kacsnyi *staphylococcus* kisebb reactiot okoz, mint teljesen steril körülmények közt ejtett lösebb; az ugyanoly virulentiájú *staphylococcus* fertőzött nyulak mind elpusztultak; *bacillus colival* metszett seben át inficiált nyúl ép, egészséges maradt, a lövés útján inficiáltak közül egy elpusztult, egy megbetegedett; régi anthrax-tenyészetek metszett izomsebbe oltva, semmi betegséget nem okoztak, míg lövés útján a testbe vite, általános lépfenében elpusztították az állatot; *bacillus pyocyaneus* metszett sebbe vite nem szült reactiot, lövéssel jutván be, tipikus tályogot okozott; egy esetben, hol az állat vért vesztett, meg is ölte azt. Anaërob mikroorganizmusokkal szemben is a lött seb specialis traumatismusanál fogva sokkal kisebb resistenciával bír, mint a metszett. Tetanusallal tett erre nézve igen érdekes kísérleteket, melyek azon eredményre vezettek, hogy lött sebek egészen specialis dispositioval bírnak a tetanusinfectiora. Különösen érdekes pl. azon kísérlet, midőn 4 nyúl közül egyiknél haematomába oltott tetanus, a többieknél pedig tövissele, szővettel, golyóval együtt implantálta, az állatok életben maradtak. Ugyanezen állatok lövés útján inficiáltatván, tetanusinfectioiban néhány nap alatt elpusztultak. A lövés sebész tehát különösen diszponál a tetanusinfectiora.

Karlinski kísérleteivel megegyező eredményeket kapott *Tavel* is. Ő egyszerűen arra is figyelmeztet, hogy a löcsatorna falán a bemeneti nyílástól a kimeneti nyílásig terjedőleg apró hasadékok vannak s a mikroorganizmusok ép ezen hasadékokban szeretnek megtelepedni, de a löcsatornától excentrikusan is található. Ezután áttér a metszett és lött sebeknek egyenlő virulentiájú mikroorganizmus tömeggel szemben való viselkedésére. *Staphylococcusok*kal végzett kísérletek ama értékes leletre vezettek, hogy egyszerű metszett izomsebbe oltott 1 kacsnyi *staphylococcus* kisebb reactiot okoz, mint teljesen steril körülmények közt ejtett lösebb; az ugyanoly virulentiájú *staphylococcus* fertőzött nyulak mind elpusztultak; *bacillus colival* metszett seben át inficiált nyúl ép, egészséges maradt, a lövés útján inficiáltak közül egy elpusztult, egy megbetegedett; régi anthrax-tenyészetek metszett izomsebbe oltva, semmi betegséget nem okoztak, míg lövés útján a testbe vite, általános lépfenében elpusztították az állatot; *bacillus pyocyaneus* metszett sebbe vite nem szült reactiot, lövéssel jutván be, tipikus tályogot okozott; egy esetben, hol az állat vért vesztett, meg is ölte azt. Anaërob mikroorganizmusokkal szemben is a lött seb specialis traumatismusanál fogva sokkal kisebb resistenciával bír, mint a metszett. Tetanusallal tett erre nézve igen érdekes kísérleteket, melyek azon eredményre vezettek, hogy lött sebek egészen specialis dispositioval bírnak a tetanusinfectiora. Különösen érdekes pl. azon kísérlet, midőn 4 nyúl közül egyiknél haematomába oltott tetanus, a többieknél pedig tövissele, szővettel, golyóval együtt implantálta, az állatok életben maradtak. Ugyanezen állatok lövés útján inficiáltatván, tetanusinfectioiban néhány nap alatt elpusztultak. A lövés sebész tehát különösen diszponál a tetanusinfectiora.

A lövéssel bevitt idegen testek káros hatását *Fraenkel* és *Pfuhl* kísérleti alapon tagadták, pedig a hadsebészeti tapasztalás ezt rég megállapította. Legújabbban a *Lardy* által a török-görög háborúban észlelt lösebek közül 114-ben volt idegen test (löveg, ruha, csontszilánk), ezeknek 58%-ában (65 eset) volt infectio; 345 esetben, hol idegen test nem találtatott, csak 8%-ban jött létre infectio. Hogy e kérdéshez kísérletileg is hozzájáruljon *Tavel*, tanítványával, *Schwarzenbach*-hal a metszett és lött sebek infectioját vizsgálta implantatioval és implantatio nélkül. Leghevesebb a fertőzött löveg általi infectio, mert ilyenkor a csirok a löcsatorna környékébe, az izominterstitiumokba szét-szórtnak; ezzel egyenrangú súlyosságra nézve a steril golyóval ejtett löcsatornába fertőzött idegen test implantatioja; ezután jö a metszett seb implantatioja, legjóindulatabb a metszett sebek direkt infectioja. A lött sebeknél tehát maga az implantatio nem bír fontossággal, hanem a beleje szórt mikroorganizmusok és a specialis traumatismus, mely e sebészettel jár. Ezután ama kérdést vette vizsgálat alá, vajjon a katona ruházata tényleg magában rejti-e az infectio veszedelmét. A berni kaszárnyákban használt ruhadarabokból (nadrág, alsó nadrág) apró darabokat metszett vagy lött sebekbe implantált vagy sterilgolyó hegyére ragasztva, lövéssel vitte be a testbe; azon eredményre jutott, hogy a katonák ruhái tartalmaznak oly csirokat, melyek sebbe vite, azt inficiálni képesek. A metszett sebbe való implantatio sokkal kisebb reactioval járt, mint a lösebb fertőzése. Végül ama kérdéssel foglalkozik, vajjon lehet-e a löcsatornát fertőtleníteni és mely therapeutikus eljárás bizonyul a leghelyesebbnek. Igen erős virulentiájú streptococcus (Mamork-féle) ellen semmiféle therapeutikus kísérlet (cauterizálás, drainezés, jodtincturával való kezelés) nem járt sikerrel. Ezért középerős virulentiájú mikroorganizmusokkal kísérletezett, és pedig úgy, hogy egyenlő módon fertőzött 6 nyulak. Ezek közül egy kontroll-nyúl volt, ennél a löcsatorna nyílásait bevarrta és fedőkötést alkalmazott; egy thermocauterrel, egy jodtincturával, egy 50% carbolsavval, egy jodoformgaze-zel kezeltetett, egyenlő pedig a csatornát üvegdrainnel drainezte. Gyenge virulentiájú *staphylococcus* aureusból 2 kacsával inficiált nyulak közül a kontroll-állat meggyógyult 20 nap alatt, a drainezéssel kezelt 21 nap alatt, a jodoformgaze-zel kezelt 21 nap alatt, a másik 3 elpusztult. Erős virulentiájú *staphylococcus aureus*ból 2 kacsával inficiált állatok közül a kontroll-állat 3 nap alatt, a drainezéssel 97, a jodoformgaze-zel kezelt 5-9 nap alatt, a többi három 4-7 nap alatt pusztult el. Ugyanezen *staphylococcus*ból 1/2 kacsnyival inficiált állatok közül a kontroll-állat 34, a drainezéssel 12, a jodoformgaze-zel kezelt 42 nap alatt meggyógyult, a másik három elpusztult; *pyocyaneus*ból 2 kacsával inficiált nyulak közül a kontroll-

állat 29, a drainezéssel 27, a jodoformgaze-zel kezelt 34, a carbollal kezelt 15 nap alatt meggyógyult, a többi elpusztult. *Streptococcus capsulatus* egy kacsával beoltott nyulak közül a kontroll-állat 43, a drainezéssel 38, a jodoformgaze-zel kezelt 15 nap alatt meggyógyult, a többi elpusztult. Ezen eredmények ama meggyőződésre vezették *Tavel*, hogy lövés útján fertőzött sebekkel legjobban cselekszünk, ha mentől kevesebbet teszünk; mert desinfectioja a lött sebeknek lehetetlen s az alkalmazott chemiai és physikai szerek csak arra alkalmasok, hogy a szövetek meglevő sérelmét fokozzák s jobban előkészítsék a talajt a löveg által a szövetek mélyébe vitt mikroorganizmusok számára. *Bergmann* az orosz-török háborúban ezer és ezer gyógyulást látott egyszerű fedőkötésre; *Kocher* egyszerű esetekben szintén ezt ajánlja, komplikált esetekben drainezést vagy jodoformgaze-zel való tamponálást. *Langenbuch* a lött seb therapiájául egyszerű fedőkötést ajánl. A kísérleti vizsgálódás eme egyszerű, a klinikai tapasztalat által is jónak talált eljárás helyességét bizonyítja. (Revue de chirurgie, 1899. december.)

Pólya Jenő dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Ritka pulsus a gyermekágyban közönségesen tapasztalt jelenség, melyet már régi vizsgálók is megállapítottak exact vizsgálatokkal (*Mac Clintok*, *Blot*). Ujabbban mégis kétségbe vonta ezt *Heil*, a *Kehrer* klinikáján, azt állítván, hogy elég gyakran előfordul ugyan, de nem charakteristikus az egészséges gyermekágyra; egészséges nőknél máskor is elég gyakran észlelhetni ritka pulzust pihenés közben (65-öt vagy kevesebbet 49%-ban), még többször viselés állapotban, a mikor 65 vagy kevesebb pulsus még többször előfordul, mint a gyermekágy első tíz napján. *Varnier* azért vizsgálat alá vette a kérdést és megfigyelt 32 viselés nőt az utolsó hónapban, 35 gyermekágyas nőt a szülés után legalább kilencedik napig, s azt találta, hogy a pulsus állandóan 75 fölött volt 26 terhességnél = 81%, 14 gyermekágyasnál = 285%; 75 alatt volt 2 terhességnél = 6.25%, 14 gyermekágyasnál = 40%. De ezeken kívül megfigyelte 36 esetben *ugyanazon* nőnek a pulsusát a szülés előtt s a szülés után. Ezek közül 26-nál a pulsus görbe szülés után határozottan süllyedt, 6-nál körülbelül egyenlő maradt, 4-nél némi emelkedést mutatott. Tehát legalább 72%-ban a pulsus ritkulása a gyermekágyban el nem tagadható, s e szerint az egészséges gyermekágyra charakteristikus. (Igaz, hogy *Varnier* nem említi, vajjon a viselés nőket pihenés közben figyelte-e meg, mint *Heil*, s ennyiben adataihoz némi kétség férhet tudományos szempontból; a gyakorlatban azonban a mi tapasztalásaink szerint is megáll az, hogy a ritka pulsus az egészséges gyermekágyaknak charakteristikus jelensége, mely sok esetben még kisebb hőemelkedés mellett is megmarad egy ideig; egy okkal több, hogy az orvos a gyermekágy észlelésében ne érje be a pulsusallal, hanem mindig vegye elő a hőmérőt is. Ref.) (*Annales de gynécologie*, 1899. 1. sz.)

Doktor.

A mesterséges abortus (therapeutikus abortus) indicatioit megszabni rendkívül nehéz, kényes feladat. *Pinard* három csoportba osztja a felmerülő indicatioikat. Ezek 1. a *szülésatorna igen nagy fokú szűkülései*, szűk medenceze, vagy félre nem hárítható daganatok következtében. Ez az indicatio régebben, mikor a császármetszés oly gyakran halálos volt, jogosult lehetett, ma már nem az. Az a kérdés, hogy a viselés nő életét fenyegeti-e veszedelem a szűkület következtében már a terhesség alatt? Nem. Továbbá a foetus kifejlődhetik-e normalisan a szűkület dacára is? Igen. Van-e tehát ok a terhesség félbeszakítására? Nincs. Be kell várni a terhesség végét s császármetszést végezni; ennek mortalitása ma már elég kedvező: *Olshausen* 29 esetből 2-t, *Zweifel* 55-ből 1-et, *Leopold* 100-ból 10-et vesztett. 2. *Indicatio* szolgáltatnak mesterséges abortusra a *terhesség folytán támadt olyan súlyos bajok*, melyek a nő életét fenyegetik: csillapíthatatlan hányás, renalis insufficiencia (fehérjevizelés, anuria), retrofectált méh incarcerationioja stb. Ez esetekben szerencze bizonyosságot az orvos a felől, vajjon a baj csakugyan terhesség folytán támadt; csak ekkor van joga s ekkor kötelessége is a beavatkozás, hogy megmentse az anya életét. De hangsúlyozni kell az életmentést, mert a mesterséges abortusok nagyon sokszor csak a magzat feloldozását értik. Ez hibás. Ha csakugyan olyan súlyos a baj, a magzat úgyis veszne, hanem az anyát mentjük meg. 3. *Indicatio* szolgáltatnak *intercurrentis betegségek*, melyek a terhesség folyamán az anya életét fenyegetik. Itt megint az a kérdés, hogy a terhesség félbeszakítása után szerencsebben fog-e végződni a betegség? Minden tapasztalása szerint *Pinard* azt feleli: nem. Tehát, ha az orvos feláldozza a magzatot, ez itt is tiszta veszteségszámba megy. És így bárminő bajnál, ennek okát és súlyosságát vizsgálja az orvos, s ha arról győződik meg, hogy a terhesség lenne a hibás, hívjon tanácskozársra collegát, ki a felelősségen véle osztózzék s így indítsa meg az abortust. (Legalább is ilyen szigorú az indicatio megszorításában a mi szülészeti iskolánk is; az egyet. I. sz. nőiklinikán több mint húsz év leforgása alatt háromszor fordult elő mesterséges abortus, osteomalacia medenczeszűkület, acut hydramnios, és portio-carcinoma miatt. Nagyfokú szűkületnél ráerőltetni a nőre a császármetszést, ma még nem tartjuk jogosultnak. Betegségeket azonban, mint csillapíthatatlan hányást, vese- vagy tüdőbajt megfelelő orvoslás alá vesszünk a terhességre való tekintet nélkül; mesterséges abortust pedig ilyen esetekben nem végzünk, mert az meggyőződésünk szerint nemcsak nem használ, sőt sokszor árt, máskor legalább is felesleges. Ref.) (*Annales de gynécologie*, 1899. 1. sz.)

Doktor.

A méh totalexstirpatioja hüvely és has felől kombinált módon ezimel új eljárást ír le *Delagenière*. A carcinomás méh kiirtását amerikai operálók újabb szabály szerint a has felől végzik, hogy megkereshessék s

ha kell, kiirtják a medenczebéli nyirokmirigyeket is. Ez a czélja czimben jelzett operationnak is, melynek technikája a következő: Először a hüvely felől a portio körülmetszése; a hólyag s a Douglas-redő feltolása tompán csak a hashártyáig; a parametrium leszorítása mindkét oldalon egy-egy pince-szel; átmetszés s az így kiszabadított méhnyak amputálása; most ideiglenes tampon a sebbe. A has desinfectioja, új mosakodás után hasmetszés; a méh kiemelése Museux-fogóval; az egyik széles szalag leszorítása és átmetszése; az elülső hashártyaredő átmetszése; a másik széles szalag leszorítása és átmetszése s a méh teljes eltávolítása. A széles szalag így fel lévén tárva, jól ki lehet tapogatni és irtani a medenczebéli nyirokmirigyeket. Végül lekötésekkel helyettesítvén a pinceket, a hashártya összevarrása s friss hüvelytampon fejezi be a műtétet. Nem csekély hátránya e módszernek az infectio nagyobb veszedelme; nem is való ezért olyankor, mikor az operatio tökéletesen végezhető vagy alulról, vagy felülről. De épen carcinománál igyekezni kell eltávolítani a hüvelynek is felső harmadát s az iliacalis nyirokmirigyeket. (A törekvés, mely e módszerben nyilvánul, ugyanaz, melyet a sebészek emlőrák kiirtásánál követnek, mikor még a pectoralist is kiirtják; lehető radicalis operatio a recidiva elkerülésére. Még nem volt nagyon régen, mikor portio carcinománál a collum amputatiojával is sokszor beérték, a totalexstirpationt pedig túlságosnak, feleslegesnek ítélték. Ez az új törekvés újabb lépésőfok a sebészeti technika haladásában s nem jogosulatlan. Ref.) (Annales de gynécologie 1899. 2. sz.)

Doktor.

Laparotomiánál visszamaradt kompressnek a vékonybélbe jutását közli Mertens (Düsseldorf). 28 éves nőnél az adnexák laparotomia után eltávolítottak. A beteg 5 hónapon át egészséges volt; ezen idő leteltével állandó göresős fájdalmak voltak a hasában. Vaginalis lelet normalis, uterus rendes nagyságú, parametriumok zsugorodtak. Azonban a köldök mellett jobboldalt ökölyi puha daganat, melyet Mertens idegen testnek tartott. Laparotomiát végezt; a daganat egy bélkacsnak orsóalakú megduzzadása, a mely a műtét alatt beszakadt, s kiderült, hogy egy gazekompress van a bélben. Ez visszamaradva az első műtétnél, eltokolódott, genyedés útján a bélfal átört, s a kompresszt a peristalticum behajította a bélbe. Az átszakadt bélkacs resekáltatott s körkörös bélvarratot egyesített. A beteg meggyógyult. (Centrbl. f. Gynäk. 1900. 4. sz.)

Erdey dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az influenza gyógyítása. Erre számos, többé-kevésbé czélhoz vezető szert ajánlanak. Egyike a legjobb szerekek ezen baj ellen a *salophen*, mely úgy prophylactice, mint roham közben is kiváló szolgálatot tesz és tudvalevőleg csaknem specifikus hatást fejt ki, a mellett pedig teljesen ártalmatlan. Hatása antineuralgikus és antipyretikus. Kellemetlen mellékhatásokat nem okoz. Pfeiffenberger tapasztalata szerint gyermekek is kitérően tűrik. Erős influenza után gyakran gyengeség és kimerültség mutatkozik, melynek leküzdésére legalkalmasabb a *somatose*, mely különböző alakban, de leginkább mint *somatose-bor*, mint minden praktikus tudja, a legkitünőbb hatású.

A *validol* nem más, mint valerianasavas menthol; sűrű kellemes ízű folyadék, melyet *Scognamiglio* mint *stomachicum* és *analepticum*ot jó eredménnyel használt neuralgiák, cardialgiák, neurasthenia és hysteria esetében; 10—12 cseppet ad czukornal és ezen adagot a szükséghez képest ismétli; angina catarrhalisnál szintén jó szolgálatot tett a mandoláknak naponként háromszori beecsetelése *validollal*. *Cypriani* is ajánlja e szert *stomachicum* gyanánt, főképp tüdővészések étvágytalanságánál és emésztési zavarainál. (Therapie de Gegenwart, 1900. 3. füzet.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. márczius 30.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatásaszerint az 1900-dik év tizenegyedik hetében (1900. márcz. 11-dikétől márczius 17.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elveszületett 495 gyermek, elhalt 336 egyén, a születések tehát 159-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 37.6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 25.5, az egy éven felüli lakosságnál: 19.0, az öt éven felüli lakosságnál: 16.7. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 5, pertussis 2, morbilli 1, scarlatina 5, variola —, cholera asiatica —, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 1, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 18, apoplexia 3, eclampsia 12, szervi szívbaj 15, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 70, tuberculosis pulmonum et phthisis 63, diarrhoea et enteritis 5, gastro-enteritis 5, rák és egyéb újkeletűek 20, ezek közül méhrák 2, morbus Brightii et nephritis 8, rachitis 1, scrophulosis 2, veleszületett gyengeség és alkathiba 20, atrophia et inanitio 1, marasmus senilis 13, erőszakos haláleset 7, ebből gyilkosság és emberölés —, öngyilkosság 7, baleset —, kétséges — (—). **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hó végén volt 2894 beteg, szaporodás e héten 958, csökkenés 887, maradt e hét végén 2965 beteg. B) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi márczius 12-dikétől márczius 18-dikéig terjedő 11 héten a tisztifőorvosi hivatal közleménye szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 44 (34), diphtheria, croup 29 (24), hagymáz (typhus) 5 (6), kanyaró (morbilli) 98 (87), trachoma

7 (1), vérhas (dysentéria) — (—), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 31 (40), orbáncz (erysipelas) 9 (14), gyermekági láz (febr. puerp.) 0 (2), ezenfelül varicella 34 (37).

* * *

⊙ **Az Országos Közegészségi Egyesület** márczius 28-dikán tartotta évi közgyűlését, melyen tisztikarát megújította. Müller Kálmán eddigi elnök, Csapodi István eddigi alelnök és Frank Ödön eddigi főtitkár a közgyűlés élénk tiltakozása ellenére megmaradtak azon elhatározásuk mellett, hogy állásukat nem fogadják el újra. A közgyűlés végre sajnálattal tudomásul vette ezen érdemes férfiak elhatározását és új tisztikarát következőképen választotta meg. Elnök: Kéti Károly; alelnök: Hlovay Lajos; főtitkár: Gerlőczy Zsigmond; másodtitkár: Schuschny Henrik; az orvosi szakosztály elnöke Klug Nándor, titkára Aujezsky Aladár; a technikai szakosztály elnöke Liebermann Leo, titkára Kalesinszky Sándor; az iskolaegészségügyi szakosztály elnöke Findczy Ernő, titkára Juba Adolf; a közigazgatási szakosztály elnöke Raics Gedeon, titkára Jurkiny Emil. Választmányi tagok lettek: Bókay Árpád, Bókay János, Dollinger Gyula, Frank Ödön, Genersich Antal, Högyes Endre, Rákosi Béla és Than Károly.

⊗ **Az „Orvosi Kör” országos segélyegyletében** befizettek február hóban: Salgó Jakab Budapest 1897-re 4 korona. Gesper József Budapest 4, Eder József Székesfehérvár 4, Köhler Simon Dobsina 4, Moskovitz Ignác Budapest 4, Novák Károly Máramaros-Sziget 1897—1900 16, Olariu Valér Tergova, Samek Fülöp Budapest 1899 4, Ungár Adolf Siklós 4, Buday Kálmán Kolozsvár 1899 4, Csáky János Vesztfő 8, Fodor Mór Szendrő 4, Hügel József Magyar-Boly 4, Haaz Simon Szucsány 4, Kramberger József Tinnye 1899 4, Korein Adolf Győr 4, Kuthy Elek Szeged, Alsó tanya 1898—1899 8, Szalai Jenő Erzsébetfalva 4, Barok Samu Erzsébetfalva 4, Fürst Dávid Soroksár 4, Ranschburg Hugó Soroksár 4, Udránszky László Kolozsvár 4, Temesváry Rezső Budapest 20; a következő budapesti tagok: Adler Zsigmond, Angyán Béla, Abeles Bertalan, Báthory István, Bayer Sándor, Bugsch Gusztáv, Bruck Lipót, Bangár Béla, Blayer Miksa, Bókay Árpád, Boytha József, Bartha Gábor, Bakó Sándor, Bradách Antal, Cserhádi Mór, Csapodi István, Chyzer Kornél, Dózsa Pál, Dieballa Géza, Discher Ferencz, Dumitreanu Ágoston, Doktor Sándor, Dégen Árpád, Ebner János, Eisler Miksa, Elischer Gyula, Erőss Gyula, Farkas Sándor, Fried Sámuel, Grossmann Lipót, Gonda Ignác, Hanzély Béla, Hudomel József, Hasenfeld Arthur, Haberern J. Pál, Högyes Ferencz, Holl Valter, Hudacs József, Hazslinszky Károly, Hegedűs Samu, Juhász Lajos, Jendrassik Ernő, Imrédy Béla, Juba Adolf, Királyi Armin, Klein Armin, Kovács Soma, Kollerits Jenő, Kiss Pál, Korányi Sándor, Kuthy Dezső, Ludvig Endre, Lenkey Vilmos, Lichtenstein Salamon, Liebermann Emanuel, Lovrich József, Lengyel Samu, Major Ferencz, Mangold Henrik, Mayer István, Moravcsik Ernő, Magyarevits Mladen, Michalovits Miklós, Nozdovitzky Győző, Nádas Lipót, Nádaskay Béla, Nádossy Béla, Ötvös József, Ottava Ignác, Paczka László, Pákozdy Károly, Politzer Illés, Purjesz Ignác, Polgár Emil, Prokesch Antal, Platzer Sándor, Récey Imre, Reichenfeld Márk, Rényi Béla, Rozenberg Jenő, Schiff Kálmán, Stern Ignác, Seliga János, Steiner Samu, Schwarz Nándor, Szemerey Bertalan, Szikszay Sándor, Stahly Ignác, Szenger Ede, Sachs Samu, Steinberger Armin, Schrod Antal, Tatár János, Trájtler István, Tóth Lajos, Téry Ödön, Tatai Adolf, Unterberger Adolf, Ujváry Ignác, Vadass Pál, Valla Béla, Wenhardt János, Wessely József, Weisz Jakab fejenként 10 korona, Lőry Ede és Székely Ágoston fejenként 10 korona; továbbá Brünauer Ambro Eger 4, Farnos Árpád Nagy-Enyed 1899—1900 8, Gerber Károly Székesfehérvár, Jászi Ferencz Nagy-Károly, özv. Liebermann Adolfné, Schwarz Sándor Eger, a hol évszám nincs, 1900. esztendőre. Budapest, 1900. márczius 9-dikén. Rákosi Béla dr., Soroksári-utca 18.

+ **Kinevezések.** Aujezsky Aladár dr.-t, a budapesti egyetem általános kör- és gyógytani tanszékének tanársegédét a földmívelésügyi miniszter az állatorvosi főiskola bakteriologiai intézetének segédtanárává, Török János dr.-t a fogarasi ménés-intézet (Alsó-Szombatfalva) orvosi állására, Sbarcen Tivadár dr. egyetemi tanársegédet Brassóvármegye főispánja járásorvosává, Róth Sándor dr.-t Szatmármegye főispánja az erdői törvényhatósági kórház igazgató orvosává, Budaker Vilmos dr. jaadi körorvost Beszterce-Naszód főispánja a jaadi járás tiszteletbeli járásorvosává nevezte ki.

— **Hibaigazítás.** A 11. szám 169. lapján az „Új guajacolkészítmény” című lapszemle 2. sorában „guajacol” helyett „guajasanol” olvasandó.

Téli kúra Szt. Lukács-fürdő Budapest

A „Kristály” Szt. Lukács-fürdő savanyúvíz, mint kellemes üdítő ital ajánlatik

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. — Kitünő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

Kénes iszapfürdők, természetes fürdő-medence. Begöngyölések iszappal. Kád- és gőzfürdők. Massage. Kitünő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő aját ázemben. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat. (Közgyűlés 1900. márczius 23-dikán.) 204. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XIV. rendes ülés 1900. márczius 22-dikén.) 206. l. — Szegedi orvosegyesület. (Szakülés 1899. december 13-dikán.) 207. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléséből. 207. l.

Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat.

(Közgyűlés, 1900. márczius 23-dikán.)

1. **Högyes Endre** elnök hosszabb beszéddel nyitotta meg a közgyűlést (l. Tárczarovatunkat).

2. **Koller Gyula I.** titkár bemutatta a közgyűlésnek az igazgató tanács következő jelentését:

Tisztelt közgyűlés!

A magyar orvosi könyvkiadó társulat a múlt 1899-dik évben a következő két munkát adta ki tagjai számára.

1. *Az ember és gerinces állatok fejlődéstana. Általános fejlődéstana.* Irta **Mihalkovics Géza** dr. Első kötet: *Nemzés. Ondó testecsek. Peték. Fogamzás. A pete barázdálódása. Csiralevelek. Mesterséges beavatkozások a petére.* A M. Tud. Akadémia segélyével készült 327 ábrával. Kiadta tagjai számára a magyar orvosi könyvkiadó társulat. Budapest, 1899. VIII és 416 l.

2. *A belgyógyászat kézikönyve,* szerkesztik **Bókay Árpád** dr., **Kétyl Károly** dr., **Korányi Frigyes** dr. VI. kötet. *Az idegrendszer és az izomzat betegségei.* A szöveg közt számos ábrával, két táblával, **Trefort Ágoston** és **Markusovszky Lajos** dr. arcképével. IV, XXII és 1258 l. A m. tudományos akadémia segélyezésével kiadta tagjai számára a magyar orvosi könyvkiadó társulat. Budapest 1899.

Ezen két munka a társulat kiadványainak nyolczvanadik és nyolczvanegyedik kötetét képezi. Az előbbeni, boldogult **Mihalkovics G.** tanár fejlődéstana már az 1899-dik év elején jelent meg s megküldetett a társulat alapító és budapesti tagjainak. A belgyógyászati kézikönyv hatodik és utolsó kötete a f. év elején készült el és január hóban a budapesti és vidéki tagoknak megküldetett, kik az 1899-diki tagdíjakat előzetesen befizették volt; február hóban pedig utánvétel mellett küldtük szét a társulat többi tagjainak.

A Belgyógyászati kézikönyv VI. kötetében, mely 80 ívnyi terjedelmű, az idegrendszer és az izomzat betegségei vannak tárgyalva, azonban leginkább az idegbajokra van fektetve a főszűly és az izomzat betegségei csak függelékképpen szerepelnek. Ezen utolsó kötete a belgyógyászat kézikönyvnek méltóan sorakozik a többihez, sőt talán az előbbi köteteket nemcsak ívszámában, hanem tartalomában is túlszárnyalja. A kötethez **Trefort** és **Markusovszky** arcképei vannak mellékelve, az elhunytak két tisztelője költségén, miután eme két férfi erélyének és buzgó működésének tulajdonítják az orvosi tudományos buvárlat fellendülését, miről legkiválóbban a belgyógyászati kézikönyv fényes sikere tanuskodik.

Mint már múlt évi jelentésünkben említettük, az 1900. évben kiadásra kerül az Orvosi diabetika című munka, melyet **Hirschler Ágoston** és **Terray Pál** kartársak szerkesztettek.

Ennek a kéziratát teljes egészében elkészítve még f. é. január hóban benyújtatván, saját alá adott, úgy hogy megjelenése már tavasszal várható.

A diabetikán kívül folyó évi könyvilletményül még egy a budapesti kir. orvosegyesület által múlt évben 500 frt pályadíjjal kitüntetett monographia szemeltetett ki, t. i. **Temesváry Rezső** dr. „*A tejelválasztás és szoptatás*” című műve, mely a bíráló bizottság egyhangú ítélete szerint a fontos tárgyat nem compilatio, hanem a hazai közlemények és különösen a szerző saját önálló munkálkodása, észleletei és megfigyelései alapján önállóan, magas tudományos színvonalon kidolgozta. A munkához igen számos tanulságos ábra van mellékelve és miután a kéziratot szintén az év elején megkaptuk, megjelenése valószínűleg a diabetikával egy időben várható.

A folyó évtől fogva az igazgató tanács indítatva érezte magát, egyrészt a társulat tagjaival való bensőbb és gyakoribb érintkezés céljából, évi kiadványai közzé felvenni az eddig külön kiadásban megjelent, **Bókay Árpád** és **Pertik Ottó** tanárok által szerkesztett *Magyar Orvosi Archivumot*, melyet kéthavi időközökben mint önálló tudományos orvosi értekezések gyűjteményét fogja megküldeni tagjainak a nélkül, hogy az eddigi rendes tagsági illetmények (átlag 80 ív terjedelemben) mennyisége esorbulást szenvedne. A társulat ezen tudományos folyóiratot a m. tudományos akadémia hozzájárulásával adja ki egy szerkesztő bizottság felügyelete alatt, melynek tagjai **Bókay Árpád**, **Pertik Ottó** és **Lenhossék Mihály** tanárok, és melynek feladata a társulat alapszabályai értelmében az Archivumban megjelenendő tudományos dolgozatokat előzetes megbírálás alá vetni és erről az igazgató tanácsnak előzetesen jelentést tenni.

A mi végre a folyó évvel kezdődő VII. folyamában eddigéle tervezett kiadványokat illeti, legelőször is **Réczey Imre** és **Dollinger Gyula** egyet. tanárok vállalkoztak egy nagy 3 kötetes sebészeti eredeti tankönyv megírására, melynek első kötete az 1902. évi illetmény gyanánt fog megjelenni. Az említett tanárok neve és irodalmi működése kezeskedik arról, hogy ezen első nagy magyar sebészeti tankönyv a hetedik cyclusnak ép oly kiváló munkája lesz, mint a belgyógyászat volt a hatodik folyamában. Egy régi pium desideriumnak és valóban nagyon érzett szükségnek megfelelni óhajtván, egy kórboncztan kiadása is van készü-

lőben. Az általános kórboncztan bevezető rész megírására **Genersich Antal** és **Pertik Ottó** tanárok vállalkoztak, s ugyanazok **Kaufmann** berlini tanár 2 kötetes jeles kórboncztan kézikönyvét fogják magyar nyelvre fordítani és pedig annak második kiadását, mely egyidejűleg a német eredetivel fog megjelenni. Továbbá jelezniünk kell, hogy a belgyógyászati kézikönyv szerkesztői ahhoz még egy pótkötetet kívánnak csatolni, mely nemcsak a 6 év óta a tudomány egyes szakáiban történt jelentékeny haladásnak, valamint az elmaradt részek pótlásának lesz szentelve, hanem benne az egyes specialis szervek, mint pl. a szem és fül betegségeinek kapcsolata a belső bajokkal is tárgyalatni fog. Ezen pótkötet megjelenése az 1902. évben várható. Későbbi évekre tájboncztan, szülészeti és nőgyógyászat, valamint szemészet és egy magyar orvosi bibliographia is kilátásba vannak véve. Egyébként a közgyűlésen választandó új igazgatóságunk feladata leendő az új cyclus későbbi éveinek részletes előrajzát megállapítani.

Engedjék meg végre, hogy rövid visszapillantást vessünk az 1899-diki évvel befejezett társulati VI. hatéves cyclusra, mely valóban a társulat életében valamennyi előbbi folyam közül leginkább kimagaslik, egyrészt a társulat tagjainak száma, másrészt pedig kiadványainak értéke tekintetében. A kiadványok sorában az első hely illeti meg a **Bókay Árpád**, **Kétyl Károly** és **Korányi Frigyes** egy. tanárok szerkesztése alatt megjelent 6 kötetes Belgyógyászati kézikönyvet. Valamennyi eddig megjelent magyar tudományos orvosi mű közt ez a legnagyobb irodalmi munkát, melynek megírásában legjelesebb egyetemi és kórházi belgyógyászaink, számszerint 38-an közreműködtek, valóban epochalis jelentőséggel bír. Ezen munka legjobban bizonyítja, mennyit köszön a magyar orvosi irodalom társulatunk 30, illetőleg most már 36 évben át folytatott következetes működésének, mert egyedül társulatunk támogatása az, mely ily nagyszabású és költséges vállalat sikerét lehetővé tette. De másrészt ép ezen mű kiadásának köszönheti társulatunk is, hogy tagjainak számában oly örvendetes szaporodás mutatkozott az utolsó cyclus alatt. A társulat 5-dik folyama utolsó évéig a rendes tagok száma állandóan 5—700 közt ingadozott, és egyedül a hatodik folyam második évében emelkedett 900-ra. A cyclus végéig is hasonló állásponton maradt, s miután a társulatnak most már 140 alapító tagja van, állandóan több mint ezeret tett, úgy hogy a cyclus második évétől fogva a kiadványokat 1100 példányban kellett kinyomatni, hogy a későbbben belépő új tagok is megszerezhesék az előbbi évek kiadványait s a belgyógyászat előbbi kötetét.

A belgyógyászat 6 kötetének bolti ára fűzve 67½ frt = 115 korona. A társulat tagjai azt 48 frt vagy 96 koronáért kapták bekötve és azonkívül más hat kötetet 210 ívvel s 675 ábrával, ú. m.: **Thanhoffer** Mikroszkopját, **Belky** Törvényszéki orvostanát, a millenárius egyetemi emlékkönyvet, **Kuthy** Tüdővészszanatoriumok című munkáját, **Moravcsik** Elmekörtánát és **Mihalkovics** Fejlődéstanaát.

A mint az alapító-bizottság jelentéséből kitétszik, a társulat a VI. cyclus alatt könyvkiadásra 59,100 frtnyi összeget fordított, tehát csaknem azon összeg kétszeresét, mely az előbbi folyamok alatt e célra jutott. Összesen 12 kötet adatott ki és a kiadott munkák ívszáma 630, úgy hogy egy évre átlag 105 ív jutott. Ez oly ívszám, hogy ahhoz hasonlót, még pedig tudományos tartalommal, 8 frtnyi áron sehol sem adnak. Azert bizvást reméljük is, hogy Magyarország orvosi meggyőződésű, azon nagy előnyökről, melyekben társulatunk tagjait részesíti, még nagyobb számban fognak sorakozni zászlója alá, és ekkép elősegíteni a m. orvosi irodalom szépen megindult fejlődését.

3. **Koller Gyula I.** titkár, a távollevő **II.** titkár helyett felolvasta az alapítványi bizottmány jelentését.

Tisztelt közgyűlés!

Az alapítványi bizottság örömmel jelenti, hogy az elmúlt évben a társulat alapító tagjainak száma jelentősen növekedett. Új alapítványt tettek ugyanis **Koós Aurél** dr. Budapesten és a **Soproni orvosegyesülés** és az alapítványi összeget azonnal be is fizették. Azonkívül belépett alapító tagnak **Haberern J. Pál** e. m. tanár és **Szenes Zsigmond** dr. Budapesten, **Glück Albert** dr. **Kis-Kún-Maján** és a **Budapesti Orvosi Casino**, az utóbbi mint résztvevő alapító; végre **Laufenaier Károly** e. tanár is bejelentette alapítványát jövő évi január hó elsejére. E szerint 6 új alapítványt jelenthetünk be, a mely körülmény arra vall, hogy a mostoha viszonyok dacára az orvosi közönség áldozni is tud ott, hol nemzeti kulturérdekek előmozdításáról van szó.

Az 1899-diki év az utolsó éve volt a társulat VI. hatéves cyclusának, úgy hogy ez évben csak kevés új tag jelentkezett, azonban nagyobb számmal léptek be olyanok, kik utólag az egész folyam összes kiadványait szerezték meg a 6 éves tagdíj befizetése mellett.

A társulat bevételei múlt évben: az értékpapírok szelvényei után 4933 korona 44 fillér, kamatokból 363 korona 4 fillér, alapítványok után 700 korona és a rendes tagok előbbi éveit után befolyt évdíjakból 16,345 korona. Sőt az 1900. évre, mint a társulat VII. hatéves cyclusának első évére is már 5352 korona folyt be rendes tagok díjai után.

Az 1899-dik évi könyvilletményre fordított összeg 10,279 frtra (20,559 kor.) rúg; tehát nagyobb, mint a VI. folyam előző éveié volt. A kezelési költségek 928 frtot tettek.

Az összes 6 év alatti pénzforgalmat a mellékelt számadás mutatja.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat VI. évfolyamának pénztárforgalma.

Bevétel.

Év	Alapító tőke	Rendes tagok	Kamatok	Szelvények értékp.	Kajdacsy-alapítvány	Összeg
1894.	1325.—	7676.—	163.—	1781.—	1000.—	11945.—
1895.	475.—	7083.—	195.—	2667.—	1000.—	11420.—
1896.	—	6948.—	205.—	2346.—	1000.—	10499.—
1897.	250.—	10528.—	140.—	2346.—	1000.—	14264.—
1898.	200.—	2206.—	233.—	2406.—	1000.—	6045.—
1899.	350.—	8172.—	181.—	2466.—	1000.—	12169.—
Összeg	2600.—	42613.—	1117.—	14012.—	6000.—	66342.—

Kiadás.

Év	A kiadványok költségei	Kezelési költségek	Összeg
1894.	Thanhoffer Mikroskop ... 1938.— Belgyógyászat I. kötete ... 6895.62	1025.42	
1895.	Belky Trvszéki orvostan ... 4422.23 Belgyógy. II. és utánszerzés ... 817.— Emlékkönyv ... 3745.90	951.85	
1896.	Belgyógyászat III. k. ... 6969.50 Kuthy műve ... 1769.18	988.72	
1897.	Belgyógyászat IV. köt. ... 6993.25 Moravesik Elmekörtan ... 2174.50	1020.21	
1898.	Belgyógyászat V. köt. ... 6791.30 Mihalkovics ... 1925.—	761.54 928.08	
1899.	Belgyógyászat VI. kötet ... 8354.50		64776.30
Összeg	59100.48	5675.82	

Az egyes munkák költségei:

Belgyógyászat I. kötet	6895.62	Egyéb művek: Thanhoffer	1938.—
II. "	7121.50	Belky Trvszéki orvostan	4422.23
III. "	6969.50	Emlékkönyv	3745.90
IV. "	6993.25	Kuthy Szanatórium	1769.18
V. "	6791.30	Moravesik	2174.50
VI. "	8354.50	Mihalkovics	1925.—
Összesen:	43125.67	Összesen:	15974.81

A vagyonmérlegben a társulat vagyona 135,817 k. 16 fillérrel záródik.

Ezen összegben 6950 korona tagdíjhátralék is szerepel az utolsó folyamról, melynek bizonyos, habár nem is jelentékeny része, utóbb leírásra kerül.

Végül azon tagokról kell kegyelettel megemlékeznünk, kiket a társulat mult évben halál által veszített.

Elvesztettük mindenekelőtt az alapító tagok sorából Mihalkovics Géza egy. tanárt, ki miután már előbbi években általános boncztant irt a társulat számára és Krause leiró boncztanát fordította volt, az utolsó évben irodalmunkat az *emberi fejlődéstan* című jeles munkával gazdagította nemesak, de társulatunk administratiojában, mint az igazgató tanács buzgó tagja számos éven át tevékeny részt vett.

Elhunyt továbbá az alapítók közül Farkas János; a rendes tagok sorából a mennyire értéskre esett a következők: Akantisz Jusztin, Dávid Elek, Goldstücker Béla, Glück Ignác, Lippe Albert, Nagy Béla, Szontagh Miklós és Wagner Sándor, kik valamennyien hosszabb éveken át társulatunk tagjai voltak.

Az alapítványi bizottmány végre két kiküldött tagja által előlegesen megvizsgáltatta a társulat mult évi pénztári számadásait és vagyon-mérlegét. Ezek teljesen rendben találtatván, társulatunk pénztárosának, Török Sándor úrnak a szokásos felmentvényt megadatni és fáradságos munkálkodásáért közgyűlésileg meleg köszönetet szavaztatni indítványozza.

4. Török Sándor pénztáros bemutatta a számvizsgálói záradékkal ellátott pénztárforgalmi kimutatást 1899. márczius 21-dikétől 1900. márczius 18-dikáig.

Bevételek:

	k. f.	k. f.
Pénztári egyenleg 1899. márczius hó 21-dikén...	—	621.36
Magyar Tudományos Akadémia adománya ...	2,000.—	
Kamatozásra elhelyezett betétekből ...	24,432.16	
Szelvények beváltásából ...	4,933.44	
Kamatokból ...	363.04	31,728.64
Tagsági díjakból:		
a) Alapító ...	700.—	
b) Rendes ...	16,345.—	
c) " új (1900) cyklus ...	5,352.—	22,397.—
Folyószámla-egyenleg ...	—	11,836.77
		66,583.77

Kiadások:

Kamatozásra elhelyezett betétek ...	39,597.25
Lakbér ...	400.—
Évi jelentés nyomtatása és egyéb nyomtatványok ...	264.50
Kezelési kiadások:	
Könyvek szétküldésére (1897, 1898, 1899) ...	1,200.—
Pénzbeszedési illetmény ...	164.80
Visszportók ki nem váltott csomagokért ...	26.30
Bankok kezelési költségei ...	58.08
Könyvkötői munkák ...	10.48
Szolga díja ...	40.—
Visszapénzek ...	32.—
1898-diki kiadványokért:	
Belgyógyászat kézikönyve V. kötet hátralék ...	6,000.—
" V. kötet bekötése ...	924.—
1899. évi kiadványokért:	
Belgyógyászat kézikönyve VI. kötet ...	15,485.—
" VI. " bekötése ...	924.—
Mihalkovics G. Fejlődéstan I. kötet bekötése ...	880.—
Pénztári egyenleg ...	577.36
	66,583.77

Vagyon-mérleg:

Kamatozásra elhelyezett betétek:	
a) Budapesti takarékpénztár részvénytársaságnál ...	7,644.—
a) Magyar földhitelintézetnél ...	4,192.77
Értékpapírok:	
n. é. frt 10,400.— 4% M. földteherment. kötv. 93.25	19,396.—
" " 4,300.— 4% " földhit.-int. záogl. 93.—	7,998.—
" " 10,000.— 4 1/2% " regále-kötvény 98.25	19,650.—
" " 14,000.— 4% " földhit. talajj. kötv. 93.—	26,040.—
" kor. 38,800.— 4% " földhit. k. é. záogl. 93.75	37,375.—
" " 4,700.— 4% " korona-járadék 93.75	4,406.25
Időközi kamatok márczius 20-dikáig ...	1,587.78
	116,453.03

Hátralékok:

a) alapító tagok után ...	950.—
b) rendes tagok után 1899. évről ...	2,736.—
c) " " " 1898. " ...	1,520.—
d) " " " 1897. " ...	896.—
e) " " " 1896. " ...	576.—
f) " " " 1895. " ...	272.—
	6,950.—
Behajthatlan az V. folyamról (1888—93.) é.-ről 1752.—	
Pénztári készlet 1900. márczius 18-dikán	577.36
Egyleti vagyon-állomány 1900. márczius 18-dikán	135,817.16

Török Sándor, e. i. pénztárnok.

Alulírottak a fentebbi kimutatást a társulati könyvekkel összehasonlítván, a társulati számadásokat 1899. márczius 21-dikétől 1900. márczius 18-dikáig megvizsgálván és úgy a takarékpénztárban, valamint a m. földhitelintézetnél elhelyezett készpénz és értékpapírok érintettségéről meggyőződve, a pénztár pontos és rendes vitelét elismerjük. Budapest, 1900. márczius hó 20-dikán. Böke Gyula dr. s. k. és Koller Gyula dr. s. k. mint az alapító-bizottmány által kiküldött számvizsgálók.

5. Tóth Lajos mint a pénztárvizsgáló bizottság elnöke felolvasta a következő jelentést:

Tisztelt Közgyűlés!

Tisztelettel alulírottak, mint a mult évi közgyűlés által a pénztár megvizsgálására kiküldött bizottság tagjai Török Sándor pénztárnok úr lakásán f. évi márczius hó 17-dikén megjelentevén, a pénztári könyveket megvizsgáltuk, a felmutatott számlákkal és kimutatásokkal összehasonlítottuk és úgy a pénztári könyveket, mint a számlákat és kimutatásokat teljesen rendbenlévőknek és a feljegyzésekkel mindenben megegyezőnek találtuk. Miért is indítványozzuk, hogy Török Sándor pénztárnok úrnak a szokásos felmentvényt kiadni és neki önzetlen és buzgó fáradozásáért köszönetet nyilvánítani méltóztassék. Kelt Budapesten, 1900. évi márczius hó 21-dikén. Tóth Lajos dr. biz. jegyző. Batizfalvy Sámuel dr. biz. elnök.

6. A közgyűlés úgy az alapítványi bizottmány, valamint a mult-kori közgyűlésből kiküldött pénztárvizsgáló bizottság ajánlatát magáévá tévén, Török Sándor pénztáros úrnak a szokásos felmentvényt megadta, egyszersmind meleg köszönetet szavazott meg az ő fáradságos és buzgó munkálkodásáért.

7. A közgyűlés az 1900-dik évi számadások megvizsgálására felkérte Batizfalvy Sámuel, Tóth Lajos és Szontagh Abris tagtársakat.

8. Az alapszabályok értelmében a tisztikar három évi működése lejárván és az igazgató tanács tagjainak egyharmada kilépve, megejtették a szokásos választások. A Böke Gyula elnöke alatt Tihanyi Mór és Koos Aurél tagokból álló szavazatszedő bizottság összehajlálván a szavazatokat, kiderült, hogy az 1900—1902. három évi cyclusra az igazgató tanács tisztikara következőleg alakult meg: Elnök: Hűgyes Endre, alelnökök: Schulek Vilmos, Than Károly, I. titkár: Koller Gyula, II. titkár: Jendrassik Ernő, pénztáros: Török Sándor. A helybeli kilépő igazgatósági tanács tagok és az elhunyt Mihalkovics Géza utódjaul megválasztottak: Hegedűs János, Kétyl Károly, Müller Kálmán, Réczey Imre, Tóth Lajos; a vidéki kilépő tanács tagok pedig újra megválasztottak.

9. Szontagh Felix a közgyűlés nevében mondott köszönetet a lelépő tisztikarnak és üdvözölve az újonnan megválasztottakat.

10. Elnök a közgyűlés hitelesítésére Róna Sámuel és Szontagh Felix tagtársakat kérte fel.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIV. rendes ülés 1900. márczius 22-dikén.)

Elnök: Moravcsik E. Emil; jegyző: Dieballa Géza.

Hét hónapos csecsemőn keletkezett invaginatio műtét által gyógyult esete.

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

Alapy Henrik: Nem áll azon a merev sebési állásponton, hogy invaginatio minden esetre operálandó, de ha korai diagnózis esetén, legfőlegb egy napi kísérletezéssel nem sikerül a bélzáródást megoldani, akkor az indicatio nem lehet vitás. A bemutatott esetben, melyben a bélzáródás öt napos volt, a laparotomiának abszolút javallata állott fenn. A chloroformmal végzett fél narkosisban az invaginált bél helyzetét, melyet előbb nem lehetett kitapintani, meg lehetett határozni a harántremese táján. Azért a bemetszés a középvonalban történt és a hurkászerű invaginatum kiemeltetve a hasból, annak desinvaginatioja a belépő vékonybélkacs húzásával kísértetett meg, de erősebb húzásra is eredménytelenül, míg ellenben az invagináló bélen keresztül alulról felfelé gyakorolt nyomással feltűnően könnyen sikerült a kifejtés. Az öt napos invaginatio dacára a bél ép levén, a hasfalak azonnal zárattak, úgy hogy a műtét összesen 12 percet vett igénybe. Ezt azért hangsúlyozza, mert meg van győződve, hogy a műtét rövid tartama ilyen esetekben nemcsak lényeges, hanem egyenesen életkérdés. Azt hiszi, hogy ha vagy a desinvaginatio sikerültével a bél ütszősnek mutatkozik, vagy pedig a kifejtés nem sikerül és bélresectiot kell végezni, akkor az ilyen kis betegeknek az esélyek rendkívül kedvezőtlenek; míg ellenben, ha nem collabált gyermekben desinvaginatio segítségével rövid idő alatt sikerül a műtétet befejezni, akkor a gyógyulási esély alkalmasint még sokkal jobb lesz, mint a milyen az eddigi statisztikák szerint.

Gyökeres műtéttel gyógyult köldökbélsipoly.

Alapy Henrik: A 4½ éves leányka köldöktályogja a múlt év őszén keletkezett, tüdőlob kisérétében. A megnyitás utáni 4-dik hétben epetartalmú folyadék kezdett belőle szivárogni. Több hét múlva az epefolyás megszűnt, a sipoly elzáródott. Ez év február elején ismét köldöktályog keletkezvén, bemutatott omphalektomiát végzett, a köldökhöz tapadt vékonybélkacsot leválasztva, a sebhelyet a bélen varrattal befördítette, s a hasseb zárására az omphalektomiánál szokásos négy-soros varratot végezte. Hogy a bél átűródását, illetve a tályogot és sipolyt mi okozta, ma sem bizonyos.

Súlyos puerperalis sepsis konyhasóoldat-infúziókkal gyógyított esete.

Szántó Manó: Előreboesátva a konyhasóoldat befeeskenések nagy fontosságát súlyos vérzések eseteiben, felemlíti, hogy Sahli szerint az ilyen infúziókkal a toxinek kiürülését a szervezeten belől is elősegíthetjük. Ezen alapon Eberhardt 1898-ban puerperalis sepsis ellen is megkísérelte az infúziókat, s azóta több eset van az irodalomban felemlítve, a melyekben az eljárás gyógyulásra vezetett.

Ezután nagyon részletesen leírja esetét, mely egy 22 éves nőre vonatkozik, a kinél a gátrepedéssel járt szülés után 2 nappal magas láz lépett fel, mely hosszú ideig fennállott, később rázóhíggel járt s a beteg nagyfokú elesettségéhez vezetett. A lázas állapot 13-dik napján kezdte meg bemutatott a 0-6%-os konyhasóoldatok bórálfeeskenésését (400-1000 kcm.-t felváltva a mellkas, has és czomb bőre alá) egyéb lázellenes és erősítő gyógykezeléssel együttesen, azzal az eredménnyel, hogy az elveszettnek hitt beteg az infúziók megkezdése után körülbelül 4 héttel felkelhetett. A beteg vére bacteriologic nem vizsgáltatott. Megjegyzendő még, hogy a beteg insufficiencia bicuspidalisban is szenvedett.

Deutsch László: Azt hiszi, hogy az eset nem sepsis, hanem septikus láz. Sepsisnél a kóros helyről a véráramba jutnak maguk a bacteriumok, míg septikus láznál csak a bacteriumok termelte mérgek szivódnak fel bizonyos időközökben és váltják ki a lázrohamokat. Elképzelhetlen, hogy a konyhasóoldat-infúziók a sepsisre hatással lehetnének, a septikus mérgezésre azonban hathatnak és pedig egyrészt a diuresis fokozása útján elősegíthetik a mérgek eltávolítását, másrészt a vér hígítása által meggátolhatják a mérgek megkötését a szervezet sejtjei által. Végül felemlíti, hogy éppen most végez kísérleteket abban az irányban, vajjon nem lehetne-e bacteriumok termelte mérgekkel mérgezett állatokat olyan módon meggyógyítani, hogy az állatok vérének egy jó nagy részét kibocsátjuk és konyhasóoldattal helyettesítjük.

A rostacsontsejtek és a homloköböl empyemájának műtét és gyógyult esete.

Dollinger Gyula: A 25 éves D. M.-et most 5 éve egy husvéti multság alkalmával főbeverték, mire bal szeme környéke megdagadt. A daganat csakhamar elmult, de a bal orrlíka ez időtől fogva nem szelelt, néha pedig teljesen eldugult. Két hónappal az ütés után, újabb ok nélkül egyszerre a betegét kirázta a hideg, egyúttal igen erős homlok- és orrgyökfájdalmak lepték meg, a melyek mintegy 10 napig tartottak, s ekkor a bal szemzúgban egy mogyorónyi daganat lépett fel, s azzal egyidejűleg könyesurgás, a mely ez időtől fogva állandóan megmaradt, a fájdalom azonban a következő 3 esztendőben mindig csak tavasszal és ősszel rövid időre lépett fel. 3 évvel betegsége kezdete után a könyesurgás miatt a szemészeti klinikán keresett menedéket, a

hol a belső szemzúgban levő tályog megnyitván, a könyesurgás megszünt, de miután a beszúrás helyén sipolya támadt, ezért jelentkezett a sebészeti klinikán. Ez f. év február hó elején történt. Ekkor a bal felső szemhéj belső végénél egy fél mogyorómeckorosságú puha daganat volt, a melynek legnagyobb domborúságán egy gombostűfejnyi sipoly foglalt helyet, a melyből folyton kevés geny szivárgott. A szemteke befelé és lefelé volt tolva. A sipolyjártat az orrgyök felé vezetett. Az orrból genyedség nem szivárgott, fájdalmai a betegnek nem voltak. Az összes tüneteket összefoglalva, mi a betegnél rostacsontsejtgenyedet kórisméztünk, a mely a legnagyobb valószínűséggel a homloköbölre is áterjedt. Donogány dr. a Hering-féle diaphanoskoppal átvilágította a beteg arczsontjait s az így nyert lelet megerősítette a mi kórisménket. Az orr ezen melléküregei igen gyakran betegszenek meg együtt. A betegség oka infectio, a mely heveny fertőző betegségek alkalmával, leggyakrabban influenzánál éri a rostacsontsejteket vagy a homloköbölt, ritka esetekben azonban, mint a mienkben is, trauma szerepel mint kórokozó. Csakhogy a trauma egymagában nem okozhat empyemát. Valószínűleg az ütés alkalmával megsérült az üregek falzata, abból vérkiömlés történt az üregbe, a mely a kijáratokat eltömte és így alkalmas fészket rakott az odakerült genyedet okozó bacteriumoknak. Ha ezen genyedések nem részesülnek azonnal kellő gyógykezelésben, akkor a genyrekedés beálltával áttörés történik, vagy nagyon szerencsés esetekben az orrüreg felé, vagy nagyon szerencsétlen esetekben a lamina cribrosán át a koponyáüregbe, vagy pedig a mi a leggyakoribb és a mi a mi esetünkben is történt, a szemüregből a lamina papiracea áttörése után. A tályog az ilyen esetben nyomást gyakorol a könnyömlőre, a mi könyesurgáshoz vezet.

Esetünkben a műtét február hó 11-dikén történt. A bormetszés a sipolyból indult ki és az orbita alsó szélén kifelé vonult, a közepén túl. Ezután a felső szemhéjat leválasztva szabaddá tettem a szemüreg belső falát, s itt a lamina papiraceaán egy 2 filléresnek megfelelő nagyságú likat találtam, a mely a baloldali rostacsontsejtek helyén levő diomekcorosságú, genynyel telt üregbe vezetett. Ez a homloköböllel tágan közlekedett, mindkét üreg sarjakkal volt kibélelve. Erre leválasztottam a homloköböl belső felének megfelelőleg az orbita faláról a csonthátyát és a csontos falat vésővel eltávolítottam, úgy hogy az öböl belső felületét jól áttekinthettem és a sarjakat belőle teljesen kitisztíthattam. A homloköböl alig terjedt túl kifelé az orbita közepén. Most az utókezelés végett a homloköböl bal felének mellső falát az orrgyök felett eltávolítottam, a rostacsontok helyén levő üreget kitisztítottam és alsó falán az orrüreg felé annyira kilikasztottam, hogy azon az orra egy fél centimeter átmérőjű drainsövet dughattam.

Az üreget az orrgyökönél levő nyíláson át jodiformos mullal lazán kitömtem. A drainsöveget az első napokon bőven folyt a genyedség, a 8-dik napon az el lett távolítva, 24 nappal a műtét után, azaz márczius 7-dikén az üreg teljesen ki volt töltve és azóta zárva van.

Grósz Emil: Mig 10 év előtt hasonló eset diagnosizálva szemészeti ambulantiák kimutatásaiban alig vagy éppen nem találkoztak, a mióta *Kuhnt* a szemészek figyelmét reá irányította, a diagnosistok megjelentek, eleinte 10,000 szembetegre 1, utóbb 30 is. Tekintettel arra, hogy a homloköböl és rostasejtek genyedése egyrészt a szem mechanikus dislokatiojára, másrészt a genynek az orbitába áttörése által retrobulbaris phlegmonera vezethet, fontos a korai felismerés. *Kuhnt* a felismerés külső jeléül a homloköböl kopogtatását, az orbita belső falának kitapintását, a szem deviatióját említi. Ma ezek alapján ritkul a diagnosztikus tévedés, mely azelőtt dacryocystitissel, orbitalis tályoggal való összetévesztésekben állott.

Donogány Zakariás: Annak idején Dollinger tanár felszólítása folytán az imént bemutatott betegét megvizsgálta a Heryng-féle diaphanoskoppal. Mielőtt e vizsgálat eredményeiről szólna, pár szóval óhajtaná vázolni az eljárás lényegét. Az állkapocsüreg vizsgálatá végett a szájuüregbe alkalmas nyelvényomóra erősített kicsiny 4-6 voltos villamos lámpácskát viszünk be, a beteg száját becsukja. Sötét szobában bezárva az áramot, a szemüreg alatt fekvő mellső koponyarészlet vörös fényben tűnik át, még pedig különböző árnyalatban. Ha a lámpa a középvonalban is lett ugyan bevezetve, akkor is találunk kisebb-nagyobb különbséget a két oldal között, mert sem itt, sem másutt az anatómiában nincs tökéletes kétoldali részarányosság. Az eltérésekben része van úgy az arczüregek nagyságának, mint a csontos falak vastagságának, valamint a fedő lágyrészleteknek is. De e különbségek nem mindig nagyok, bár néha könnyen felismerhetők. De ha az üregben geny van vagy daganat, a megfelelő oldal f. ltűnően sötét. Mondhatni azonban, hogy talán a geny nagyobb elsötétülést okoz; de ez annyira subjectiv állítás, hogy erre építeni nem lehet. A feltűnő nagy különbségből tehát csak annyit tudhatunk meg, hogy ott valamely olyan anyag van, a mely igen rosszul engedti át a fény sugarakat. Hogy azután mi ezen anyag, az a további vizsgálatból tűnik ki, de erre nem terjeszkedik ki szóló jelen alkalmommal.

A homloküreg átvilágítása az orbita belső zúgába jól beillesztett és oldalt elfedett lámpával történik. Jelen esetben az átvilágításkor a baloldali orrgyök és a homloköböltáj teljesen sötét maradt. Számba véve ekkor a többi tüneteket, baloldali homlok- és rostasejtgenyedet kellett kórisméznünk, a mely az orr felé elzárta. Hogy a többi melléküreg nem beteg-e, azt azon alkalommal nem sikerült megállapítani.

Kuzmik Pál: A bajt szintén traumára hajlandó visszavezetni, de nem annyira a keletkezett haematomába bevándorolt bacteriumokból magyarázná, hanem inkább azt hiszi, hogy periostitis támadt, melyet bacteriumok bevándorlása okozott, s a mely nekrosisa vezetett, ez pedig tályog- és sipolyképződésre, mely idő alatt a vékony csontocskák a geny-

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: 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 Pál, Réczey Imre, Tautfer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Polyák Lajos: Közlemény a székesfővárosi szt. János-kórházból. Az orrkagyló-hypertrophia gyógykezelése. 208. l.
Deutsch Ernő: A koraszülöttek helyzete a szülészeti klinikákon. 210. l.
Winternitz M. Arnold: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem I. számú sebészeti kórodájáról. Igazgató Dollinger Gyula dr. egyet. nyilv. rendes tanár. Az appendicitisek bakteriológiája. 211. l.
Sugár K. Márton: Az idült dobüreglob újabb mechanotherapeutikus kezelése. 214. l.
Barna Bernát: Magzatelhajtás phosphorral; az anya halála. 215. l.
Reich Miklós: Megjegyzések Tóvölgyi Elemér dr.-nak a „rezgő massage“ értékéről stb. című cikkéhez. 215. l.
Tárca G. E. Az orvosi pálya. 215. l.
Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. **Weisz Ede:** Ujabb mozzanatok a csúcstanában. 216. l. — **Könyvismertetés.** **A. Hoffa:** Die Osteotomie bei der Behandlung der Hüftgelenksdeformitäten. 217. l. — **Winternitz:** Leitfaden für die Schwangeren-Untersuchung. 217. l. — **Lapszemle.** **Boncztan. Walker György:** Adatok a prostata boncztanának és élettanának ismeretéhez, megjegyzések az ejaculatio folyamatáról. (Reách Dezső.) — **Belyógyászat.** **Vorstädter.** A tabeses coordinatio-zavarok mozgási terapiájának pontos és rendszeres kivitele. (—nt.) — **Schlagintweit:** A nephritisnek ásványvizekkel és fürdővel való gyógy-

kezelése. (—nt.) — **Riche és Gothard:** A tabeses felületes érzésvavarok. (—ts.) — **Rothmann M.:** Másodlagos degeneratio a sacrolumbalis kisagyi oldalpámpályában. (—ts.) — **Braun:** Heveny hasúri folyadékgyülem kórismszeti jelentősége. (Kövesi Géza.) — **Scheiber:** Adat a bél tengelyesavarodásának casuistikájához. (Kövesi Géza.) — **Sebészet.** **Petersen és Ezner:** Az orjesztőgombok szerepéről a daganatképződésnél. (Zimmermann.) — **Szülészet és nőgyógyászat.** **Fraenkel:** Vajudó méh placenta praevia totalissal. (Neumann Szigfried.) — **Lange:** A méhrák diagnosisa és terapiája. (Csiky János.) — **Fülgyógyászat.** **Weiss S.:** A csecsemőkor genyes középfülgyuladása. (Ifj. Klug Nándor.) — **Hessler:** Scarlatina következtében fellépett és agydaganattal párosult középfülgyulladás. (Ifj. Klug Nándor.) — **F. Trautmann:** Radikális műtétek esetén állandó retroauricularis nyílás. (Ifj. Klug Nándor.) — **Kisebb közlemények az orvogyakorlatra.** **Paulesco:** Basedow-kór. — **Goliner:** Extractum chinae Nanning. 217—220. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az országos balneológiai egyesület. — Siketnéma gyermekek oktatásügye Magyarországon. — Horváth Mihály. — A Kézmarszky-féle szülészeti poliklinika. — Megjelent. — Elhunyt. Szt. Lukács-fürdő. — Hérczel dr. — Kuthy Dezső dr. 220. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi szt. János-kórházból.

Az orrkagyló-hypertrophia gyógykezelése.¹

Polyák Lajos dr. főorvostól.

Szám szerint csoportosítva az eseteket, melyek orreldegulás miatt keresik fel segítségünket, úgy találjuk, hogy az orreldegulás okát ezen esetek 70%-ában az alsó orrkagyló elváltozásai képezik. Ehhez képest aránylag csekély azon esetek száma, a hol az orrsövény difformitásai okoznak jelentékenyebb szűkületet, és — bár a legnagyobb fokú orrszűkületet ők okozzák — az ú. n. orrpolypok előfordulása sem túlgyakori. Ezeknek, valamint a rostacsont és a különböző sinusok bántalmi folytán bekövetkező középső kagyló megnagyobbodásoknak gyógykezelése kívül esik mai tárgyam keretén és így az itt elmondandók sem fognak szorosan azoknak gyógykezelésére vonatkozni, annyival kevésbbé, mert daczára az elijesztő polypragmasiának, mely épen a rhinoterapia terén termel annyi egymásnak ellentmondó eljárást, épen az utóbbi bántalmak gyógykezelése körül meglehetősen egyöntetű elvek alkalmazását találjuk és a kezelés ezen esetekben, csekély kivételekkel, szigorúan alkalmazkodik a sebészet szabályaihoz.

Nem áll egészen így a dolog az alsó orrkagyló időleges vagy állandó megnagyobbodásainak kezelésével szemben és ennek oka egyrészt kétségtelenül a kórboncztanai fogalmak összetévesztésével függ össze. Bár egymástól lényegesen elütő kórszövet-tani és klinikai képet, de sokban hasonló lefolyást és subjectiv tüneteket okoz az alsó kagylón két folyamat. Ezeknek elseje az ú. n. duzzadó rhinitis, melynél a nyákhártya és az alatta levő kötőszövet maradandó elváltozásokat nem mutat, ezen folyamatnak lényege egyedül a mélyebb rétegekben a csont felett levő caver-

nus duzzadószövet kisebbfokú megszorodásából, de időnkint annál nagyobb vérteltségből áll. Ezen folyamat tehát lényegében csak visszeres pangás, szövethypertrophia nélkül, mely néha keringési vagy anyagcserebántalmak következtében, máskor pedig hőség, hideg, füst vagy izgató portartalmú levegő behatása alatt vasomotorikus úton jó létre. Ettől lényegesen elüt azon bántalom kórboncztanai képe, melyet, bár nem teljesen megfelelően, rhinitis hypertrophicának szoktak nevezni. Ezen folyamatnál, bár az eset szerint elütő arányban, az alsó kagylót alkotó minden szövet-elem részt vesz a hypertrophiaiban, és pedig oly módon, mely maradandó jelleggel bír és a spontan visszafejlődésre nem keesegtet sok reménnyel. Elkezdvé a nyákhártyán, azt látjuk, hogy hatalmas túltengés mutatkozik a hámrétegen, a csillóhám többnyire megtartott, az alatta levő hengerhámréteg pedig erősen felszaporodott, 5—6, néha 8—10 rétegű, a hámréteg pedig a hypertrophian kívül erős nyákos degeneratiót mutat, a felületen sűrűn találunk kehelysejteket, melyek a hámsejtek nyákos metamorphosisa útján keletkeztek és mint ilyenek kibélelik a hámrétegen áthatoló nyirkmirigyek kivezető csatornáinak falait, de e mellett a hámréteg külső felületén is sűrűn foglalnak helyet. Az erős nyálkaelválasztás, melyet a bántalomnál sokszor találunk, legalább fele részben ezen kehelysejtek elválasztásának eredménye. Követve kívülről befelé a hypertrophias folyamat képét, nemesak megnagyobbodva, hanem legtöbbször már hyalin degeneratióban találjuk a basalis hártát, ez alatt pedig sűrű sejtinfiltratio következik, melyben a nyákhártya mirigyei és tágult capillarissai többé vagy kevésbbé megszorodott számban fekszenek. Az infiltratum sejteinél szintén találunk a degeneratio azon alakjaival, melyek a visszafejlődést valószínűtlenné teszik, így pl., mint azt más alkalommal közöltem, a hyalin sejtd degeneratio kifejezett képei nem ritkán fordulnak benne elő. Nagyobb számú eosinophil és hízottsejtek szintén többször lettek már itt kimutatva. Az említett sejtinfiltratio vándorsejtjei az izgatás foka szerint sűrűn vándorolnak ki a basalis hártán és epithelen keresztül. Tovább menve, a nyálkahártya alatti kötőszövet erős rostos

¹ Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület 1900. január 13-dikán tartott ülésén.

hypertrophiáját találjuk, alatta pedig a nemesak erősen tágult, hanem meg is szaporodott cavernosus edényrendszer foglal helyet, melynek vérteltsége jóval hozzájárul a már úgy is megnagyobbodott kagyló duzzadásához. A hypertrophizáló folyamatban a kagylószövet rugalmas rostjai nem vesznek részt és ezért a kagyló retractioja is korlátolt; részt vesz ellenben meglehetősen gyakran a folyamatban a kagylócsont, mint azt most folyó és később részletesen közlendő vizsgálataim mutatják, és olyan esetekben, a hol az előbb leírt elemek nagyobb fokú hypertrophiáját találjuk, sűrű osteoblast felrakódást találunk a csont külső felületén is.

A milyen élesen határolt és jól megkülönböztethető egymástól a kétféle folyamat göresői képe, ép oly különböző a tükrözés által nyerhető kép. A kagyló nagysága mindkét esetben egyenlő lehet, olyan fokú, hogy elzárja az alsó és a középső orrjáratot és neki feküdvé a sővénynek is, az orrt teljesen eldugaszolhatja. De míg a duzzadó rhinitisnél a venosus pangás uralja a helyzetet és ennek megfelelőleg a kagyló nyálkahártyája erősen belövelt, livid kék vagy vörös színű, cocainozás után pedig az edények kiürülvén, teljesen összeesik és odalapul a esontra, addig az igazi hypertrophikus rhinitisnél egészen más képet találunk; más elváltozást mutat itt nemesak a nyálkahártya színe, hanem annak felülete is. Első sorban a nyálkahártya színe csak ritkán lesz oly sötétvörös vagy kékesvörös, mint a duzzadó alaknál, és akkor is csak a kagyló domborulatának a középső orrjárat felé tekintő részén, mert a hámréteg megvastagodása és nyálkás degeneratioja folytán ezen helyek fehérszürke színt vesznek fel; másrészt pedig a nyálkahártya maga sem marad teljesen síma, hanem első sorban a hátsó, azután a mellő kagylóvégeken és a kagylócsont szabad szélén, felületén számtalan behúzódnást mutat, szederszerű papillaris kinézésűvé válik, cocainra pedig, megfelelően a kiterjedt hypertrophiás folyamatnak, a ruganyos elemek kevés voltának és a degenerált szövetelemeknek, sohasem képes teljesen visszahúzódnai, a mi könnyen érthető, mert ha a mélyben levő edények ki is ürülnek a cocain behatása alatt, azért mégis visszamarad elég hypertrophiás szövet, mely ilyenkor is szűkíti a tért és a kagylóvégeken, valamint a szabad szélén laza zacskók alakjában lelóg az alsó orrjáratba.

Az igazi kagylóhypertrophiának egy állandó és nem kellően méltányolt tünete még az is, hogy ellentétben a duzzadó rhinitissel, melynél az orrdugulás néha heteken, sőt hónapokon át is elmarad, itt állandóan konstatálhatjuk még a tünetek mérséklése esetén is az egyik orr eldugulását. Ilyenkor a betegek, kik nem veszik azt észre, hogy csak az egyik orron át lélegzenek, megkönnyültnek érzik magukat, a légzés vizsgálata azonban azt mutatja, hogy felváltva hol az egyik, hol a másik orr mégis el van a kagyló duzzanata által dugaszolva.

Bocsánatot kérek tisztelt orvosegyesület, hogy az elmondottakat, melyeknek jórésze Önök előtt ismeretes, előrebocsátottam, de szükségesnek tartottam az anatómiai viszonyok ismertetését azon okból, mert csak ez nyújt bizos vezérfonalat a gyógyeljárások megítéléséhez. Látni fogunk olyan gyógyeljárásokat, melyek alapos segítséget ígérnek ugyan, de még tünetileg is alig válnak be, más részük pedig alkalmas lehet a duzzadó rhinitis gyógyítására, de értéktelen az igazi hypertrophiákkal szemben. Megjegyezni kívánom még, hogy a két kóralak közt elég gyakran találunk átmeneti alakokat is, de ezeket, ha már valódi hypertrophiák is találhatók, mégis az utóbbi esoporthoz, annak kezdeti alakjaihoz kell kapcsolnunk és gyógyeljárásunk mértékét is ehhez képest szabjuk meg.

Hogy duzzadó rhinitis esetén a visszeres pangást előidéző alabántalomnak kezelése kívánatos és eredményre vezethet, az természetes. Hypertrophiák esetén azonban a helyi kezelés bir elsörendű fontossággal és az általános kezelés a szervezet edzése vagy a circulatio javítása szempontjából csak a baj elhárítása után következik.

Ezek után áttérhetünk tulajdonképeni tárgyam megbeszélésére. Meg kell azonban jegyezni, hogy az olesó irodalmi babérok utáni vágy és a struggle for life, mint orvosi tudományunk más ágainál is, talán még inkább produkált a rhinotherapia terén therapeutikus közléseket, a melyeket szerzőjük minden anatómiai

ismeret nélkül kizárólag gazdag tapasztalataira támaszkodva eresztett szélnek. Ezek a publicatiók minden orrdugulást rhinitis hypertrophicának neveznek és így bámulatos sikerrel gyógyítják ki sokszor nagyon egyszerű módon az általuk nem ismert duzzadó rhinitist, melynek megvan az a jó természete, hogy igen sokszor gyógyul spontan. Ezekről elég ennyi; de a fogalomzavar elkerülése végett, most is, midőn az elfogadott helyi eljárások méltatására térek át, jobbnak tartom minden egyes módszer értékét a két különböző betegség szempontjából megbirálni.

Már a localis eljárások közé tartoznak, de gyógy módszamba komolyan mégsem vehetők a különböző orrmosások és orrfürdők is, melyeket langyos só-oldattal, ásványvízzel vagy bőr-oldattal végeznek a betegek, különböző tölesek, zuhanyok és sprayk segítségével és a melyeknek értéke bizonyos irányban megvan, mert megkönnyebbülést szereznek a betegeknek, csak arra kell vigyázni, hogy folyadék ne kerüljön ilyenkor a tubán át a középfülbe, mert ez esetleg súlyos középfüllobot okozhat. A közömbös langyos orrmosások hatása a váladék eltávolításából áll, tehát nem egyéb, mint az orr tisztántartása; alkalmazásuk egyik bajt sem gyógyítja ugyan, de könnyebbülést mind a kettőnél okozhat, duzzadó rhinitisnél pedig a pangást esetleg kedvezően befolyásolja és a folyamat visszaféjlődését is elősegítheti.

Hogy az orrmosás alakjában vagy befecskendés által a nyálkahártyára juttatott adstringens szerek értéktelenek, az annyival világosabb, mert időzésük a nyálkahártyán is sokkal rövidebb, mintsem hatásukat kifejthetnék. Egy hatásuk azonban van, főleg ha töményebb oldatban alkalmaztatnak, t. i. izgatják a nyálkahártyát és néhány órára fokozzák a duzzanatot. Versenyez ezekkel észszerűtlenség dolgában az adstringens porok befúvása is, használni ugyan nem fognak ezek sem, de létrehozhatnak olyfokú izgatást az orrnyálkahártyán, mely sokkal több szenvedést szerez a betegnek, mint maga az alabántalom és huzamos használat esetén szaglásának elveszésére vezethet.

Legalább külsőleg tűnnek fel rationalisnak a különféle esetelések, melyeket a gyakorlatból eddig még nem sikerült teljesen kiküszöbölni. Előnyök csak annyiban, mert legalább nem az egész orrnyálkahártyát izgatják, hanem csak a beteg helyet, a melyre felkenve lettek. Tény azonban az, hogy még arról az egyetlen szerről, melyről theoretice fel lehetne tenni, hogy képes felszívódást létesíteni a hypertrophiás szövetben, tehát a jodról, annak különféle alkalmazási módjai mellett sem volt képes eddig egy szavahihető észlelő sem valódi eredményt konstatálni.

A mechanikai gyógyeljárások némelyikét csak curiosumként említem fel, ilyen a komprimált levegő belégzése az orron. Fogalomzavar vezethetett továbbá csak a dilatationalis eljárás alkalmazására, pártolói a hypertrophiás duzzanat által szűkült orrt a hűgysző heges szűkületével tévesztik össze és tágítanak bougie vagy tubusok segítségével. Az eszközök bevezetése kétségtelenül könnyű, mert a hypertrophiás nyálkahártya könnyebben enged, mint a heges hűgyszőszűkület, de annál erősebb duzzanattal reagál a műszer kivétele után. Itt kell még a vibratio massageről is megemlékezni, melyet ajánlójuk úgy az atrophiás, mint a hypertrophiás folyamat ellen fényes sikerrel alkalmaz, úgy látszik azonban, hogy ennek a módszernek alkalmazása főleg az utóbbi esetben helyhez vagy az Istennek különös kegyéhez van kötve, mert a legmegbízhatóbb intézetek egyikének sem volt módjában a közleményeket megerősíteni.

Hogy mindez természetes, azt átlátjuk, ha visszapillantunk a leírt bonczani viszonyokra. Mindkét esetben az a feladatunk, hogy az orrdugulást gyorsan és tartósan elhárítsuk, ezt pedig duzzadó rhinitisnél úgy érjük el, ha a duzzadó szövetet legalább részben sorvasztjuk és a nyálkahártyát a csontoz helyenként rögzítjük; hypertrophiás folyamatnál pedig csak a hypertrophiák eltávolítása lehet cézhez vezető eljárás.

Kiterjedt használatnak örvendtek e cézra, főleg egy évtized előtt, a vegyi szerek. Az argentum nitricum-pálezikák kevésbé voltak alkalmasak, míg a chromsav és később a trichlorezetsav inkább megfeleltek a céznek. Azt kell mondanunk, hogy duzzadó rhinitisnél az utóbbi két szer intensiv és ismételt alkalmazása útján tényleg kisebbithető a cavernosus szövet és a képződött hegek is útját állják a kagyló excessiv duzzadásának, de az eljárás ideálisnak mégsem mondható. Mindkét szer erősen hygroskopikus, könnyen

szétfolyik az orrnyákhártyán, tehát azon helyen, a hol alkalmazni akarjuk, kisebb hatást fejt ki a szándékoltnál, a szomszédságot ellenben, a hol nincs rá szükség, és főleg az orrfeneket összemarja, ezért több ízben kell őket alkalmazni, holott más módon egy ülésben végezhetnénk a dologgal. Ezenkívül, bár kellő figyelem mellett elkerülhető, mégis nem ritkán jelentkezik kisebb fokban a chromsav mérgező hatása.

Az electrolysis alkalmazásának megbeszéléséről az orrkagylókon eltekinthetünk és mindjárt az itt minden tekintetben felette álló galvanocaustikára térhetünk át, melynek előnyeit, bár a sok visszaélés felett, melyet vele elkövettek, szemet nem hűnyhatunk, az eddig említett eljárások felett eltagadni nem szabad. Főelőnye az, hogy szigorúan localis eljárás, ott és annyit égetünk vele, a hol és a mennyit akarunk, nagy előnye ezenfelül az alkalmazás módjának sokfélesége. Eltekintve a meleg kacstól, melylyel vérzés nélkül metszhetünk le kiálló részeket, maguk az égetők is alakjuk, nagyságuk és hajlásuk szerint az orr minden részében kényelmesen alkalmazhatók. Az égetés a cocain által ügyis vértelenített kagylón minden vérzés nélkül történik, a műszer hidegen lesz az égetendő helyre feltéve, csak ezután jó izzásba és csak az izzás megszűntével lesz eltávolítva. A seb, a melyet az izzó műszer ejt, aseptikus és pörk alá van helyezve. Mindezen körülmények olyan előnyt biztosítanak számára, hogy duzzadó rhinitisnél egyszerűbb, kényelmesebb és ezélszerűbb eljárást mint a galvanocaustika ez idő szerint képzelni sem lehet. Képesek vagyunk vele egy ülésben, minden fájdalom nélkül, akár hosszirányú barázdák égetése által, akár több helyen végzett submucosus beszúrásokkal és égetésekkel elegendő véredényt sorvasztani és obliterálni, a képződő heg pedig elég erős arra, hogy a nyákhártyaduzzanatokat kellő korlátok közt tartsa. Szükségből jó volt ugyan ezelőtt, de távolról sem így megfelelő a galvanocaustika a hypertrophiás alaknál. Itt sokszor oly nagy szövetszaporulattal van dolgunk, hogy azt még az izzó tűz sem képes egy vagy két ülésben kellőleg sorvasztani. Kétségtelen ugyan, hogy még nagyobb fokú hypertrophiákat is lehetséges ismételt ülések után galvanocaustice úgy sorvasztani, hogy a beteg a gyógyulás befejeztével állandóan kapjon elég levegőt az orrán át, de az ilyen esetek teljesen gyógyultaknak mégsem tekinthetők és a kezelés sem felel meg azon igényeknek, melyeket vele szemben ma már méltán támaszthatunk. Eltekintve az éppen ilyen esetekben igen nagyfokú reactiv duzzanatoktól, melyek azért oly nagyok, mert egy ülésben a beteg nyákhártyájának csak egyes részei lesznek és azok is ritkán a esontig elégetve, ennek következtében az égetett orr napokra eldugul, erős fejfájás léphet fel és az orrból folyton cseppel savós véres váladék, eltekintve az esetleg bekövetkező synchiaktól, melyeket legtöbbször műhibának lehet minősíteni, az orr tulajdonképpen a gyógyulás befejeztével is csak oly beteg, mint a kezelés előtt, kivéve, hogy most szelel. Mert annak a beteg nyákhártyájának, mely nemesak duzzanata, hanem a felületén levő tömeges kehelysejtek secretioja által is okozott zavarokat, csak egy része lesz megsemmisítve, a többi megmarad az égetés okozta hegek közt apró vagy nagyobb insularis duzzanatok alakjában és néhány év múlva ismét oly állapotot idézhet elő, mint a beavatkozás előtt.

Ezenkívül, tisztelt Orvosegyesület, a galvanocaustica alkalmazásánál, a ki úgy jár el, hogy minden duzzanatot, mely az orrjáratba bedomborulva azt szűkíti, eléget, az szomorú tapasztalatokra tehet szert. Számolni kell itt ugyanis nagyon a bekövetkező hegesedés minőségével. Egyes helyeken ugyanis a zsugorodó hegek, ha megvan a kedvező alkalom, utólag nagyobb és irreparabilis szűkületeket okozhatnak, mint a minő az eredeti duzzanat volt. Így nem ajánlanám semmi körülmények között az orrfenekén levő nyákhártyaduzzanatok galvanocaustikus sorvasztását, mert itt a bekövetkező hegesedés nemesak lefelé a csonthoz rögzíti a nyákhártyát, hanem zsugorodása közben a két fal felől befelé húzza magához a nyákhártyát és azt redő alakjában emelve fel, erősen szűkíti az orr fenekét. Egy másik ilyen hely az orrban mellül közvetlenül az alsó kagyló mellső vége felett van a lateralis orrfalon, ennek égetése az orrszárny behúzódsát szokta okozni. Az ilyen hegek utólagos kiirtása pedig rendkívül fáradságos és a betegre a hosszú időn át végzendő utólagos tágitás miatt nagyon kinos is; sok esetben pedig minden igyekezet dacára sem sikerül a kiirtás helyén az újlagos hegszugorodást teljesen megakadályozni.

(Folytatása következik.)

A koraszülöttek helyzete a szülészeti klinikákon.

Deutsch Ernő dr. Stefánia-gyermekkorházi segédorvostól.

Vallon dr. a „Bulletin de l'académie de médecine de Paris“ 1895-diki évfolyamában következőket említi: „Puisque le nombre des enfants qui naissent diminue de plus en plus, essayons au moins de les sauver tous et de les éléver pour la patrie“. E kijelentésnek megvan a teljes jogosultsága, mert valóban a gyermekhalandóság statistikája igen szomorú képet nyújt. E szomorú számadatok önkénytelenül azon kérdést vetik fel, hogy így kell-e ennek lenni, nem lehetne-e ezen viszonyokon javítani?

Jó lelkiismerettel igennel felelhetünk e kérdésre. Szorgalommal s szakszerű orvosi törekvéssel a halálozások száma okvetlenül csökkenthető. A halálokok közt igen előkelő helyen állanak a koraszülöttek.

Feladatunk lesz lehetőleg röviden szemük elé vezetni a modern orvostudomány azon eszközeit, melyekkel e gracilis lényeket megmenthetjük.

Tanulmányutam, de különösen tisztelt barátommal, Berend Miklóssal egyetemben a szülőintézetekhez küldött kérdőívek révén (melyek később fogják megbeszélés tárgyát képezni) világos képet alkottam magamnak a koraszülöttek valóban nyomorúságosnak mondható helyzetéről a szülészeti klinikákon; bár tagadhatatlan, hogy ezek volnának hivatva e debilis lények megélhetési lehetőségéhez nagy mértékben hozzájárulni.

Előadásom folyamán törekedni fogok arra, hogy meggyőzzem önöket, tisztelt uraim, a felől, hogy a koraszülöttek hygiénije elméletileg igen szépen van feldolgozva, a nélkül azonban, hogy e munkálatok eredménye gyakorlatilag kielégítően érvényesítve volna.

Örömmel s hálával fogadtam ezért mélyen tisztelt főnököm Bókay János tanár felszólítását s támogatását — melyekért én e helyen is őszinte köszönetet mondok —, melyek szerint a koraszülötteknek a szülőintézetekben való helyzetével foglalkozzam.

Leghelyesebbnek véltem, ha az olvasottakhoz s a látottakhoz a direkt megkérdezés útján beszerzett adatokat csatolva, önöknek lehetőleg teljes képet nyujtok tárgyamról. E ezélből következő pontokból álló kérdőíveket küldtem a szülészeti klinikák vezetőségeihez:

1. Az újszülöttek hány százaléka koraszülött?
2. Mily nagy a koraszülöttek halálozási százaléka?
3. Áll-e érlelő-készülék az intézet rendelkezésére?
4. Ha igen, desinfiálják-e?
5. Mennyi ideig tartózkodik a koraszülött az érlelő készülékben?
6. Az érlelő készülék javított-e a halálozási százalékon?
7. Érlelő készülék hiányán, hogy kezelik a koraszülötteket?
8. Mikép táplálják a koraszülötteket?

Engedelmmel pontról pontra haladva, közölni fogom önökkel a kezemhez jutott eredményeket, párhuzamba állítva őket a tudomány mai állásával.

A koraszülöttek születési s halálozási százalékát illetőleg táblázataim (ezek helyszüke végett az Orvosi Hetilapban nem jelenhettek meg, utalok az „Archiv für Kinderheilkunde“-ra, hol a cikk e függelékkel együtt a közel jövőben napvilágot fog látni) számadataira utalok, e helyen csak néhány az irodalomból merített akarok önökkel közölni.

1961 gyermek született 1863-ban a párisi szülő-intézetben, 1320 rendes időre, 641 korán.

Hugenberger közlése szerint Moszkvában az újszülöttek 90%-a koraszülött.

19 rendes szülésre 1 koraszülés esik Osterlen adatai szerint.

Potelet (1895) összeállítás a „de l'acrosissement des enfants nés avant terme“ című munkájából a következő:

6.5	hóra született	56	gyermek,	élve maradt	11	tehát	19.6%
7	„	131	„	„	55	„	41.9%
7.5	„	53	„	„	36	„	69.7%
8	„	110	„	„	71	„	64.5%

Budin adata a „femmes en couches et nouveau nés“ című munkából: 52.8% élve maradt koraszülött.

Az újszülöttek 50%-a koraszülött Uffelmann szerint.

A müncheni szülészeti klinika statistikája szerint az első 48 órában 70 koraszülött pusztul el 100 közül.

Uffelmann szerint 100 élve szülöttre debilen születik 2·8 Angliában, 3·3 Skócziában, 4·4 Bajorhonban, 4·6 Hamburgban, 4·8 Baselen.

641 koraszülött közül 127 pusztult el a „maternité de Paris“ kimutatása szerint.

A perçu générale de la maison imperiale des enfants trouvés à Moscou (1895) szerint az újszülöttek 4%-a koraszülött.

55. Annual report of the registrar general of birth etc. in England (1892) az első életévre 132,463 halálesetet jegyez fel, ezek közül 16,577 újszülött.

A mint e kevés adatból is láthatják, a koraszülöttek születési százaléka csöppet sem megvetendő csekély, mi a koraszülés kóroktanánál fogva — melyről csak rövidesen kívánok megemlékezni — nem is vehető csudának. A társadalmi nyomor, a gyári munka, alkoholismus, syphilis, a légző s vérkeringési apparatus megbetegedései s a müleges abortus medenczeszűkületeknél képezik nagyjában a koraszülés aetiologiáját.

Tapasztalataim bizonyítják, hogy a szülő-intézetek javarésze vattapolyázásokkal s melegítő edényekkel elégszik meg a koraszülöttek kezelésénél s csak kivételesen dísekedhetnek megfelelő érlelő készülékekkel.

Engedjék meg, hogy e kérdéssel kapcsolatban a koraszülöttek ápolásának történelmi fejlődését, megfelelő bírálatnál különválasztva a hasznosat a hasznavehetlentől, szemük elé vezessem. Régóta megvolt a szülésekben a törekvés, hogy felvegyék a küzdelmet a koraszülöttek nagy halandóságával; vattába vagy gyolcsba burkolták, párnába helyezték, fejükre fejkötőt tettek, két oldalukra s lábvégtükhöz melegítő edényeket helyeztek. Naponta kétszer vagy háromszor massage-t alkalmaztak. 2—3 liter borral kevert fürdők, aromatikuss s szeszes ledörzsölések, aether s moschus bőr alá fecskendése tették teljessé e kezelést. A terhesség 7-dik hónapján túl született gyermekeknél e módon elérhetünk valamit, de az ez időpontban aluli szakból származó koraszülötteknél a kezelés e módja eszerben fogja hagyni az orvost, mert az e korú újszülöttekre határozottan áll Gueniot mondása: „Le nouveau né doit être couvé, pénétré de chaleur“. Daczára annak, hogy elmélet s gyakorlat karöltve szólnak a kezelés fenti módja ellen, a szülések javarésze ragaszkodik az elavult módszerhez.

Egyiptomból származik a madárköltő készülék eszméje. Hippokratés „de septimestri et octimestri partu“ című munkájában említést tesz arról, hogy a hetedik terhességi hó előtti szakból származók nem életképesek. Pasaud ebből azt következteti, hogy az egyiptomiak által az állattenyésztésnél tett újítás az emberekre Hippokratés korában alkalmazva nem lett. Tán nem is lesz érdektelen, ha Hudelletnek a francia köztársaság XI-dik évéből származó értekezéséből egy részletet reprodukálok: „Parmi les histoires des enfants célèbres, Baillet rapporte celle de Fortunio Liceri que sa mère mit au monde longtemps avant le terme ordinaire, pendant la fatigue et les ébranlements d'un voyage sur mer. Ce fœtus n'était pas plus grand que la paume de la main, mais son père, qui était médecin, l'ayant examiné, le fit transporter dans l'endroit qui devait être le terme de son voyage. La, il le fit voir à des autres médecins. On trouva qu'il ne lui manquait rien d'essentiel à la vie, et son père entreprit d'achever l'ouvrage de la nature et de travailler à la formation de l'enfant avec le même artifice, que celui dont on se sert pour faire éclore les poulets en Égypte. Il instruisit une nourrice de tout ce qu'elle avait à faire et ayant fait mettre son fils proprement accomodé, il réussit à l'élever et à lui faire prendre l'accroissement nécessaire par l'uniformité d'une chaleur étrangère exactement mesurée. Il vécut 79 ans, il se distingua dans la science par un grand nombre d'ouvrages.“

Szt.-Pétervárra vezet a következő nyom, hol 1835-ben ajánlotta Rühl a kettős falú kádat a koraszülöttek kezelésére. 1857-ben Denucé Bordeaux városában, 1879-ben Peyraud Livornóban hozott hasonló készüléket alkalmazásba; fentebbiektől függetlenül alkotta érlelő kádját 1864-ben Crédé s 1884-ben tette közzé igen kielégítő eredményeit.

Winkel állandó vízfürdőivel igen eredményesen dolgozott, de az alkalmazás nehézkes voltánál fogva nem váltak közkincsé.

Mindezen készülékek a köztakarót látják el megfelelő hővel, mi határozottan nem mondható elegendőnek, mivel a lehülés a tüdőfelület révén is végbemegy; ezt is kellő meleggrel ellátni csupán az igazi érlelő készülékek képesek. Természetes tehát, hogy Tarnier kimutatása, ki az érlelő kádat s a couveusök adta eredményeket állítja párhuzamba, utóbbiak javára dönt. Tarnier összeállításait röviden közlöm: 13·3%-kal több gyermeket ment meg a couveuse azok közül, kiknek súlya 1000—1500 gm. közt van, mint az érlelő kád, az 1501—2000 közt állók közül 9·8%-ot, 1·5%-ot a 2000 s 2500 közt lévők közül.

1880-ban készítette Tarnier készülékét, 1881 november 21-dike óta használtatik a „maternité de Paris“-ban, 1882-ben volt kiállítva a genfi congressus gyermekhygienikus osztályában.

E couveuse a tojásérlelők mintájára lett készítve. Kettős falú láda, melynek falai közt thermosyphon által melegített víz kering. A készülék tökéletesítésére később a hőingadozások pontos meghatározása czéljából egy automatikus villamos indicatort s egy higany vagy Regnard-féle regulatort alkalmaztak. 1883-ban tette közzé Auward a „moines“-nak nevezett melegítő edényekkel hevített, módosított Tarnier couveusét.

A fa mint készitési materialis, a desinfectio kivitelének csekély lehetősége, a pontatlan hőszabályozás s a gyarló ventilatio hibái a Tarnier-Auward-féle készüléknek.

Számos javításon ment át a Tarnier-féle couveuse. Budin a fűtésen s ventilation módosított. Eustache (kinek couveuse Angliában Hearson által lett népszerűvé „thermostatic nurse“ név alatt) készülékét úgy alkotta, hogy az bármely hőforrás által melegíthető. Jó ventilatioval s pontos thermoregulatorral bir Tedeschi couveuse (Padua 1891). A jó tisztántartás lehetővé tétele szempontjából ajánlható a „couveuse aseptique de Rainal freres“.

Hutinel fayenceból csináltatta érlelő apparatusát, ennél fogva jól desinfiálható, hibája a hőszabályozás s szellőzés hiányos berendezése. Fürst (1887) téglákkal melegíti couveusét, könnyen rögtönözhető, de tisztogatása, ventilatioja, hőszabályozása felette gyarlóak. Hochsinger (1894) és Scherow & Holt készülékei a fent említett összes hátrányokat nem küszöbölték ki. Rotch „incubator“-ja jó fűtő s szellőztető berendezésétől eltekintve, még mérleggel is bir, úgy hogy az újszülöttek a készülékből való eltávolítása mérés czéljából feleslegessé válik. 1896-ban kezdett Dittre ércz érlelő készülékkel kísérletezni, ez jól desinfiálható, de ventilator s thermoregulatora nem állja meg a kritikát. Határozottan megérdemli az „ideális“ díszjelzőt Lion készüléke; fémbeől lévén, jól desinfiálható akár antiseptikákkal, akár vízgőzzel, a levegő kívülről jut a couveusebe (esetleg ozon, oxygen vagy balzsamos essentiákkal telítve), egy pontos hőszabályozó, az egy idealisan működő thermosyphon által szolgáltatott meleg kellő adagolását teszi lehetővé.

A megbeszélés eddigi tárgyát képező készülékek egy koraszülött befogadására vannak berendezve, készítették azonban oly óriás couveuseket is, melyek több koraszülött befogadására is alkalmasak. Pajot, Odile Martin által konstruáltatott ily készüléket, de ez szerkezeti hibái folytán nem szolgáltatott fényes eredményeket. 4 m. hosszú s 2·5 m. szélességgel készített Colrat Lyonban (1896) egy hasonló monstre couveuset. Szép eredményekkel kecsegtet a Bosí és Guidi által a „La pediatria“-ban ismertetett „sale incubatrici“; ez érlelő készülék három helyiségből áll, az első couveuse-hőfokkal, a második rendes szobahőmérsékkel s egy harmadik átmeneti hőfokkal biró szobácska. Pontos thermometerek s hygrometerek teszik tökéletessé e berendezést.

(Vége következik.)

Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem I. számú sebészeti kórodájáról. Igazgató Dollinger Gyula dr. egyet. nyilv. rendes tanár.

Az appendicitisek bacterologiája.

Közl: *Winternitz M. Arnold* dr. műtönvendék.

(Vége.)

Mindezen területek gyuladásai bact. aetiologia szempontjából rendkívül analogok, a mennyiben tudjuk, hogy a középfül, a bronchusok, az orrüreg sinusainak genyes hurutjainál streptococcus

pyogenes, diplococcus Fränkel és bacillus influenzae Pfeiffer játszsák a főszerepet.

S mely tapasztalatokkal számolhatok be a feregnyújtványnál? Tapasztalatokkal, melyek a fentebbiekkel bacterologikus szempontból meglepően congruensek!

Dollinger tanár úr utasítására az általa rohammentes időközben resecált feregnyújtványokat minden bacterologikus cautela szemeltartásával megvizsgáltam, s azt találtam, hogy a nem idegen testes s nem komplikált appendicitiseknél, melyeknél a folyamat egyszerű stadiumaival állunk szemben, „specialis infectiók” voltak jelen: kétszer streptococcus pyogenes, egyszer diplococcus Fränkel, egyszer bac. influenzae Pfeiffer képviselőben. Egy esetben a feregnyújtvány catarrhalis zavaros váladéka culturell sterilnek mutatkozott, góreső alatt azonban halványan festődő diplococcus fajtát tartalmazott, melynek pontosabb meghatározása azonban kivihető nem volt. Ezen esetet is az utóbbi csoportba, a „specialis” vagy monoinfectiók csoportjába osztom.

A vizsgált feregnyújtványok anatomikus elváltozásai egyszerű hypertrophikus vagy atrophikus hurutoknak feleltek meg szűkületekkel, elzáródással vagy teljesen azok nélkül.

Láttnivaló, hogy a feregnyújtványt gyuladásai szempontjából ugyanúgy kell elbírálni, mint a hogy infectio tekintetében a fület, az orr melléküregeit, a bronchusokat és epentakat, szóval a szűk calibrú nyákhártya-huzamokat bíráljuk.

Nemesak bonez-életteni viszonyok s az infectiók létesülési módjai tekintetében egyeznek meg ezen tractusok, hanem úgy látszik megvan közöttük az analogia a hurutjaikat előidéző microorganismusok tekintetében is.

A hurutok lefolyását illetőleg pedig már épen hasonlítanak. Tudjuk, hogy ezen szűk nyákhártya-tractusok ha egyszer infectio kapcsán gyuladásba mennek át, mily nagy hajlamuk van hurutjaiknak a chronikus alakba való átmenetelre.

Normalis lefolyású feregnyújtvány-gyuladásokra pedig épen a hosszú időre való elhúzódás, a chronikus alakba való átmenetel a jellemző, olyannyira, hogy az egyszer jelentkezett tünetek után majdnem matematikai biztonsággal várhatunk újabb s újabb rohamokat sokszor hónapokig tartó egymásutánban.

Ennek oka nem más, mint az, hogy a feregnyújtványba egyszer behúzódtott infectio a szűk calibrú miatt váladékpangás következtében abból kiküszöbölődni nem bír; a csirok a lassan továbbított váladék által nem hogy elmosatnának, hanem a mostoha bonezi viszonyok miatt egyenesen visszatartatnak, s beáll azon állapot, melyre Roux¹ már 1895-ben figyelmeztetett, a „microbisme latente”, mikor a csirok hosszú ideig életképesek maradnak a feregnyújtványban s okozói az újabb s újabb exacerbálásoknak. Ezen latens visszamaradás hurutoknál pedig épen a diplococcus Fränkel, a streptococcus s az influenza bacillus tulajdonsága!

* * *

Nem tévesztendő szem elől, hogy az appendicitisek fentebbi, az infectio módját tekintő classificatiojánál a folyamatok kezdeti stadiumait tartottam szem elől, azon időpontot, melyben az infectio megindultával a gyuladás kezdődik.

A nap-nap mellett bacteriologice controllálható középfülgyladásokról tudjuk, hogy a folyamat kezdetét képviselő monoinfectio mint olyan, rendszeren nem tartja fenn magát a betegség egész tartama alatt, hanem csakhamar másodlagos fertőzésnek adva helyet, ezen hurutok bacterium-florája teljesen megváltozik. Az első napok váladékában rendszerint csak egyetlen fajtájú csirt találunk; a következő időben a paracensis vagy spontán perforatio után megváltozik a bacteriologikus kép, a mennyiben a primaer kórokozó csir mellett secundaer fertőzés gyanánt új speciések jelennek meg, melyek idővel az elsőt teljesen elnyomhatják. Ezen másodlagos fertőzés több-kevesebb rapiditással történhetik, mikor is ez incidensnek „klinico” a gyuladás exacerbálása felel meg. A másodlagos fertőzés azután maradandóvá válhatik, a primaert, a kórokozót teljesen elnyomhatja, úgy hogy későbbi időkben vizsgálva egy egész új bacterium-florát találunk, melyből a folyamatot megindító primaer csir teljesen „hiányozhatik” is. Az ilyenkor felvett

¹ Congrès de Chirurgie 1895.

lelethől a folyamat kezdetére vonatkozó aetiologikus következtetéseket vonni már nem is lehet.

Csak azért hoztam fel e példát, mert igen alkalmas arra, hogy szemünk elé tárja ama nehézségeket, melyekkel szűk lumenű járatok, hurutjainak bacteriologikus elbírálásánál találkozunk, a mennyiben mindig le kell számolnunk a másodlagos fertőzés lehetőségével.

Ez pedig mindenütt, nemesak a fülnél, az orr-melléküregeknél, a bronchusoknál stb., hanem a feregnyújtványnál is egyaránt megvan s ha a vizsgáló eme tény szemmel tartása nélkül kommentálja a vizsgálati leletet, úgy hamis és értéktelen eredményeket fog kihozni.

Mert épen úgy, mint az otitisnél az Eustach-kürtön, vagy a dobhártya perforatio vagy paracensis nyílásán át útja van adva másodlagos fertőzésnek, úgy lehetséges az a feregnyújtvány gyuladásainál is.

Primaer módon valamely pathogen csir által a bél felől inficiált és hurutos feregnyújtvány később a bél felől újból inficiálódhatik. Ezen másodlagos infectio valószínűleg úgy történik, hogy a lobos izgalomban lévő feregnyújtvány az energikus összehúzódasokat követő elernyedések alkalmával, falának relativ rigiditása következtében, a caecum felől bélbennéket aspirál.

A mint ez megtörtént, úgy a primaer infectio területét egy másodlagos polyinfectio foglalja el. Ha most ezen appendixet pl. műtét kapcsán vizsgálatra kapjuk, úgy az elsődleges viszonyok helyett egészen mást fogunk találni; s ha nem gondolunk a secundaer infectiók lehetőségére, úgy a talált bacteriologiai leletnek aetiologikus jelentőséget tulajdonítunk, jóllehet az csak secundaer jelenség.

Igaz, hogy ezen másodlagos fertőzések a hurutot tovább fenntartani s a kórképet tovább szőni képesek, mégis ezen distinctionnak a folyamatok elméleti praecizirozása szempontjából nagy értéket tulajdonítok.

Sőt ezen másodlagos fertőzések nemesak, hogy a folyamatot tovább szövik, hanem nevezetes momentumok lehetnek a feregnyújtványlobok lefolyásában. Mert in ultimo analísi nem egyebek újabb, és pedig septikus tendentiájú fertőzéseknél!

Csak így magyarázhatók bacteriologiai szempontból azon esetek, midőn valamely beteg 3-4 appendicitis rohamot szerencsésen kiállott minden complicatio nélkül, az ötödik rohamnál pedig hirtelen beálló septikus peritonitisben elpusztul s az autopsiánál vagy műtét alatt az appendix heveny gangraenosus perforatioját találjuk minden kő, minden idegen test, szűkület vagy szöglettörés nélkül.

Teljesen analog jelenségek ezek a fülpathologia azon mindennapos tapasztalataival, midőn enyhe lefolyású otitisek hosszú fennállás után hirtelen, septikus sinus thrombosis, meningitisek, agytályogok kifejlődésével halálos kimenetelűekké válnak. Itt is a későbbi másodlagos fertőzések játszsák a főszerepet, a mennyiben nemesak az alapfolyamatot szövik tovább, hanem azt egyenesen súlyosbítják is.

Nagy hibát követnénk el, ha az ily stadiumban vizsgált esetek bacterium leletéből következtetést akarnánk vonni a primaer folyamat bacteriologiai lényegére. Hisz itt a másodlagos infectio nagyszámú saprophyta speciése a primaer bact. fajtát már teljesen túlbujánozta, vagy ha még nem is, úgy ki képes ezen bacterium eleyben megjelölni azon fajtát, vagy fajtákat, melyeket a kór-folyamatban az aetiologikus elsőség megillet?

Azért nagy tartózkodással kell fogadni mindazon bacteriologikus vizsgálatokat, melyek az appendicitisek aetiologiaját peri-appendicularis tályogok, vagy plane perforatio peritonitisek bacteriologikus vizsgálati eredményeiből akarják megvilágítani! Ezek már rendszerint másodlagos complicatio lévén, úgy viszonylanak a primaer feregnyújtványlobhoz, mint az említett meningitisek vagy agytályogok a chronikus otitishoz.

Actualitása kapcsán többen foglalkoztak az appendicitisek bacteriologiajának kérdésével, de csaknem valamennyi vizsgáló közös hibája, hogy peri-appendicularis tályogok, vagy plane perforatio peritonitisek váladékának vizsgálatára szorítkoztak.

Igy Tavel¹ és Lanz leletei perityphlitikus peritonitisekre vonatkozólag értékesek, de a féregnyújtványlobok aetiologiájára alig vetnek világosságot. Így áll a dolog Hodenpyl² adataival is, melyek szintén csak perityphlitikus peritonitisekre vonatkoznak.

Hogy e leletek mily kevéssé értékesíthetők, arra már E. H. Wilson³ figyelmeztet. Neki feltűnt, hogy perityphlitikus tályogokból való oltások alkalmával rendkívül gyakran csak bacillus coli kelt ki, jóllehet a genyben festési eljárásokkal más microorganismusok is kimutathatók voltak, melyek culturákban nem eredtek meg.

Achard és Broca⁴ szintén csak appendicitis mellett fellepő peritonitisek florájáról számolnak be. Csakis azon bakt. vizsgálatok lehetnek irányadók, melyek nem komplikált esetekben a korán resecált féregnyújtvány bennékre vonatkoznak. Nem komplikált esetek alatt pedig értem azokat, melyek perforatio, perityphlitikus tályog vagy peritonitis stadiumát még el nem érték.

A vizsgálati anyag és stadium alkalmatlan megválasztása magyarázza azt, hogy miért lett a bact. coli a féregnyújtványlobok kóroktanában oly hirhedtté? Épen azért, mert a másodlagos fertőzések eredményeként fellépő tályogokban s peritonitisekben természetesen a bact. coli volt leggyakrabban s legnagyobb mennyiségben található, miből azon hamis következtetés vonatott, hogy az egyszersmind az appendicitis aetiologikus factora is.

* * *

Vizsgálati leleteim alapján, a felhozott analogiák támogatása mellett oda konkludálok, hogy a féregnyújtványgyulladások — eltekintve a gümös, actinomycotikus s per contiguitatem létesült alakoktól — *bélségi* kiindulású fertőzések eredményei, melyek 1. *polyinfectiok* vagy 2. *specialis monoinfectiok* lehetnek. A polyinfectios eredetű gyuladások megmaradhatnak a chronikus catarrhalis alakban, de a nagyszámú saprophyták jelenléte miatt „nagyok az esélyei“ a gangraenás perforatios kimenetnek.

A specialis infectios gyuladások, melyeknek létesítésénél streptococcus, diplococcus Fränkel s bac. influenzae Pfeiffer látszanak főszerepet játszani, *csak genyes catarrhalisok lehetnek s másodlagos fertőzés nélkül gangraenás alakba nem mehetnek át, mivel ezen csírok „egyedül“ gangraenát létesíteni nem képesek.* Perityphlitikus tályogok azonban itt is épen úgy létesülhetnek, mint a polyinfectios alaknál; de itt a tályogoknak septikus jellegük nincs, s bennök csak ugyanazon csír található, mint a féregnyújtványban.

Nem állítom, hogy csak ezen általam talált 3 csír az, mely a specialis infectios appendicitiseket előidézi, lehet hogy más csírok is, pl. coli vagy staphylococcus is képesek ily specialis infectiokra, mint a hogy azt Tavel és Lanz, valamint Mlle Mayer⁵ egyes leletei is bizonyítják. Véleményem az, hogy a féregnyújtvány lobjainál nem szabad az okot a bélbakteriumok *összességére* hárítani, hanem a fentebbiek alapján el kell fogadni azt, hogy a féregnyújtvány lobja igen sok esetben a bélből kiinduló oly *specialis infectio* által feltételezett, melyet *egy vagy két* társult pathogen csír okoz. Hogy mily specialis, s a közönséges bélségi polyinfectiotól eltérő fertőzést képviselhet az appendicitis, azt a legszebben illusztrálja azon esetem, melynél a hurutos féregnyújtvány lumenében oly csírt találtam teljesen tiszta tenyészetben, mely a bélhuzamnak normaliter nem is lakója s melyet tudtommal itt még senki sem mutatott ki: *az influenza bacillusát.*

Nem állítom, hogy ezen specialis fertőzés mindig egyetlen species által van feltételezve, azaz monoinfectio. Egyik esetemben az influenza bacillus mellett diplococcus Fränkel is volt jelen. Tudjuk a fülhurutokról s bronchitisekről, hogy ily parallelinfectiok e helyeken nagyon gyakoriak.

A féregnyújtvány lobjait azt hiszem teljes joggal hasonlíthatom a középfül, bronehusok, epentak stb. lobjaihoz, úgy az infectio mechanizmusa, mint a hurutok lefolyása tekintetében.

¹ Aetiologie der Peritonitis (Mittheil. aus den Kliniken u. med. Inst. der Schweiz. I. Reihe I. Heft. 1898.)

² On the aetiology of appendicitis. (New-York med. Journal 1897.)

³ Fowler: A treatise of appendicitis. (Centralblatt f. Chir. 1895, Grohé után.)

⁴ Bull. de la Société méd. des hôp. 1897.

⁵ Revue méd. de la Suisse Rom. 1897. Arbeiten aus der chir. Klinik Lausanne.

A dolgok ily értelmezése mellett az appendicitisek okozóiként oly sokat szerepeltetett szöglettörések, elzáródások, szűkületek stb. kellő értékre redukálhatók. Az appendix lumenének szűkülete, elzáródása infectio nélkül, azaz normális, steril állapotban legfeljebb a szűkület mögötti részlet steril váladékának pangását s e szakasz cystikus tágulatát fogja eredményezni. Hisz találkoztunk a féregnyújtvány obstructio cystáival a nélkül, hogy rajtok a gyuladás legesekélyebb nyomai kimutathatók volnának. Ellenben nagy fontosságot nyernek a lumenszűkületek vagy elzáródások oly esetekben, midőn azok fertőzött és lobos appendixben keletkeznek, vagy pedig a fertőzés ily szűkült vagy elzárt féregnyújtványt ér. Ezen körülményeknek csak az appendicitisek *lefolyásában* tulajdonítok nagy fontosságot, nem úgy mint Dieulafoy,¹ ki ezeket az appendicitisek kizárólagos megindító *okának* tekinti. Hisz ha ez így volna, úgy az appendicitiseknek magasabb életkorral fokozatosan kellene szaporodniok, a mennyiben Ribbert² szerint a féregnyújtvány szűkületei söt elzáródásai a 60-dik életéven túl a sectiok 50%-ában jelen vannak; jóllehet e megbetegedés az első három decenniumban a leggyakoribb.

Nem tagadom, hogy valamelyes lumenszűkület az infectio létesülésére esetleg praedisponáló lehet, úgy mint azt pl. choledochus- vagy ureterszűkületet követő cholecystitisek vagy pyelitisek keletkezésénél látjuk. De nem fogadom el Dieulafoy azon nézetét, hogy lumenszűkület nélkül appendicitis nem keletkezik. Igenis keletkezik az, csak álljon be a féregnyújtvány infectioja!

Azon experimentumok, miket Roger³ és Josué nyulakon végeztek, hol nekik a féregnyújtvány alakította révén sikerült a lekötött appendixben lobot előidézni, az ember féregnyújtványlobjaira vonatkozólag semmi bizonyító értékkel nem bírnak. Mert a nyulak féregnyújtványa ezen állatok emésztő tractusának integráló része s mint ilyen állandóan bélsárral s bakteriumokkal van tele. Ennek alákötése után feltétlenül gyuladásnak kell beállani. Hisz az lett volna meglepő, ha szerzők az alákötés után gyuladást nem kaptak volna. E vizsgálok megfellegettek arról, hogy ezen experimentumból az ember féregnyújtványára következtetések már csak azért sem vonhatók, mert embernél a féregnyújtvány bélsarat nem tartalmaz és steril. Eredményeik legfeljebb azon fentebb hangoztatott tényt erősítik, hogy a szűkületek vagy elzáródások *a már egyszer fertőzött* féregnyújtvány lobjainak exacerbalása tekintetében bírnak nagy fontossággal.

Zárólag megjegyzem, hogy azon esetemnek, melynél az appendicitis oka gyanánt a hurutos féregnyújtványban a Pfeiffer által leirt influenza bacillust találtam, nemesak az appendicitisek aetiologiája tekintetében tulajdonítok jelentőséget, hanem azért is, mivel e leletemmel az influenza bacillust a *bélsatornában* mutattam ki. Ezen adattal az influenza ú. n. „abdominalis“ alakjainak eddigéle tudomásom szerint csak klinikai észleletekre és felvételekre támaszkodó tana objectiv bizonyítékot nyer a tekintetben, hogy az influenza bacillus a tápasatornában tényleg előfordulhat, sőt abból kiinduló fertőzésekre is képes. A talált csír minden tekintetben kifogástalanul megegyezett azon Pfeiffer-féle microorganismussal, melyet az 1897. és 1898. év telén és tavaszán jelentkezett influenza-járvány alkalmával 14 esetben influenzás bronchitisek és pneumoniák váladékában sectiok képesen találtam.

Egyes klinikusok, mint Faisans⁴ és Merklen⁵ figyelmeztetnek arra, hogy appendicitisek elég gyakran influenzás hurutokkal esnek össze; sőt Faisans azon észleleteire támaszkodva, hogy influenza-epidemiák után az appendicitis-esetek gyakoribbak, ki is mondja, hogy: „l'appendicite grippale doit étre considérée comme la régle“. Hogy az influenza azonban oly nevezetes momentum legyen az appendicitis pathogenesisében, mint a hogy azt Faisans hiszi, az még a fentebbiekhez hasonló objectiv bizonyítékokat kíván.

Azt hiszem, az appendicitisek túlnyomó többsége az infectio létrejövetelel módját tekintve a felállított II-dik csoportba tartozik, azaz *specialis enterogen* infectiok eredménye. Az I-ső csoportot pedig csak az idegen testes appendicitisek képviselik. Szemmel

¹ Manuel de pathologie interne, dixième édit. Tome III.

² Semaine méd. 1899. p. 110.

³ Société méd. des hôp. Semaine méd. 1897. p. 104.

⁴ Virch. Arch. Bd. 132, H. 1.

⁵ Bull. et mém. de la Société méd. des hôp. 1896. No. 4.

tartandó azonban, hogy a betegség lefolyása alatt másodlagos fertőzések révén a specialis vagy monoinfectio polyinfectiókka alakulhatnak át, s épen ezen bacteriologikus eshetőség az, mi a klinice legkönnyebbnek ígérkező appendicitist is hirtelen ominosus lefolyásúvá teheti.

Úgy vélem, csak „klinikai“ szempontból jogos appendicitis simplex, perforativa, gangraenosa stb. alakokról mint külön megbetegedési fajtákról beszélni. Általános kórboneztani szempontból appendicitis csak egy van, s ez az appendicitis catarrhalis, mely lehet acuta vagy chronica.

A „perforativa“ s „gangraenosa“ esetek ezen alapbántalomnak csak szerencsétlen kimeneteli stadiumait, complicatioit képviselik. Ezzel csatlakozom Brun és Letulle (Presse méd. 1897.) azon véleményéhez, hogy minden heveny appendicitist chronikus féregnyújtvány-laesioik előznek meg, azaz minden heveny appendicitis egy észrevétlenül maradt, vagy a beteg által kellőképen nem méltatott idült féregnyújtványhurutnak részjelensége.

* * *

Kedves kötelességet teljesítek, midőn Dollinger dr. tanár úrnak, tisztelt főnökömnek az anyag készsége átengedéseért s a vizsgálatok iránt tanusított szives érdeklődéseért e helyen is legmelegebb köszönetemet nyilvánítom.

Az idült dobüreglob újabb mechanotherapeutikus kezelése.

Sugár K. Márton dr. fülörvostól Budapesten.

(Vége.)

Nem pathologikus, hanem az egész idegphysiologiára érvényes törvénnyel van e helyen dolgunk, mely Exner és Goldscheider vizsgálatai által be lett bizonyítva. Javító ingerek methodikus alkalmazása által a contactusok javulása állhat be. Nem lehet kétségbe vonni, hogy a dobhártya magas frequensű rázkódtatásainak hatásai az electromotorikus rezgési massage által egészen az idegvégapparatusig és ezen túl ne terjedjenek.

Stetter tanár Königsbergben teljesen elfogadja Breitungnak ezen magyarázatát és a dobhártya electromotorikus massage-át az idült fülhurut különösen ama esetében diéséri, melyek a myringitis chronica kórképe alatt lépnek fel (Monatschr. f. Ohrenh. 1898, 5. sz.). Ezen kóralak alatt a középfülhurut azon válfaját érti, melynél nem lép fel retractio a dobhártyán, sohasem jelentkezik hyperaesthesia acustica, soha különbség a beszéd és egyes hangok perceptioja között, vagy magas és mély hangok között, az entotikus zörejek nem praevalálnak, mint ezt az otitis media (adhaesivá-nál) és otit. med. catarrhalisnál tapasztaljuk (az utolsónál tipikus különben a negativ Rinne), de sokszor a csontvezetés csökkenése vagy megszűnése lép fel a dobhártya szövetének megvastagodásával vagy elmeszesedésével. Ilyen esetekben egynehány héten át egy általam is kipróbált és több esetben nagyon hatásosnak talált oldatot alkalmaz Stetter tanár. Ugyanis acid. soziodolicumot ol. riciniben kis alkohollal oldva a következő praescriptio szerint ad: Rp. Acid. soziodol. 0.25, Alkohol. absol. 1.0, Ol. ricini 10.0. M. D. S. Naponta 2-szer becepegtetni.

Megvastagodott dobhártyánál és ezáltal támadt igen nagyon kifejlődött ellenállásnál ezen oldatnak alkalmazása által a dobhártya sejtes infiltratioja felszívódásra kerül. Stetter tanár csak ezen oldat alkalmazása után alkalmazza a Breitung-féle rezgő massage-t és azt tapasztalta, hogy 2-8 hónapi gyógykezelési tartam mellett a functionak oly javulása állott be, hogy az illető betegek vissza lettek adva a társadalmi életnek.

Schwabach, Beckmann, Thies, Filbry, Strauss, Noltenius, tehát elismert szakorvosok szintén ajánlják a Breitung-féle rezgő massage-t.

Igaz, hogy Treitel a Breitung-féle massage alkalmazásánál a kengyelösszekötötés lazításától fél (Jahresberichte über die Fortschritte auf dem Gebiete der Oto-Rhino-Laryngologie im Jahre 1898), de Breitung tagadja ezt, ha villanyos tympanoskopja segítségével óvatosan dolgozunk, mert a dugattyú 0.001-től 2 mm.-ig terjedő kis emeléseivel a dobhártya excursioi nem más minőségűek, mint ha ujjaink között dörzsölnénk. Breitungnak praecis javalatai

készüléke használatánál a következők (Deutsche med. Zeitschrift 1898, 30. sz.): sclerosisnál csak a dugattyú kis emelkedése használtassék, lassú rázkódtatáson kezdve fokozatosan nagy sebességig lehet haladni, azután megint kilopódnunk. A rázkódtatásokat naponta rendszeren 1/2-1 1/2 percig használjuk. Az elektromotioval Breitung sok esetben összeköti a catheterismust aether-befúvásokkal, vagy felváltva használ paraffin-befecskendezést a tuba Eustachi-ba.

Mindezen pneumomassage módszereket felette exact módon kísérletileg megvizsgálta Ostmann tanár és a következő érdekes eredményekhez jutott.

A szájon át eszközölt légritkítások és légsűrítések egész szabálytalan és alig 3-4 légnyomás-ingadozást adnak másodpercenként. Mindezen készülékek hatása az időegységben keletkező nyomások számától és különösen a levegőmozgás sikerességétől függ. A rezgő mozgás lényegesen erősebben hat a dobhártyára, mint a nyomókutasz és bizonyos irányban kiegészíti a nyomókutaszszal való gyógykezelést.

Sohasem szabad azonban a dugattyúnak 2 mm.-nél nagyobb eltolását választani, mert különben oly tetemes nyomásmagasságok támadnak, hogy a fülnek súlyos sérülése keletkezik. De még oly kiesiny dugattyúmozgásnál is a dobhártya annak lesz kitéve, hogy szöveve korán lazul és petyhüdt lesz. Ha hullán egy igen finom íróemelyűt, legalkalmasabban finom üvegből való emelyűt, a kalapács fején illetve a kengyelalpon megerősítünk és a physiologiában használatos kymographion forgató dobjára irunk vele, míg a hangvezető készüléket a Breitung vagy Hirschmann által szerkesztett vibromasseur által 2 mm.-nyi dugattyúeltolással massáljuk, oly görbét kapunk, mely mutatja, hogy a dugattyú egyszer történő fel- és alámozgásánál a kalapácsfej nem egyszer, hanem kétszer kívülről befelé mozog, illetve rezeg. Míg a légritkítás következtében a dobhártya befelé mozog, a kalapácsnak feje mindenekelőtt kifelé mozog, végre befelé. A dobhártya tehát túlfeszítetik és hosszabb ideig ezen erőszakos mozgást folytatva, a dobhártya lényegesen meglazul. Kérdés marad tehát, vajjon még jól rezgő dobhártyánál a kár, mely ezen massage által támad, nem nagyobb-e mint a haszon, mely lehetséges módon a hallócsontocskák nagyobb mozgékonyasága által keletkezik.

Oly készülékkel való massage, mely tehát nem nagyobb, mint 2 mm.-nyi dugattyúmozgást végez, csak akkor javalt, ha rögzített hallócsontocskák mellett maga a dobhártya is merev. Ostmannak említett kísérletei friss boneztani készítményeken azt mutatták, hogy az összes használt massage-módszereknél az egész vezetőapparatusnak mozgásai idéztetnek elő többé-kevésbé, de azt is, hogy a kalapács fejének mozgásai a különféle módszereknél különféle képen lépnek fel, habár mindig a kalapács fejének közeledését az üllőhöz, tehát a dobhártya befelé való mozgását és a kalapács fejének előre való mozgását mutatják. A markolat mozgásai befelé emellett egyenletlenül gyorsabbak és exactabbak, mint annak mozgásai kifelé. Ugyanaz áll a kengyelalpról is. A mi a massage egyes fajainak hatását illeti, kitűnt, hogy egy légmentesen a hangjáratba beillesztett üvegfeeskendővel lehet ugyan a vezetőapparatusot erős rezgésbe hozni, de hogy még relatív kis dugattyúexcursioinál is a dobhártya domborulatának ellentétes irányba való átváltozása rostjainak kifizetésével eszközöltetik. A száj által eszközölt pneumomassagenál egyenletlen és intensivebb hatás áll be a kalapácsra és a kengyelre, úgy hogy időnként a kengyelalpról fűzőszalagjainak csekély rángatózását is tapasztaljuk.

Ugyanez lépett fel az electromotorikus massage-készülék használatánál és pedig a rángatás annál nagyobb volt, minél nagyobbak voltak a dugattyúnak excursioi. Delstanche rarefacteurje a vezető készüléket kizárólag kifelé mozgatja; ezen készüléket különös óvatossággal kell kezelni, ha meg nem engedhető nyomási magasságokat akarunk kikerülni. A Jankau-féle úgynevezett duplamassage-t illetőleg azt találta, hogy ezen gyógyítási módszer, mely elméletileg helytelenül van kigondolva és tényleg nem duplamassage-t képez, csak a készüléknek és alkalmazásának hibái folytán nem okoz kárt, lényegében csak a catheterismus hasznát hozza. A szelepek elégtelensége következtében ugyanis nagy részben a kívülről és belülről a dobhártyára eső léghullámok hatásai egymást kölcsönösen megszüntetik. A nyomó kutató által létrehozott mozgások, illetve

rezgések a kalapács fején messze visszamaradnak a dobhártyának rezgései mögött a rezgőmassage által.

A massage mindkét neme kiegészíti egymást: Lucae nyomó kutatója főképp a hallócsontocskák láncolatának rögzítése eseteiben van javalva, midőn a dobhártya petyhüdt; a pneumomassage, midőn a dobhártya merev és nehezen mozgatható.

A rezgőmassagenak egyáltalában előnyt kell adni, csak a dobhártya rostjainak fölösleges, túlságos kifeszítését kellene kizárni.

Szerény véleményem szerint a dobhártyának mechanotherapeutikus kezelése egyelőre még nem eléggé méltatott nagy jövőnek néz elébe.

Nem teljes ugyan összehasonlításom, de azért mégis ráutalok a szemészeknek sikereire massage-zsal régi szaruhártya-homályosságok eltüntetése czéljából. A dobhártyának sávalakú homályosságai vagy elmeszesedései, melyek az otitis med. catarrhalis chronica és adhaesiva kezdőleges stadiumaiban fellépnek, szintén localis kezelés által direkte megtámadhatók, ha korán jutnak a szakavatott orvos kezébe. E mellett a dobtüregben való légsűrítés catheteren át ajánlatos. A Breitung-féle készüléknél használt áram, mely mint említettem, legalább 12 Volt erősségű, a dobhártya partialis-localis kezelésére túlságos erős. Hiszen tekintettel kell arra lennünk, hogy egy coulissaszerűleg kifeszített hártával van dolgunk a dobhártyánál, mely különösen localis kezelésnél könnyen sérülést szenvedhet. Elmékedéseimnél eszembe jutott egy régibb kis eszköz.

Malakov A. tanár a szemészetben kis Edison-féle rugóval kísérletezett, a mely egy kis electromotorból áll; az utóbbi egy finom tüben végződő mutatót egész egyenletes mozgásba hoz, úgy hogy a mozgások száma egyenlő időközökben 1000-et tesz ki perezenként. A tü helyébe kis elefántcsont-golyócskát vagy fémlémezt illesztett és így meglepő sikerei voltak iritis simplex, cyclitis, scleritis, episcleritis, keratitis parenchymatosa, hypopyon keratitis, cataracta traumatica, sőt idült trachoma eseteiben is. (Chirurgischeskaja Ljetopissj, III. kötet, 6 füzet, Refer. Centralblatt f. pract. Augenheilkunde 1895. január). Ha a Malakov tanár által használt eszközt a dobhártya számára akként módosítjuk, hogy a fülész pincette módjára térdszerűen hajlított esőben fémpálczikát mozgatunk, melynek végére lapos fémlémezt vagy elefántcsont-golyócskát erősítünk, mely előbbi esetleg kipárnázunk és a mozgás módját nem taszító irányban, hanem enyhén ütögetve eszközöljük, a merev és nehezen mozgó dobhártyát, különösen homályosságait vagy elmeszesedett részeit localizálhatjuk, rythmikusán masszálhatjuk. Az ülés tartama rövid legyen, $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ perc.

A külső fül massage-ára a nyirkedények mentén, továbbá az othaematoma massage-ára is alkalmas ezen leírt eszköz, melynek szerkesztésére Wonke Rezső úr, a Reiniger-Gebbert-Schall erlangeni czégnak budapesti képviselője vállalkozott.

Dolgozatomnak immár végén vagyok! A hatodik nemzetközi fülészeti congressuson Londonban (1899. augusztus havában) Delstanche a nagy 3000 frankos Lenval-féle díjat kapta kis szivattyúszerű masseurjának feltalálásáért.

Ezzel a legelőkelőbb nemzetközi fülészeti egyesület elismerte a massage-készülékek fontosságát és becsét a fülgyógyászatban. Ha továbbra is csak az avult gyógykezelésre szorítkoznánk az otitis med. catarrhalis vagy adhaesiva gyógyításánál és elzárkózunk ezen újításoktól, szünet állana be tudományos törekvéseinkben, mert, mint mindenben, itt is a jobb a jó ellensége.

Ha sikerült elérnem, hogy tisztelt kartársaimnak és a magyar orvosi közönségnek figyelmét ezen említett therapeutikus kísérletekre irányíthattam, szerény dolgozatommal czélt értem.

Magzatelhajtás phosphorral; az anya halála.

Barna Bernát dr. körorvostól.

A phosphor az öngyilkossági szándékból leggyakrabban igénybe vett mérgekhez tartozik. Mindenkire nézve könnyű hozzáférhetősége ezt érthetővé teszi; az azonban már a ritkaságok közé tartozik, hogy magzatelhajtásra is használnák. Azért érdekesnek tartom egy ideovágó eset közlését.

December 24-dikén az oszturnyai bíró jelentette, hogy Vojticska

Verona fiatal özvegyasszonyt előtte való nap sógornője ágyában halva találta, mellette pedig egy idétlen magzat feküdt.

A halál és az elvetelés okainak megállapítása végett a helyszínére kirándulván, következőket találtam: A hulla egy körülbelül 26 éves, középtermetű, igen jól táplált, erős testalkatú női személyé. A bőr halványárgás, a sclera sárgás, az arc kissé puffadt, a mellkas domború, az emlők fémöttek, nagyok, a has puffadt. A test hátulso részein kiterjedt hullafoltok vannak.

A szájból és orrból sűrű fekete folyadék ömlik ki, mely az archoz részben odatapadt. A nemi szervek, a czombok belső felülete, az alszárak és lábak vérrrel vannak bepiszkolva. A hullán talált szoknyák vértől vannak átáztatva. Külerőszak nyoma nincs.

A hulla mellett egy élénk pirosszínű, körülbelül 4 hónapos fiú-öbrény függelékével együtt fekszik.

Egy kékszínű rongyban határozatlan színű beszáradt hányadék foglaltatik. Egy ládában pedig egy 3 deciliteres bádögbügrében mintegy 4 evőkanálnyi, rózsaszínű folyadékot találtak, melyben körülbelül $1\frac{1}{2}$ csomag közönséges kénes gyufa ázott.

Előzmények. Vajticska Verona egy év előtt vesztette el férjét. A mult nyáron megismerkedett egy lengyel munkással, a ki azóta gyakran meglátogatta. Rokonai figyelmeztették, hogy ennek nem jó vége lesz, de ő nem sokat hederített arra. A következőkben nem maradtak el, a nő teherbe esett, de azt titkolta. December 20-dikán rokonai és szomszédjai már súlyos betegen találták, folyton véresét hányt és vértett nemi szerveiből, a közben gyomorégés és csillapíthatatlan szomjúság gyötörte. A pap elhivatása ellen határozottan tiltakozott: Azt akarjátok, hogy meghaljak, én még élni akarok, nekem az isten még segíthet! Arról nem tett említést, hogy terhes és hogy bevett volna valamit, az előljáróság csak akkor kutatott mérge után, midőn a holt nő mellett az elvetélt magzatot találta.

Már most összegezve a tapasztaltakat: a hullán talált kávéaljszerű hányadék, illetve folyadék, a kifejlődött icterus, a feltalált gyufa-oldat maradék, az élön jelen volt vérhányás, gyomorégés és óriási szomjúság mind a mellett bizonyítanak, hogy a nő halálát phosphor-mérgezés okozta, czélja azonban csak a magzatelhajtás volt. Állapotát, hogy szígyen ne érje, titkolta; miután azonban később mégis csak kitudódott volna, titokban phosphorral el akarta hajtani. De hogy élni akart, ezt bizonyítják halála előtt néhány nappal mondott szavai, mert az rendkívül vallásos népiünknek ki van zárva, hogy a halál közeledténél tudatában a pap elhivatását megakadályozná.

Megjegyzések Tóvölgyi Elemér dr.-nak a „rezgő massage“ értékéről stb. czimű cikkéhez.¹

Reich Miklós dr.-tól.

Öszinte örömmel tölt el, hogy a vibratio massage jó gyógyító hatással bíró műveletei, mint Tóvölgyi dr. összefoglaló közleményéből kiviláglik, a felső légutak betegségeiben nálunk is követőkre találtak. Régi igyekezetem, szakorvosaink érdeklődését a nyálkahártya vibratio alkalmazására irányítani, annak idején nem sikerült, mert technikáját túlfarasztonak és ezért kivihetetlennek tartották. Úgy tapasztaltam, hogy ez eljárás tényleg bizonyos veleszületett dexteritást igényel és pl. az érzékeny dobhártya, orr vagy garat csak akkor tűri a húzamosb kezelést, ha sima technikával lesz végezve.

A módszert illetőleg szerzővel nem értek egyet, ha ő Brovicz eljárását helyezi Lakeré fölé, a mennyiben épen a kézcuklóból való vibratio — a midőn a karizomokat nem „tetanizáljuk“ — sokkal nagyobb hullámú, lökésszerű és inkább dörszölő, mint a Braun és Laker által gyakorolt, az egész karizomzat merevítésével járó rezgés.¹ A sonda vezetése az utóbbi módszer mellett biztosabb.

A „vibratio“ elnevezés egyáltalán csak azon eljárásra volna szorítandó, melynél függélyes irányban érzük a kezelendő képletet (a kar hossz tengelyének meghosszabbításában). A legtöbb rezgő készülék, valamint a nem gyakorolt kéz, tapasztalatom szerint kisebb-nagyobb horizontál mozgást végez a szövetrel párhuzamosan, mi nem egyéb dörszölésnél. Áthatolni még nagy szövetrétegeken is legjobban a vertikál rezgéssel lehet, még pedig enyhe módon, mert a kóros képletek a behatás ezen alakját jobban tűrik, mint a dörszöléshez hasonló vízszintes rezgést. A horizontális vibratio inkább okoz vérbőséget, a mi pl. rhinitis atrophica esetében talán előnyös lehet, míg vérbőséggel járó nyálkahártyabántalomnál a függőleges vibratio alkalmazandó (pl. rhinitis hypertrophica) edényszűkítő hatásánál fogva.

Tüzetesen módszeres és technikailag kiegyenlített eljárás e téren is a gyógyító siker titka és innen magyarázható a referens úrnak megelégedése a vibratio eredményével, az irodalomban található számos tagadó közleménnyel szemben.

Még egy megjegyzést kívánok tenni a vibratio massage historiamára nézve. A vibratio massage föltalálója vagy jobban mondva rendszeresítője Kellgren Henrik svéd „gymnasta“ volt (a 70-es évek elején), kinek testvéröccse Kellgren Arvid dr. 1888-ban a pólai tengerész-kórházban 16 előadást tartott a manualis svéd gymnastikáról és a (külső)

¹ Orvosi Hetilap 1900. 13. sz. 199. old.

² Ezen módszert alkalmazom én is, a hogy 20 évvel ezelőtt a stockholmi Central Gimnastiska Institutban tanultam.

vibratios massageról is.¹ Ez alkalommal ismerkedhetett meg Braun triesti orvos e módszerrel, melyet, hogy a nyálkahártyákon közvetlenül alkalmazott, az ő elvitázhatatlan érdeme.

T Á R C Z A.

Billroth az orvosi pályáról.²

„A gazdaember keserveiről irsz, azt is mondod, hogy sorsa az időjáráson, tűzön és sok más egyeben múlik; nos, nem akarlak titeket, sem téged, sem fiadat elijeszteni, de bizony az orvos ágya sincs rózsalevelekre vetve. A concurrentia mindinkább nagyobb s a kezdet jó nehéz. A tanulmányi idő alatt természetesen örülünk, hogy a természetbe s az emberek betegségeibe betekintést nyerünk, a mikor pedig a vizsgálatokat letettük, egészen el vagyunk magunktól ragadtatva, de csakhamar belátjuk, hogy tudásunk toldott-foldott, hogy szerfölött gyakran épen akkor nem tudunk segíteni, a mikor legjobban akarnánk és csakhamar megjelenik a kétely, hogy ezt vagy amazt kell-e tennünk? Ha nem akarjuk életünket örökös bódulatban eltölteni, azt kell önmagunknak ismételnünk, hogy kötelességeinket legjobb tudásunk és lelkiismeretünk szerint megtettük.

Jó, csendes feleség s csendes házi boldogság ilyenkor a legnagyobb áldás. De alig jutunk haza, hogy e boldogságot élvezzük, újból kopognak, a kötelesség a hideg, viharos éjjelbe hív! Ritka az orvos öröme: itt-ott a beteg hű ragaszkodása, néha — de nem gyakran — anyagi elismeréssel, de a hálatalosságot a legnagyobb kötelességteljesítésért, sőt áldozatért is, ritka dolog.

A sikeres gyógyítás fölött érzett öröm, a kötelességteljesítés öntudata többnyire a legtöbb, a mit az orvos elérhet.

Azt hiszed talán, hogy túlságosan sötéten festem a jövőt, de ha e sorok 20 év múlva fiad kezébe jutnak, akkor igazat fog nekem adni. Ha határozott hajlama van az orvosi pályára, mindez ne zavarja. Azt óhajtod, hogy erről nyíltan és kimerítően írjak; ne félj, nem folytatom tovább, a legrosszabbat megmondottam s utóvégre is nem sokkal rosszabb, mint a többi pálya.

Mi a főtulajdonság, hogy az ember jó orvos lehessen? Nothnagel tanszékfoglaló beszédében a többi között azt mondotta: „csak jó ember lehet jó orvos“. Ez az én véleményem is, ez az orvosi munkásság belső s többnyire külső sikereinek is alapfeltétele.

A jószághoz hozzácsatlóznám a jó nevelést is, azaz olyan családban, a hol minden ember iránt jóakaró szellem honol. Veszülött s velenevelt ellenállhatatlan vágyának kell lennie arra, hogy szerencsétlen embertársain segítsen; később, azután tisztultabb érzések és élettapasztalatok útján reflexio folytán azon meggyőződésre jut, hogy a mennyiben az erkölcsös ember a szerencsét hajszolná is, mégis a boldogságot végül abban találja, hogy másokat legjobb ereje szerint boldogítson. Csak ezen egyetlen pontban lehet egoista, azaz hogy önmagát boldoggá tegye és pedig annyira, a mennyire képes. A mint ez az erkölcsös nevelésből származó tökéletesedésnek követésére. Kritikai, előítélet nélküli megfigyelésre termett orvos tapasztalása és ismeretkinése a kiadással, azaz a másoknak nyújtott segítséggel arányban növekszik, természetesen csak akkor, ha józan értelmű, hivatásában és munkájában örömet találó jó és kötelességtudó ember.

Hogyan szerezze meg a fiatal ember az orvosi pályához szükséges ismereteket?

A tanulmányi rend e tekintetben jó útmutatást nyújt. Az első két évet boncztan, vegytan, természettan, élettan s e mellett állattan, növénytan és ásványtan töltik ki. Fiadnak tisztában azon előnye van, hogy ellenőrzés nélküli főiskolába megy, melyen tanszabadság van. Az előadások a tárgyat nem merítik ki, inkább ösztönzésül a tanulmányokra s a módszer számára szolgálnak. Fődolog a saját tanulmány. Nem azok a tanárok a legjobb oktatók, kik minden körülmény között az egész anyagot áttörnek magukat, hanem azok, a kik a fiatal embereket lelkesítik, hogy a tárgyért melegen érdeklődjenek.

Azt tartom, hogy nem jó túlságosan sok előadásra beirtkozni s ezélszerű minden félévben egy tárggyal különös intenzitással foglalkozni, mert különben könnyen az erők zétforgácsolása az eredmény. Jobb egyet-mást a hajlam szerint alaposan megtanulni, mint sokból keveset vagy semmit sem megtartani. Az első esetben a vizsgálat előtt csak a hiányokat kell pótolni, utóbbiban mindent újból kell tanulni. Még a legtehetségesebb sem tanulhatja meg alaposan magában a tanulmányi idő alatt mindazt, a mi a vizsgálatokra szükséges.

G. E.

¹ Dr. Arvid Kellgren, Zur Technik der schwed. manuellen Behandlung. Berlin, 1895. Aug. Hirschwald.

² Billroth 1883 szeptember 19-dikén földbirtokos barátjához írt leveléből. Az elhagyott részletek személyes vagy helyi érdekűek.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Ujabb mozzanatok a csúz tanában.

Visszapillantás a lefolyt évre.

Közl: Weisz Ede dr. pöstyéni furdőorvos.

Irodalom. I. F. Osterstetzer: Leistungen auf rhinolaryngologischem Gebiete im Jahre 1898. Wiener med. Wochenschr. 1899. 3. sz. 2. Westfal, Wassermann u. Malkoff: Über den infectiösen Charakter und Zusammenhang von acutem Gelenkrheumatismus und Chorea. Berliner klin. Wochenschr. 1899. 29. sz. 3. Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der Polyarthritis idiopathica. Wiener med. Wochenschrift 1899. 44—45. sz. 4. Académie de Médecine 1899. szept. 19. 5. Aus dem Verein deutscher Aerzte zu Prag. 1899. márczius 17. 6. Ibidem. 7. Zur Aetiologie der Polyomyositis acuta. Wiener klin. Rundschau 1899. 34. sz. 8. Die Behandlung des chron. Gelenkrheumatismus mit heisser Luft (act. Hyperaemie) und mit Stauungshyperaemie. Münch. med. Wochenschr. 1898. 31. 9. Über verschiedene Methoden künstliche Hyperaemie zu Heilzwecken hervorzurufen. Münch. med. Wochenschrift 1899. 48—49. sz. 10. A hideg, jégmassage alkalmazásáról a csúzos s egyéb természetű arthritisnél. Lancet, április 8. 11. Über Behandlung des Gelenkrheumatismus mit Methylum salicylicum. Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1899. 3. sz. 12. A salicylsav külső alkalmazásáról. Greifswalder med. Verein. 1899. márczius 11. 13. Acad. de méd. 1899. jan. 31. 14. Acad. de méd. 1899. jan. 3.

Uchermann¹ laryngitis acuta rheumatica circumscripita nodosa-t ír le, mely nagyon érzékeny vörös vagy szederjes tömött infiltratiokat mutat s a cricoarytaenoidealis ízület pseudoankylosisát okozhatja. Therapia: natrium salicylicum.

Wassermann² sikerült egy 19 éves, lázak közepette súlyosbodó choreában elhalálozott leánynál, a ki néhány hét előtt heveny polyarthritist állott ki, a vérből, agyból s szívbírentyűből specifikus streptococcust tenyészteni, a mely a véráramba hozva, 3—10 napos incubatio után 80 tengeri malacznál kivétel nélkül súlyos, többnyire halállal végződő polyarthritist okozott.

v. Niessen³ egy polyarthritist acutában szenvedő beteg visszeres véreből egy nagyon apró coccoacillust tenyészített.

Gaube-Gers⁴ azon nézetben van, hogy az idült csúzban szenvedő egyének szövetei, főleg kötőszövetfésései idővel sókban rendkívül elszegényednek („demineratisatio“). A köszvényél a kalium a natriumot 70%-kal haladja meg, a fibrosus csúznál a phosphorsav 66%-kal, a csomós fibrosus csúznál a magnesium 81%-kal súlyos. A húgnak naponta háromszoros vizsgálata szükséges. A gyógyítás természetesen remineralisatióban áll.

Chiari⁵ egy esetet közöl, a hol polyarthritist acuta rheumatica képes az occiput s az első három nyakcsigolya között elcsontosodás fejlődött. A processus ligamentosus szalagkészülékét hegek s zsírzsövet pótolta, a pachymeninx gyengéd szövetei képződménnyel volt borítva. A nyúlt agy összenyomatása a pyramis-aldalkötegek görcsövíleg kimutatható kisebb fokú degeneratiojához vezetett.

v. Jaksch⁶ közli, hogy fenti beteg hét évig szenvedett ízületi csúzban. Midőn első ízben jelentkezett, szívbaj volt kimutatható, a fej csak előre s jobbra forgatható, a gerincoszlop fájdalmatlan, de mindkét oldalt beszűrődött volt. Lassanként spatikus hűdések, időnkint tetanikus rángások fejlődtek előbb a felső, utóbb az alsó végtagokban is. Az izmokban téletlenségi sorvadás elfajulási reactio nélkül fejlődött. 1897. június hó óta a hűdések engedtek. 1898. február havában még fokozott reflexei voltak. 1898. november havában súlyos szívtünetek közepette beállt a halál.

Thiele (Heidelberg)⁷ Leyden klinikáján a következő esetet észlelte. Egy 22 éves nő izületi polyarthritist acuta módjára kezdte dagadni. Még mielőtt lepadtak volna, erythema nodosum lépett fel s egy további hét múlva az izmokon polyomyositis acuta szerű elváltozások. Szerző az összes jelenségeket egyetlen megbetegedés változó tüneteinek tekinti. Egy myositikus csomó visszéréből sikerült ascites-agaron finom diplococcut gyér sorokban tenyészteni. Szerző esete kapcsán Leyden azon öt esetére emlékeztet, a melyekben izületi csúz folytán fejlődött endocardialis vegetatiokból szintén finom diplococcut lehetett tenyészteni.

Bier⁸ pangási passiv hyperaemiát ajánl az idült csúz kezelésére. Az illető végtag egészen be lesz pólyázva a kezelendő izület kivételével, most az izület felett lágy mull pólyával párnázott gummipólyát helyez el az ember kellőképen s ez addig marad helyén, míg a baj okozta fájdalmak szünni kezdenek. 12 óránként a pólya helye változtatandó. Később a pólya csak időnkint alkalmaztatik.

Egy másik közleményben⁹ ugyancsak vegyes hyperaemiát ajánl Bier hasonló czélokra. A vegyes hyperaemia, mint az a légritkított térben köpölyözés alkalmával beáll, szivattyúzás útján létesül. Ilyen készülék a régi Jounod-féle csizma, mely szivattyúval van ellátva s kaucuk-karima segítségével légmentesen a végtaghoz simul. Az ilyen szívó készülékkel nagy felszívó hatást lehet létesíteni. A csizma 2—20 percig marad helyén, naponta esetleg többször.

W. Ewart¹⁰ jéggel való massage-t ajánl csúzos s más természetű izületi megbetegedésnél, hasonlóképen neuralgianál, lumbagonál s ischiastól, többször napjában. A fájdalom többnyire azonnal eláll s hosszabb ideig elmarad. A következő napon az eljárást ismételni lehet. Rosszabodást nem látott tőle.

Schmoll¹¹ a subacut s idült csúz ellen a methylum salicylicum külső alkalmazását 2:5—5 gr. adagokban ajánlja az izület nagysága szerint. Az alkalmazás kenőcs alakjában, guttaperchéával való befedésel történik. A hatás 5—6 óra múlva következik be intoxicatio s a bőr izgatása nélkül. Heveny esetben az eljárást az izület érzékenysége miatt nem lehet kivinni.

Müller¹² a salicylsav külső alkalmazásától látott szép eredményeket, még pedig vagy alkoholos oldatban: Rp. Acid. salicyl. 20.0, Alkohol 100.0, Ol. Ricini 200.0; vagy kenőcs alakjában: Rp. Acid. salicyl. 10.0, Ol. Terebinth. 10.0, Lanolini 30.0, Ung. paraff. 50.0; vagy később, a bőrizgalmat kikerülendő, a következő kenőcsben: Rp. Acid. salicyl. 10.0—20.0, Vasogen 100.0. Müller meglepő sikereket látott fülzúgás s gastrikus zavarok nélkül. Idült izületi csúznál, izomesúznál s ischiásnál is jó eredményeket látott.

Robin¹³ azon észleletekről számol be, a melyeket Lemoine heveny izületi csúznál s heveny gonorrhikus arthritissnél methylenkék-kel (0.4—0.5 pro die) tett. A szer állítólag legalább is oly hatásos, mint a salicylsavas natrium. Vegytiszta készítménynél nem kell rossz mellékhatástól tartani.

Lancereaux¹⁴ jodothyrint ajánl, növekedő adagban egész 4.5—5.0 gr.-ig pro die, scleroderma s idült izületi csúz ellen.

Gagliardi idült súlyos csúzos bántalmak s köszvény ellen a lycetol-t ajánlja melegen. Napi adagja 2 gr.

Könyvismertetés.

Die Osteotomie bei der Behandlung der Hüftgelenksdeformitäten, von Prof. Dr. A. Hoffa. Würzburg, A. Stuber's Verlag. 1899.

Szerző könyvében ismerteti az általa gyakorolni szokott osteotomiákat, melyekkel sikeresen mellőzte a csipőizületnek legtöbbször előrement izületi gyuladás következtében fejlődött deformitásait.

A mű elején szorgalmasan összegyűjtve tárgyalja az osteotomiák történetét, kezdve a czombnyak linearis átfűrészelésével, melyet Rhea Barton végzett először 1826-ban. Hasonló modorban operált Kearny Rodger (1830), Maisonneuve (1847) és Mayer A. (1852). Kevés követő talált Sayre ívalakú resectiója (1862) a két trochanter közti helyen; míg Adams subcutan czombnyak átfűrészélése (1871) nagyobb elterjedésnek örvendett. Hátrányai miatt csakhamar kiszorította az eddigi eljárásokat az 1872-ben Gant által ajánlott osteotomia subtrochanterica, mely Volkmann módosításában (1873, 1880, 1885), ki a durva fűrész éles vésővel cserélte fel, általános elterjedést nyert. Volkmann a műtétet nyíltan, mint osteotomia subtrochanterica cuneiformist gyakorolta.

Mozgékony izület létrehozására Volkmann az úgynevezett vésővel való resectióját (Meisselresection) ajánlotta, mely műtéttel a trochanter alatt átvéselt czombesontot a benőtt czombfejec kivésése által nyert új acetabulumba ültette. Gondos utókezeléssel mozgékony izület nyerhető. A műtét rheumatikus és infectiosus eredetű esontos ankylosisok megoldására ajánlható.

Ujabban a műtét eljárások számát a Lorenz-féle osteotomia pelvitrochanterica szaporította, melynél nyílt sebből a medence és a czombesont közt létrejött synostosis átvésése után a végtag állásának kellő correctioja a feszülő adductorok és flexorok subcutan átmetszésével történik. Functióképes állületet azonban nem mindig sikerül a műtéttel létrehozni.

Szerző, egyidejűleg Tennier, Hennequin, Landerer és Lauensteinnal, az osteotomia subtrochanterica obliquát ajánlotta, melylyel a deformitás megszüntetése mellett egyúttal tényleges meghosszabbítás is sikerül elérni. Az osteotomia subtrochanterica obliquát nyíltan végzi, széles (3—5 cm.) vésővel, a jól szabadlá lett czombesonton. Az átvésés iránya kívülről befelé, alulról felfelé halad a csont belső contourjának a kéreg részéig, a melyet kézzel tör el. Varratot és drainaget nem alkalmaz. A végtag állását kemény kötéssel rögzíti. A gyógyulás tartama 4—6 hét.

Végül különféle osteotomiával műtett betegeiről casuisticát közöl. 1892 óta szerző 42 betegen 49 osteotomiát végzett, mind simán gyógyult.

Izületi gyuladás és véres úton reponált veleszületett csipőizületi ficzamosodás után visszamaradt merevség miatt 31 betegen 37 osteotomiát végzett különböző eljárások szerint.

Osteotomia subtrochanterica obliquával korrigálta a végtag erős adductio állását és rövidülését 7-szer egyoldali és egyszer kétoldali veleszületett csipőizületi ficzamosodásnál.

Coxa varanál ekkvívésést végzett 1 kétoldali esetenél kevés eredménnyel, 2 esetben egyoldalinál osteot. subtroch. obliquát, melylyel a reális rövidülést is sikerült megszüntetni.

Kopits.

Winternitz: Leitfaden für die Schwangeren-Untersuchung. Leipzig, Verlag von Arthur Georgi. 1900.

A tanuló, de a gyakorló orvos is kitünő útmutatót talál e műben a terhések vizsgálatához. Kiváló előnye a munkának, hogy szabatos rövidséggel s jól áttekinthető, úgyszólván schematizáló alakban megtalálunk benne minden a terhések vizsgálatához szükséges tudnivalót. Óvatosan kerül a szerző a még vitás kérdések megbeszélését s csak a tudomány által megállapított s a gyakorlat által szentesített tényeket tárgyalja s ezeket is oly világos előadással s az anyagnak oly áttekinthető beosztásával, hogy az olvasó emlékezetét egyáltalán nem terheli. A munkában érvényre jut a szülészetben mindinkább tért hódító törekvés, lehetőleg külső vizsgálattal állapítani meg a diagnosit, de e mellett a belső vizsgálatot sem hanyagolja el s különösen a medence viszonyainak megállapítását s a medence méretét tárgyalja nagy gondal. Nagyfokban emeli a mű becsét számos a szöveg közé nyomtatott ábra s több szinnyomatú tábla; az előbbieknél különös figyelmet érdemelnek azok, melyek a magzat fekvésének megállapítására irányuló külső kézfogásokat ábrázolják. Szerző végül egy schemában összeállítja a terhességi jeleket s egy másodikban azokat a pontokat, melyek a terhések, különök s gyermekágyasok vizsgálatánál figyelembe veendőek.

Neumann Szigfrid dr.

Lapszemle.

Boncztan.

Adatok a prostata boncztanának és élettanának ismeretéhez, megjegyzések az ejaculatio folyamatáról a czíme Walker György (Baltimore) igen értékes és nagyfontosságú munkájának, a lipesei boncztanai intézetből. Szerző különböző korú emlősök prostatáját vizsgálta igen nagy számban a legkülönbözőbb módszerek szerint. Fontosabb eredményei: A mirigyállomány az izom szövetet, ismert és kitünő tanácsok bizonyosága ellenére, tetemesen túlhaladja, az utóbbi az egész mirigynek kutyánál 1/3 részét, embernél 1/4 részét teszi. Az izomzat a hólyag és húgyveső izomzatától származik ugyan, de utóbb egészen önálló izmot képvisel, mely úgy az egész szervet, mint különös elrendeződése folytán az egyes lebenyeket is komprimálhatja. Ezen izomzat azonban a hólyag sphincterének nem tekinthető, sok állatnál a hólyagtól távol, vagy úgy fekszik, hogy ilyenemű működést ki nem fejthet, veleszületett vagy castratio folytán szerzett prostata atrophianál pedig a hólyag működése mi zavart sem szenved. Az izomzat sima és harántcsíkolt. A ductus ejaculatoriusok izomzata torkolatukig szabadon követhető. Ezen izomzatot igen dús kötőszövet tartja össze, a melyről a régebbi szerzők nem tesznek említést. Létezését a Kühne-Ewald-féle emésztési módszerrel bizonyítja. Míg az ifjúkorban a szerv mintegy negyedét teszi, addig a későbbi korban sima izomzat által pótolatik. A ruganyos rostok a pars prostatica urethrae körül hosszanti elrendeződést mutatnak, a melyből egyes rostok a ductus prostaticusok közé vonulnak és itt nyoloztas tőröket irnak le. Ezen hosszretegűtől kifelé egy körkörös réteg van és végre még közvetlenül az epithel réteg alatt, magában a mirigyállományban a ruganyos rostoknak egész hálózata található. A mirigyállomány az egész szervnek mintegy 5/8-át teszi. Fejlődését, egyezően a here és ondóhólyagcsák fejlődéséhez, a Wolff-féle csatornára vezeti vissza, ellentétben Mihalkovicssal, ki magasabb fejlődési foknál lévő húgyvesőmirigynek tartotta. A mirigyállományban 40—50 lebenyket különböztet meg, melyek izom és kötőszövet réteggel vannak ellátva. Az eleinte egyenes esővecskék hova-tovább több oldalágcsákát, majd bonyolult alveolaris lebenyket képeznek. A kivezető esővecskék az embernél a colliculus seminalis két oldalán lévő vályúszerű bemélyedésbe nyílnak, számuk 15—32. Elrendeződésük olyan, hogy tartalmuk épen a ductus ejaculatorius irányába ürül, a mi eddig nem volt ismeretes. A hosszú cylindrikus mirigyemek igen különböző alakúak és több réteggűek. A szomszédos sejtek kiválasztási állapota igen különböző lehet. Sem nyáksejtek, sem nyirkhajszárdények nem voltak kimutathatók, ellenben sok elmosódott határu nyirkcsomócska. A colliculus seminalisban lévő utriculus prostaticus castratio után sorvad, szerző azt hiszi, hogy itt is termeltetik az ondó egyik alkotó részét képező váladék. A prostata működését és az ejaculatio mikéntjét illető tanulmányainak eredménye következőkben foglalható össze: A rögtöni halállal kimult kutyáknak heréjében és mellékheréjében foglalt ondót melegeithető tárgyasztalon vizsgálva, megállapíthatta, hogy a spermatozoák nem mozognak. Csak a mellékhere farkában és a ductus deferensben, ott hol a folyadék már higabb volt, talált kevés mozgást. Mozdulatlan ondóhoz prostataváladékot adva, határozott mozgás volt előhívható, azonban ugyanez állott be physiologikus konyhasó-oldat hozzáadására is, a miből szerző azt következteti, hogy a mozgás a közeg higitása által jó létre. Weber azon állítása ellen, mely szerint a colliculus seminalis coitus alkalmával megduzzad és így az ondónak a hólyagba való visszafolyását megakadályozza, az érveknél és bizonyítékoknak egész sorozatát hozza fel, a mi ellen különben az erigált penissel való vizelési képesség is szól. Ő azt hiszi, hogy a coll. sem. helyén történik a spermatozoa mozgások létrehozására szükséges sűrűségig keveredése az ondónak a prostataváladékkal. A hólyag-záróizomnak nem tekinthető musc. sphinct. vesicae externus (Henle) akadályozza az ondó visszafolyását. A hártás rész hosszrendeződésű izmainak összehúzódása a hártás rész distalis és a húgyvesőnek bulbaris részét kitérítve, a prostaticus részben lévő ondóra szívólag hat. Az ondó azután a m. sphinct. urethr. membr. és a mm. bulbo- és ischio-cavernosusok összehúzódása által löketik ki. (Archiv f. Anat. u. Physiol. Anat. Abtheil. 1899. 5—6. füzet.)

Reách Dezső dr.

Belgyógyászat.

A tabes coordinaatio-zavarok mozgási terapiájának pontos és rendszeres kivitele czéljából néhány újabb gyakorlatot ajánl Vorstüder. A tabesek coordinaatio-zavarában három momentum van: 1. a mozgás hibás iránya, 2. a mozgás gyorsaságának hibás volta, s 3. az izomösszehúzódások abnormisan fokozott intenzitása. Az egyes momentumok javítására különböző gyakorlatokat próbált ki. Az első momentumra az iránygyakorlatok szolgálnak, melyek abban állanak, hogy a beteg ataxiás lábával minták konturjait jelzett irányban megszokás nélkül követi, és pedig vagy szabadon, vagy megtámasztott lábbal. E czélra több eszközt szerkesztett, melyeknél a nehézségeket fokozni lehet a többi közt azzal is, hogy a beteg ne lássa lábának mozgásait. A második momentum javítására szolgálnak a tempo-gyakorlatok. A beteg egy erre szolgáló eszköz keretében meghatározott sebességgel mozgatja lábát, a mely sebességet látásával és hallásával ellenőrizni tudja, míg bizonyos bemozdott helyeken megállítja lábát. A harmadik momentum javítására a beteg egy csigába akasztott, súlylyal ellátott szalagot húz lábával úgy, hogy a súly bizonyos bemozdott magasságban megálljon. A gyakorlatok kivitele alkalmával szerzett tapasztalatai következők: 1. A praecisio, mely e gyakorlatokhoz szükséges, nem kerül a betegnek nagy fáradságába. 2. A gyakorlatok csak minimalis izomerőtletést igé-

nyelnek. 3. A gyakorlatok a betegeknek kellemes foglalkozást szereznek. 4. A betegek egy részének az egyik, más részének a másik gyakorlat okoz nagyobb nehézséget, mert ataxiájuk nem egyenlő. 5. A jó eredmény könnyű esetekben 40 ülés, nehezebb esetekben 70–80 ülés alatt jelentkezik. (Zeitschrift f. diät. u. phys. Ther. III. kötet, 6. füzet.)

—nt.

A nephritisnek ásványvizekkel és fürdőkkel való gyógykezeléséről ír Schlagintweit. Kikel az ellen, hogy a nephritis betegek ásványvizekkel sematikusan kezelik. 40 beteg végzett vizsgálatait közli táblázatos kimutatásokkal. Pontosan vizsgálta a 24 óra alatt kiürített vizelet viszonyát, a fajsúly változását s a fehérjetartalom fokát, s ezekből azt következteti, hogy a nephritis minden egyes alakjánál az egyén szerint kell a gyógykezelést végezni. A wernarzi forrás hatását vizsgálva egészséges vesére, azt tapasztalta, hogy a rendes folyadéknak wernarzi vízzel való helyettesítésekor a vizelet 24 órai mennyisége megszorodott a mellett, hogy fajsúlya növekedett vagy nem kisebbedett. Betegek végzett kísérletek azt mutatták, hogy a beteg vesénél is ugyanolyan az ivás ideális eredménye, mint az egészségesnél. A kórtörténetek azt bizonyítják, hogy míg önkényesen adagolt ásványvíz-mennyiségek a beteg állapotát rosszabbítják, addig ellenőrzés mellett végzett rendszeres kezeléssel igen szép eredmények érhetők el. (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. III. k. 7. f.)

—nt.

A tabes felületes érzésszavarokat tették pontos vizsgálatuk tárgyává Riehe és Gothard nyolcz igen áttekinthető, négy színű táblával illusztrált közleményükben és azok tulajdonságait következőképp jellemzik: polymorphismus, dissociatio, hajlandóság segmentumos elrendezésre. Az érzés késése tabeson kívül alig fordul elő. Felemlítésre méltó, hogy az ujjvégeken az egyes érzésszavok iránt fokozott volt az érzékenység. Két esetben óvalakú érzéstelenség volt jelen, nagyobb az érintés és kisebb a fájdalom tekintetében, benne elszórt zónákban hőérzéscsökkenést is találtak. Szerzők szerint az érzésszavarok vizsgálata a körjelzésben is használható lehet, ha arról van szó, hogy a tabes és az úgynevezett pseudotabes peripherica között történjen a döntés. A segmentumos berendezésből következtetni lehetne, hogy a tabesos érzésszavar oka a hátsó gyökerekben vagy magában a gerincvelőben rejlik, de az érzés dissociatio határozottan a hátsó pamacok és a központi szürke állomány együttes megbetegedésével hozható összefüggésbe. (Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière 1899. 4. és 5. sz.)

—ts.

Másodlagos degeneratívot a sacrolumbalis kisagyi oldalpályában talált Rothmann M. kutya a felső és középső sacralis velő szürke állománya nagy részleteinek kiiktatásakor. E felfelé elfajuló pálya tekintélyes része a háti és nyaki velőben végződik, másik része a nyúltvelőbe a kisagyi oldalpályákban követhető. Ezenkívül elfajul a faisceau sulcomarginal ascendans (Marie) és diffus-rostok az elülső oldalpályákban. (Neurol. Centralbl. 1900. 1. és 2. f.)

—ts.

Heveny hasúri folyadékgyülem kórismészeti jelentősége. Braun felhívja a figyelmet a hasüregben heveny módon fellépő folyadékgyülem jelentőségére. Tapasztalatai szerint a vékonybelek tengelyforgásánál, továbbá bélrészleteknek a hasüreg különböző rendellenes üregeibe történő beékelődéseinek — mint a milyenek veleszületettek, álszalagok avagy pedig diverticulumok által képzettek — lép fel, ritkábban invaginatio. A folyadék jelenléte elzáródásból vagy pedig circularis daganat nyomásából eredő ileus ellen szól. (Deutsche med. Wochenschrift 1899. 51. szám.)

Kövesi Géza dr.

Adat a bél tengelycsavarodásának casuistikájához. Scheiber egy kilenc éves gyermek esetét közli, kinél hányás egyidejű obstopatioval ismételt jelentkezett. Hasonló roham alkalmával klinikájára került a beteg, hol csakhamar beállott a halál. A sectio volvulus mutatott ki a jejunum és a colon ascendens között, melynek oka az volt, hogy a coecum és colon ascendens nem voltak rögzítve rendes helyzetükben, hanem szabadon függtek a túlhoszú mesenteriumon. Ezen eset is feljogosítja őt mindazon esetekben, hol hányás egyidejű obstopatioval kapcsolatos, belső bélezáródást felvenni és idejekoráni laparotomiához fordulni. (Zeitschrift f. klin. Med. 38. kötet.)

Kövesi Géza dr.

Sebészet.

Az erjesztőgombák szerepéről a daganatképződésnél közölnek dolgozatot a Czerny-klinikáról Petersen és Exner. Az utolsó évtizedben megjelent, a rosszindulatú álképletek aetiologiáját tárgyaló munkák közül azok, melyek a parasitaer theoria terén mozognak, három csoportba oszthatók: olyanokra, a melyek a bacteriumokat, a protozoákat s végül az erjesztő gombákat tartják a titokzatos megbetegedések kórokozóinak. A bacteriumokat illetőleg, legalább ez idő szerint, napirendre térhetünk; a protozoák sem bírják ki a beható kritikát; az erjesztő gombák pathogen hatásáról pedig eddig kevés észlelettel rendelkezünk. A rosszindulatú tumorok parasitaer eredeténél lehetősége ellen azonban kényszerítő okot eddig nem ismerünk. Szerzők kísérleti sorozata teljességre számot nem tarthat. Kísérleteiket a pathologia ezen sötét terén csak többé-kevésbé önálló nézetnyerés és tájékozódás céljából végezték.

Kísérletül a Sanfelice által gyümölcsből izolált sacharomyces neoformans tiszta tenyésztése s a Busse által kitenyészített sacharomyces hominis szolgált. A hígított agar-tenyészettel részint subcutan, részint intraperitonealiter fertőzött tengerimalacok és fehér egerek jellemző elváltozásokat mutattak. Az intraperitonealisan fertőzöttek belszervei az elváltozásokat nagyobb mértékben mutatták, mint a subcutan módon oltottak. Az összes állatok lesóványodtak, kevesebbet ettek s növekvő cachexia közben két hét usque több hónap alatt elpusztultak. A második héttől kezdve a legtöbb állatnál előbb az injectio helye körül levő,

majd később a távolabbi külső nyirkmirigyek duzzanata lépett fel. A Busse-féle sacharomycessel subcutan fertőzött egerek koponyája megduzzadt és agysymptomák, göresök, hűdéses, kényszermozgások között pusztultak el. A vizeletben az erjesztő gombák majdnem mindig ki voltak mutathatók, úgy hogy a vizelet néha sűrű tejfelszerűvé vált. Az injectio helyén tézstapintatú diffus daganatok keletkeztek. Intraperitonealis infectio három esetében a tengerimalacok megjelölése céljából hátbőrüknek egy ráncán át húzott sodrony körül egy-egy tömött tapintatú körülírt mogorónyi daganat keletkezett. A megölt vagy haláluk után rögtön boncolt állatok szerveiben, vérében, peritonealis nedvében, vizeletében az erjesztő gombák nagy mennyiségben voltak fellelhetők. Lép, vese duzzadt, vér bő, kisebb-nagyobb szürke vagy fehér esomócskától áthatott. Az agyi symptomák között elpusztult egerek agyvelejében hasonló göbésék találtak. A tüdőben ritkábban voltak ilyen csomók. A máj makroszkopice nem mutatott eltérést.

A göresői vizsgálat az összes szerveknek erjesztő gombákkal való óriási elárasztását mutatta a szövetek minimalis reactioja mellett. Az egész organismusnak mintegy erjedése ez. Toxinhatás nélkül a gombák mechanic nyomás útján hatnak. A nyirkcsomók corticalis nyirksinusai, a nyirkutak élesztő gombákkal teltek, máskor a follicularis elemek vannak inkább megtámadva. A lép hasonló képet mutat, de itt a Malpighi-testek még inkább befolyásoltak, mint a nyirkcsomók folliculusai. A vesékben a pathologiai folyamat úgy látszik haematogen eredetű. A glomerulusoktól kezdve lassanként az összes húgyvesatornák gombákkal injiciálódnak. A tüdő megbetegedése más typust mutat: benne gombákból álló csomók, gombacsoportok, mint a lépben, nyirkmirigyekben, nincsenek. A gombák szétszórtan fekszenek az egész tüdőszövetben, véredényekben, septumokban, alveolusokban, néha epithelékben. Lobos reactio sehol sem volt körülöttük. A májban és szívben kevés a gomba, itt is csak a véredényekben találhatók. Az agyállomány nagy különbségeket mutat. Rendszerint az elváltozás nem volt nagyobb, mint a májban s a szívben, de némely esetben megbetegedése dominálta a körképet. A Busse-féle sacharomycessel intraperitonealiter oltott állatoknál az agyban szétszórtan kisebb-nagyobb erjesztő gombacsoportok voltak találhatóak. Egy esetben 26 nappal az injectio után a duzzadás a csontos koponyatok szétrepedéséhez vezetett.

Az erjesztő gombák tehát kezdetben a nyirkpályák, később a vérpálya útján általánosodnak el. A nyirkpályán való fertőzés a vándor-sejtek útján történik, miről úgy az organismusban, mint a Buchner által ajánlott módon kémsőben is meggyőződhetni. Kettőnél több gomba egy leucocytában nem találtatott soha. A sodrony körül keletkezett tumorokat egy hálószerűen elágazott kötőszöveti rostok közé beágyazott fiatal sarjszövetből, gömbsejtekből, óriássejtekből álló sejt-conglomeratum képezi. Az óriássejtek egymagviak, protoplasmájuk a legkülönbözőbb fejlődési szakokat mutató erjesztő gombákkal van megtöltve. Egy esetben a sodrony mellett egy epithelialis borítékkal bíró, detritussal telt hámcysta is keletkezett. Az injectio helyei körül fejlődött duzzanatok hasonló képet mutatnak.

Ezen megfigyelések kitünően illusztrálják a „trauma és daganat képződés” vagy jobban mondva „trauma és egy általános megbetegedés localisatioja” közti kapcsolatot. A sodrony áthúzása által keletkezett locus minoris resistentiae az erjesztő gombák megélhetésének kevésbé volt képes ellentállani, mint az egészséges szövet és megadta az okot a daganat fejlődésére. Az erjesztő gombák alig látható pontok usque 70–100 μ nagyságúak. Rendszeren gömbalakúak. A fixáló és festő eljárások révén azonban más alakot is mutathatnak. A legkisebb formák kivételével tokkal bírnak. Az agyban azonban tok nélküli nagy alakok is voltak találhatóak. Szerzők kísérleteik alapján Bussevel¹ és Buschkevel² egyetértve a kérdés ellen felmerült érveket következőkben foglalják össze: 1. A carcinomákban talált parasitáknak tekintett és leirt sok fajta zárlat csak eltűnő csekély számban identifikálható a sacharomyces fejlődési szakjaival. 2. Valódi rosszindulatú tumorokból erjesztő gombákat eddig oly ritkán sikerült kitenyészteni, hogy az eddigi pozitív eredmények valószínűleg csak fertőzések vagy tisztán saprophytikus megjelenési formák. (Szerzőknek nem exulcerált malignus tumorok 22 esetéből sohasem sikerült erjesztő gombákat kitenyészteni.) 3. Azon állati vagy emberi megbetegedéseknek, melyekről be van igazolva, hogy erjesztő gombák által okozottak, vagy nincs semmi közük az álképletekhez (bőrfekélyek, endometritis, rhinitis), vagy csak felületen hasonlólag áll fenn közöttük és a tumorok között (Busse sacharomycesosis, Curtis myxomája). Ugyanez áll az eddig experimentaliter előállított pathologikus képletekről is. Ezek mind infectiosus granulomák, nem tumorok. Hogy malignus lymphomák némely formái sacharomyces infectio, még a legvalószínűbb.

Ezen a kérdés ellen felmerült aggályokat az azóta megjelent munkák sem szüntetik meg. Sanfelice sacharomycesének kutya csecsmirigyébe történt injectioja által állítása szerint valódi carcinomát idézett elő. De a munkájához esatolt ábrái nem meggyőzők. Feltűnő jelenség mindenesetre a nyirkmirigyekben fellépett epithelialis sejtsorok. Ha ezeket a kísérleti hibák teljes kizárása után többször sikerülne előidézni, a kérdés más, jelentőségteljes stadiumba lépne. A tumorból Sanfelicének a mikroorganismust visszaoltani nem sikerült, mit ő a gombának a hosszas testen belüli tartózkodás által való megváltozott biológiai magatartásából magyaráz. Sanfelice utolsó munkájában izolált, más szerzők által el nem fogadhatónak jelzett állaspontra helyezkedik, midőn tapasztalatai által beigazoltnak tekinti, hogy egy és ugyanazon parasita venákba injiciálva

¹ Busse. Hefen als Krankheitserreger, Berlin, Hirschwald 1897.

² Buschke. Über Hefemycesen bei Thieren u. Menschen. Volkmann, Sammlung klinischer Vorträge N. 218. 1898.

kötőszöveti, csecsmirigybe, herékbe oltva epithelialis tumorokat képes előidézni s ebből azt következteti, hogy nem létezik két fajta parasita, mely közül az egyik epithelialis, a másik kötőszöveti burjánzást idéz elő, hanem hogy egy és ugyanazon parasita, a szerint a mint kötőszöveti vagy epithelialis elemekkel jut érintkezésbe, kötőszöveti vagy hámburjánzást idéz elő. Tehát az új képlet az organismusnak csak reactioja a parasiták ellen.

Sanfeliceinek újabban Plimmerben szövetsége támadt, a ki 1278 carcinoma esetet vizsgálva át, 1130-ban egy általa (On the aetiology and histology of cancer. The Practitioner, 1899, április, pag. 430) leírt zárlatot talált, melyet parasitaer eredetűnek tart. 9 esetben a zárlatok igen nagy számban fordultak elő. Ezen esetek egyikéből, egy rohamosan fejlődött carcinoma mammaeből, rákléből készült boiullonban anaerob módon ezen zárlatot képes volt tenyészteni. A parasita hovátartozását nem állapítja meg, de azt hiszi, hogy valószínűleg erjesztőgomba. Tengerimalacok intraperitonealis infectioja által 13–20 nap alatt különösen azok tüdejében lokalizált „malignus endothelialis tumorokat” volt képes létrehozni. Ábráiban szerzők állítása szerint nincs semmi olyan, mit lobos eredetűnek szintén ne lehetne tartani. A mit Plimmer maga is kiemel, tumorai semmiesetre sem carcinomák. Végeredménykép tehát oda következtetnek, hogy az erjesztőgombák aetiológikus jelentősége malignus álképletek eredetét illetőleg eddigelé nincs bebizonyítva. (Beiträge z. klin. Chirurgie, 25. kötet.) Zimmernann dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Vajudó méh placenta praevia totalissal ezimmet ismert egy esetet Fraenkel L. A készítmény egy 40 éves, X. terhes, szülés közben elvérzett nőtől származik, kinél szerző koronamekkoraságú méhszáj mellett a lepény átfúrása után a magzatnak egy lábát hozta le. A készítmény gondos formalin-és alkoholkeménnyítés után megnyitattván, következő fontos tulajdonságokat mutatja: a biztosan „méhnyaknak” felismerhető rész az uterus kerületének különböző pontjain feltűnően különböző hosszúságú: mellül 3 cm., hátul 8 cm. A méhnyak, eltekintve falzatának nagyobb vastagságától, azon alapon is mint „collum” ismerhető fel, mert plicae palmatae nyomait mutatja. Nyálkahártyája vékonyabb, simább és fehérszínű s végre egész felső kerületén egy kiemelkedő lécz fut végig. A lepény tökéletesen a méh alsó szakaszában foglal helyet, annak egész kerületét elfoglalja, még pedig szorosan az imént említett léczig ér, a mely a belső méhszájnak (Müller-féle gyűrű) tartható. Mindebből az következik, hogy a pete növekedése közben a belső méhszáj egész kerületéhez tapadt s egy erre szorosan reáfekvő boltozatot képezett; lehetséges azonban az is, hogy a lepény a belső méhszájon keresztül belenőtt a cervixbe, s ennek a lepénnyel összenőtt részéből fejlődött ki a „méh alsó szakasza”; ez utóbbi felfogás mellett szól különösen az a körülmény, hogy a cervix méretei mellül és hátul oly lényeges különbségeket mutatnak. Szerző esete kapcsán azt a kérdést is felveti, vajjon placenta praevia totalissal, ha fordítást végeztünk, célszerűbb-e a lepény leválasztása után a burkokig felhatolni s ezeket átfúrva hozni le a lábat, vagy pedig egyszerűen átfúrni a placentát, mely utóbbi eljárás nagyobb placentaris edények megsértése miatt némelyek szerint nagyon veszélyes lehet a magzat életére. Szerző esetében a lepény hátul igen magasra (10–17 cm.) nyúlt fel s csak mellül lett volna az út a burkolatig rövidebb (3 cm.); de hiszen ezen legrövidebb útat előre felismerni teljesen lehetetlen, mellül pedig épséggel sem volna helyes felhaladni, mert ez a legkedvezőtlenebb kézfogás; másrészt pedig, a mint Fraenkel esete bizonyítja, egyes helyeken igen magasra (17 cm.) kellene felhaladni, hogy a burkok elérhetőek legyenek, a mi pedig szintén nem kedvező. Végül számba jö még, hogy halott magzatnál nincs semmi jelentősége a lepény átfúrásának, de különben is élő magzatnál sem következik be mindig nagyobb edények sérülése, mert ezek kitérhetnek s az átfúrás helyét áthidaló kötegek alakjában maradhatnak fenn, a melyek mellett a magzati vétag könnyen áthaladhat. Mindezek szerint tehát szerző célszerűbbnek tartja az elülfekvő lepény e fajtájánál egyszerűen átfúrni a lepényt s ez úton haladni fel a magzat vétagjáért. (Archiv f. Gyn. 59. kötet, 3. füzet.) Neumann Szigfried dr.

A méhrák diagnózisáról és terapiájáról ír Lange. A gyakorlati orvos akkor teszi a legjobb szolgálatot a méhrákban szenvedő nőnek, ha korán felismeri a bajt. Minden kezelés csak hátrányos, mert a méhrák terapiájában egyedül a gyökeres műtét jó számba s ez csak akkor végezhető sikeresen s reménnyel, ha a rosszindulatúság oly jelei még nem léptek fel, a melyeknek a szétesés, a tovatérjedés. Diagnózisához teljesen jellegzetes tünetek nem segítenek. Midőn oly nő vizsgálándó meg belsőleg, kinek panaszait vérzés, folyás, fájdalom teszik, segítségül kell venni minden oly mellékes körülményt, melyek a méhrákot jellemezhetik; ilyenek klimax után való vérzések, vérzés coitus alatt vagy utána, húslészerű folyás. A korra, mely még 20 év előtt is annyira számba jött, ma semmi súlyt nem fektethetünk, hisz számtalan 20–30 év körüli, sőt ennél fiatalabb egyén is került már carcinomával megfigyelés alá. A cachexia sem jellegző, mert pl. myomáknál is akárhányszor akadunk a ráccachexiára emlékeztető senyvedésre. Egyedül biztos diagnosit a megtapintás és megsejtelés ad, s ha ez sem elégséges, a mikroszkopi szöveti vizsgálat próba-ékkimetszéssel, próba-méhüri vizsgálattal vett részekben. Legkönnyebb a diagnosit a portio karfioldaganatának, a dudoros, egyenetlen, helyenként mélyen bevágó felszínű, vérzékeny, mállékony, az egész portiot tönkretévő képletnek, mely könnyen megkülönböztethető a polyposus daganatoktól s a hegyes condylomáktól. Bajosabb az elsődleges rákos fekély (ulcus rodens) kórismézése, melyet száirkés, piszkos felülete, éles széle különböztet csak meg az egyszerű erosiótól, syphilitikus, tuberculotikus fekélyektől, lágy

ulcustól. Ha néhány, 3–4 hetes szakavatott kezelésre sem gyógyul be egy fekélyesedés a portion, kivétel nélkül próbakimetszést kell végezni göröcsői vizsgálat czáljaira. A portio és méhnyak infiltráló rákja gyakran csak nehezen ismerhető fel; egyenlőtlen, göbös alkata a legjellemzőbb. Ha már szétesett s vagy vérző, málló, göbös, bűzös krater mutat, ez már alig téveszthető össze egyébvel. A cervix nyálkahártyájának rákját érdessége engedi felismerni, esetleg épen a szétesés következtében a méhszáj fölött jelenlevő tágasabb érdes nyakcsatorna-úr. A méhtest rákját egyedül a kombinált vizsgálattal sokszor nem lehet felismerni; utánaozhat chronikus metritist, myomát. Ki kell tapintani a méhüreget s a próbakaparás s szöveti vizsgálat adja a biztos felvilágosítást. Fontos a gyógyítás, illetve kezelés szempontjából annak eldöntése is, vajjon csak a mére szoritkozok-e a rák; megvizsgálándó tehát épen a gyógyítás szempontjából a hüvely, a hólyag, a végből s a parametrium is. Therapiájában a vezérelv, ha csak a méh beteg, a teljes kiirtás. Portio-ráknál szokás a Schroeder-féle amputatio supravaginalis-t is végezni, a nyaki rész amputatioját a megkivánt magasságban; veszélytelenebb a totalis exstirpatio, s Hofmeier, Winter összeállításai szerint maradó gyógyeredményei nem rosszak; mégis ma a legtöbb gynaekologus azon véleményben van, hogy a gyökeres kiirtás jó első sorban tekintetbe. A hüvelyen át való gyökeres kiirtást Czerny végezte legelőször (1878); ma már sok válfaja van. Végzik a rákos részek lehető eltávolítása, paquelinezése után, letolva a hólyagot, rectumot, vagy leköltésekkel, vagy — Richelot szerint — szorító csipőkkel. A Mackenrodt igneexstirpatioja minden leköltés, olló, kés nélkül, csupán thermokauterrel nem vált szokásos műtté. Megnehezítik a hüvelyen át való műttétet a szűk hüvely (Dührssen-féle incisio), a nagy uterus (kisebbités). Ha a rák már a környezetre is áttért (parametran infiltratio), az exstirpatio még sikerülhet, de mégis helyes ilyenkor a műttétől elállani. Talán csak az esetben nem, ha a hüvelyboltozat van csak kevésse megbetegedve; ilyenkor lehet még remény a maradó gyógyulásra. A Freund-féle gyökeres kiirtás hasmetzés útján nagy, súlyos beavatkozás, súlyosabb, mintha csak pl. myoma miatt kell végezni; az éves, bomló rákos anyag gyakran minden óvatosság daczára inficiálja a hashártyát; mortalitás 40% körül van, azért javalatai is meg vannak szorítva. Ismeretes még a kiirtásnak sacralis, parasacralis és perinealis módja is; komplikált eljárások, melyek aligha fogják kiszorítani a hüvelyi módszereket. A terhes méh rákjainál általában következő elvek a mértékadó: operálható rákot (terhes méhnél), tekintet nélkül a magzatra, ki kell irtani, az első hónapokban a hüvelyen át, később Freund szerint; ha életképes a magzat, Porro-műttét végzendő a nyaki résznek hüvelyi kiirtásával. Inoperabilis esetben tünetileg járunk el. Szülés alatt inoperabilis esetben legelőször a conservatív császármetzés jó számba; spontán, vagy művi szülés a hüvelyen át csak akkor, ha legalább 1/3-a a nyaki résznek egészséges. Nem operálható rákoknál tünetileg úgy járunk el, hogy a vérzést csillapítjuk, az evesedést lesökentjük, az erőbeli állapotot emelni ivergünk s a fájdalmat enyhítjük; ekaparjuk éles kanállal a széteső félben levő rétegeket, thermokauterrel pörköljük; jodoformbehintéseket, kalium hypermangan. feeskendéseket végzünk felváltva, utóbbiakat naponta; edzünk (chlorozink). A sokat diésért alkohol-injectioik nem járnak sok eredményvel. A belső szerelés teljesen haszontalan. (Graefe's Sammlung, I. kötet, 6. szám.) Csiky János dr.

Fülggyógyászat.

A csecsemőkor genyes középfülggyuladását tanulmányozta S. Weiss kórtani és kóroktani szempontból. Kifogásolja, hogy az eddig ez irányban történt vizsgálatok, kevés kivétellel, mind egyoldalúak, a mennyiben vagy csak szövettani, vagy csak bakteriologiai irányban vannak dolgozva. Szerző a rendelkezésére állott anyagot mindkét irányban feldolgozta; összesen 28 hullát vizsgált, mindig szem előtt tartva az aetiológiát is. Kórboneztani vizsgálatainak eredménye következő volt. Dohártya többnyire ép, 2 esetben perforatio, néha belöveltség a dohártyán. Dobüregeben a nyálkahártya megbetegedésének megfelelő tartalom. Az exsudatum 1. serosus; 2. kocsonyászerű, ennek eltávolítása néha nehezen, néha könnyen ment; az exsudatum betejedt az antrumba és mélyebbre is; a nyálkahártya ilyenkor duzzadt, sötétvörös, egyenetlen, granulatiokkal fedett; 3. genyes, egyenetlen duzzadt, vörös nyálkahártyával.

Mind a 28 esetben, még a legsűrűbb infiltratio mellett is, sikerült kimutatni a nyálkahártya szövetének embryonalis jellegét, sőt ezt még a csecsemő szopókorának második felében is kimutathatta. Szerinte a csecsemők nyálkahártyájának eme embryonalis jellege lehetne talán a kóroktani momentum, mely megmagyarázná a csecsemők oly gyakori középfülggyuladását és e szöveti dispositióból — melyet itt aetiológiai momentum gyanánt felvett — magyarázza meg a különbséget a szopók és a felnőttek középfülggyuladása között, bizonyítván, mennyivel gyengébb ellenállású a csecsemők nyálkahártyája, mint a felnőtteké.

A kóroktan tisztázása végett nemcsak az exsudatumból, hanem magából a nyálkahártyaszövetből is végezték bakteriologiai vizsgálatokat. Az előfordulás gyakorisága szerint felsorolva következő bakteriumokat talált: bact. coli commune, diploc. pneumoniae, streptoc. pyogenes, staphyloc. pyogenes albus és aureus, b. pyocyanus, microc. tetragenus és 2 esetben bacillus influenzae. Vizsgálatai kiterjedtek arra is, hogy mily úton juthatnak mikroorganizmusok a középfülgbe? Ugy vizsgálatai, valamint az eddigi ismeretek alapján a mikroorganizmusok bejutását az orrgaratülből a tubán át lehetségesnek tartja. Másfelől azonban a mikroorganizmusoknak a vér által való bevitelét is találta, még pedig egyszer egy septicaemiás gyermeknél, két esetben pedig bronchopneumoniás góczok következtében. A csecsemőkori otitiseinek perforatioi aránylag ritkák, a mit részint abból magyaráz, hogy maga a megbetegedés többnyire

jobbindulatú, mint felnőtteknél, a mit bakteriologiai vizsgálataiból is lát, részint pedig a dohártya szöveti szerkezetében is találja az okot. Ennek bizonyításául hivatkozik *Böckere* is, ki már 1878-ban kimutatta volt, hogy a dohártya nyálkahártyája gyermekeknél vastagabb, mint felnőtteknél. Végül még kifejti, hogy a esecsemők gyenes középfülgyulladás nem igen hat vissza az egész szervezetre. (Ziegler's Beiträge zur patholog. Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, 27. kötet, 1. füzet.)

Ifj. Klug Nándor dr.

Scarlatina következtében fellépett és agydaganattal párosult középfülgyenedést ír le *Hessler*. Betegnél baloldali fülgyenedés miatt a felvését végezte. Műtét után 18 nap múlva agygyomási tünetek léptek fel. Ezért betegét most trepanatiót végzett, de az agyon semmi elváltozást nem talált. A beteg állapota azonban műtét után szemlátomást javult, míg nem 13 nap múlva ismét hirtelen kifejezett agygyomási tünetek jelentkeztek. Erre a beteget újból megoperálta és ekkor az agyban egy körülbelül almamekkoraságú üregre akadt, melyből vagy két evőkanálnyi serum ürült. Daczára ezen műtétnek, beteg 4 nap múlva meghalt. Bonczolatnál a bal halántéklebenyben óriássejtű sarcomát talált. Leírja a nehézségeket, melyekkel az élőben a helyes diagnosis felállítására járt, s a melyet jelen esetben különösen az nehezített, hogy az illetőnek még acut nephritise is volt és így uraemiás tünetekre, comára is lehetett gondolni az agygyomási folytán beállott tünetek magyarázatánál. Ez esettel kapcsolatban felsorolja az irodalomban eddig említett 19 esetet, melyekben középfülgyenedésekkel voltak szövődve az agydaganatok. Ez alkalmából egy rövid kis statisztikát is közöl, a mely szerint 81,648 fülmebetegedéskor 116, bonczolat által bevizsgált, intracranialis, következményes bajt talált; még pedig: 48 sinus phlebitist és pyaemiát (41.49%), 40 meningitist (34.50%) és 28 agytályogot (24.10%). (Archiv für Ohrenheilkunde, 48. kötet, 1—2. füzet.)

Ifj. Klug Nándor dr.

Radikális műtétek esetén az állandó retroauricularis nyílás mellett foglal állást *F. Trautmann* és nem helyesli az azonnali elzárást. Leírja cikkében a klinikáján divó műtéti eljárást. A mi az általa helyesnek vélt fülmögötti persistens nyílást illeti, úgy jár el, hogy az eredeti metszéstől kiindulva, közvetlenül a fülkagyló porcza mellett — de nem ebbe bele — ollóval merőlegesen le- és felfelé ejt egy metszést. Az ily úton nyert két lebeny közül már most az alsó lebenyt egy öltéssel a sebzigba varrja, míg a felsőt egyszerűen beletamponálja a sebüregebe. Ezután az üreget teljesen az epidermisatorra bizza, meg-megújtvira a tamponokat. Minthogy az epidermisatio lassan halad, ennek gyorsítására esetleg *Thiersch*-féle transplantatiót is végez. A gyógyulási folyamat tartama és lefolyása természetesen változó. Ha ezalatt például granulatiók fejlődnek, ezeket természetesen kikaparja. Végül ama kérdésre, hogy eme fülmögötti nyílás mikor zárassék be, ajánlja, hogy minden esetre várjuk be a teljes epidermisatiót, sőt tanácsosnak látja még ezentúl is jó ideig megfigyelni a beteget. *Trautmann* eme elzárást *Passow* eljárásának némi módosításával végzi, a mint azt a cikke mellé adott ábrák igen jól magyarázzák. (Archiv für Ohrenheilkunde, 48. kötet, 1—2. füzet.)

Ifj. Klug Nándor dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Basedow-kór eseteiben jó eredménnyel használja *Paulesco* a chininum sulfuricumot, melyből hosszabb időn át körülbelül 1 grammot ad naponként, a mely mennyiséget két adagra osztva 1/4 órai időközben este veszi be a beteg. Különösen a tachycardiára, az izgatottságra és az álmatlanságra látszik kedvezően befolyani ezen kezelésmód, az exophthalmus is csökkenni szokott, a pajzsmirigyre és a reszketésre azonban nem gyakorol befolyást. (Ref. Wiener mediz. Presse, 1900. 10. sz.)

Extractum chinai Nanning elnevezéssel egy új stomachicum került forgalomba az utóbbi időben. A szert *Goliner* idült gyomorhurutban, gyomoratoniban stb. szenvedő, nagyon elgyengült betegeknek használta és az eredménnyel nagyon meg volt elégedve. Naponként háromszor ad 20—20 cseppet borban, 1/2 órával az evések előtt; czukros vízben is adható. (Medico, 1900. 4. sz.)

Hetiszemle és vegyések.

Budapest, 1900. április 6.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év tizenkettedik hetében (1900. márcz. 18-dikától márcz. 24.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 464 gyermek, elhalt 358 egyén, a születések tehát 106-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 35.2. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 27.2, az egy éven felüli lakosságnál: 21.6, az öt éven felüli lakosságnál: 18.2. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 1, pertussis 4, morbilli 3, scarlatina 2, variola —, cholera asiaticum, typhus abdominalis —, febris puerperalis 1, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 8, meningitis 21, apoplexia 6, eclampsia 10, szervi szívbaj 20, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 74, tuberculosis pulmonum et phthisis 70, diarrhoea et enteritis 6, gastro-enteritis 8, rák és egyéb újképleték 18, ezek közül méhrák 1, morbus Brightii et nephritis 9, rachitis 2, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 14, atrophia et inanitio 2, marasmus senilis 22, erőszakos halálet 10, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 4, baleset 4, kétséges 1 (—). **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi

közkórházakban. A mult hó végén volt 2965 beteg, szaporodás e héten 873, esökkenés 876, maradt e hét végén 2972 beteg. B) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi márcz. 18-dikától márcz. 25-dikéig terjedő 12 héten a tisztifőorvosi hivatal közleményel szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 51 (44), diphtheria, croup 15 (29), hagymáz (typhus) 1 (5), kanyaró (morbilli) 89 (98), trachoma 1 (7), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), hőkhurut (pertussis) 31 (31), orbánez (erysipelas) 18 (9), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 2 (—), ezenfelül varicella 43 (34).

* * *

□ **Az országos balneologiai egyesület évi közgyűlését** e hó 29-dikén d. e. 10 órakor a budapesti kir. orvosegyesület üléstermében (VIII. ker., Szentkirályi-utca 21. sz.) fogja tartani. Tárgyak: 1. Elnöki megnyitó. 2. A főtitkár jelentése az egyesület működéséről. 3. A pénztáros jelentése a pénztár kezeléséről. 4. A pénztár megvizsgálására kiküldött számvizsgálók jelentése. 5. Indítványok. A közgyűlést követi a X. magyar balneologiai congressus, melynek napirendje a következő:

I. ülés, április hó 29-dikén, délelőtt 11 órakor. 1. Elnöki megnyitó. 2. Kuthy Dezső dr. egyet. m.-tanár: A vízkezelés értéke a tüdővész gyógyításában. 3. Fái Mátyás Miklós dr. fürdőorvos (Új-Tátrafürdő): A bőrlégszételés javításának fontossága a tüdővész gyógyításában. 4. Boleman István dr. kir. tanácsos, fürdőorvos (Vihnye): A fürdő-szabályrendeletéről. 5. Oelhoffner Henrik György dr. forrástechnikus: Természetes és mesterséges ásványvizek, különös tekintettel az ásványvíz-üzletre.

II. ülés, április hó 30-dikén, délelőtt 11 órakor. 1. Weisz Ede dr. fürdőorvos (Pöstyén): Az idült csúzbán szenvedők táplálkozási viszonyairól. 2. Kövesi Géza dr. kórodai gyakornok: A hazai ásványvizek molecularis concentratioja és ennek befolyása a diuresisre. 3. Aldor Lajos dr. fürdőorvos (Karlsbad): A gyomor motorikus elégtelenségének balneoterápiája. 4. Rottenbiller Ödön dr. fürdőorvos (Trencsén-Teplic): A syphilis balneoterápiája.

III. ülés április hó 30-dikén, délután 6 órakor. 1. Sassy János dr. kir. törvényszéki orvos (Miskolc): A görvélykór és annak balneoterápiája. 2. Guth Menyhért dr. (Munkács): A szolyvai ásványvízről mint gyógyvízről. 3. Szentkirályi József dr. fürdőorvos (Csis): A balneo- és hydrotherapia a gyermekkorban. 4. Boleman István dr. kir. tanácsos: Észrevételek a fürdő-statisztikáról.

A záró ülés után — este 8 órakor — a budapesti gyógymechanikai (Zander-) intézet megtekintése (Museum-körút 2. sz.). Reich Miklós dr. intézeti főorvos az intézetet bemutatja és előadást tart a következő czímen: „Tapasztalatok a Zander-intézetben alkalmazásban levő högyógyászati eljárások köréből.”

A Zander-intézet megtekintése után — este 9 órakor — közös vacsora az „István főherceg”-szállodában; jelentkezés a főtitkárnál.

// **Siketnéma gyermekek oktatásügye Magyarországon.** Mint a „Gyógynevelési Szemle” f. é. 1. számában olvassuk, a folyó tanítási évben Magyarország két siketnéma iskolájában csak 484 siketnéma (Aradon 23, Budapesten az állami iskolában 67, a zsidó iskolában 102, Kaposvárt 28, Kolozvárt 42, Temesvárt 56 és Vácot 160 gyermek), a vakok egy intézetében Budapesten 91 vak és a képezhető hülyék egy intézetében 76 hülye gyermek részesül oktatásban. Elenyésző csekély számuk, ha tudjuk, hogy az 1890. évi népszámlálás adatai szerint Magyarországon 19,024 siketnéma, 18,366 vak és 17,622 hülye van, a kik közül 6119 siketnéma, 1093 vak és 2773 hülye tanköteles.

✕ **Horváth Mihály** dr.-t a főpolgármester a szent János-kórházhoz rendelő orvosá nevezte ki és megbizta az orthopaedia körébe vágó bántalmak kezelésével.

⊕ **A Kézmárczky-féle szülészeti poliklinika** segélyét f. év márcz. havában 75 esetben vették igénybe 42 műtéttel. Évi folyószám 222.

△ **Megjelent.** *Bosányi Béla* dr.: Szt. Lukács-fürdő leírása. 1900.

† **Elhunyt.** *Bakó János* dr. Hont vármegye ny. főorvosa és Stubnya fürdőorvosa 59 éves korában Budapesten.

Téli kúra Szt. Lukács-fürdő Budapest

Kénes iszapfürdők, természetes fürdőmedence. Begöngyölések iszapal. Kád- és gőzfürdők. Massage. Kitűnő szállodák. Meghűlés: kizárva. Vendéglő-aját üzemből. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

A „Kristály” Szt. Lukács-fürdő savanyúvíz, mint kellemes üdítő ital ajánlatik

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. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Vízgyógyintézet bejáró és bennlakó betegek számára a **Herczel-szanatórium**ban (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: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XIV. rendes ülés 1900. márczius 24-dikén.) 221. l. — Közkórházi Orvostársulat. (VI. bemutató szakülés 1900. márczius 24-dikén.) 221. l. — Szegedi orvosegyesület. (XI. szakülés 1900. január 10-dikén. XII. szakülés 1900. február 14-dikén.) 223. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XV. rendes ülés 1900. márczius 24-dikén.)

Elnök: Bókay János; jegyző: Dieballa Géza.

A méh, petefészkek és méhkürt daganatainak hüvelyen át való operálásáról.

Tóth István: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Bársony János: Csak azért szólal fel, hogy szintén bizonyítsa a conservatív irány helyességét, a mi az előadáson végig vonul.

Ugy vette ki szőlo, hogy az előadó következtetései ezek: nagy, összenőtt, nem mozgatható daganatok eltávolítására, melyek bennéke genyre gyanus, laparotomia az út; a kolpocoeliotomia számára tehát maradnának azon kis daganatok, melyek könnyen mozgathatók; ezen daganatok azok, melyeknél a kolpocoeliotomia a laparotomiával rivalizál.

Ezen mozgatható kis daganatoknál a kolpocoeliotomia mint műtét is következményeiben kevésbé rázza meg a szervezetet, mint a laparotomia. Kérdés azonban, hogy ezen daganatok egyáltalán operálandók-e?

Kis, genyre nem gyanus, össze nem nőtt daganatok lehetnek fibromák és adnex tumorok.

Kis fibromákat tisztán azért, mert fibromák, operálni nem kell, van elég mód a kellemetlen tünetek elhárítására, ezen daganatok növekedésének megállítására; ha áll ez a fibromákra, még inkább áll az adnex tumorokra. Eszébe jut szőloának két eset, melyeket Kézmárczky klinikáján látott.

Az egyik esetben kocsányon ülő cystosus fejni daganat volt jelen, mely műtétre alkalmasnak látszott; az operatio 3 heti halasztást szenvedett, mely idő alatt ut aliquid fecisse videatur, borogatást rendeltek, s mikor végezni akarták a műtétet, daganatot nem találtak, csak lúdtójsznyi cystát, mely másik 3 hét múlva eltűnt; az asszony azt hitte, hogy a hüvelyen át távolítottatott el tumora.

A másik esetben tubaris fájdalmas daganat volt jelen, a beteg követelte az operatiót, azonban mikorra reá került volna a sor, a beteg megszökött a műtét elől; egy év múlva újból látta szőlo a beteget, akkor a daganat már teljesen eltűnt.

Typikus két eset, melyek kolpocoeliotomiára alkalmasnak látszottak.

Elismeri szőlo a kolpocoeliotomia előnyeit, de ritka az olyan eset, a hol a két műtési módor: a kolpocoeliotomia és laparotomia egymással szemben áll.

Összenőtt, genyre gyanus daganatoknál szőlo is tagadja, hogy a kolpocoeliotomia kevésbé veszedelmes útja volna az eltávolításnak, mint a laparotomia; legfeljebb ökölyni, ovarialis daganatok számára tartandó fenn a kolpocoeliotomia; gyuladós alapon fejlődött tuboovarialis daganatok ventralisan távolítandók el.

Doctor Sándor: Nagy öröme szolgál hallani a józan, rezervált ítéletet, mely az új eljárással szemben az előadáson végig vonul. Kézmárczky tanár klinikáján ezen álláspontot követik az új módszerrel szemben, melyet még kevesebbszer végeztek, mint ezt előadó említette, néhány kicsiny dermoid tumornál, fibrománál egyáltalán nem alkalmazták a kolpocoeliotomiát.

Néhány év óta gyakran operálnak az I. sz. szülészeti és nőgyógyászati klinikán a hüvelyen keresztül egyszerű incisióval oly tumorokat, melyeknek kiüríthető tartalmuk van: pyosalpinxot, parametran abscessust, rupturált extrauterin graviditásból származó haematokoelet. 1897-ből vannak az első hasonló esetek, s ma már 25-30-at operálnak ilyen módon évente; megnyitják a hátsó hüvelyboltozatot és tompán hatolnak fel a haematokoele falához, azt megnyitják, a tartalmát kiürítik s vagy tamponálják vagy öblögetik; minden ilyen esetben kivétel nélkül gyógyulást értek el minden halálos kockázattal nélkül.

A genyes tartalmú daganatok hasonló operálásánál az eredmények már nagyon különbözők: medencebeli, többnyire puerperalis abscessusoknál a gyógyulás általában nagyon jó; pyosalpinxoknál a gyógyulás úgy is bizonytalan; ez teszi érthetővé, hogy vaginalis úton nagyon sűrűn operálnak; fibromát azonban egyáltalán nem operálnak, azon oknál fogva, a mit **Bársony** jelzett: a fibromát operálásra valóknak nem tartják; **Kézmárczky** tanár azon szigorú pathologikus, tudományos és a gyakorlat által beigazolt álláspont van, hogy a fibromák jó természetűek, nemcsak mert növekedésük által nem okoznak veszedelmet, nem okoznak metastasist, de azért is, mert csak addig élnek, míg a klimakterium be nem áll, a menstruatiók megszüntével a fibroma is elhal; szükség esetén tüneti kezelést végeztek csak, vérzés miatt curettazást; a beteg viseli a daganatot a klimax beálltáig, a mikor egészséges is lesz.

A fibromát tehát ne operáljuk sem laparotomia, sem a hüvely útján; adnex-megbetegedéseknél csak elvéve operálnak, a mennyiben carcinomával van complicálva: ilyenkor a megbetegedett részeket teljesen kiirtják; csupán adnex-megbetegedés miatt nem operáltak.

A kolpocoeliotomia methodusát illetőleg **Kézmárczky** klinikáján a portio előtt rövid harántmetszésre bő sagittalis metszést vezetnek; a harántmetszés hátránya, hogy esetleg bő vérzésre adhat alkalmat, míg a T-alakú metszésnél körülöltésre nem volt szükségük.

A carcinomával komplikált beteg adnexumok kiirtásánál rendszeresen használják az angiothriptort a vérzés csillapítására.

A theoretikusan ideális eszközök alkalmatlanok; azon eszközt, melyet **Doyen** fedezett fel, a németek elrontották, úgy hogy az eszköz teljesen használhatatlan; a **Doyen** eredeti eszköze jó, vele a vérzés csillapítható, de némileg vaskos.

Hozzájárul szőlo előadó tartózkodó felfogásához, melyet az új módszerrel szemben kifejtett, sőt tapasztalatai alapján hangsúlyozza, hogy az operatív beavatkozások még ritkábban szükségesek.

Frigyesi József: A fibromák palliatív kezelésébe vetett rendíthetetlen hitet nagy optimizmusnak tartja; ez talán abból ered, hogy a palliative kezelt betegek közül csak azok maradnak végig egy orvos kezelése alatt, kiknek állapota ezen kezelésre javul, míg a többiek, elvesztvén bizalmukat úgy a kezelés, mint a kezelőorvos iránt, a műtési beavatkozást másra bízzák.

Tóth István: Köszöni **Bársony** és **Doctor** hozzászólását, melyek szintén hozzájárultak a kérdés tisztázásához, s bizonyítják, hogy a kérdés érett volt arra, hogy a magyar orvosok is discussio tárgyává tegyék. Örül annak, hogy szőlo is a conservatív eljárás híve. A fibromák operálását illetőleg **Doctor** még sokkal conservatívabb, mint **Bársony**, a ki azt mondja „nagy fibromák eltávolítására laparotomia való“, míg **Doctor** arra a merev álláspontra helyezkedik, hogy a fibromák egyáltalán nem operálandók. Doktor ezen kijelentésével az egész tudományos világgal áll szemben; ma Európán minden tekintélyes szakorvosa azon állásponton van, hogy a fibroma operálandó, ha az a betegre nézve életveszélyes tüneteket okoz. Mindinkább ismerjük a fibromák malignus degeneratióját, ellágyulását, cystikus elfajulását, s a vérzések, nyomási tünetek nagyon gyakran nem szűnnek meg a klimakteriumban. Ha még a beteg életviszonyai kedvezőek, ha szakorvos nyújthat palliatív segélyt a vérzések ellen, úgy ezek gyakran leküzdhetők, ha nem is mindig; de különösen munkára utalt nőknél, szakorvos segélyétől távol eső betegeknek, de meg általában ott, a hol a palliatív eljárás eredménytelen, a műtétet elkerülni nem lehet, s nem szabad.

Bársony azon kijelentésével, hogy a nagy fibromák felülről operálandók, sem ért előadó teljesen egyet; a német gynaekologusok néhány év előtti vándorgyűlésén a legtekintélyesebb szakemberek hangsúlyozták, hogy az adnextumorok felülről, a fibromák lehetőleg a hüvely felől operálandók; ha így nem sikerül, még mindig át lehet térni a laparotomiára. Meggyőződése, hogy ha **Bársony** megkísérli a vaginalis utat, s alkalma lesz azt gyakrabban kipróbálni, objectiv bírálat után arra az eredményre fog jutni, a mire ők jutottak. **Doctor** helyesen jegyezte meg és tényleg a beteg érdekében is van, hogy adnextumoroknál gyakrabban végzendő az egyszerű punctio, incisio a hüvelyboltozaton át, előadó reflectált is erre, s hogy részletesebben nem foglalkozott vele, oka az, hogy ezen műtési eljárás indicatioja, kivételének módzata kikristályosodott, tehát mint újabb eljárás szóba nem jöhetett. **Tausfer** tanár már 1881-ben assistens korában pungált a hüvelyboltozaton át extrauterin petét, 1881-ben a 2-dik sz. női klinikán a hátsó hüvelyboltozaton át nyitott meg haematokoelet, s ez után vette ki a 6 cm. hosszú magzatot s a pete egyéb részeit. Eppen a haematokoeletnél gyakran végezték a hüvelyboltozat megnyitását az esetek egész sorozatában, a mit előadó 1895-ben az „Orvosi Hetilap“-ban közölt is. De ezen utat minden esetben nem tartja helyesnek; genyedő haematokoeletnél, obsolet folyamatnál jogosult és helyes, de az olyan esetekben, a hol a pete még él, a hol újabb vérzési rohamok vannak, ez eljárás veszedelmes, példa rá az 1-ső női klinikáról nemrég bemutatott eset, a hol az irrigato csővel átfűrt petezsákból oly vérzés indult meg, a mely a közvetlen laparotomia daczára is a betegre végzetes volt. Távol áll tőle, hogy ez esetet személyeskedésből hozza föl. Hasonló esetet ír le **Fehling** is, a hol a rögtön megejtett laparotomia sem mentette meg a beteget az elvérzéstől. Az ilyen esetekben nem helyes a kolpocoeliotomia sem; **Zweifel** idézi a moszkvai congressusból **Dührssen** eseteit, kinek 15 e módon operált betege közül 7 vagy 8 meghalt. Hogy a kolpocoeliotomiánál esetleg sagittalis metszést is lehet csinálni, előadó is említette. Hogy az adnextumorok miatt radikálisan sohasem operáljunk, ezt nem írja alá; kétségtelen, hogy vannak medencebeli gyuladások, a melyek más úton, ma legalább, még nem gyógyíthatók; természetesen ezen esetek nem gyakoriak s ezért előadó sem tarthat azokkal, a kik minden adnexum megbetegedésnél radikálisan operálnak.

Közkórházi Orvostársulat.

(VI. bemutató szakülés 1900. márczius 14-dikén.)

Elnök: Mutschenbacher Béla; titkár: Terray Pál.

Újabb mozgalmak az epilepsia gyógyításának terén.

Donáth Gyula: Előadó kiemeli, hogy az eszméletlenséggel együtt járó görcsöknek tünetcsoportja a legkülönbözőbb kórállapotoknál található. Azért ezeknek elkülönítése mint *hystero-epilepsia*, *tumor-*, *reflex-*, *traumás-epilepsia* a therapia és prophylaxis szempontjából is felette fontos.

Mig az imént említett epilepsiák, kivéve a psychogen eredetű hystero-epilepsiát, mechanikus okokra vezethetők vissza, addig a ragályozás (syphilis) vagy mérgezés (alkoholismus, saturnismus, uraemia) által létrejött epilepsiák chemiai eredetűek. De az uraemiás eklampsiánál fellépő göresös rohamok, mint olyanok, épen oly kevésbé foglalhatnak el külön állást, mint a gyermekeknek avagy terheseeknek ránggörcse, vagy a senilis epilepsia görcsei, vagy végre mint a terjedő hűdéses elmezavar epileptiform rohamai.

Az epilepsia tanának fejlődésében kiváló fontosságú a Jackson-féle epilepsia, e valóságos részleges epilepsia, mely azonnal általánossá válik, azaz általános göresöket és eszméletlenséget idéz elő, ha az inger az egyik agyfél központi tekervényeiről a másikra átugrik.

Egy további fontos képeznek a *physikai aequivalensek*. Az imént felsorolt és kimutatható okokból származó epilepsiákkal szemben áll a *genuin* vagy *idiopathikus* epilepsia, hol néha öröklött, vagy korán szerzett toxikus, illetve infectiosus természetű momentumokat lehet kimutatni. Valószínű, hogy bizonyos mérges anyagcseretermékek váltják ki ilyen fokozott ingerlékenységű agykéregben a göresrohamokat. *Cabbito* tényleg az eskórosok verejtékét, *Krainsky* pedig azoknak vérét állapotokra nézve mérgezésként találta. Az utóbbi a carbaminsavhoz kötött ammoniakban látja az epilepsiás roham toxikus okát. Mint a *genuin* epilepsia boncztanának első nyomait ki kell emelni a különösen *Meynert*, *Laufenauer* és tanítványa, *Hajós* által megismertetett sclerositását az Ammon-szarvznak.

Előadó az epilepsia pathogenesisére nézve különösen érdekesnek tartja a reflex-epilepsiákat. Itt sem mechanikai, sem chemiai, illetőleg toxemiai ingerről nem lehet szó, hanem tisztán ideges ingerről, minő pl. a szemizom insufficientiája által kiváltott epilepsia, mely prisma alkalmazása (*Murphy*) vagy tenotomia által (*Paterson*) teljesen gyógyulhat. Vannak tehát epilepsiák, a hol a veszületett vagy szerzett túlingerlékenysége az agykéregnek az elsődleges, mely csekély ingerekre — milyen talán valamely idegcentrum hyperaemiája — göresrohamot vált ki.

Az epilepsia orvosszerei közül még mindig első helyen áll a bromkalium. Tíz éven aluli gyermekeknek naponta 3—4 grammot, felnőtteknek 5—6 grammot adhatni; 10—12 grammon túl ne menjünk. Nem ajánlatos *Férét* követni, ki naponta 30 grammot is ad. Kellemetlen mellékhatások kikerülése céljából alkalmazzunk belfertőtlenítést, valamint bőrápítást gyakori fürdők, esetleg a bőr bórsavas sprayval való permetezése alakjában, vagy belsőleg arsenit. Hysteroepilepsiánál hatályosabb a külső körülmények megváltoztatása, gyógyintézetben való elhelyezés, psychotherapia, vizgyógykezelés stb.

Fürstner szerint a legszebb győgyeredményeket ott lehet elérni, hol az epilepsia kezelése a gyermekkortól kezdve egészen az ivarérett-ségen túl tart.

Előadó melegen ajánlja a *Laborde*, *Féré* és mások által dicsért *bromstrontiumot*, naponta 3—4 grammot, felszállva 8—10 grammig, melyet akkor is hatályosnak talált, mikor a bromkalium cserben hagyta.

A *Flechsigt*-féle opium-bromkúrát az itt gyakran előforduló opium-mérgezések és szívhűdés okozta halálesetek miatt, melyeket sok szerző jelez, előadó elveti. A hatás ezen kúránál hosszabban tartó bromelhagyás után hirtelen adott magas 7.5—10 grammnyi bromkalium adagoknak tulajdonítható, ezeket azonban opium nélkül is lehet adni.

Sokkal ajánlatosabb a veszélytelen *Bechterew*-féle keverék. (Rp. Inf. adonidis vern. 2.0—3.0 ad 180.0, Kalii bromati 12.0 S. Naponta 4—8 evőkanállal) Az adonis helyett infus. digitalis (0.5—0.8:180.0) is nyújtható. Agyi depressiónál *Bechterew* még 6—12 cgr. codeint ad hozzá. A bromsónak a cardiacumokkal való ezen kombinációját *Bechterew* félbeszakítás nélkül 2—3 évig szedeti, kedvező hatását pedig az agybeli vérkeringés szabályozásának és a diuretikus hatásnak tulajdonítja, miáltal a vérben keringő toxinok kiküszöböltetnek.

Előadó is a *Bechterew*-keveréket több esetben hatályosabbnak találta, mint a tiszta bromkaliumot.

Ujabb vegyi készítmények, melyek a bromkaliumot pótolják, a *bromalin*, a bromnak a hexamethylentetraminnal való vegyülete; kétszer oly nagy adagban kell adni, mint a bromkaliumot és 18-szor olyan drága. Továbbá a *Merck*-gyár által forgalomba hozott *bromipin*, ez sesamola, mely 10% vegyileg kötött bromot tartalmaz. Egy evőkanálnyi megfelelő körülbelül 2.23 gr. bromkaliumnak. Kezdi naponta 2—3 teakanállal és felszállnak 3—4 evőkanálra. Az olajos iz elkerülése céljából langyos tejjel keverik vagy tokoeszkákban adják. Előadó mint kellemes corrigens 100 gr. bromipinre 5 csepp ol. menthae poperitaet ad. Az eddigi közlemények további kísérletezésre buzdítanak. A *status epilepticus* ellen kitűnően használnak az *amylenhydrat-csövrék* (Rp. Amyleni hydr. 5.0, Aqu. dest. 50.0, Mucil. gummi arab. 20.0) Az amylenhydrat itt ép úgy hat, mint a chloralhydrat. Huzamos adagolása a rohammentes időben azonban nem vált be.

A *diatetika* az epilepsziában nagy szerepet játszik, mire az orvosok — sajnos — nincsenek kellő tekintettel. *Sidney Short* 1 1/2 éven át folytatott kórházi észlelet alapján meggyőződött, hogy tisztán a hús táplálkozásnak nagyfokú korlátozása mellett a göresrohamok száma lényegesen ritkul. Természetes, hogy ezen étrendnek kombinációja brommal annál hatásosabb. Hasonló üdvös hatású a tejdiaeta, mely mellett *Wislocki* a fehér sajt, kumys és kefir fogyasztását is megengedi. Ott, a hol a beteg a tejdiaetát nem tűri, *Wislocki* a növénytoplálékot ajánlja. A bromkaliumot pedig mérgező és elmegyengítő hatása miatt csak akkor adja, ha a kizárólagos tejdiaeta kivihetetlen. A teljes alkohol abstinencia mindenféle epilepsiánál magától értendő dolog.

Mindinkább nagyobb tért foglalnak el az epilepsia kezelésében a sebészeti beavatkozások.

A genuin epilepsia ellen ajánlott mindkét oldali átmetszést, részleges vagy teljes resectióját a nyaki sympathicusnak, melyet különösen *Jonnesco* propagál, előadó négy esete alapján, melyeket *Navratil* tanár osztályán *Hülli* dr. által operáltatott, teljesen elveti, miután az operationak a rohamokra semmi befolyása nem volt. Előadó először mutatta ki, hogy a sympathicus resectioja után eleinte beálló vérteltség az illető arcfél bőrének és kötőhártyájának rövid idő múlva újból eltűnik és csak izgalmi állapotok előidézésekor jelentkezik ismét. Csak a könnyű ptosis, a szemrés szűkülete és a myosis maradnak meg állandóan. Ezen operatio után a pupilla azonban fényre, convergentiára, alkalmazkodásra, mydriaticumokra és myoticumokra reagál. Azon remény tehát, hogy az agyvérkeringést a sympathicus resectio által befolyásolni lehetne, ezen physiologiai észleletek által illusoriussá vált. A *trepanatio*ra nézve a legkedvezőbb eredményt nyújtják az eddigi tapasztalatok szerint a traumás eredetű általános, de főleg a traumás Jackson-féle epilepsiák, továbbá agytályogok, valamint álképletek, melyek a motorikus agykéregben vagy e fölött székelnek és könnyen kifejezhetők (pl. tömlők). Traumás epilepsiánál operáljunk, tekintet nélkül arra, vajjon mennyi idő mult el már a sérülés óta. Azonban a legjobb eredményt azon epilepsiáknál érjük el, melyek három évnél tovább még nem állanak fenn. Koponyasérüléseknél egyszerű lékéléssel, a behorpadt részek kiemelésével, a csontszálkák eltávolításával, tömlőknek megnyitásával már beérhetjük. A motorikus kéregrészetnek excisioja *Horsley* nyomán, mely a megbetegedett gócz egész terjedelmében és körülbelül 5 mm.-nyi mélységig végeztetik, csak akkor ajánlatos, ha az első izomgörcsök útján megállapíthatjuk a motorikus agykéregben fekvő kiinduló pontot és ha ezen pont felvételének helyességét villamos ingerléssel ellenőrizzük. E mellett teljesen közömbös, vajjon a megbetegedett kéregrészet már szabad szemmel is kórosnak mutatkozik-e vagy sem? A műtéti eljárást illetőleg *Braun* azt ajánlja, hogy előbb a sérülés helyén kell lékelni, és csak ha e behatás sikertelen, kell a villamos árammal meghatározott központot kielégítő módon kiirtani.

Vajjon a *Kocher*-féle eljárás, mely a léket nem zárja el csontosan, hogy ez által az intracranialis nyomás fokozódása elkerültesse, jobb eredményeket fog-e adni, azt csak további észleletek fogják eldönthetni. *Kocher* ugyanis a durának egyszerű bemetszésében vagy pungálásában látja a lékelésnek gyógyhatását az epilepsiánál; *Navratzky* és *Arndt* azonban lumbalis punctio útján meggyőződtek, hogy a liquor cerebrospinalis nyomása csak a roham beállta után kezd emelkedni; a tetemes agygyulladás fokozódás (600-tól 870 mm. Hg.-re) az epileptikus göresben tehát nem elsődleges, hanem másodlagos.

Előadó azon gyakorlatilag fontos kérdést is tárgyalja, vajjon epilepsiásoknak megengedhető-e a házasság? *Gowers* azt ajánlja, hogy az orvos konkrét esetben ne döntsön, hanem csak figyelmeztesse az illetőket, hogy lépésnek esetleges következményeire. A családban már fennálló epilepsia vagy más súlyos idegbaj nagyot nyom a latban, de főleg meglevő öröklési terheltségnél nagy a lehetőség, hogy a gyermekek némelyike valami neurosisban fog szenvedni. Ellenben nem kell félni traumás epilepsia átöröklésétől.

Előadó melegen szólal fel a hazánkban létesítendő epilepsiások speciális intézete és coloniája érdekében, mely czélra államnak és társadalomnak egymással karöltve kell közreműködnie. Mert ezen a legnagyobb szálamra méltó betegek rohamaikkal a környezetet borzalommal töltik el, súlyos önsérüléseknek vannak kitéve és öntudatzavarukban a legnagyobb fokban közveszélyesek lehetnek. Ehhez járul még, hogy ily egyének maradandóan semmi állásban meg nem türetnek és ha még hozzá szegény családokhoz tartoznak, úgy ezeknek nagy terhére válnak. Végre ily betegeknek szaporodása sem kívánatos a tapasztalat tanítja, hogy ezen betegek egy bizonyos százaléka ily intézetekben lényegesen javul, illetve gyógyul és hogy a nyugalmas, gond nélkülű és észszerű életmód mellett a rohamok mindinkább gyérülnek. Ily intézetekben a fiatal betegek iskolai oktatást nyernek, a felnőttek pedig hasznos ipari és gazdasági munkát végeznek, melylyel a külföld ily intézeteiben (*Rütiberg*, *Wuhlgarten*) 10—50%-át a kiadásoknak fedezik. A mi az epilepsiás gyermekek iskolatogatását illeti, nem czélserű ezeket másokkal együtt járatni, mert az egészséges gyermekek kiképzése is szenved ez által, szellemileg visszamaradottakra pedig psychikai ragályt képeznek; kiképezhető epilepsiás gyermekek külön iskolába, nem kiképezhető idioták pedig — akár eskórosok akár nem — coloniákba valók.

Korényi Sándor: Egyetért előadóknak az epilepsiáról tartott kimerítő referetnájában mondottakkal s hangsúlyozza, hogy az epilepsiának csak egy pharmacologiai terapiája van, s ez a brom alkalmazása. Ujában megkísérelte a *Bechterew* eljárását, s azt találta, mintha az adonis vernalis és codein combinatioja kedvezőbb eredményt adna, mint a közönséges eljárás; tartósabb alkalmazás után azonban az adonis vernalis huzamosabb emésztési zavarokat okoz, másrészt úgy látszik, vannak betegek, kik az adonis vernalist nem jól tűrik.

A *Flechsigt*-eljárást illetőleg: szóló nézete szerint ezen gyógy-móddal egyes esetekben jobb eredményt lehet elérni, mint a brom-therapiával; 9 esetben alkalmazta szóló, két eset kivételével kellemetlen tüneteket nem tapasztalt; az egyik esetben a nagyobb dosis opium után belparesiszerű tartós hasmenés lépett fel, a második esetben a rohamok oly sűrűn léptek fel, hogy az opiumot tovább adagolni nem lehetett a többi hét esetben sikerült a kúrát keresztülvinni; egy privat betegét 4 év óta kezeli: a 26 éves fiatal embernél a jó eredmény 1 1/2 évig tartott, 1 1/2 év múlva a beteg ott volt, a hol a *Flechsigt*-kúra előtt; a II. turnusnál egy évig tartó jó hatást tapasztalt. Más esetei is vannak szólónak, hol a *Flechsigt*-therapia legalább hónapokra terjedőleg jobb eredményt adott.

Miután a *Flechsigt*-therapia nem veszélytelen — eddig 9 haláleset van közölve — és a hatása nem maradandó, 1—2 évig, néha talán csak

hónapokra terjedő, ezért szóló csak ritka esetekben tartja alkalmazandónak, mikor a baj nem régi, nem súlyos, roham sorozatokra hajlam nincs s fiatal egyénről van szó.

Az epilepsia gyógyításában nagy fontosságúnak a bromkészítmények: a bromkali a leghatásosabb, a bromstrontiummal szólnak tapasztalatai nincsenek, a szerves vegyületekben bevitt brom, melyek vízszívó képessége kisebb, jobb hatású.

A brompint 6 esetben adagolta, két esetben jól hatott, bromist must nem okozott, sőt egy esetben a bromkiütés visszafejlődött.

Az epilepsia sebészi gyógyítását illetőleg, tisztán a genuin epilepsiáról szólva, a sympathikus átmettszése után minden vasomotorikus elváltozás visszafejlődik, s így semmi alap sem lévén arra nézve, hogy a sympathikus átmettszése után maradandó változások álljanak be az agy vérrel ellátását illetőleg, ezen operatiók eredménytelenek.

Az epileptikus rohamokat nem lehet az agynyomás növekedésének tulajdonítani, mert akkor az epileptikus betegnek pl. minden köhögéskor, mikor a liquor cerebri nagyobb nyomás alá kerül, rohamot kellene kapnia.

A Kocher eljárásnak theoretikus alapja hiányos, az operatív eljárás eredményét nagyon nehéz megítélni; az epilepsia néha javul, ha az egyén typhust kap, javul, ha lába eltörik, volt idő, mikor felvették, hogy az ovarium, a here kiirtására javult az epilepsia; Ferrini tapasztalása szerint a fej bőrének thermokauterizálása elég volt, hogy bizonyos javulást érjen el.

A trauma okozhat szünetet a rohamokban, de mivel kevés eset áll még hosszú idő óta észlelés alatt, lehetetlen itéletet alkotni; meg kell várni a kérdés további fejlődését, addig is teljesen jogosult a neurologusok és psychiaterek skepsise.

(Folytatása következik.)

Szegedi orvos-egyesület.

(XI. szakülés 1900. január 10-dikén.)

Elnök: Faragó Ödön. Jegyző: Falta Marczel.

Dukesz Márton: „A fogbántalmak és általános betegségek viszonya egymáshoz” czímen értekezik. A fogak az összszerkezettel élet- és kórtanilag összefüggnek. A gyermekek fogzása közvetlen nem okoz betegségeket, csakis helyi elváltozásokat. A bölcsesség fog nagyobb megbetegedést okozhat helyszüke miatt a foghúsból, honnan a baj továbbterjedhet a garatra. A fogak a foghús és viszont a foghús a fogak bántalmait okozhatják.

Graviditás, menstruatio alatt a nyál rendszeren savi hatása miatt gyakoriak a fogbántalmak. Rhachitis, lues, tuberculosus a fogakon változásokat idéznek elő. A fogak fejlődési korszakában a lázas bántalmak soha el nem törölhető nyomokat hagynak vissza. Láznál általában a száj nedvei saviak, innen az étvágytalanság; jó tehát alkalikus folyadékkal vagy 10% konyhasó-oldathoz kevés tinct. jodit adva, 1/4—1/2 óránként öblögetni. A savi hatás a szőlőkúránál is megrontja a fogakat, a diabetesnél a pyorrhoea alveolaris okozza.

A fogak bajai a legkülönbözőbb neuralgiákat okozhatják, így a vállban, karban, sőt intercostalis részben is.

A cariosus fogak bennéke jó talaja a mikroorganismuszoknak.

A felszívódás útján létrejött betegségek közül a leggyakoribbak a periostitis és nyirkmirigybeszűremkedés. Antrum empyemat sokszor okoznak cariosus fogak.

Falta Marczel: A szemfog lobja által okozott tünet dakryocystitissal cserélhető fel, ritkán alsó szemhéji abcessust is idéz elő. Saját gyermekénél újabb fogzaskor mindig hörghurut lépett fel. A fül-fájdalmaknál a molaris fogakat kell figyelemmel kíséreni.

Unghvári Péter: Nem a nyálkahártya, hanem az egész gingiva bántalma okoz eclampsziát. Influenzát fogeltávolítással coupirozni nem lehet.

Goldschmidt György: A nyállelvezető szervek bővebb elválasztása okozza fogzaskor a hörghurrot.

Recz Izó: Egy esetben a felső molaris fog az egész arcfél és palpebrák oedemáját okozta, a mi a kihúzás után, bár már 3 hónap telt el, mai napig is fennáll.

Kovács József: A terhességnél nem annyira a savi hatás, mint a méhszók elvonása a foetus részére okozza a fogbántalmakat, hisz osteomalaciát is kaphatnak ez okból a nők.

Regdon Károly: Szerinte a bélhurut és fogzás közt ideges összefüggés van.

Dukesz Márton: A nyálkahártya csak összefogalom. Az influenzáról nem mondta, hogy a fog idézheti azt elő, ámbár az összes kizárva: a mikroorganismuszok a fogon át, illetőleg a gingiva útján juthatnak be.

(XII. szakülés 1900. február 14-én.)

Elnök: Faragó Ödön. Jegyző: Falta Marczel.

Falta Marczel: Bemutat egy gyógyult irispilapsust, mely jó meggyagnyi volt, mint azt kartársak látták; két hét alatt az ő gyógyító eljárására teljes lapos hegedés éretett el.

Bemutat továbbá egy beteget, kinél trachoma miatt a felső átmeneti redőt kimetszette. Oly eseteket műtesz, melyek makaesul ellentállanak a gyógyszeres kezelésnek. Ez esetben is két év óta újabb

és újabb recidiva lépett fel, míg utóbb a pannus mellett egy nagy ulcus is fejlődött. A műtét után úgy a pannus, mint az ulcus gyógyult. A műtétet varratokkal fejezi be, melyeket, hogy a corneát ne sértsék, bemutató egy következő alkalommal megírandó saját módszere szerint helyez el.

Kovács József: A szt. Rókus-kórház szemészeti osztályán már 20 évvel ezelőtt metszettek ki a sarcomatosusan megvastagodott conjunctivából Cooper-ollóval, de eredmény nélkül.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

4129/1900.

Sopron vármegye soproni járásában Német-Keresztúr (székhely) és Küllő községekből álló és 1000 korona évi fizetéssel javadalmazott német-keresztúri körorvosi állásra ezzel pályázatot nyitok.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képesítést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám ez évi április hó 18-dikéig annyival inkább benyújtsák, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választás f. évi április hó 19-dikén délelőtt 9 órakor fog Német-Keresztúrott a jegyzői irodában megtartatni.

Sopron, 1900. évi márczius hó 16-dikán.

2-1

Molnár István, főszolgabíró.

1960/1900.

Körmöcz szab. kir. és főbányaváros tanácsa részéről közhírré tétetik, miként a város tulajdonát képező s stubnyai gyógyfürdőben a fürdőorvosi állomás egyelőre ideiglenesen három évadra betöltendő.

Ezen állomással 1000 korona s utólagos havi részletekben folyósítandó évi fizetés, továbbá a fürdőhelyen, melyben a megválasztandó fürdőorvos minden év május havá 1-jétől szeptember havá végéig, esetleg a város kívánatára, a nélkül, hogy ezért a fürdőorvos bármilyen külön járandóság megilletné, állandóan lakni tartozik, két butorozott szobából álló lakás élvezete van összekötve.

Pályázóktól megkívántatik, hogy Magyarországhban érvényes orvostudori oklevéllel bírjanak, a fürdősmében és fürdőgyógyászatban jártasak legyenek s a magyar és német nyelvet szóval és írásban teljesen bírják.

Azon pályázók, kik mint fürdőorvosok már működtek és a fürdőt irodalmilag is ismertetni hajlandók, előnyben részesülnek.

A megválasztott fürdőorvos magát a városi tisztviselők és nevezetesen a városi fürdőorvosokra vonatkozó városi szabályzati határozományoknak alávetni tartozik.

A kellően felszerelt és pályázók eddigi alkalmaztatását és nyelvismeretét is kintűntető folyamodványok f. é. április hó 25-dikéig Körmöcz szab. kir. és főbányaváros tanácsánál benyújthatók.

Körmöcz bányá, 1900. évi április hó 2-dikán.

1-1

Chabada József, polgármester.

1653/1900.

P-Földvár községben rendszeresített s elhalalozás folytán megüresedett községi orvosi állásra pályázatot nyitok. Javadalmazás: 1200 korona és lakbérre 200 korona évenként; látogatási díjak az orvos lakásán nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér, a beteg lakásán a belterületen nappal 60 fillér, éjjel 1 kor. 20 fillér, a külterületen nappal 1 kor., éjjel 2 kor. és a fuvar.

A pályázati kérvények oklevéllel s az eddigi alkalmazást igazoló bizonyítványokkal felszerelve f. é. április hó 29-dikéig hozzám annál inkább beadandók, mert a később beadott kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A községben gyógyszerár nincs, ez okból a megválasztandó orvos kézi gyógyszerár tartását a 98,802/94. sz. minisleri rendelet értelmében folyamodni köteles.

Oroszháza, 1900. évi április hó 3-dikán.

1-1

Ambrus Sándor, főszolgabíró.

2230/1900.

Biharmegye derecskei járásában levő hajdu-bagosí közegészségi körben, mely körhöz Hajdu-Bagos és Sáránd községek tartoznak, összesen 3204 lélekkel, a körorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére pályázatot hirdettünk s a választás megtartására határidőül f. é. május hó 4-dik napjának délelőtti 10 órája Hajdu-Bagos községbe, mint a kör székhelyére, kitétetik.

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 halottkémlesi teendők teljesítéséért esetenként 80 fillér; látogatási díjak pedig nappal 80 fillér, éjjel 1 kor. 60 fillér, vénnyírás az orvos lakásán 40 fillér.

3. Sáránd községben — hova a körorvos a község által kiállítandó előfogaton hetenként 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 előirt képességüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket előírtokhoz f. é. május hó 3-dikéig annyival inkább adják be, mert a később érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Derecske, 1900. évi április hó 2-dikán.

3-1

Fráter Barnabás, főszolgabíró.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

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: **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 Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: **SZÉKELY ÁGOSTON** EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Schiff Ernő: Közlemény Konrad Márk dr. kir. tanácsos, a nagyváradi m. kir. bábaképezde igazgató tanárának szülészeti kórodájáról. Újabb adatok az újszülöttek haematológiájához. 224. l.

Rottenbiller Ödön: Adatok a gaultheria-olaj hatásához 112 eset kapcsán. 226. l.

Polyák Lajos: Közlemény a székesfővárosi szülészeti kórházról. Az orrkagyló-hypertrophiák gyógykezelése. 227. l.

Deutsch Ernő: A koraszülöttek helyzete a szülészeti klinikákon. 228. l.

Tárcza. Löw Sámuel. Az orvosi titoktartás élethiztosítási szempontból. 231. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Abonyi József: A fogászat haladása 1899-ben. 232. l. — Könyvismertetés. Edouard Glaize: La grossesse extra-utérine. 233. l. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Celli: A malaría ellen való immunitás. (Tempe Ferencz.) — Gyógyszertan. Újabb gyógyszerek. Troll-dénier: Acóin. (Kerntler Jenő.) — Bromidia. (Kerntler Jenő.) — Belgyógyászat. Albu: Plasmon. (Kövesi.) — Roth: A pepsinválasztás gyomor-bántalmaknál. (Kövesi.) — Moraczewski: Az anyagcsere tudólobnál s a sóknak

befolyása. (Kövesi.) — Rosin és Jelinc: Az emberi vér festőképességéről és vastartalmáról. (Kövesi.) — Schultze: A gerincevelőburkok ágaganatának körjelzése és sebroszi kezelése. (—ts.) — Sebészet. Ludloff: További adalékok a prolapsus recti pathogenesiséhez és terápiájához. (Picker Rezső.) — Dührssen: A feregnyújtványnak a női medencebeli szervekkel egyidejű megbetegedése. (Pólya Ernő.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Thernophor compress. — Golibow: Asthma bronchiale gyógyítása. 234—236.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Congressus a gümőkór elleni védelemre. — Az orvosi elektrologia és radiologia nemzetközi congressusa. — Felhívás. — Figyelmeztetés. — Kinevezés. — Högyes tanár Pasteur-intézete. — A budapesti Császárfürdő. — Megjelent. — Elhunyt. — Szövegjavítás. — Szt. Lukács-fürdő. — Herezel dr. — Sarbó Arthur dr. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet. Réczey Imre: A budapesti k. m. t. egyetemi 2. sz. sebészeti klinikum betegforgalma az 1898. évben.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Újabb adatok az újszülöttek haematológiájához.¹

II. közlemény.

A vér fajsúlya az első tíz életnap folyamán.

Közi: Schiff Ernő dr. gyermekorvos Nagyváradon.

Az újszülött vére összetétele tekintetében az önálló életműködések megindulával az első életnapok folyamán bizonyos átalakulásokon megy keresztül, a mely átalakulások összessége adja meg az újszülött vérének azt a sajátosság jelleget, a mely azt a későbbi tulajdonképeni cseesemővértől megkülönbözteti. Ilyen átalakulás megy végbe a vér alakelemeinek számában és azok haemoglobintartalmában — a mint azt idevonatkozó közleményeimben² már régebben kimutattam, nyilvánul továbbá a vérnek vegyhatásában, a mint azt néhány idevágó vizsgálata alapján Berend³ találta, de nyilvánul az újszülött vérének másnemű alkotórészei tekintetében is, a mint azt újabb s egyelőre még folyamatban levő vizsgálataim mutatják.

Ha gyakorlati szempontból talán nem is bir különös érdeklődéssel ezen átalakulások sorozatába való részletes betekintés, tudományos szempontból az mégis kétségtelenül kívánatos és épen az az érdeklődés, mely engem az újszülöttek haematológiájához köt, késztetett arra, hogy az újszülöttek vérének összetételét az egyes

¹ A Magy. Tud. Akadémia III. osztályának 1900. márczius 19-dikén tartott ülésén bemutatta Fodor József r. tag.

² Mathem. és term. tudományi értesítő VIII. 104. lap és „Újabb adatok az újszülöttek haematológiájához különös tekintettel a köldökzsinór lekötési idejére.” Akadémiai értekezések XXII. 2. szám 1892.

³ Berend. A vérlégesség-meghatározás egy újabb módja stb. Magyar orvosi archívum 1896. 113. lap.

sajátosságokat illetőleg bizonyos megfelelő sorrendben további rendszeres kutatás tárgyává tegyem, mely sorrendben először, mint immár befejezett vizsgálati sorozattal, az újszülöttek vérének fajsúlyával kívánok jelen munkámban foglalkozni.

Ama számos közlemény dacára, mely a vér fajsúlyára vonatkozólag az irodalomban általában megjelent, az újszülöttek vérének fajsúlyára nézve mindössze két adat található. Az egyik Lloyd Jonestól¹ származik, a ki a vérnek különböző életkorban mutatózó fajsúlyát tanulmányozván, az első 14 életnapon belül összesen 8 meghatározást végzett; a másik adat Montitól² származik, a ki közleményében csak általánosságban „újszülöttről” szól, de azt nem tünteti fel, hogy egy vagy több esetből nyerte-e átlagos adatát. Semmiképen sincs azonban szó az egész irodalomban az első életnapok folyamán rendszeresen végzett vizsgálatokról. Nekem épen az lévén ezélem, hogy a vérnek ez irányban mutatózó átalakulásának menetébe is részletes betekintést nyerhessek, a vér fajsúlyát nagyszámú újszülöttnél rendszeres vizsgálat tárgyává tettem, nevezetesen minden egyes újszülöttnél az első naptól, több újszülöttnél a megszületés pillanatától kezdve a 10—12-dik életnapig naponta kétszer — reggel 6 és 8 és este 6 és 8 óra között — határozottam meg a vér fajsúlyát, még pedig lehetőleg ugyanazon körülmények közt, t. i. fűrésztés és szoptatás után, mi mellett pontos feljegyzéseket végeztem az első tápfelvétel időpontjára, a testsúlyra és hőmérsékre nézve, továbbá a naponkénti székletének számára és minőségére nézve, általában minden olyan körülményt illetőleg, melytől a vér fajsúlyára nézve bizonyos befolyást tételezhettem fel. Tekintettel voltam a köldökzsinór lekötési idejére, a testi fejlettségre, a nemre, valamint arra, hogy az újszülött először vagy többször szülőtől származik-e stb. Külön csoportosítottam azon eseteket, a melyeknél a vizsgálat folyamán kisebb vagy nagyobb fokú icterus lépett fel, annál is inkább,

¹ Lloyd Jones. On the variations in the specific gravity of the blood stb. Journal of Physiology VIII. 4. lap.

² Monti. Über Veränderungen der Blutdichte bei Kindern. Archiv f. Kinderheilkunde Bd. XVIII. 164. lap.

miután az icterus neonatorum lényege — a mint azt idevonatkozó közleményeim¹ bizonyítják — már régebben képezi vizsgáldószám tárgyát. Az esetek egy tekintélyes számában — 20 esetben 259 egyes meghatározással — a vér fajsúlyának vizsgálatát egyidejűleg végzett haemoglobinn meghatározásokkal, néhány esetben — 63 egyes vizsgálattal — a vér alakelemeinek számlálásával is egybekapcsoltam, hogy így betekintést nyerhessek ama még mindig vitás kérdésbe, mennyiben függ össze normalis körülmények között a vér fajsúlya a vörös vértestecskék számával, illetőleg azok haemoglobintartalmával. Az összes általam vizsgált esetek száma 58, 834 egyes vizsgálattal; ezek közül 33 eset — 509 egyes meghatározással — a vér fajsúlyának physiologikus magatartását illetőleg lett felhasználva; 17 eset icterus fellépés miatt külön lesz méltatva, hasonlóképen külön választottam azon 8 esetet, melyeknél bizonyos kóros mozzanatok léptek fel.

Ha talán a végzett vizsgálatok nagy száma a tárgy iránt kevésbé érdeklődő előtt nem látszik arányban állani a kérdés látszólag csekély fontosságával, úgy kénytelen vagyok ismételt hangsúlyozni azt, a mit egy másik munkám bevezetésében már kiemeltem, hogy t. i., miután az individualis eltérések folytán a physiologiai működésekre nézve lehetetlen egy olyan általános érvényű szabályt felállítani, a mely minden egyes esetre szorosan alkalmazható legyen, kénytelenek vagyunk egy és ugyanazon folyamatot számos individuumon megfigyelni, mert csak így lesz lehetséges az összes megfigyelések átlagos eredményéből egy oly általános jellegű szabályt felállítani, mely megközelítőleg mégis az egyes esetekre is alkalmazható. Különösen fontosnak tartom ezt az irányelvet akkor, midőn a vér physiologiájáról van szó, a hol a vizsgálati eljárásához fűződő kísérleti hiba minimalis volta mellett is a vizsgálat által nyert adatok lényegesen eltérhetnek a valódi értéktől egyszerűen azért, mert az in vivo folytonosságban végzett kísérletekhez lehetetlen — különösen újszülötteknél — egyszerre nagyobb mennyiségű vért felhasználni a nélkül, hogy ez által egyszersmind a normalis állapot is meg ne zavartassék, már pedig csekély mennyiségű vérről dolgozván, a nagyobb vérmennyiségre átszámított végeredményben még kiscsökű kísérleti hiba mellett is a valódi értéktől való eltérés tetemesen fog sokszorozódni. Éppen ezen utóbbi körülmény jelzi azonban azt is, hogy igyekeznünk kell a kísérleti módszerben fekvő hibát minél kisebb mértékre redukálni, vagyis a vizsgálatok megejtéséhez a különböző módszerek közül azt kell választanunk, mely ha talán körülményesebb is, de a lehető legpontosabb. Részemről e kivánalomnak is megfelelni óhajtván, a vér fajsúlyának meghatározására a legpontosabb, t. i. a piknometrikus módszereket választottam.

Nem tartom e helyen feladatommak, hogy a vér fajsúlyának meghatározására szolgáló összes módszerek részletes ismertetésébe becsatlakozzam, csak röviden kívánom megjegyezni, hogy az ide vonatkozó módszerek nagyban és egészben két csoportra t. i. az indirect és a direct meghatározási módokra oszlanak. Az indirect módszer lényege az, hogy két különböző fajsúlyú folyadék, melyek sem egyenként, sem elegyítve a vér összetételét nagyjában nem alterálják, oly arányban lesz egymással vegyítve, hogy ezen keverék egyenlő fajsúlyú legyen a kérdéses vér fajsúlyával. Egyenlő lesz pedig akkor, ha az eme folyadékkeverékbe esőpöntött véresepp éppen a keveréktömeg közepén úszik. A folyadékkeveréknek araometrikus úton meghatározott fajsúlya fogja egyúttal jelezni a vér fajsúlyát is. Az egyes indirect módszerek lényegileg csak abban különböznek egymástól, hogy ama bizonyos folyadékkeveréket más-más anyagokból állítják elő. Roy pl. glicerinből és vízből állított elő 1035—1068-ig terjedő fajsúlyú keverékeket; ezekből egyes kémcsövekbe bizonyos mennyiséget öntve, mindegyikbe egy-egy esőpöntött vért cseppentett, a midőn az a keverék adta meg a kérdéses vér fajsúlyát, melyben a véresepp suspendálva maradt.

Fano különböző töménységű gummi arabicum-oldatot tartott készen s ezeket a megfelelő mértékben addig elegyítette, a míg a keverékbe juttatott egy csep vért ugyancsak suspendálva maradt, a midőn természetesen a keveréknek araometrikus úton meghatározott fajsúlya jelezte egyúttal a kérdéses vér fajsúlyát is.

¹ „Adatok az újszülöttek sárgaságának haematológiájához“, Magy. orvosok XXV. vándorgyűlésének munkálatai 277. lap és „Adatok az újszülöttek sárgaságának tanához“, Orvosi hetilap 1893. 29—34. szám.

Ugyanezen elveken alapszik a Haycraft és Hammerschlag módszer is, csak hogy míg az első benzoylchloridot és toluolt, addig a második benzolt és chloroformot használ a keverék előállítására. A direct módszer a piknometernél történő meghatározásban áll, még pedig mivel, mint már említettem, az in vivo végzett kísérletnél lehetőleg kis mennyiségű vérről dolgozunk, azért az ú. n. capillar piknometert használjuk. Készítünk ugyanis körülbelül 10 cm. hosszú és 1 mm. átmérőjű, két végén kissé kihúzott capillariskokat. Egy ilyen capillaris esővet destillált vízzel, majd absolut alkohollal, végre aetherrel alaposan kimosva és kiszáritva pontosan lemérünk (egy legalább is $\frac{1}{10}$ milligr. érzékenységgel mérleg) vagyis meghatározzuk absolut súlyát, majd megtöltjük eme capillaris-esővet kétszer destillált vízzel, s gondoskodva arról, hogy egyrészt a capillaris eső teljesen telve legyen, s másrészt, hogy külső felületéhez a legminimalisabb nedvesség se tapadjon, újból pontosan lemérjük, a midőn tehát megtudjuk a capillaris eső által befogadható destillált víz súlyát. Ha most ugyanezen capillaris esővet teljes kiszáritás után a kérdéses vérről megtöltjük s meghatározzuk annak súlyát, úgy a capillaris eső által befogadható destillált víz és vér sulya közötti arányszám fogja adni a kérdéses vér fajsúlyát.

Eme kétféle, t. i. indirect és direct módszert általában úgy állítják egymással szembe, hogy az utóbbi pontosabb, de körülményesebb, tehát több időt igénylő, míg az előbbi kevésbé körülményes lévén, a gyakorlati igényeknek inkább felel meg.

Hogy pontoság tekintetében a piknometrikus módszer tényleg felette áll az araometrikus módszernek, az kétségtelen.¹ Az utóbbi említett módszer használatánál ugyanis felmerülnek a következő kérdések: hogy midőn a kérdéses két különféle s különböző fajsúlyú folyadékot részletekben egymáshoz öntjük, tökéletes mérvben elegyednek-e azok; továbbá, hogy a vizsgálatához használt folyadékok tényleg teljesen közömbösek-e a véresepp összetételére nézve? (Igy pl. a Hammerschlag-féle módszerrel rövidebb-hosszabb ideig tartó állás után a véresepp tejszerűen megzavarodik, a mi arra mutat, hogy a folyadékkeverék éppen nem közömbös a véresepp összetételére.) Kérdés továbbá, nem bír-e befolyással a helyzetre, melyet a véresepp a folyadékban elfoglal, annak mérete; mert az pl. bárki által megfigyelhető, hogy a Hammerschlag-féle eljárásnál ugyanazon fajsúlyú folyadékkeverékbe közvetlen egymásután több különböző nagyságú véreseppet juttatva, a különböző méretű véresepp nem helyezkednek el egy nibeuban. Kérdés továbbá valamennyi araometrikus módszerrel, hogy pontos-e az araometer, megfelelő hőmérsék mellett lesznek-e a meghatározások keresztül víve — a mint azt Eijkmann² helyesen megjegyzi —, avagy redukálva lesznek-e a vizsgálat által nyert értékek a megfelelő hőmérsékre.

A capillarpiknometernél történő meghatározásnál ezek a sokoldalú aggályok elesnek. A legfontosabb kellék egy pontos és legalább $\frac{1}{10}$ mgm. érzékenységgel mérleg, melynek minden egyes mérés előtt pontosan be kell állítva lenni, továbbá következetes pedanteria a meghatározás véghezvitelében; ámde ha mindkét kellék megvan, úgy a meghatározás matematikai pontossággal

¹ Ezt elismerik többek között azok a szerzők is, a kik különböző okokból az araometrikus módszerrel éltek. Igy Siegl (Wiener klin. Wochenschr. 1891. 33. sz., 606. l.): „Somit ist unleugbar eine Methode gewonnen, welche auf das Zugeständniss der äussersten Exactheit Anspruch machen kann etc.“ Limbeck (Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes. 1896. 44. l.): „Ein peinlich sauberes Arbeiten vorausgesetzt, ist diese die beste der mit kleinen Blutmengen arbeitenden Methoden.“ Peiper (Centrl. f. klin. Medicin 1891. 12. sz., 220. l.): „Die erzielten Resultate sind betreffs ihrer Genauigkeit absolut zuverlässig.“ Traugott (citálva Lyonnet művében, 27. l.): „la méthode piknometrique doit être employée toutes les fois, que l'on veut des résultats très exacts.“ Monti (Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen 1899. 571. l.): „Die exacteste Methode zur Bestimmung des specif. Gewichtes d. Blutes ist diejenige mit dem Capillarpiknometer nach Schmaltz.“ Lyonnet (De la densité du sang. Paris 1892. 56. l.): „Ce que j'ai cherché, je le répète, ce n'est pas à avoir des densités mathématiquement exactes, j'aurais alors employé la méthode des pesées.“ Felsenthal és Bernhard (Zur Kenntniss d. specif. Blutgewichtes kranker Kinder. Archiv f. Kinderheilk. XVII. k., 334. l.): „... die direkte Bestimmung im Capillarpiknometer gibt zwar, wie wir uns überzeugten, bei fehlerloser Ausführung die genauesten Resultate, sie beansprucht aber viel Zeit.“

² C. Eijkmann. Blutuntersuchungen in den Tropen. Virchow's Archiv. 130. k., 201. l.

történik. Részemről csak egy hibaforrást tételezhetek fel, ha t. i. a capillarpiknometert két végén képződő meniscus vagy egyáltalában nem vétetik figyelembe, vagy minden egyes meghatározásnál változó. Mintán azonban a capillaris két végén kissé ki van húzva, vagyis az átmérők e helyen némileg szűkültek, így csak igen csekély meniscus képződhetik; kellő óvatossággal azonban ezt is el lehet tüntetni, a mint azt *Schmaltz*¹ ellenében a leghelyesebbnek is tartom.

(Vége következik.)

Adatok a gaultheria-olaj hatásához 112 eset kapcsán.

Közli: *Rottenbiller Ödön* dr. operateur, tencsén-teplíci uradalmi fürdőorvos.

Talán alig van betegség, melynek tisztázásához modern — kóroktani ismereteink — annyira hozzájárultak volna, mint a hogy ezt épen az ízületi csúsz, illetve az idült és sokizületi csúsz kórképéről elmondhatjuk. S mégis, bár a modern belgyógyászok mindegyike manapság a *rheumás* jelzöt tulajdonképen csak oly esetekben használja, midőn a meghülés, mint oki tényező a betegség *keletkezésénél* már lényeges szerepet látszik játszani;² mégis mondom a *rheumás* jelző még erősen dominál a mindenesetre helyesebb s tudásunk mai állásának sokkal megfelelőbb *arthritis* vagy *polyarthritis infectiosa* elnevezések helyett.

Nem lehet ezúttal e helyütt a heveny és az ú. n. idült sokizületi gyulladás fertőző természetéről vitatkozni. De nem hallgathatjuk el e helyütt *Kéty* tanár³ álláspontját e kérdésben, ki ezen irányban nyilatkozik. A *rheumás* jelzővel illethető bántalmak nagy csoportjából — úgy mond — a sok izületi csúsz már is kivételt képez, a mennyiben az eddigi vizsgálatok és kórodai észleletek közel valószínűséggel fertőző természetére engednek következtetni. *Hochhalt* tanár⁴ is heveny fertőző betegségnek mondja a *polyarthritis acuta*-t, hiszen e mellett szól rohamos fellépte, lázas, cycikus lefolyása más komplikáló lóbfolyamatok (peri- és endocarditis stb.) hozzászövődése, helybelileg pedig az izületben, az izületekben savós ömlenyek képződése, mely utóbbiak rövidebb-hosszabb idő alatt teljesen visszafejlődnek a nélkül, hogy az izületekben mélyebb szöveti elváltozásokat hagynának vissza.

Hochhalt szerint⁵ az idült izületi csúsz elnevezése helytelen, miután az acut, heveny alakkal lényegileg semmi közösségben nincsen. Legfeljebb azon aetiologikus szempontból van köztük némi rokonság, hogy a már egyszer acut ló útján megtámadott izület alkalmas talajul szolgálhat az izületi bolyhok képződésére, más szóval a kötőszövetnek, a porc- és csontszövetnek metaplasziája: *synovitis serosa*, *synovitis hyperplastica* képében.

A megkülönböztetés nehézségét igen jól jellemzi *Purjesz*,⁶ ki midőn is a torzító, éktelenítő, csomós izületlobot elkülönítendőnek tartja az idült *polyarthritis*től: egyben megjegyzi, hogy a különböző természetű, különböző lényegű és eredetű betegségek látszólag ugyanazon kórképet okozván, azonos bántalom benyomását teszik.

Szükségesnek tartottuk ezeket előrebocsátani nemesak azért, mert a fennebbiekre később is vonatkozni fogunk, hanem, hogy megemlíthessük már e helyt is, hogy a bántalom aetiologiját illetően annak *fertőzés általi létrejötte* mellett óhajtunk — szerény tapasztalataink értelmében — állást foglalni, meg azután, hogy legalább néhány vonásban vázolhassuk azokat a teendőket, melyekkel e sokat megvitatott kérdéseket tisztázhatni véljük.

Hogy a bacteriologiának a bántalom felderítésében kiváló szerep jut: kétségtelen.

A prágai egyetemen e tárgyban most folynak nagyobb szabású s eredményeikben igen érdekesnek ígérkező kísérletek.

Az a körülmény, hogy embereknél serum-injectiók után

¹ *Schmaltz R.* Die Untersuchung des specif. Gewichtes d. menschlichen Blutes. Deutsches Archiv f. klin. Med. 47. k., 149. l.

² A belgyógyászat kézikönyve, szerkesztik *Bókay Árpád* dr. *Kéty Károly* dr., *Korányi Frigyes* dr. I. k. 562. és 563. oldal.

³ Ugyanott II. k.

⁴ Ugyanott II. k. 438—439. o.

⁵ *Bókay, Kéty, Korányi*: A belgyógyászat kézikönyve, II. k. 439. o.

⁶ *Purjesz*: A belgyógyászat tankönyve, II. kiadás 1889, II. k. 558. o.

— a bacteriumok activ szerepe nélkül is — kifejlődhetnek izületi gyulladások, ez a tény a sectioknál oly gyakori negativ bacterium leletekkel (a *synovialis* és magában a savós gyülemekben), arra engednek máris következtetni, hogy talán végeredményben nem is annyira a bacteriumnak van itt oly nagy szerepe, mint inkább toxikus hatóanyagaiknak. Vegyileg közömbös hatású anyagokkal kellene lehetőleg *polyarthritis*eket létesítenünk s itt az izületek finomabb beidegzését tanulmányoznunk.

A vér chemiája, s főleg a különféle mitigált pyogen coccusoknak véralvadást előidéző sajátága sem utolsó kérdés! A vérnek véralvasztó fermentekben való látszólagos bősége, a sokizületi fertőző megbetegedéseknél egyrészt, másrészt meg a *pyaemia* és *rheumatismus* közötti csak nemrég elhangzott rokonság megállapítása még akkor is sikeresen tisztázza majd a kérdést, ha nem is fogna sikerülni addig különleges fertőző csíráját fel-lelnünk.

A kóroktanban egyébként az öröklékenység,¹ de a betegségnek talajviszonyokkal, talajvízzel való összefüggése is pontosabb kutatásokat igényel, tekintettel a mindinkább ismétlődő tömeges és egy helyütt fellépő megbetegedési esetekre.² A betegség oki összefüggésben látszik lenni bizonyos időszakokkal, s kivált az életkorral, melynek tanulmányozása annyival is inkább érdekes, mert egy városban két klinika különböző és eltérő adatokat talált. Így pl. a *Korányi*-klinika egy összeállítás a 15—25. életév között találta a legtöbb megbetegedést, míg a *Kéty* klinika adatai szerint a 25—30. évek között a leggyakoribb ugyanezen megbetegedés.³

Ugyancsak érdekes és sok tekintetben egyáltalában kihasználatlan a *therapia* kérdése.

Nem kívánunk arra kiterjeszkedni, hogy a *salicyl* és *salicyl*-savas készítmények megjelenése minden egyéb gyógyító eljárást, sőt mondhatnánk *balneotherapeutikus* beavatkozást is háttérbe szorított, főleg az ú. n. heveny izületi csúsz eseteiben; csak azt óhajtánánk külön megemlíteni, hogy ma még a *salicyl* úgynevezett specifikus hatása is tisztán tapasztalati tény, a nélkül, hogy ezt a hatást okadatolnánk, élettani és gyógyszertani szempontból, érthetően, világosan kimagyarázni tudnók.

A *salicylsav*nak gyógyszerkincsünkben való szereplése óta ismételtelen és sokszor megkísérlették hatásának magyarázatát. De csak magyarázat maradt az mindig. Állítólagos antiseptikus tulajdonságaiból kiindulva, folytonos újabb és újabb *salicyl*-mennyiségeknek a szervezetbe való felszívódásával akarták bacteriumölő képességét s egyúttal hatását is megfejteni. Pedig tudjuk, hogy *glycocollal* párosulva *salicyl*-sav alakjában teljesen elimináltatik a szervezetből, mint ezt már *Bertagnini* kimutatta. Antiseptikus tulajdonságai mellett — melylyel egyébként a *salicylsav* natrium alig is bír — antipyreitikus, fájdalomcsillapító és vasomotorikus hatásokkal is felruházták. Pontos chemiai, kórvegytani ismereteink nem sokból állanak.

Mazzot a natrium *salicylicum* adagolása nélkül azt tapasztalta, hogy a vizeletmennyiség csökken, de a húgysav 24 óra alatt (másfél grammal) megszorodik. A gyógyszer adagolása leszállította a húgysav mennyiségét, a vizelet pedig megszorodott. *Mazzot* közleményei után *Lecorché* és *Talamon* tanulmányozni kezdték a natrium *salicylicum* hatását a phosphorsavra és a húgysavra: kapcsolatban a vizelet mennyiségével. 10 eset kapcsán (melyek közül egy láztalan lefolyású volt) azt találták, hogy 1. a gyógyszer teljes hatásakor az 1. időszakban a vizelet megsötétült és súlyban gyarapodott; majd 2. a vizelet savanyú vegyhatású maradt (24 órai állás után egyszer-másszor alkalikusá lőn); 3. a vizeletmennyiség és a húgysav megszorodnak, már az első 24 órán belül, de néha csak 2—3 nap után. 4. A szaporodást csakhamar csökkenés követi, mely csökkenés a normalis mennyiség alá is sülyedhet. Acut esetekben a szaporodás tovább tart, mint a csökkenés. A húgysav szaporodásával arányos a phosphorsav megszorodása is. A két folyamat időbelileg összeesik. *Maragliano* nagy adagok (5 gm.) után sem látta a vérvnyomás

¹ V. ö. alább s azután „rösumé” 2. pont.

² V. ö. *Bókay, Kéty, Korányi*: A belgyógyászat kézikönyve I. k. 572—573. o. és *Eichhorst*, Handbuch d. speciellen Pathologie u. Therapie III. kiadás, IV. k. 278—279. o.

³ *Bókay, Kéty, Korányi*: A belgyógyászat kézikönyve I. k. 573. o.

csökkenését. A systole alatt a sphygmograph emelkedést jelzett, a katarot emelkedések accentuáltak, a maximumot 2—3 óra után érik el, hogy azután 4 óra múltán a rendszerre szálljanak alá. Még kis adagok is befolyásolják, azaz emelik a vérnyomást. A pulsus a bevétel után kissé alászáll. *Oltramare* szerint a capillaris edények localis tágulását megszünteti.

Közlemény a székesfővárosi szt. János-kórházból.

Az orrkagyló-hypertrophiák gyógykezelése.¹

Polyák Lajos dr. főorvostól.

(Folytatás.)

A galvanocaustikus gyógmód ki nem elégitő volta és az izzó drót alkalmazásával járó hátrányok már a nyolczvanas évek elején arra birták szakmánk egyes úttörő férfait, hogy ezek helyett kielégítőbb és a sebészi fogalmaknak megfelelőbb eljárásokat keressenek. Az aggályok, melyeket a véres sebészi beavatkozások ellen több oldalról hangoztattak, főleg a nagyobb vérzéstől és sebfertőzéstől való félelem voltak. Főleg az előbbi körülmény magyarázza meg azt, hogy még akkor is, a mikor az orrsövény difformitások elhárítására már tiszta sebészi eljárások, a fűrés és véső voltak napirenden, az orrkagylóhoz oly félve nyúltak hozzá. A hátsó kagylóvégek szederalakú hypertrophiái voltak azok, melyeknek eltávolítása legelőbb került napirendre és itt a túlnyomó többség még a galvanocaustikus kacs mellett foglalt állást, mert ez után a vérzéstől kevésbé kellett tartani. A hideg kacs alkalmazása mellett *Zarniko* szólalt fel első sorban, erősen hangsúlyozva ennek előnyeit, ellenőrizhetőségét, az égési reactio hiányát stb. Ettől fogva válik kiterjedtebbé a hideg kacs alkalmazása nemcsak a kagylóvégeken, hanem a kagylón egyebütt kacsba fogható hypertrophiák eltávolításánál is és főleg a modern sinustherapia felvirágzása a kilenczvenes években adta meg itt is a beavatkozásnak helyes irányát. A homloküreget, rostacsont és ikacsontüreg genyedéseinek diagnosztikája és sikeres kezelése első feltételül tüzte ki a középső kagyló eltávolítását és innen csak egy lépés kellett ahhoz, hogy az alsó kagyló hypertrophiáit is a sebészet elvei szerint kezeljük.

Az első ilyen közlést a német természettudósok és orvosok 67-dik ülésének tárgyalásai közt találtam. *Winckler*¹ az alsó kagyló és sövény közt előforduló lapszerű synechiák esetén a kagyló partialis eltávolítását ajánlja; de részleges vagy teljes eltávolítást végez ollóval vagy késsel olyankor is, ha a caustika útján nem bírta az orreldugulást kellőleg elhárítani. *Moldenhauer*² ugyanekkor a galvanocaustika mellett tör lándzsát, *Zarniko*, *Walb* és *Heymann* a hideg kacsot ajánlják és *Winckler* a támadások befolyása alatt kijelenti a vita végén, hogy ő a resectiot csak széles összenövésenként, vagy galvanocaustice elpusztított és működésképtelen kagylóknál ajánlja.

Két hónappal ezen vita után *Stipanits* kartársunk mutat be a magyar fül- és gégeorvosok egyesületében 1895 novemberben egy beteget, kinél a bal alsó kagyló mellső felét vésővel távolította el és ajánlja az eljárást vésővel, csontesípővel vagy ollóval mindazon esetekben, a hol vagy előkészítő műtétről van szó, vagy a galvanocaustikát kell pótolni. Sajnálattal ismerem el, hogy ez alkalommal, theoretikus okokból, melyeknek tarthatatlanságáról azóta meggyőződtem, az eljárással szemben foglaltam állást.

*Hett*³ 1896 február 8-dikán hosszú hajlított ollót ajánl a műtét végzésére. *Beckmann*⁴ hypertrophiák esetén a kagyló szabad szélét is lemetszi, hogy az legalább 1/2 cm. magasan álljon az orrfenek felett. *Flatau*⁵ fogót konstruált oly esetekhez, a hol a csont is hypertrophiás. *Macnaughton Jones*⁶ a kagylóhypertrophiákat a sükettség gyakori okának tartja és ajánlja a resectiot,

¹ Über chir. Behandlung gew. Nasenstenosen. Centralblatt f. Laryngol. 83. old.

² Zur operat. Behandlung der Hypertrophie der unteren Nasenmuschel. Ugyanott.

³ A rapid and rational method for the removal of hypertrophies of the inferior turbinated bodies. Medical News. 8. Februar 1896.

⁴ Verhandlungen der Berliner laryngol. Ges. 1897. 7. oldal.

⁵ Zange zur Resection der Untermuschel. Ugyanott 36. oldal.

⁶ Hypertrophie des cornets et ses relations avec la surdité et spécialement opération de la turbinotomie (resection des cornets). Rev. hebdomadaire de laryng. d'oto. et de rhinol. No 17. 25. April 1896.

de csak olyankor, ha a többi gyógyeljárások már cserben hagytak. *Dundas Grant*⁷ eseteket demonstrál, a hol partialis resectiot végzett, *Hall* és *Baber* ugyanekkor a súlyos vérzésektől félve, a konzervatív methodusokat ajánlják. Ugyanekkor az eljárás már nagyon népszerű lehetett Angliában és Amerikában, legalább a sok visszaélés, melyet a műtét ellenzői viták alkalmával felhoznak, arra mutat, hogy a műtétet gyakran végezték kritika és komoly indicatio nélkül. A Laryngological Society of London 1897 május 12-diki ülésén⁸ beható eszmecsere folyt a turbinotomia alkalmazása felett. *Dundas Grant* 18 esetről számolt be különös tekintettel a *Carmalt Jones* gyűrűkésével (*Spokeshave*) végzett turbinectomiákra, utóbbinál 12 esetben látott igen erős vérzést, hat esetben a kagyló regeneratioja szembetünő volt. *Creswell Baber*, *Scanes Spicer* és *Herbert Tilley* a teljes eltávolítást dícsérik, míg *Lambert Lack* csak a mellső részen alkalmaz néha ollót, egyébként a hideg kacsot is beéri. *Semon*-nak nincs személyes tapasztalata, de tart az orr utólagos kiszáradásától és pörkképződéstől, mely a gége hurutját fokozhatja; ezen nézetét *St. Clair Thompson* is megerősíti. *Hill* hangsúlyozza, hogy *Jones* műszere csak annyit távolít el, a mennyit akarunk és így a szemrehányás nem érheti a műszert; ő maga keveset használta és azt hiszi, hogy azért örvend oly elterjedtségnek, mert kevesebb ügyességgel kezelhető, mint az olló és a kacs. *Watson Williams* úgy találja, hogy a teljes eltávolítást némely helyen indokolatlanul gyakran végzik, ő pedig még nem látott esetet, a hol erre szükség lett volna, a resectio ollóval és kacsot teljesen elegendő. Ugyanez év szeptember havában a British Medical Association ülésén *Greville Mac Donald*⁹ indítja meg a vitát a turbinotomia felett és a partialis resectiot indikálnak tartja: légzési nehézségek elhárítása végett vagy különféle neurasik gyógyítására és bizonyos szokatlan és igen terhes hurutoknál. A legtöbb esetben szükségtelen a csont érintése, de ha ez szükséges is, elég a szabad szél resectiója. *Lincoln* a csonthoz csak olyankor nyúl, ha az meg van nagyobbodva, a teljes kagylóeltávolítást csak *Carmalt Jones* védi itt, de nézetével egyedül marad. *Lennox Browne* gyermekeknél kerülendőnek tartja ezt a műtétet, míg *W. H. Daly* ezzel ellentétben gyermekeket is operál, de csak annyit távolít el, a mennyi multhatatlanul szükséges. *Permewan* és *Warden* úgy vélik, hogy sokszor végzik könnyelműen a műtétet és *Bryson Delawan* befejezésül örömet fejezi ki a vita felett, mert szükséges volt a túlkapásoknak, melyek sem nem tudományosak, sem nem ártalmatlanok, gátat vetni. Kissé furcsa azonban beszédének további része, a hol azt mondja, hogy a legtöbb orreldugulás a sövényvel függ össze és így ezt kell megoperálni. Idevágó közlemények még *Robert C. Myles*-től¹⁰ a partialis resectioról, továbbá *Fein*¹¹ közöl Chiari osztályáról egy új ollót a hátsó kagylóvégek számára és végül *Permewan*¹² kerül egy kis ellenmondásba az idézett vita alkalmával kifejtett nézpjával, hosszú csontollóval kéjgáznarkosisban távolítva el a hypertrophikus kagylókat.

Az alsó orrkagylóhypertrophiák eltávolításával véres úton, eltekintve a hideg kacsot végzett hátsó kagylóvég-amputatióktól, melyeket 1890 óta végzek, *Hajek* kartársamtól nyert biztatás folytán az 1897. év vége óta foglalkozom. Jelen alkalommal az 1898. és 1899. években tehát 2 év alatt végzett ilyen műtéteimről leszek bátor beszámolni, melyeket részint a szt. János-kórházban, részint pedig magányakorlatomban mindig ambulanter végeztem és a mely műtétek száma ezen két év alatt 101 volt.

A beavatkozás javalataira nem akarok külön részletesen kitérni, miután a folyamat foka adja meg a beavatkozás módját. Általánosságban csak annyit bocsátok előre, hogy javaltnak tartom a sebészi beavatkozást az alsó kagyló hypertrophiáinak mindazon eseteiben, a hol azok tartósabb orreldugulást okoznak és kellemtelen secretorikus tünetekkel járnak. Úgy szintén mérsékelt septumdeviatio esetén, a hol tehát nem a sövény egyedül zárja el az orr-

⁷ Laryngological Society of London. 1897. márcz. 10. Centralblatt f. Laryngol. 1897. 530. oldal.

⁸ Centralblatt für Laryngologie 1899. 228. oldal.

Ugyanott. 432. oldal.

¹⁰ Surgery of the middle and inferior turbinated bodies and bones. New-York Medical Journal 19. Mars 1898.

¹¹ Archiv f. Laryngol. Bd. VII. S. 475.

¹² Hypertrophied inferior turbinate bones. Liverpool Med. Chir. Journal. Juli. 1898.

járatot, hanem annak domborulata egy csekélyebb kagylóhypertrophiával együtt szűkíti az orrt, ezélszerűbbnek találom a kagyló kisebbitése által nyert tágabb teret az orrlégzés számára, mely a sövényműtétet feleslegessé teszi, mint az utóbbit végezve, sokszor még sem nyerni elég teret és mégis rászorulni a kagyló operálására. Javalt lehet továbbá az alsó kagyló resectioja igen ritkán mint előkészítő műtét komplikált sinusgyenedések esetén, midőn műszerek bevezetésére akarunk az orrban tágabb teret nyerni.

A műtétet minden esetben teljes cocain-anaesthesiában végeztem 20%-os oldattal esetelés után. Fájdalmat ilyenkor a betegek sohasem éreztek, úgy hogy felesleges a narkosis, vagy bármely más komplikáltabb manipulatio. Nagy előnye a cocainnak orrműtételnél az, hogy alkalmazására a duzzadt kagyló teljesen collabál és vértelen lesz; ez által könnyen bírjuk az igazi hypertrophiákat a csak congestionált nyálkahártyától megkülönböztetni és így a beavatkozás határait is ilyenkor fogjuk megszabni. Ugyancsak a cocain megbeesülhetlen hatása az, hogy műtét alatt a sebfeület többnyire alig vérzik, csak az első metszés után ürül kevés vér, de ez is megszűnik pár másodperc alatt és az ember ezután oly kényelemmel dolgozhatik, mint egy Esmarches-ösével leköttött végtagon.

Szorosabb értelemben vett cocainmérgezést egyetlen esetben sem láttam, nagyon ritkán fordult elő csak az, hogy egy-egy beteg szédülésről, szívdobogásról panaszkodott, de ez mindig a műtét alatt történt és így inkább a psychikus befolyásnak tulajdonítható, annyival is inkább, mert egy sem ájult el és arra a kijelentésre, hogy már készen vagyok, mind azonnal jobban lett. Fődolog a cocainnal takarékosan bánni, két, legfeljebb három csepp a 20%-os oldatból vattán alkalmazva teljesen elegendő az egész kagyló totalis érzéstelenítéséhez.

Véres műtétről lévén szó, a műszerek és kötszerek aseptikus volta elengedhetetlen kellék. A tapasztalatok ugyan azt mutatják, hogy türelmesebb szerv tisztátlan sebészek számára az orrnál nem létezik és minden cautela nélkül végzett véres beavatkozások sem vonnak sebfertőzést maguk után, de azért mégsem tartanám tanácsosnak a cautelákat elmulasztani, bár az is bizonyos, hogy a gyógyulás azon szakában, midőn aseptikus tampon nem fedti többé a sebet, az szabadon fekszik, a 3-5-dik napon, a további gyógyulás genyedés útján halad és infectiót még sem láttam egy esetben sem.

A műtét módját és mértékét illetőleg, mérsékelt hypertrophiáknál, a hol a túltengett részek csak a kagylóvégeken és a kagyló szabad szélein foglalnak helyet, elegendő a hideg kaes alkalmazása, melylyel szakaszonként foglalva be a kóros nyálkahártyát, azt alaposan eltávolíthatjuk. Fődolog, hogy a kaes elég erős és rugalmas aczél eziteradrót legyen, hogy alkalmazásakor a kagyló felületére reá nyomhassuk és a nyálkahártyát a kaes lumenébe ily módon kissé beszoríthatjuk. Azon esetben, ha a hypertrophiás részeket kaesba fogása egy vagy más okból nem sikerülne, egy könyökollóval nyírjuk le a csonttól az illető részeket. Ily módon nemcsak a szabad széleken, hanem a kagyló homorulatán levő duzzanatokat, mely utóbbiaknak alapos eltávolítása főleg olyankor fontos, ha azok a könyvesatornavezeték alsó nyílása körül feküdvé duzzanatuk által időnkint könyesurgást okoznak, teljesen eltávolíthatjuk. Kissé körülményesebb a kagyló domborulatán a középső orrjárat felé tekintő hypertrophiák eltávolítása, melyek kaesba nehezen foghatók, ezeket előbb késsel kell az alapból felszabadítani, ezután a kaesbefoglalás és levétel könnyen sikerül.

Találkozunk azonban elég gyakran oly esetekkel, a hol nemcsak a kagylónyálkahártya hypertrophiái, hanem egy mérsékelt sövényelhajlás is szűkíti az illető orrjáratot. Ilyenkor nem elegendő a hypertrophiák imént vázolt eltávolítása, mert az orr csontos váza is szűkebb lévén, teljesen kielégítővé az orrlégzés utólag még sem válik, annyival kevésbbé, mert a mint arra később reá fogok térni, bizonyos idővel a műtét után a kagyló regeneratioja bizonyos mértékig be szokott következni. Másrészt pedig a folyamat nem ritkán van úgy komplikálva, hogy a hypertrophiák egy már eredetileg nagyobb kagylócsonton ülnek, vagy, a mint már említettem, a folyamat következtében maga a csont is hypertrophizál. Ilyenkor ezélszerű a kagyló partialis resec-

tióját végezni oly módon, hogy az olló szárai közé foglalva a kagyló mellső végét, párhuzamosan a szabad szélel egy ollócsapással leválasztjuk a felesleges részt, arra vigyázva, hogy túlsokat ne messünk el és a kagylónak így újonnan képzett szabad széle az orrfenek felett legfeljebb mint 5-6 mm.-nyire feküdjék. Az ollócsapás után közvetlenül elég bő vérzés indul meg, mely rendszerint csak pár másodpercig tart, de a további munkában akadályt nem képez. Ilyenkor a $\frac{2}{3}$ -ad részben már lemetezett kagylórészlet, mely hátsó végénél fogva van még odatapadva, polyposus képlet alakjában fekszik az alsó orrjárat fenekén, könnyen kaesba fűzhető és miután a csont már át van metszve, a hátsó hypertrophikus véggel összefüggésben egy darabban távolítható el. A műtét ezen második részét nem szokta erősebb vérzés közvetlenül követni. Ezután meggyőződünk még arról, hogy a visszamaradt kagyló felső vagy alsó lapján nem maradtak-e hypertrophiás részek vissza, ha igen, úgy azokat kaesal vagy ollóval leszedjük és ezzel a tulajdonképeni műtét, mely öt pereznél nem tart tovább, be van fejezve.

Szükségesnek tartom még egyszer hangsúlyozni, hogy a kagyló teljes eltávolítására hypertrophiák miatt soha sincs szükség és miután könnyebb dolog az egész kagylót lemetezni, mint a partialis resectiót végezni, a műtétnek vigyázni kell arra, hogy csak annyit távolítson el, a mennyi az utólagos regeneratio tekintetbe vételével épen szükséges.

A műtét után az orrüreg átöblítése antiseptikus oldattal felesleges. Ha mindent kitakarítottunk, akkor jól kifuvatjuk a beteggel az orrt és ezután az egész orrürt steril jodoform-gazettel szorosan kitömjük. Legezélszerűbb e célra egy meter hosszú és 3-4 cm. széles csikokat alkalmazni, egy jó tamponadhoz rendszeren két ilyen csik szükséges. A tamponade tulajdonképen az egész eljárás legnehezebb része, mert ha ügyetlenül végeztetik, akkor a tampon hátul laza marad és az utóvérzést nem akadályozza meg, sokszor pedig a choanán és orrgaraton át le es csúszik a garatba, a beteget ökröndésre és hányásra ingerli úgy, hogy az kénytelen újjával a szájba nyúlva, hátulról húzni ki a tampon. Ezért fontos az, hogy a tampon alapját hátul jól megvessük. Én ezért tamponálnál a csik végét 2-3 szorosan összehajtván azt a középső orrjárat hátsó részébe szorítom és így veve meg az alapot lassanként tömöm utána a következő részeket, időközben mindig gondoskodva arról, hogy a már bent levő részek alulról az alsó orrjárat fenekéről felfelé végzett nyomás által komprimáltassanak; azóta, a mióta ezen eljárást így végzem, tamponom hátra a choanába sohasem esúszott. A szoros tamponade legjobb biztosíték a sok oldalról annyira rettegett erős utóvérzés ellen, de természetesen eleinte nagyon kellemetlen a betegre nézve. A nagyfokú feszülés és az orrnyálkahártya erős izgatása folytán erős fájdalmak lépnek fel a trigeminus második ága mentén, különösen fogfájás alakjában. Ezen fájdalmak 1-2 óra alatt rendszeren alábbhagynak, kivételesen azonban 12 óráig is eltartottak.

(Folytatása következik.)

A koraszülöttek helyzete a szülészeti klinikákon.

Deutsch Ernő dr. Stefánia-gyermekkorházi segédorvostól.

(Vége.)

Marfan a couveuse-öknek következő hátrányait említi fel a „traité de l'allaitement“-ban: „Les accoucheurs se louent beaucoup des couveuses. Il ne m'est pas possible de partager cet enthousiasme. Je ne parlerai pas de ce que j'ai observé à l'hôpital des enfants malades, ou on ne place dans les couveuses que des débiles déjà profondément atteints ou des athrepsiques: les résultats sont tout à fait mauvais. Mais dans la pratique de la ville, on se trouve dans de tout autres conditions; or les bénéfiques de la couveuse m'ont paru douteux et ses inconvenient, très grands. L'appareil exige une surveillance assidue, de jour et de nuit; pour peu qu'elle se relâche, il arrive ou que l'appareil se refroidit ou que la température s'y élève jusqu'à 40° et au delà; dans ce dernier cas, l'enfant peut succomber brusquement. Malgré tous les perfectionnements, la couveuse est un appareil très difficile à tenir aseptique; elle est aussi une source d'infection par

le système de ventilation; il est très difficile d'assurer celle-ci lorsqu'en veut filtrer l'air sur de coton; et lorsqu'en ne le filtre pas, l'appareil ramasse et accumule autour de l'enfant toutes les poussières de l'atmosphère; la est sans doute l'origine de la bronchopneumonie qui atteint si fréquemment les prématurés. Ainsi la couveuse expose à l'infection des sujet qu'y sont extrêmement sensibles." Hogy a hibák e lajstromát tökéletessé tegyem, következők felemlítését tartom szükségesnek: Az érlelő készülék s a szoba hőmérséke közt nagy a különbség, mely által tisztába tételnél s táplálásnál könnyen keletkezhetnek meghűlések s ezek folytán tüdőmegbetegedések. Erős 50 koraszülöttön végzett pontos hőmérések alapján azt állítja, hogy a koraszülöttek javarésze nem hypothermikus, mivel az észlelték $\frac{3}{4}$ része normalis hőmérsékű volt, ezeknek nincs szükségük couveuserre; a hypothermikus koraszülöttek pedig meg vannak fosztva a meleg productio lehetőségétől, az érlelő készülék magas hőfoka folytán s egyúttal káros hőkülönbség áll fenn a koraszülött s az érlelő temperaturája között. Sokan károsnak tartják a couveuse szintelen üvegfedő lapját. A couveuse ellenzői még két, bonczolatoknál véletlenül talált hypertrophia encephalica esetét is felhozták, mint a couveuse által okozott ártalmat.

E felsorolt hiányokon következő módosításokkal képesek vagyunk segíteni. A régiebb érlelő készülékeknél a hőmérsék ingadozások csak pontos hőmérések s a hőforrás (thermosyphon, téglák, moines) exact ellenőrzése által voltak kikerülhetők, jelenleg automatikus jelzőkészülékek s hőszabályozók könnyítene a helyzetet. A couveuse s szoba közti hőkülönbséget a vattabegöngyölés által tárgyaltanná válik.

A régi, fából készült készülékek természetesen nem felelnek meg a mai bakteriologikus álláspontnak; egy couveuse, mely nem desiniciálható s sterilizálható akár 1‰ sublimattal, akár 5‰ carbolsavval vagy gázzal, mint Hutinel vagy Lion modellje, az érlelő készülék magas hőfokánál fogva ideális táptalaj a koraszülött által produkált (bélsár, vizelet, köldökzsinóronok) vagy kívülről bejutott pathogen csírok részére. Igy bizvást mondhatjuk, hogy a régiebb keletű készülékek az újakkal szemben a fertőzés forrását képezték, az infectiok ellen úgysis igen csekély ellentállású koraszülöttekre nézve. E fertőzések eredménye a bőrön tályogok, a tüdőknél bronchopneumoniák, a gyomor-bélrendszerben e szervek fertőző megbetegedése alakjában jelentkeztek. Beható bakteriologikus vizsgálatok tárgyát képezték különösen a bronchopneumoniák, melyek staphylococcusok, streptococcusok s colibacillusok által okoztatnak. Az első a bőr, a második a tüdő, a harmadik mikroorganismusféleség a gyomor-bélrendszer révén jut leginkább a szervezetbe. Alig hagyja el a megbetegedett koraszülött az érlelő készüléket, utódja, ha a készülék nem tisztítható ki pontosan, hasonló bajban betegszik meg s rendszeren el is pusztul. Tagadhatatlan tény, hogy orbáncz, diphtheria s szembántalmak a couveuse közvetítésével terjedtek koraszülöttek közt. E bántalmak kikerülésére felette fontos, hogy a koraszülötteknek külön ápoló személyzet legyen, kik jól mosott kezekkel s lehetőleg steril köpenyvel közeledjenek a koraszülöthöz. Kivülről jusson a levegő az érlelő készülékhez, ha ez nem lehetséges, ne jusson oly teremből, hol gyermekágyasok vannak elhelyezve, hanem egy oly helyiségből, hol legfeljebb 3-4 couveuse áll. Berthod a couveuse odaadó barátja. Erős ellenvetésére következőképen felel: „La cause de l'hypothermie des prématurés ne tient pas pour Erős a ce qu'ils en perdent trop de chaleur, mais bien à ce qu'ils en produisent trop peu. L'indication thérapeutique n'est donc pas tant d'empêcher le foetus de perdre sa chaleur que de lui en fournir artificielement." A fehér fedőveget violálva helyettesíthetjük, mely a koraszülött gázcserejére állítólag jó (?) hatású ultraviolet sugárakat bocsátja csak a couveuse lakójához. Alig képezheti vita tárgyát, vajjon a couveuseban való hosszú tartózkodás okozhat-e „hypertrophia cerebri“-t avagy nem, valószínűleg „encephalitis diffusa congenita Virchow“ véletlen összetalálkozása az érlelő készülékben való hosszabb tartózkodással. Az említett követelményeknek majdnem csak Lion készüléke felel meg, ez könnyen sterilizálható, kitűnő a hőszabályozása, a levegő szűrve, kívülről (Fochier), Landais kisasszony ajánlatára oxgyennel telítve (mi a tüdőlegtelenségre s cyanosissra állítólag jó hatással van), kellő nedvességgel ellátva kerül a koraszülöthöz.

Lion készüléke után, vagy talán előtt is említendő az érlelő szoba, melynek Bosi s Guidi közleményei óta igen nagy a jövője; az érlelő szoba nagy mérvben segít ama hiányon, hogy nagy a hőkülönbséget a couveuse s szobahőmérsék között. A monstre couveusenek nagy hibája, hogy lakói könnyen fertőzhetik egymást, úgy hogy egész sepsis endemiák fejlődhetnek egy ily érlelő helyiségben.

Ismét Marfan véleményét akarom közölni: „Dans les hopitaux, on pourrait peut être avantageusement remplacer les couveuses par des chambres d'incubation, ou un calorifère a eau chaude de permettrait d'avoir aisément, ici une température de 25°, l'un température de 28°, ou même de 30°. En ville je me suis servi du procédé suivant: devant une cheminée ou on fait un grand feu on installe un paravant; en recouvre l'espace ainsi limité par un drap de lit ou une couverture; on a ainsi une chambre d'incubation ou on peut obtenir facilement un température de 25° a 28°." Caron de la Carrière 1500 gm.-os koraszülöttje couveuseben nem prosperált, ellenben egy 38 m. hosszú 22°-os szobában szépen gyarapodott; Schmidt saját gyermekére vonatkozó észleletei alapján szintén az érlelő szobát tartja jobbnak a couveusenél.

Összegyűjtött adataimból kiviláglik, hogy 33 klinika közül csak három rendelkezik Lion-féle couveuse-sel (Dublin, Gent, Santiago de Chile), 12 dologozik Tarnier-Auward érlelővel, 11 megmaradt conservatíven a vattabegöngyölések s melegítő edények mellett. Alig lehet tehát vita tárgya, hogy kell-e itt a viszonyokon javítani avagy nem.

Az érlelő hőmérséke alkalmazkodják a koraszülött hőmérsékéhez, e célból pontos hőmérések végezendők a koraszülötteken. Az érlelő szobáknak nagy hátránya, hogy bennök a hőmérsék individualizálása ki van zárva. Minél alacsonyabb a koraszülött hőmérséke, annál magasabb legyen az érlelő temperaturája. A koraszülöttek különbözően reagálnak a couveuse hőfokára, egyik kék lesz s fuldoklik, míg a másik testszíne sárgába játszik s selerema lép fel, ez is bizonyíték az érlelő hőmérsékének egyének szerint való beállításának szüksége mellett. Colrat 30°-ot, Tanier 32°-ot, Pinard 34°-ot ajánl átlagos hőmérséknek. Ha a hőmérsék 35° fölé emelkedik, a gyermekek nyugtalanok lesznek, kiabálnak, excessiv magas hőmérséknel — mi állatkísérletek által bebizonyított tény — a myosin megalvad s a szív beszünteti összehúzódásait. Ha a koraszülött állapota annyira javult, hogy az érlelőből való kivételre gondolhatunk, fokozatosan csökkentjük a couveuse temperaturáját; ezen átmenet felette meg van könnyítve Bosi s Guidi „sale incubatrici“-jénél.

Adataim bizonyítják, hogy a koraszülöttek elbocsátási ideje rendszeren összeesik a gyermekágyas elbocsátásának időpontjával. Ez túlrövid idő arra, hogy a koraszülött annyira erőhöz jusson, hogy couveuse s orvosi felügyelet nélkül vegye fel a küzdelmet a külvilág esélyeivel. Koraszülöttek anyái csak azon esetben boesátandók el, ha gyermeküket táplálni képtelenek, ez esetben helyet kell csinálniok más gyermekágyasoknak; de az újszülöttnak tovább is az intézetben tartása egy „conditio sine qua non“. Genf, Grenoble, Lausanne s Prága állanak ezen az állásponton, a többi intézet a koraszülöttekkel mit sem törődve, rövidesen boesátja el őket anyjukkal együtt.

A couveuse-zel elért eredményekről adataim alapján nem tudok beszámolni, mivel egyetlenegy számadat sem áll rendelkezésemre, a feleletek esupán „igen, bizonyosan, valószínűleg“ megjegyzésekből állottak; e hiányt az irodalomból merített néhány adattal akarom pótolni. Berthod „la couveuse et le gavage à la maternité de Paris“ című munkájában összehasonlítja az 1876-1881 időszakot az 1881-1886-éval, az elsőben a másodikkal szemben érlelőt még nem használtak; az eredmény egy fél hónappal való javulást tüntet fel, úgy, hogy pl. a hat hónaposnak annyi kilátása volt az életre, mint az első időszakban a terhesség 6-5 hónapjából származott magzatnak.

Részletezve e kimutatás a következő:

6 terh. hónapból megmaradtak I. szakban	0%	II. szakban	30%
6.5	21.5	58	
7	39	63.7	
7.5	54	78.7	
8	78	85.9	

maladies de l'enfance de Grancher. III. Schmidt. Jahrb. f. Kinderh. 1896. XLII. Rochard. Encyclopédie d'hygiène. 1897. VIII. Bertin. Contribution à l'étude des infections des nouveau-nés dans les couveuses. Paris, 1899. Marfan. Traité de l'allaitement. 1898. Fürst. Deutsche med. Wochenschr. 1887. Hochsinger. Eine neue warme Kammer für lebensschwache Frühgeburt. Wiener med. Presse. 1894. Tedeschi. Arch. italiano di pediatria. 1891. Bosi et Guidi. Le sale incubatrici nella nuova sezione del Beprotio. La pediatria. 1895. Henry. Le pavillon des enfants débiles à la maternité de Paris. Rev. mens. de l'enfants. 1898. Gignoux. Des avantages au point de vue hospitalier de la chambre couveuse installée à la Charité de Lyon. Thèse Lyon 1898.

T Á R C Z A.

Az orvosi titoktartás életbiztosítási szempontból.

Kétségen kívül az egész orvosi rend helyesléssel találkozik, hogy az Országos Orvos-Szövetség, midőn nagyszabású tevékenységét megindította, az orvosi etikára is kiterjesztette figyelmét. Az etikai kérdések közül a szövetség igazgató tanácsa behatóan foglalkozott az orvosi titoktartással, különösen annak az életbiztosítást illető vonatkozásaival.

Az igazgató tanács erre nézve a következő elvi határozatokat hozta:¹

„A beteg házi vagy kezelő orvosa soha és semmi körülmények között sem adhat a biztosító-társaságoknak felvilágosítást; még a post mortem-részletes bizonyítványt is meg kell tagadni.“

„A társulat hivatatos orvosának kötelessége minden adatot közölni.“

„A biztosítandó házi vagy kezelő orvosa nem lehet egyúttal a társulat megbízottja.“

Ugy látszik tehát, hogy az orvosi titoktartás életbiztosítási oldalát illetően *res judicata*-val állunk szemben. Ennek dacára a kérdés tárgyi-lagos megvitatását nem tartom fölöslegesnek, egyrészt azért, mert a nagy orvosi közönség még nincs eléggé tájékozva, másrészt pedig, mert az „elvi határozatoknak“ a gyakorlati életbe való átültetéséhez talán még szó fér. Ezen okokból igénytelen fejtegetésemet az orvosi közönségnek szíves figyelmébe ajánlom.²

Biztosítási szempontból az orvosi titoktartás a következő három irányban jö tekintetbe: 1. midőn az orvos mint a társaság bizalmi orvosa működik; 2. midőn a biztosító-társaság a biztosítandó egyén egészségi állapotáról ennek házi vagy kezelő orvosától kér felvilágosítást; 3. a biztosított egyén halála után.

Vegyük sorra ezeket a dolgokat.

1. A mi a bizalmi orvosok ténykedését illeti, erre nézve általános a megegyezés, hogy ahhoz az orvosi titoktartásnak semmi köze. Midőn az orvos a társaság megbízásából valamely egyént megvizsgál, nemcsak joga, de kötelessége is, összes észleléseit a valósághoz híven a társasággal közölni. Nem minden orvos vállalkozik ilyen vizsgálatokra; de a ki vállalkozik rá, annak a vizsgálat eredményét a lehető leghűségesebben és legtökéletesebben kell a bizonyítványban feltüntetni. (Franciaországban még ez ellen is remonstráltak, de eredmény nélkül.)

Ide tartozik azon kérdés is, hogy lehet-e az orvos saját klientelájánál a biztosító-társaság közege? A szövetség igazgató tanácsa azt mondja, hogy nem lehet. Én is ezen nézetet osztom; de meg kell említenem, hogy ez koránt sincs általánosan elfogadva. Dániában pl. a társaságok az összes vizsgálatokat épen a biztosítandó egyének házi orvosai által végeztetik (a mi elég különös). A hazai társaságok csak akkor bízzák a vizsgálatot a házi orvosra, ha az illető helységben más orvos nincs.

Ilyen kivételes esetekre nézve pedig, hogy csakugyan szükséges-e azt a kérelhetlen *nem lehet-et* kimondani, talán még kérdéses. A gyakorlati életben ez t. i. annyit jelent, hogy azon sok helységben, a hol csak egy orvos van, ki természetesen az összes jómódú lakók házi orvosa, ez az orvos a biztosítási vizsgálatoktól és így kerestetének nem megvetendő hányadától megfosztatik.

Még ha feltétlenül megengedjük is azt, hogy az érintett felfogás az etika szempontjából helyes (pedig az ellenkező felfogást és az ellenkező gyakorlatot is láttuk), indokolható-e, hogy ilyen theoretikus okoskodás kedvéért az orvosok kereste csorbítottassék?

En nem tudnám indokolni

2. A házi orvosoktól kért közleményekre vonatkozólag a szövetség igazgató tanácsa a legszigorúbb Brouardel-féle álláspontra helyezkedett: *soha és semmi feltétel alatt!*

Németországban más nézetet vannak és még Placzek dr. is, ki különben az abszolút titoktartás híve, művében az eisenachi 1874-diki „Aerztetag“ következő enyhébb határozataihoz esatlakozik:

„A háziorvosi bizonyítvány kiállítása biztosító-társaságok részére nem tagadtatik meg, hanem igenis megadatik, ha a társaságok a következő feltételeknek megfelelnek:

a) a biztosítandó egyének irásban kell kijelentenie, hogy azon orvosok, kik őt kezelték, fel vannak hatalmazva mindazt, a mit róla tudnak, a biztosító-társasággal közölni;

¹ L. „Országos Orvos-Szövetség“ 1899. 9. sz.; 1900. 3. sz.

² Alapos tájékozást a következő művek nyújtanak: Brouardel: Le secret médical (Paris, Baillières et fils). Placzek: Das Berufsgeheimnis des Arztes (Leipzig, Georg Thieme). Geuns: Le secret médical et l'assurance sur la vie (I. congrès internat. des médecins de compagnies d'assurances. Bruxelles. 1899.)

b) a bizonyítvány főleg csak az anamnesisre vonatkozó adatokat tartalmazzon;

c) a bizonyítványok közvetlenül a társaságok igazgatóságaihoz küldessenek be.“

A német biztosítási irodalom egyik legkiválóbb bajnoka, Oldendorff, ki az orvosi rend társadalmi kérdéseiben is elsőrangú tekintély (ő szerkesztette a „Zeitschrift für sociale Medicin“ című kitünő folyóiratot), a biztosítandó egyén felhatalmazását minden tekintetben elégségesnek tartja, hogy a házi orvos kimerítő bizonyítványt adjon.¹

Bár Brouardel tekintélye előtt készségesen meghajlom, én is a német felfogást tartom a helyesnek.

A biztosító-társaságokra nézve ez a kérdés egyébiránt csak alárendelt jelentőséggel bír, mert a társaságok a háziorvosi bizonyítványokra nem nagy súlyt fektetnek; sok társaság nem is reflektál azokra. De miután még mindig vannak társaságok, melyek ezen bizonyítványokat — a biztosítandó egyének külön felhatalmazásai alapján — kikérik és megfizetik, ismét kérdelem, hogy érdemes-e Brouardel úrnak bármily szellemdús theoriája kedvéért, mely helyes is lehet, helytelen is, az orvosok kerestét megszorítani?

A közönséggel szemben, mely a mi humanus hivatásunkkal oly gyakran visszaél, már ismételve hangoztattuk, hogy *humanitásból nem lehet megélni*. Attól tartok, hogy különösen a vidéki orvosok, ha az említett két irányban kerestetükben esetleg érzékenyen károsulni fognak, a szövetséggel szemben ki fogják jelenteni, hogy az etikai phantomok kergetéséből sem tudnak megélni. Talán nem szükséges hozzátennem, hogy ezen megjegyzéssel az etika nagy jelentőségét alászállítani nem akarom.

3. A post mortem-bizonyítványt Franciaországban Brouardel tanai alapján megtagadják, még pedig nemcsak a biztosító-társaságok, de még a halottkém részére is.

Tudtommal ezt a túlzást sehol a világon el nem fogadták, annál inkább csodálkozom, hogy a mi szövetségünk igazgató tanácsa — a biztosító-társaságokkal szemben — a francia álláspontra helyezkedett.

Midőn az életbiztosítási orvosok múlt évi brüsszeli congressusán ezen kérdés behatóan tárgyalott, a francia orvosok egészen izolálva voltak, úgy hogy ők is engedményekre hajlandóknak mutatkoztak. A németek és oroszok egyenesen kijelentették, hogy rájuk nézve ezen kérdés nem létezik; a biztosító-társaságok ugyanis — a kötvény feltételei értelmében — *semminemű biztosított összeget ki nem fizetnek, míg a család az elhunytak utolsó betegségéről az orvosi bizonyítványt nem terjeszti*. A bíróságok a társaságok ezen felfogását védik.

Azt hiszem, hogy tökéletesen így áll a dolog nálunk is.

Az „első magyar általános biztosító-társaság“ minden kötvényén egyéb „feltételek“ között a következő is foglaltatik:

„A társaság fizetési kötelezettségének beálltával a biztosított tőkéhez való igény csakis a jogosultságot kimutató minden okmányok és pedig a halálzási, valamint a biztosítottak utolsó betegségéről szóló orvosi bizonyítvány beszolgáltatása mellett állapíttatik meg.“

Ez elég világos, és furesza szolgálatot tesz a háziorvos kliense családjának, ha a család fentartójának halála után a titoktartás kötelessége alapján nem adja ki az orvosi bizonyítványt és így lehetetlenné teszi vagy legalább is nagyon megnehezíti, hogy a család a biztosított összeget, melyre talán nagy szüksége van, a társaságtól megkapja. *Nem is hiszem, hogy hazánkban ez valaha megtörtént volna.*

Azt mondják, hogy az ilyen bizonyítvány egyes esetekben a biztosított érdekeinek *nem fog megfelelni*. De ha ezen esetek eddig is nagyon ritkák voltak, még sokkal ritkábbak lesznek és talán absolute tekintetbe nem jöhetnek, mióta a társaságok öngyilkosság esetében is kifizetik a biztosított összeget és mióta a kötvény ú. n. megtámadhatlanságát lehet megállapítani.

Brüsszelben a post mortem-bizonyítványra nézve formalis megállapodás nem jött létre; a határozatot a Párisban tartandó idei *deontologiai congressusra* bízták; a brüsszeli congressus megelégedett azon *egyhangú* kijelentéssel, hogy kivánatosnak tartja, hogy a „post mortem“-bizonyítvány kiszolgáltatása akadályokba ne ütközzék. Egyéb indokok közt felhozták azon *tudományos* szempontot is, hogy a biztosító-társaságok anyaga a morbiditási és mortalitási statistika részére megbecsülhetetlen és pedig épen azért, mert a halálzási esetek a körtörténetek által kellő megvilágításban részesülnek. A tudomány szempontjából is csak sajnálnunk kellene, ha ezen anyag veszendőbe menne.

* * *

Az orvosi titoktartás nemcsak az etika követelménye, hanem a büntető törvénykönyv rendelkezésének is megfelel. Placzek igen tanulságosan állítja össze az összes büntető-codexek idevonatkozó cikkelyeit és a magyar büntető törvény *legszigorúbb rendelkezését* különösen kiemeli.

A magyar büntető törvény megfelelő cikk (328. §.) a következőképp szól:

„Azon közhivatalnok, ügyvéd, orvos . . . a ki valamely család vagy személy jó hírnevét veszélyeztető, és hivatalánál, állásánál vagy foglalkozásánál fogva megtudott vagy reá bízott titkot alapos ok nélkül másnak felfedez: vétséget követ el s a sértett fél indítványára 3 hónapig terjedhető fogházzal és 1000 forintig terjedhető pénzbüntetéssel büntetendő.“

¹ „Ein ausführliches, zuverlässiges Attest kann und darf der Hausarzt nur mit Genehmigung seines Klienten ausstellen. Ist diese Bedingung erfüllt, dann kann von einem Discretions-Missbrauch füglich nicht weiter die Rede sein.“ (Grundzüge der ärztlichen Versicherungs-Praxis. Wien, Urban und Schwarzenberg.)

E szerint tehát az orvos csak akkor követ el vétséget, ha valamely titkot alapos ok nélkül fedez fel és ha az a titok valamely család vagy személy jó hírnevét veszélyezteti. Ezen vétség csak a sértett fél indítványára büntetethetik.

Hogy egy post mortem-bizonyítvánnyal ebben a paragrafusban meg lehetne botlani, hogy ilyen bizonyítvány által az orvos bajba keveredhetnék, azt én a magam részéről nem tudom elképzelni.

A német büntető törvény szerint is az orvosok stb. csak akkor büntetendők, „wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren“. Németországban ebből logikusan azt következtették, hogy a kezelő orvos kliense felhatalmazása nélkül nem adhat felvilágosítást; de ha a felhatalmazás megadott, bátran szólhat.¹

Egészen másképp intézkedik a francia törvény (code pénal, 378. §.). Ennek értelmében az orvos, ki valamely hivatásában megtudott titkot felfed, büntetetik, kivéve azon esetet, midőn a törvény őt a feljelentésre kötelezi. Mióta azon törvények, melyek a kötelező feljelentést elrendelik, eltöröltettek, az utóbbi eset nem foroghat fenn. Marad tehát egyszerűen a titok felfedésének büntetése, minden enyhítés nélkül. Nincs meg a német „unbefugt“, nincs meg a magyar „alapos ok nélkül“ és az sincs benne, hogy az a titok valamely egyén vagy család jó hírnevét veszélyezteti. Szóval: a ki egy hivatásában megtudott titkot elárul, büntetetik; Brouardel szerint még az „intention criminelle“ sem szükséges a vétség megállapításához.

Ezen tényállásnál nem esodálkozhatunk, hogy Brouardel és iskolája a legszigorúbb titoktartást követeli, minden engedmény nélkül; még a bírság előtt és annak felhívására sem szabad az orvosnak nyilatkoznia; ez a francia büntető törvény szigorú rendelkezésének a folyományja.

De hogy mi mért fogadjuk el az orthodox francia felfogást és nem a németet, midőn a mi törvényünk egészen elüt a francziától és egészen megegyezik a némettel, sőt még ennél is nagyobb engedményt tesz, azt igazán nem tudom. Franciaországban a kezelő orvos, mint már említettem, még a halottkémlés részére sem jelenti be kliense utolsó betegségét; a halottkém a család bementése szerint állapítja meg a halál okát. Nálunk még az abortust is a hatóságnak be kell jelenteniünk, pedig az elég gyakran az illető nőnek nagy jelentőségű titkát képezi. Milyen óriási különbség a francia viszonyok és a mieink között! (A budapesti orvos-szövetség csak újabbán indította meg küzdelmét ezen barbár bejelentési kényszer ellen.)

Megemlítésre méltónak tartom azt az intézkedést, melyet az új magyar bírói perrendtartás az orvosok tanuskodását illetőleg tartalmaz. A megfelelő 205. §. a következőképp szól:

„A tanulás kötelessége alól mentesek és ha vallani hajlandók is, az eskü letételére nem kötelezhetők:

1.

2. Az ügyvéd, a közjegyző, az orvos, a sebész, a gyógyszerész, a szülésznő és segédjük arra nézve, a mit valaki a hivatásukkal járó bizalomnál fogva titoktartás kötelességével bízott rajtuk, hacsak a megbízó őket a titoktartás alól fel nem mentette.“

A bírói perrendtartás nagy kommentárjában, melyet Balogh Jenő, Edvi Illés Károly és Vargha Ferencz irtak, a következő megjegyzést olvassuk:²

„Két feltételhez van tehát kötvé a mentesség, ú. m. 1. hogy hivatásuk gyakorlatában és 2. titoktartás kötelessége alatt jussanak valaminek tudomására. E feltételek nélkül a tanúkötelesség alól nincs mentesség. Mihelyt pedig a fél a titoktartás alól felmentést adott, akkor a tanúságtétel meg nem tagadható.“

Ime tehát, ezek a világos intézkedések is a szövetség által hangoztatott abszolút titoktartással ellentétben állnak.

*

Záradékol még egy megjegyzésem volna.

Midőn a titoktartás kötelességét megállapítjuk, nem jogainkat öregbitjük, de igenis kötelességeinket szigorítjuk. Ez csak úgy volna érthető, ha a közönség ilyen követeléssel lépett volna fel, ha a közönség eddigi viselkedésünket — mert eddig az összes bizonyítványokat aggály nélkül szolgáltatott ki — helytelenítette volna. Nekem nincs tudomásom róla, hogy hazánkban ilyen panaszokat hangoztattak volna vagy hogy ide vonatkozó kívánások merültek volna fel.

Mi tehát minden külső kényszer, sőt minden külső indok nélkül cselekszünk, csakis azért, mert a közönség érdeke talán ezt így kívánja. Az orvosi rend régi gyengesége: hogy a mások érdekeit előmozdítja, saját érdekeit pedig elhanyagolja.

Igen helyesen mondják az orvosi hivatásról, hogy olyan mint az égő gyertya, mely midőn másoknak világít, magát felemészti („aliis inserviendo consumor“ Nicolaas van Tulp); de hogy a rend anyagi helyzetének rendezését azzal kezdjük meg, hogy azt megnehezítjük, az talán mégsem szükséges.

Ennyit akartam e tárgyról elmondani. Arról, hogy a biztosítás a legfontosabb közgazdasági intézmények közé tartozik és hogy az életbiztosítás az orvosok jóakaró közreműködését feltételezi, e helyütt nem szólok. De hogy egy olyan nagy műveltségű társadalmi osztály, mint a minő az orvosok képeznek, ezt a közgazdasági momentumot sem fogja figyelmen kívül hagyni, abban egy pillanatig sem kételkedem.

Budapest, 1900. márczius hó 21.-én.

Löv Sámuel dr.

¹ Danach kommt es nur darauf an, ob der Arzt zur Mitteilung „befugt“ gewesen ist; er ist es mit Genehmigung der anvertrauten Person. (Placzek)

² A bírói perrendtartás magyarázata. III. kötet, 41. oldal.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A fogászat haladása 1899-ben.

Ismerteti: Abonyi József dr.

Irodalom: J. Leon Williams: A contribution to the bacteriology of the human mouth. Dental Cosmos, 1899. ápril. George W. Cook: Bacteriological investigation of 220 mouths with special reference to tubercular infection. Dental Review, 1899. február. C. Böse: Untersuchungen über Mundwasser. Oesterr.-Ung. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde, 1899. október. Edward H. Angle: Classification of malocclusion. Dental Cosmos, 1899. márczius. Louis Jack: Observation of the relation of thermal irritation of the teeth to their treatment. Dental Cosmos, 1899. január. Alfred Sternfeld: Über die sogenannte „frühzeitige“ Extraction des sechsjährigen Molaren“. Oest.-Ung. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde, 1899. július, október. What are the best materials for filling children's teeth. Dental Cosmos, 1899. május. C. N. Johnson: The management of children's teeth. Dental Cosmos, 1899. október. W. B. Ames: Some phases of the cement question. Dental Cosmos, 1899. október. E. K. Wedelstaedt: Cements. Dental Cosmos, 1899. október. Philipp: Guttaperchafüllungen mit Metalleinlagen. Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde, 1899. április. Wm. Edwin Perrett: The restoration of badly decayed or broken teeth by gold fillings made outside the mouth. Dental Cosmos, 1899. január. C. Partsch und Alfred Kumer: Vierter Bericht der Poliklinik für Zahn- und Mundkrankheiten des zahnärztlichen Instituts der königl. Universität Breslau. Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde, 1899. január. G. W. Black: The fibers and glands of the peridental membrane. Dental Cosmos, 1899. február. Choquet: Note sur les rapports anatomiques existant chez l'homme entre l'email et le ciment. L'Odontologie, 1899. febr. C. N. Jenkins: The perfected porcelain enamel. Dental Cosmos, 1899. szeptember. W. B. Ames: Inlays and cements. Dental Review, 1899. január. J. Leon Williams: Ceramic art in the restoration of human teeth. Dental Cosmos, 1899. november. L. E. Custer: The improved electric oven and the means of determining the heat in fusing porcelain. Dental Cosmos, 1899. február. C. W. Stainton: Open posterior bridges. Dental Cosmos, 1899. márczius.

A fogászat irodalma a lefolyt évben *quantitas* tekintetében csak olyan bőseges productiot mutat, miként az előzőekben, sőt tekintve, hogy úgy Amerikában, mint Európában néhány új szaklap is megindult, talán terjedelmesebbnek is mondható. Lényegesebb azonban ama szempont, vajjon a *quantitas*al lépést tart-e az irodalmi termelés *qualitása* is?

Mielőtt ezen kérdésre felelünk, egy sajátosság jelenségre kell reámutatnunk, mely valószínűleg más orvosi szaktudományban nem szerepel és a mely összefügg a fogászat sajátosság fejlődési viszonyaival. A fogászat művészeti részének újabbkori fellendülése Amerikában indult meg és ezzel karöltve a fogászati irodalom is ott talált megfelelő talajt. Európa országai a tengeren túlról importálták sokáig a fogászat gyakorlati eszméit és az irodalmi termékeket. Lassankint azonban önállóságra vergődnek, sőt az utolsó évtizedben a gyakorlat szempontjából Amerikával már egyenlő rangban állunk. A mi pedig a szakma tudományos művelését és képzését illeti, itt már határozottan túlszárnyaljuk az új világot.

A fentebb felvetett kérdésekre ezek szerint olyképen válaszolhatunk, hogy a *quantitas* ugyan Amerikából származik, de az irodalmi termék *qualitása* az európai continens javára irandó.

*

A szájfür bakteriologiájáról való ismereteinket Leon Williams (London) egészíti ki egy jeles dolgozattal, mely a newyorki Odontological Society-ben olvastatott fel. A mióta Miller kitűnő monographiája megjelent, azóta a fogászbüvárok (hazánkban is) behatóbb tanulmányokat szentelnek a bakteriológiának, melyek máris sok irányban módosították a fogcariesre és más fogkórtani kérdésekre vonatkozó felfogásunkat.

Williams a fogzománczra tapadó mikroorganizmusokat vette vizsgálat alá és úgy találta, hogy staphylococcus pyogenes aureus és staphylococcus pyogenes albus rendkívül gyakran találhatók ott és jelentékeny mérvben savképző mikroorganizmusok. Talált továbbá egy előtte ismeretlen fonálarakú bakteriumot, melyről azonban később megtudta, hogy azt már előtte *Vicentini* (Nápoly) fedezte fel, ez az úgynevezett leptothrix racemosa, melynek biológiáját azután Williams tüzetesen tanulmányozta, valamint azt is bebizonyítja, hogy ezen leptothrix racemosa nem azonos a Miller által leirt leptothrix innominatával. Az érdekes és fontos tanulmányt gyönyörű mikrophotogramok egészítik ki.

George W. Cook (Chicago) 220 esetet vizsgált meg bakteriologiailag különös tekintettel a bacillus tuberculosisra. Eltekintve a szájfürben rendszeren előforduló nagyszámú, nem pathogen alakoktól, a következő pathogen bakteriumokat találta: staphylococcus pyogenes albus 47 esetben 107 szájfürvizsgálat közül; staphylococcus pyogenes aureus 11-szer 107 esetben; bacillus crassus sputigenes 6-szor 107 eset közül; mikroococcus tetragenus 11-szer 62 eset közül (valamennyi eset tuberculosis pulmonumra vonatkozik); bacillus salivarius septicus 3-szor 52 eset közül; bakterium gingivae pyogenes 4 esetben (pulpitis suppurativa esetek); mikroococcus pneumoniae crouposae 7 esetben 92 vizsgálat közül; bacillus Klebs-Löffler 14-szer 186 esetben; bacillus pseudo-diphtheriae 21-szer; streptococcus erysipelatis 1 esetben (egy extrahált fogpulpá kamarájában erysipelasban megbetegedett egyénnél); bacillus tuberculosis 11 esetben.

Megjegyzendő, hogy az említett mikroorganizmusok nemcsak a szájfürben, hanem a nyelvről vett vakarékban, a fognyak körüli kásás lepedékben, hanem több esetben a pulpában vagy gyökércsatornában is találtak.

Ugyancsak szájbakteriologiailag vizsgálatokkal foglalkozott Böse (München), de más irányban. Ugyanis vizsgálat alá vette a szokásos szájfüveket és cosmeticumokat, hogy mennyire képesek ezek azon rövid idő alatt, míg a szájfürben tartatnak, a bakteriumokat ártalmatlanná tenni.

Eljárása a következő: a kísérleti egyének jól ápolt, ép fogakkal birjanak és egyforma táplálkozási viszonyok közé helyeztetnek. Mindjárt a reggelizés után az illetők steril konyhasópepton-oldattal (ez közömbös folyadék a bakteriumokra nézve) öblögtetik a szájukat, az öblögető víz steril edényekbe gyűjtetik össze, néhány csepp belőle folyékony agargelatinnel összekevertetik, majd Petri-csészékbe öntetik. A kifejlődő coloniák gócosával számláltnak meg. Most következik 1/4, 1/2, 2/2 és 4 óra múlva a kontrol-öblögetés a megvizsgálandó szájvízzel, melyből hasonló eljárással fejlesztünk coloniákat. A különbözet szolgál a kifejtett antibaktericid hatás mértékéül.

Gyakorlati következtetései közül legfontosabbak, hogy a legjobb szájtisztító hatás nem oly tetemes, hogy miatta az esetleges káros mellékhatásokat elnézhetők; az a szájvíz, mely a szájnyákhártyát megmarja, legalább is olyan ártalmas, mint ha a fogakból a mészsókat kivonná; jó szájvíznek közömbös hatásának kell lenni; a leghatásosabb antisepticum a sublimat, de mérgező hatásánál és undorító ízénél fogva nem alkalmas a mindennapi használatra. Kitiűnő szájtisztító az alkohol (60%-os), kalium hypermanganicum igen tartós hatást képes kifejteni, de mindennapi használatra szintén nem ajánlható, mert a keletkező barnakó igen nehezen eltávolítható foglepedéket képez. Kalium chloricum egyáltalában száműzendő a szájvíz ápolásánál, a szájüregi savak neutralizálására csak vízben oldhatatlan alkáliákat szabad használni, mint minők a mész- és magnesium-carbonat!

Edward H. Angle (St. Louis) a fogsorzódási rendellenességeket tárgyalja hosszabb cikkben. Az általa felállított osztályok és nomenclatura nem alapszanak kellő tudományos alapon, miért is világosság tekintetében messze mögötte állanak az *Iszla*-féle rendszernek. Az *Angle*-féle nomenclaturát, bár angol nyelven jelent meg legelőször, mégis úgy látszik, még angolul író szerzők sem ismerik mind, sőt olyanok sem, a kik ez irányban új rendszert akarnak alkotni!

Louis Jack (Philadelphia) egy új physikalís vizsgálati módszert ajánl a fogkórok diagnostizálására. Azt találta ugyanis, hogy az ép fogak bizonyos hőminimum és hőmaximum között nem reagálnak, ellenben kóros viszonyok közt ezen tolerancia minimuma és maximuma jellemző módon megváltozik. A módszer rendkívül nehézkes és időtrábló, megbízhatósága is nagyon kétséges s így annál kevésbbé szorulunk rája, mivel ennél sokkal tökéletesebb, egyszerűbb és jobb diagnostikai módszerekkel rendelkezünk.

Egyik sokat vitatott kérdése a fogászati gyakorlatnak az első állandó zápfog, az úgynevezett hatodik évbéli molarisnak extractionalis indicatioja. *Sternfeld Alfréd* (München) nagyobb szabású tanulmányban újból felveszi a témát és gazdagon illusztrált casuistikával védi álláspontját, hogy adott esetben, a mikor t. i. arról van szó, hogy a többi fogak érdekében vagy egy előreláthatólag kifejlődő fogsorzódási anomalia miatt egy fog feláldoztassék, úgy legyen az rendszerint az első állandó molaris, ha egyéb különösen latba eső körülmények nem egy másik fogat praedestinálnak erre a sorsra. Az időpontra vonatkozólag, hogy mikor történjék ezen prophylactikus extractio, legjobbnak tartja azt az időt, a mikor a második molaris már áttörőfélben van, tehát átlag a 11½–13-dik életév közötti időszakot.

Nem kevésbbé gyakorlati jelentőségű és mondhatni mindennapi megfontolás tárgyát képezi a gyermeki fogazat conservatív kezelése. A Dental Cosmos szerkesztősége kérdést intézett erre vonatkozólag Amerika néhány nevesebb fogászához és a mult évi májusi számában tizenkét szerző nézetét közli. A szerzők fele a guttaperchának fogja pártját (*Truman, Roy, Clark, Chupein, Sparks, Welch*) részint argentum nitricum kezeléssel egybekötve, részint a nélkül; ezek közül némelyek a cementet is használják gyakran (*Brown, Sparks, Welch*); *Stowell* az általa egyéb czélokra is ajánlott hydronaphtocementet pártolja, mely az ezüst-nitrathoz hasonlóan az ellágyult dentint ismét megkeményíti. *Wedelstaedt* az aranynak híve; *Ambler, Truman* a zinket is szereti alkalmazni, *Kells* az amalgamot, *Thompson* pedig a cementamalgam-keveréket ajánlja. Az európai felfogás szerint a tejfogak kezelésénél a guttapercha souverain praeparatum és a fentebbiekből látható, hogy az amerikai szerzők java része is ezen nézethez esatlakozik.

Külön cikkben foglalkozik ezen kérdéssel *C. N. Johnson* (Chicago), ki nagyjában szintén ugyanazon elveket hirdeti, mint a fent említett szerzők többsége.

Tömésekről lévén szó, itt említem még, hogy *W. Ames* (Chicago) és *Wedelstaedt* (St. Paul) a fogtömésekre szolgáló cementeket vették physikalís és vegyi vizsgálat alá, mint azt *Black* néhány évvel előbb az amalgamokra vonatkozólag tette. Néhány igen fontos tényt konstatálnak az említett szerzők, mint pl. azt, hogy minél durvább a cementpor, annál jelentékenyebb a tömés szélszilárdsága. Nem minden cement-készítményre áll továbbá az a jelenleg általánosan elfogadott és a gyakorlatban követett vélemény, mely szerint a cementtömés annál keményebb, tehát annál tartósabb is lesz, minél tovább védjük meg az elkészítés után a szájnyállal való érintkezéstől. Vannak ezzel ellentétben cementek, melyeknek előnyére válik a nedvesség, nem pedig a szárazon való tartás. A legfontosabb eredménye azonban eme vizsgálatoknak azon körülmény, hogy a legtöbb cementkészítmény többé-kevésbbé arsenicummal van fertőzve. Ha meggondoljuk, mennyire érzékeny a pulpa az arsenel szemben, akkor felfoghatjuk ezen tény nagy horderejét és érthetjük azon nem ritka eseteket, hogy a pulpa, dacára a lege artis kezelésnek, cementtömések alatt elhal.

Összefüggésként itt még egy másik újonnan ajánlott tömőanyag-combinatoról akarok említeni. *Philipp* (Lüneburg) a guttapercha ellenállását az által akarja fokozni, hogy ezinlemezkeket rak tömés alkalmával az egyes guttapercharétegek közé olyformán, hogy a fém mindig a fogra ható nyomás irányába essék. Nem sokat tartunk ezen

eljárásról, mert ott, hol a fog nagyobb erőbehátásnak van kitéve, ott guttapercha általában ellenjavalt és bajosan segíthetünk az ilyenféle surrogatumokkal.

Egy amerikai szerző, *Wm. Edwin Perrett* nehezen hozzáférhető esetekben azt ajánlja, hogy az aranytömést csináljuk a szájon kívül s azután cementezzük be a kellőleg előkészített üregbe. Erre vonatkozólag az a megjegyzésünk, hogy ha olyanok a viszonyok, hogy az aranyat nem alkalmazhatjuk a maga módja szerint úgy a mint kell, akkor annak használatát ellenjavalt s ilyenkor nem kell aranyat forcirozni, hanem olyan anyagot választani, mely az adott esetben a legalkalmasabb. Mert hiszen nem az a czélunk, hogy arannyal dolgozzunk mindenképen, hanem az, hogy a fogat megmentsük s megtartsuk. De ezt Amerikában még mindig nehezen tudják megérteni.

Igen érdekesek és tanulságosak a boroszlói egyetemi fogászati klinika évi jelentései, melyeket *Partsch* tanár boesait közre. Az elmúlt évben közölből kiemeljük *Partsch* kitűnő sikereit a bromoethyllel, mely még vitium cordisnál sem ellenjavalt,¹ ha ezt csuppenkint nyújtjuk a patientsnek. A postextractionalis súlyos vérzések csillapítására pedig kitűnően bevált a *Partsch*-féle tamponád, még határozottan haemophiliás egyéneknél is. Az eljárás a következő: A vérző alveolust erős vizsgálat segélyével meg kell tisztítani a véralvadékoktól, azután csipeszszel jodoformgázt bevezetni az alveolus fenekére úgy, hogy ez közvetlenül érintkezze a vérző edényekkel, majd pedig alkalmas tömőműszerrel mind több gazet erőteljes nyomás kifejtésével bevezetni, míg az alveolus egészen tele van, azután pedig két ujjal a sebszeleket összenyomni. Az eljárás oly kitűnő és biztos hatású, hogy ritka esetben vált szükségessé még egy külön vatta nyomókötés alkalmazása a fogsorok összeharapásával.

Ugyancsak *Partsch* újabban igen melegen ajánlja a gyökéresűcs resectio mütétét abscessus alveolaris oly eseteiben, mikor a fistula a szokásos egyéb kezelési daczára (átfeeskendezés a gyökéresatornán keresztül) sem akar bezáródni. Eredményei több évre terjednek vissza és kitűnőek.

G. V. Black (Chicago), egyike a legképzettebb és legszorgalmasabb amerikai fogászbúvároknak, tanulmányt közöl a fogtőhátya normalis szöveti szerkezetéről. A dolgozatot különösen a mellékelt számos mikrophotographia teszi becsessé, melyek hí képet szolgáltatnak az említett hátya rostjainak lefutási irányairól, valamint nyirokérdény rendszeréről.

Szöveti tanulmányok közöl *Choquet*, a párisi Ecole dentaire bakteriologiai laboratoriumának vezetője, a zománc és cement egymáshoz való anatomiai viszonyáról emberi fogaknál. *Beltrami* az 1895-ben tartott bordeauxi fogász-congressuson azon nézetét nyilvánította, hogy a *Nasmyth*-féle hátya nem egyéb, mint a cement folytatása, ennél fogva tehát nem a zománc képezi a fog legkülsőbb kemény szövetét, hanem a cement. *Choquet* megczáfolni iparkodik ezen hypothesis és kimutatja, hogy a membrana *Nasmyth*-i epithelialis eredetű.

A fogászat technikai ágában a lefolyt évben alig találunk valami különösebb említésre méltó haladást.

A porcellán-tömések (úgynevezett inlay work) elkészítése körül javasoltattak egyes módosítások *Jenk ns, Ames, Williams* és *Custer* által; a hidmunkák (bridge work) tekintetében pedig *Stainton* (Buffalo) közöl módosítást, melyet ő nyílt hidmunkának nevez, a mennyiben a pillérek közötti koronák jóformán testnélküliek és csak rágó felszínnel bírnak.

Könyvismertetés.

Edouard Glaize: La grossesse extra-membraneuse. Paris. Carré et Naud. 1899.

Fenti czímmel szerző azon terhességet ismerteti, melyben, miután a látszólag rendes lefolyású terhesség alatt az amnion időelőtt megrepedt és atrophizált, a magzat csupán a chorion-zsákban fejlődött. Szerző mások nyomán ezt extra-amniotikus terhességnek nevezi s az irodalom-ból nyolcz esetet közöl olyan elváltozással, melyben a terhesség rendes lefolyása közben az amnion-zsák ismeretlen ok folytán megrepedve, visszafelődik. A visszahúzódó amnion által a magzat egyes testrészei amputáltathatnak vagy eltorzulhatnak; ez főleg akkor lehet, ha az amnionban kicsiny repedés támad s ezen át jut ki a chorion-zsákba a magzat, mely a compressio folytán amputáltatik (Küstner, Olshausen, Bar esetei). Ha a repedés az amnion-zsákon elég nagy, akkor a magzaton sem deformitás, sem amputatio nem lesz látható (Braun, Mayrier eseteiben). Megjegyzendő, hogy rendszerint a burkok korai megrepedésénél a chorion szokott megrepedni s ekkor a magzat az amnion-zsákban fekszik. A Glaize által közölt esetekben nem ezen elváltozással van dolgunk. Az amnion időelőtti megrepedésének okát Mac Clintok és Sentex az amnion lobjára vezetik vissza. *Diagnosis* csak a szülés után tehetünk, mert az extra-amniotikus terhesség úgy folyik le, mint a rendes. Azonban szülés után a chorionon nem találunk amniot; ez ugyanis kis zsákokat alkot a köldökzsinór eredése körül, vagy pedig kötegek alakjában látható a köldökzsinór körül. Ide nem sorolhatók azon esetek, melyekben az amnion összetépetett, vagy a méhben visszamaradt. Vég-eredményül Glaize elfogadja, hogy az amnion megrepedését az okozhatja, hogy az amnion levált a chorionról, továbbá, hogy az amniotnak esékélyebb ellenállása van egy ponton, míg a chorion ellenállása fokozott, végül, hogy az amnionban levő folyadék fokozott feszüléssel bír. A repedés ideje a harmadik terhességi hónapra tehető. A Mayrier

¹ Általában véve hasonló eredményeket értünk mi is el *Hügges* tanár egyetemi kórtani intézetében végzett kísérletek nyomán. Lásd „Az altató szerekéről“ ezimű munkámat, 1890.

által észlelt esetben az amnion repedése a 2—3. hónapban történt, míg a szülés a 4. hóban. A 24 cm. hosszú magzat nem férhetett el az amnion kis zsákjában, mint ezt Maygrier mérésekből és a zsáknak vízzel való kitöltéséből kiderítette. Lebedeff 3-as terhességnél észlelte az amnion időelőtti megrepedését. Az első ilyen terhességet Braun G. ismer-tette 1854-ben.

Máskor az amnion és chorion együttes átszakadása után ezek visszahúzódnak és a magzat a szabad méhüregben fejlődik tovább. Ez az *extra-ovularis* terhesség, melynek eddig észlelt öt esetét foglalja össze Glaize. Az extra-ovularis terhességet jellemzi, hogy a burkok jóval a szülés megkezdése előtt repednek meg; a magzat kilép a méh üregébe, maga mögött hagyva a burkok által képzett zsákokat, mely fejlődésében visszamaradva, elcsúszul. A burkok megrepedésével a magzatvíz elfolyik, a vízfolyás állandósul, „hydrorrhoea”-val van dolgunk, csakhogy a tulajdonképeni hydrorrhoeánál a magzatvíz folyása nem állandó s ha időszakosan megjelenik, megjelenését fájdalom érzete előzi meg; míg itt a vízfolyás állandó, folytonos, fájdalom nélküli. A méh mindenütt reáveszül a magzatra, azonban nem annyira, hogy a szülést ezen inger megindítaná; a terhes nő nem érez fájdalmas feszülést hasában, csupán állandó magzatvíz folyása van, melynek okát Tarnier az endometritis decidualisban vélte kereshetni. A diagnosis csak valószínűségi lehet s a repedés ideje összeesik a hydrorrhoea kezdetével. Az üres méh a magzatot közvetlenül veszi körül; a méhnek terjedelme kisebb, mint ez a terhesség idejének megfelelő. Feltűnő az, hogy a fej nem ballotálható. Fájdalom nem jelenkezik ezen tünetek mellett. Biztos kórismét csak a szülés után állíthatunk fel a burkok vizsgálatánál.

Maygrier esetében, melyet Glaize is észlelt, a burokrepedés a 6. hónapban történt egy többször szülő nőnél, míg a szülés a burokrepedés után 58 nappal a 8. hónapban következett be. Az élő magzat a szülés alatt elpusztult. Bar esetében a burokrepedés után 30 nappal történt a szülés, Tarnier esetében 88 nappal s Dubrisay esetében 110 nappal.

A magzatok mind halva születtek, idő előtt; csupán Dubrisaynek sikerült egy élő, 1645 gr. súlyú magzatot életben tartani.

Az anyát a nyitott petéüreg miatt könnyen érheti infectio; a szülés a tágulási időszakban nehezen halad előre s különben is lassú, mert szerző nézete szerint a méh szorosan ráfekszik a magzatra.

A *therapiára* vonatkozóan megemlíti Glaize, hogy főleg a nyugalom, fekvés akadályozza meg a terhesség korai megszakítását; e mellett laudanumos beöntések, morhium tehetnek jó szolgálatot a szülő-fájások ellen. Rigorosus tisztaságot ajánl, sublimatos lemosásokat s hüvelyöblítést. A szülést esetleg a magzat érdekében gyorsan kell befejezni.

Az észlelt öt esetben egyszer sem lépett fel láz, sem a terhesség alatt, sem a gyermekágyban. Az irodalomban egyedül álló eset a Baré, ki ikerterhességnél észlelte a burkok korai repedését a két foetalis zsák közt úgy, hogy a magzatok egyik zsákból a másikba jutottak.

A lepény vizsgálatánál kiderül, hogy a chorion és amnion kisebb zsákok alkot, hogyszem ebben a magzat elférne; ezen tényt mérések által is megállapították. Egyedül Dubrisay esetében nem lehetett a szoros összenövés miatt a choriont az amnionról leválasztani. Az extra-ovularis terhességnél mind az 5 esetben placenta marginata volt jelen.

Loevrich József dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A *malaria ellen való immunitás*. Celli a veleszületett, a betegség kiállása útján szerzett és a mesterséges úton előidézett malaria-immunitást vizsgálta. Az öröklött immunitás szerinte egy emberfajnál sem létezik; de elismeri azt, hogy az életmód és ezzel kapcsolatban bizonyos régóta ismert és tapasztalatilag jónak bizonyult praeventiv intézkedések relative nagyobb immunitást adnak a malariás vídék lakóinak. Erre például hozza fel a hírhedt malariafészkeknek, a római campagnáknak lakóit. A pontini moesarak lakói között Celli olyanokra is akadt, a kik a legsúlyosabb malaria-epidemiá közepette is mentek maradtak, annak dacára, hogy a legsanyarúbb életviszonyok mellett, fárasztó munkában élve, fertőzésükre minden lehetőség megvolt. Ez esetben valószínűleg organikus immunitásról lehet szólnunk. A malaria kiállása által szerzett immunitás jóval rövidebb tartamú, mint a veleszületett és teljességgel nem függ a chinines gyógyítástól. Ide tartozó vizsgálatait Celli a serumtherapia szempontjából végezte; toxint vagy az immunitást megmagyarázó antitoxint azonban nem sikerült sem a malariát kiállott egyén vörös vérséjtjeiben, sem vérének savójában kimutatni. A malariától ment állatok vérével és más szövetnedveivel végzett kísérletek is negatív eredményt adtak az ember mesterséges immunitását illetőleg, mert velők sem mentességet, sem gyógyulást előidézni nem tudott. Egyedül a lépnedvnek tulajdonít Celli némi immunizáló hatást, a mennyiben egy esetben 10 napi incubatio után csak egy egészen könnyű lázroham jelentkezett, a második injectioa pedig a baj teljesen megszűnt. A lépnedvnek ily gyógyító hatása azonban csak könnyebb tertiar esetekben van. Érdekesekek Cellinek azon vizsgálatait, melyeket a mesterséges immunitásra vonatkozólag a culex és anopheles szúnyogfajok szövetnedveivel végzett. Kereste, hogy a nem fertőzött szúnyog testében van-e már malaria-antitoxin, vagy pedig a fertőzés után, a haemosporidák fejlődésével képződik-e benne. A három egyéneken végzett ily irányú kísérletek szintén eredménytelenek maradtak. A kísérletek utolsó sorozatának az volt a célja, hogy gyógyszerrel érjen el immunitást a kísérletileg előidézett malariával szemben. A chininre vonatkozó tapasztalatai erős kétséget támaszthatnak

bennünk e megbízhatónak ismert specificum immunizáló hatása iránt, mert Celli úgy nyilatkozik, hogy a chinin kis adagban mentesítőleg alig hat, nagy dosisban pedig huzamosabb időn át nem vehető, tekintettel káros hatására, melyet a gyomorra és az idegrendszerre gyakorol. A szerző lónak felmenő adagban chinint adott részben per os, részben a tracheába, részben subcutan és intravenosus injectioval. A mikor már egyszerre 20 grammot feeszkendezett be intravenosus úton, a ló véréből serumot készített, a mely serum azonban sem praeventive, sem gyógyítólag nem hatott az experimentalis úton előidézett malariánál. Egyéb gyógyszerek ily irányú hatására vonatkozólag Celli vizsgálatainak következő eredményei voltak: jodkali és antipyrin hatástalan, bromkali, phenocoll és arsen egyszer hatástalannak, máskor hatásosnak bizonyult, a carbolsav hatása egy esetben kétséges volt. Az euchinin véd a quartana és a könnyebb tertianaláz ellen, a methylenkék pedig még a súlyosabb tertiana ellen is. Ezen gyógyszeres kísérletek tanúsága szerint általában az euchinin és a methylenkék a legjobb prophylacticum a kísérleti úton előidézett malaria ellen; az utóbbit ajánlja különösen olesóságán kívül az a körülmény is, hogy kellemetlen mellékhatása nincs. Az incubatio tartama — úgy látszik — az experimentaliter előidézett malariánál sokkal hosszabb, mint azt mások, így Bignami és Bastianelli állítják. Így például a negyednapos láz incubatioja, a melynek tartamát az említett szerzők csak 15 napot vesznek fel, Celli szerint egész 47 napig tartott gyógyszeres beavatkozás nélkül, phenocoll előleges adagolására pedig egész 66 napig. (Annali d'igiene sperimentale 1899. fase. 3.)

Tempel Ferencz dr.

Gyógyszertan. Újabb gyógyszerek.

Acocin. Az *acocinról* már volt alkalmunk egyszer megemlékezni.¹

Akkor a szer felfedezője, *Trolldenier*, több acocinkészítménnyel állatkísérleteket végeztet és az acocinnak helybeli érzéstelenítő hatását állapította meg. Különösen a szemteke érzéstelenítésére ajánlotta. Azóta már ez irányban therapeutikus kísérletek is történtek. E téren tett tapasztalatairól emlékezik meg *Darier*² párizsi szemész. Ő ugyanis eddigelé a sok szembetegségnél, különösen a specifikus természetűeknél oly jó hatású subconjunctivalis higany-befecskendezéket cocain segítségével végezte. Ilyenkor a beszúrás ugyan nem fájt, de a cocain-hatás multával, a mi gyorsan szokott bekövetkezni, a folyadék a szövetbe való szétterjedése betegének nagy fájdalmakat okozott. Mivel elismert dolog, hogy az *acocin* igen hig oldatainak is sokkal tovább tartó hatása van, mint a cocainnak, *Darier* ezen szerrel kezdte a befecskendezéseket végezni. Eredményei meglepőek voltak; még a legérzékenyebb betegek is, kik azelőtt a befecskendezéseket sehogysem tudták elviselni, most szívesen tűrték azokat. A beszúrás maga, valamint az első csomóeska képződése néha 2—3 percig tartó fájdalommal jár ugyan, azonban ezt is el lehet kerülni, ha a szemtekére előzetesen cocaint cseppentünk vagy ha az oldatot *Darier* ajánlatára a következőleg készítjük el:

Rp. Acocini 0.05, Cocaini hydrochl. 0.10, Solut. natrii chlorati 0.8%o, 5.0.

Ilyenkor a cocain az, a mely rögtön érzéstelenít, de miután hatása elég hamar megszűnt, szerepét az acocin venné át. Ha tény az, hogy azok a higanyoldatok, melyek csak cocaint tartalmaztak, a befecskendezés után $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óra múlva sokáig tartó fájdalmakat okoztak, úgy nem szabad elzárkóznunk azon feltevés elől, hogy tényleg az acocin az, mely ezt a fájdalomsságot megszünteti.

A hideg víz 6%o acocint képes oldani. Mivel az *acocin*-basis alkali-kus vegyhatású anyagok nyomainak jelenlétében már kicsapódik, az edényt, melyben az oldat készül, előzetesen sósavval vagy salétrom-savval, majd frissen készült lepárolt vízzel kell kimosni. Ezután jön belé a physiologiai konyhasó-oldat s a kívánt mennyiségű *acocin*, mely melegítés nélkül az említett arányig oldódik. A tiszta oldat sötétben hetekig eláll. Az oldatok készítésénél ne használjunk meleg vizet.

Az *acocin* a cocainnal szemben majdnem ártalmatlan; mérgezési tünetek ennél fogva nem lépnek fel, a minék különben még az az oka is van, hogy az *acocinnak* igen hig oldatai (1%o) a kívánt hatást már kifejtik. Hátrányát képezi azon tulajdonsága, hogy a sok anyag oldataiból lecsapja, ilyenek: 1. a jod-, jodür- higanyjodür-oldatok; 2. a sublimat és aranycyanür. Ellenben jó, tiszta oldatok készíthetők 2—4%o konyhasó-oldattal, továbbá a cyanhigany és jodtrichlorid oldataival.

Kerntler Jenő dr.

Bromidia. Egy amerikai készítmény; Battle u. Comp. St. Louis-ban levő gyárosok állítják elő. Mint már neve is sejtetni engedi, egy újabb hypnoticum. Nem új chemiai összeköttetés, hanem egyes ez irányú hatásokról jól ismert anyagok keveréke. A bromidia ugyanis, mely egy sötét barnás-zöld folyadék, a gyárosok adatai szerint, minden theas-kálnyi adagban 1 gm. choralhydratot, 1 gm. bromkaliumot, valamint 0.008 gm. extr. cannabis indicaet és ugyanannyi hyosciamus kivonatot tartalmaz. Főhatóanyagainak minden esetre az első két alkotórészt kell tekintenünk. Eddig jó sikerrel alkalmaztatott ideges álmatlanság, neuralgiák, fejfájások, göresök esetében, mint csillapító és álomhozó szer. Hogy hatása akkor is bevált, a midőn az opiumkészítményekkel már nem lehetett eredményre jutni, az könnyen magyarázható abból, hogy az ily betegek mindent végigpróbálva, egyes szereket megszoktak már és ilyen esetekben egy új szer, ha nem is épen bromidia a neve, a kívánt hatást kifejti. Hogy az egészségre az eddig ismert hypnoticumoknál kevésbé ártalmas volna, azt nem lehet concedálnunk, ha meggondoljuk, hogy magának a chloralhydratnak, továbbá a bromkalium kalium-componensének a szívre micsoda hatása van. Az opiumkészítmények

¹ Orv. Hetilap 1899. Újabb gyógyszerek és gyógymódok 1. sz.

² La clinique ophthalmologique, 1899. N. 12.

felett való abbéli előnyét, hogy a bélmozgásokra hátrányos befolyása nincs, szívesen elismerjük, mivel ilyen hatású anyagok nem foglaltatnak benne. Adhatunk belőle egy fél vagy egy egész theáskánányit cukros vízben, vagy syrupban, vagy akár ily mennyiséget csőrében is, óránként, addig míg az álom beáll; 3 theáskánányt a legnagyobb napi adaga.

Kerntler Jenő dr.

Belgyógyászat.

Plasmon. Általánosan ismert tény, hogy elgyengült szervezet mily mohón tart vissza fehérjét saját protoplasmájának felépítésére. *Albu* vizsgálat tárgyává tette, vajjon tetemes fehérjeviszartartás elérhető e mesterséges fehérjétszerek által is, mely czélra az újabb „plasmon“-t használta, mely tejfehérje, továbbá kellemes ízű, jól kihasználható a szervezetben s nem megvetendő előnye, hogy vízben oldódik. A kísérletek igazolták, hogy a plasmon nagy mértékben képes pótolni a fehérjedús tápanyagokat s ennél fogva szerző kiterjedt alkalmazását ajánlja. Kapcsolatosan kiemeli, hogy mily fontossággal bírna egy ősös fehérjétszertápanyag a szegényebb néposztály táplálkozásában, a mely úgy szólván állandóan hiányos táplálkozási állapotban van, mint-hogy étrendjének túlnyomó részét ősös szénhidrátok képezik. (Ztschrft. f. klin. Med. 38 kötet.)

Kővesi dr.

A pepsin-elválasztás gyomorbántalmaknál. A pepsin mennyiségi meghatározásra *Roth* a Mett-féle eljárást ajánlja (üvegcapillariskban megalkalmazott tojásfehérje 24 óráig költökemenczébe helyeztetik s a megemésztett fehérjéretég leméretik; az I. sz. belkóródán is hosszabb idő óta alkalmazásban van). A pepsin mennyisége a gyomorbetegségek-nél jelentékeny ingadozásokat mutat; legmagasabb értékek a gyomor izalmi állapotánál nyerhetők, mint ulcus, ideges eredetű hypersecretio; a legalacsonyabbak pedig atrophias hurutoknál s ideges eredetű bántalmaknál. Nézete szerint a pepsinmeghatározás alárendeltbb jelentőségű, mint a sósavmeghatározás. (Zeitschr. f. klin. Med. 39. k. 1. és 2. füzet.)

Kővesi dr.

Az anyagcsere tüdőlobnál s a sóknak befolyása. *Moraczewski* azon gondolattól indul ki, hogy a láz alatt a szövetnedvek töménysége csökkent s ennél fogva jönne létre a sók visszatartása, minek igazolására pontos anyagcserevizsgálatokat végzett. A lázas szervezet szókülsőségét fokozott sóbevitellel akarván pótolni, az ez irányú vizsgálatok nem adtak állandó eredményt a N-kiválasztást illetőleg, csak a diuresis fokozódását s a reconvalescentia gyorsabb lefolyását észlelte. (Zeitschr. f. klin. Med. 39. kötet, 1. és 2. füzet.)

Kővesi dr.

Az emberi vér festőképességéről és vastartalmáról. *Rosin* és *Jellinek* összehasonlító vizsgálatokat végeztek a *Fleischl*-féle haemoglobinometerrel és a *Jolles*-féle ferrometerrel, melyek eredményeképen kitént, hogy a vastartalom és a festőképesség nem járnak mindig karöltve; 101 eset közül 32-ben a parallelismus ki volt mutatható, azonban gyakrabban — 53 esetben — a festőképesség a vastartalmat tetemesen felülmulva, egyes esetekben viszont csekélyebb volt. Ezen vizsgálataik alapján a vér vastartalmát, festőképességét s a haemoglobin mennyiségét egymástól teljesen függetleneknek nyilvánítják. A festőképességet a haemoglobinon kívül a vérsavó festőanyagjai is tetemesen befolyásolják, valamint a vastartalom sem egyedül a haemoglobinban keresendő, mint-hogy ennek vastartalma nem állandó. A festőképesség és a vastartalom magartartása az egyes betegségek-nél szerintük a következő: icterusnál, diabetesnél, Basedow-kór-nál, szívbántalmaknál nagy a festőképesség és csekély a vastartalom; míg ellenben csökkent festőképesség viszonylagosan kevésbé csökkent vastartalommal chlorosisnál és anaemiáknál található. (Zeitschr. f. klin. Med. 39. kötet, 1. és 2. f.)

Kővesi dr.

A gerincvelőburkok daganatainak körjelzéséhez és sebörvosi kezeléséhez szolgált értékes adatokat *Schultze* négy eset közlésével, a melyek közül kettőt *Schede* operált. Az első esetben 13½ hónap óta benuult betegről volt szó. A 4. és 5. hátsóigolya tövisnyútványának eltávolítása és a gerincoszloposatorna megnyitása után kitént, hogy az 5. csigolya mögött a durából kiinduló kemény daganat fekszik, a mely lefelé a 7. csigolyáig terjed. A megfelelő csigolyaivak eltávolítása után a 4 cm. hosszú, 2-6 cm. széles, 1½ cm. vastag daganat könnyen volt eltávolítható, műtét után a seb gyorsan gyógyult. A gerincvelő maga a nyomott helyen nem látszott nagyon megvékonyodottnak. A műtétet követő első napokon az alsó végtagok merevgőrese fokozódott, és csak három hét múlva indult meg a javulás, előbb az érzés, majd a lábujjak mozgása kezdett visszatérni, az izmok merevgőrese csökkent; de csak 4½ hónappal a műtét után tudta a beteg alsó végtagjait hanyatt fekvésben minden ízületben mozgatni, és csak újabb 4½ hónappal később volt képes bot nélkül néhány lépést tenni a szobában. Egy hónappal ezután, tehát 10 hónappal a műtét után ½ óra hosszat járt a szabadban és a lépcsőn is fel tudott menni. A második esetben hat hónap óta béna beteg a dura és a gerincoszlop között álló fibrosarcoma kiirtását követő 5-dik napon a beteg állapota súlyosodott, a mennyiben hólyag- és végbélbénulás állott be és az alsó végtagok benu-lása majdnem teljes lett. E rosszbodást *Schultze* vérszűrésből, *Schede* collaterális oedemából magyarázta. A javulás tényleg nem soká várható magára, a mennyiben 5 hónappal a műtét után a beteg elég jól járt, sőt kertész munkát tudott ellátni. *E két esetet hozzászámítva Bruns* régebbi statisztikájához, 22 eset közül 8 esetben javulás illetve gyógyulás állott be. Egy esetben, melyben műtétet nem hajtottak végre, a boncsolás mogyorónyi daganatot derített ki a csont és dura mater között az atlas magasságában. E daganat a foramen magnum jobb felét elfoglalta. A tünetek tekintetében érdekes, hogy a beteg hosszú ideig nem érzett fájdalmat, és hogy a nyomás, melynek előbb elülről és oldalról kellett hatnia, leg-

először a bal lábban hozott létre benu-lást, a mi bizonyítja, hogy emberen a gerincoszlop felső részében az alsó végtaghoz vezető rostok futnak le közelebb a peripheriához, mint azt *Flatau* kutyan bebizonyította. A közölt esetekben az intra- és extramedullás tumor közt a döntést nehezítette, hogy leptomeningitis is társult a folyamathoz, továbbá hiányzott a hosszantartó neuralgiás előstadium, hiányzott a benu-lásoknak kezdetben egy testfélre korlátozottsága, a mi jellemző a *lassan növekvő körülírt extramedullás tumorokra*, a melyekben *leginkább lehet ma operatiora gondolni.* (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. 1900. XVI. k. 11. l.)

—ts.

Sebészet.

További adalékok a prolapsus recti pathogenesiséhez és terapiájához czímen ír *Ludloff* a königsbergi klinikáról, és 100 oldalas kimerítő munkájában, melynek végén az irodalomban található 101 esetet egységes szempontok szerint rendezti, következő eredményekhez jut. Az idevágó esetek háromfélék: 1. prolapsus ani, 2. prolapsus coli invaginati, 3. prolapsus ani et recti, prolapsus recti.

1. Prolapsus ani, a végbélnyálkahártya legalsó részének kifordulása, az ú. n. prolapsus haemorrhoidalis semmi összefüggésben nincs a prolapsus ani et rectivel. Therapiája: hosszirányú sávok kiégetése; diéta.

2. Prolapsus coli invaginati, typikus, de minden esetben nagy kiterjedésű intussusceptioja a teljesen peritoneummal fedett S romanumnak, mely esetleg az anuson is kinyomul.

3. Prolapsus recti, prolapsus ani et recti ugyanazon kórfolyamat különböző fokai. Primaer perinealis herniák, hol az excavatio vesico- illetve utero-rectalis a punctum minoris resistentiae, a végbél elülső fala a plica transversalistól felfelé a sérvtömlő, mely fokoként vonja lefelé a rectum hátsó falát és végre az egész rectumot. Műtétnél akár-hányszor vékonybélkacsokat találtak benne (hedrocele). Okozati összefüggésben van mindazon kóros folyamatokkal (obstipatio, diarrhoea, chr. bronchitis stb.), midőn a hasprécs hosszantartó erős működése a belek s főleg a végbél és a gátkimeneteli (levator ani) izomzatnak atóniájával együttjár. Therapiájában az azonnali eredmények úgy számít mint minőségét tekintve a Mikulicz-Nicoladoni-resectio áll legelő. Üres hedrocele mellett, felemelt gátfekvésben, az előhúzott prolapsus külső lemeze az anusnyílás magasságában levágnak, a vérzés lépésről lépésre csillapítottatik, a bellemez gyors amputatioja után a 2 sebszél dupla varrattal egyesítettetik. Stricte indikált incarceraált irreponibilis vagy nagyon kifehélyesedett prolapsusoknál; nem használható hosszú, magas áthajlású helyvel bíró coloninvaginatioknál. Hátrányai: a physiologikus anatómiai viszonyokat nem állítja elő, az excavatio praerectalis még mélyebbre kerül, a végbél mellső támasztékai (septum rectovaginale, rectoprostaticum) meggyöngítettnek, azért recidiva nincs teljesen kizárva (köhögés). Ezen műtét előtt, tekintve technikai kivételének nehézségeit és nem csekély veszélyeit, megkísérthető a colopexia és a gát, a végbélzáró és támasztó izmok masszálása Thure Brandt szerint. Indikált ez utóbbi főleg kisebb méretű, nem nagyon elhanyagolt esetekben, midőn is 2-3 heti gondos és pontos kezelés által meglepő eredmények értek el, mi ismét a prolapsus fentemlített pathogenesisének helyessége és a radikális műtét elégtelensége mellett szól. Rosszabb eredményeket ad a galvanisatio. A colopexia a rendes bal anus praeternaturalis metszésből történik, midőn az S-romanum erős felhúzása által a prolapsus is repóntatatik. Ekkor ennek mellső oldalát scarificálják és a peritoneum parietalehoz és a hasfalhoz rögzítik. Ezt az eljárást a masszálással együtt tartja szerző a legajánlatosabbnak, s csak ezek balsikere után végezze resectiot.

Cauterisatio a prolapsus aninál indikált, a gyermekek mérsékelt nagyságú prolapsus ani et rectijénél gyakran souverain hatású. Kitünő segédműtete a többi nem teljesen sikerült műtét eljárásnak, úgy sugaras mint hosszirányú sávok kiégetése alakjában. Angol szerzők nagy nyálkahártyarészeket resectiojával is jó eredményt értek el. *Ligatura Weinlechner* szerint, midőn nagyon elesett beteg irreponibilis prolapsusa egy vastag drancsó felett szorosan az anus alatt vékony fonállal lekötöttetik és gangraenás lefokódásra bizatik.

Anus sacralis oly eseteknél alkalmazandó, hol nagy rectumműtét folytán a végbél rögzítő és záró készüléke felette elgyengült s ez az oka az előesésnek. Érték nélküli műtétek: *Gersuny-féle torsio*, az anus nyílás constrictioja dohányzaeszköszerű ezüstodronnyarrattal és a rectopexia. Ezen műtéttel, hamis kőbonezi és anatómiai szempontokból kiindulva, francia szerzők a rectum hátsó oldalát rögzítik szélesen az os sacrumhoz és coccygishez.

Prolapsus coli invaginatinál, ha a proximalis vég előhúzat, resectio Mikulicz-Nicoladoni szerint, ha pedig a betüremkedés proximalis áthajlása nagyon magas, a *Barker-Rydygiel-féle* eljárás végzendő, azaz laparotomiával az intussusceptio helye megkerestetik, az intussusceptiensebe történt elég nagy hosszmetzésen keresztül az intussusceptum kihúztatik és resecáltatik.

Minden műtét előtt alapos hashajtás több napon keresztül, műtét után több héten keresztül csak fekvő helyzetben szabad a betegeknek a székletétet végezni. (Archiv f. klin. Chirurgie 60. kötet 3. füzet.)

Picker Rezső dr.

A feregnyútványának a női medenczebeli szervekkel egyidejű megbetegedését fejtegeti *Dührssen*. Az utolsó 1½ év alatt 320-szor nyitotta meg vaginalis és ventralis úton a hasúrt és mindig megvizsgálván a feregnyútvány állapotát, azt 10-szer, vagyis az esetek mintegy 3 százalékában megbetegedettnek találta és 9-szer resecálta. Különösen olyan esetekben talált appendicitist, mikor a medenczebeli szervekhez

bélkacsok voltak odanöve, illetve mikor jobb oldali adnexmegbetegedések mellett a lig. latum erősen megvastagodott és megrövidültnek mutatkozott. Az appendicitis az esetek túlnyomó többségében secundaer volt (legnagyobb részt genyes salpingitisből és oophoritisből származó), csak egy esetről gondolja, hogy az appendicitis volt a primaer s a medenczeüri tályog a secundaer. — Ennél az esetről, valamint 2 más kiterjedt medenczeüri tályognál is operatív eljárása a feregnyújtvány-nak az összes adnexákkal és az uterussal együtt való exstirpációjában állott. Kiterjedt medenczeüri tályogok esetén ezt az eljárást már azért is legcélszerűbbnek tartja, mert kitűnő drainage létesíthető a vaginán keresztül. A bemetszésre mindig a linea albat választotta. Két esetben a mellő hüvelyboltozaton keresztül colpocoeliotomia anteriorral távolította el a feregnyújtványt. A gyuladást az appendixről az adnexákhoz és viszont a ligamentum appendiculo-ovaricum közvetíti, ennek útján a feregnyújtványgyuladásából egy parametritis superior állhat elő, mely ismét retroversiora vezethet; az appendicitis tehát fontos aetiologikus szerepet játszhat az uterus deviatiók létrejöttében. (Archiv für klinische Chirurgie. 59. kötet, 4. füzet.) Pólya Jenő dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Thermophor compress elnevezéssel gummivánkoskákat hoztak újabb forgalomba, melyek ecetsavas natriummal vannak megtöltve; az ecetsavas natrium felmelegítéskor a saját kristályvizében olvad és az e közben megkötött meleget nagyon lassan adja le. Ha tehát az ilyen thermophor compress rövid időre forró vízbe mártjuk, 6–8 órán át meleg marad s így kényelmesen használható olyan esetekben, a mikor meleg borogatások javáltak. (Therapie der Gegenwart, 1900, 3. füzet.)

Asthma bronchiale gyógyítására Golibow argentum nitricumot használ belladonna-kivonattal kapcsolatban: Rp. Argenti nitrici 0.10; Extr. belladonnae 0.30; Boli alb. qu. s. ut fiant pil. Nr. 30. Naponként 3-szor egy-egy labdacot. (Semaine médicale, 1899. 50. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. április 12.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év tizenharmadik hetében (1900. márcz. 25-dikétől márcz. 31.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katonai 16,220, összesen 685,340. Elveszülte 531 gyermek, elhalt 382 egyén, a születések tehát 149-el mutak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 40.3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 29.0, az egy éven felüli lakosságnál: 22.4, az öt éven felüli lakosságnál: 19.4. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 2, pertussis 1, morbilli 8, scarlatina 6, variola —, cholera asiaticus 1, typhus abdominalis —, febris puerperalis —, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 8, meningitis 13, apoplexia 4, eclampsia 11, szervi szivbaj 28, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 97, tuberculosus pulmonum et phthisis 64, diarrhoea et enteritis 8, gastro-enteritis 3, rák és egyéb újkepletek 17, ezek közül méhrák 5, morbus Brightii et nephritis 9, rachitis 2, scrophulosis 1, veleszületett gyengeség és alkat-hiba 14, atrophia et inanitio 2, marasmus senilis 22, erőszakos haláletet 10, abból gyilkosság és emberölés 2, öngyilkosság 5, baleset 1, kétséges 2 (—). **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi közkórházakban. A múlt hó végén volt 2972 beteg, szaporodás e héten 901, csökkenés 1017, maradt e hét végén 2856 beteg. B) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi márcz. 26-dikától április 1-jéig terjedő 13 héten a tisztifőorvosi hivatal közleményel szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 57 (51), diphtheria, croup 12 (15), hagymáz (typhus) 4 (1), kanyaró (morbilli) 113 (89), trachoma 5 (1), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), hőkhurut (pertussis) 33 (31), orbáncz (erysipelas) 18 (18), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (2), ezenfelül varicella 30 (43).

○ **Congressus a gümőkór elleni védelemre.** E hó 25–28-dikáig az olasz király védnöksége alatt Nápolyban Bacelli tanár elnöklésével congressust tartanak, melyen tisztán csak a tuberculosus elleni védelem eszközeiről és módjáról tartanak előadásokat és eszmecsereket. A congressusnak négy osztálya lesz: 1. aetiologia és prophylaxis, 2. pathologia és klinika, 3. therapeutika, 4. sanatoriumok. Tagja lehet minden doktor és ügybarát, ki 20 lira tagdíjat fizet, melylyel 50% vasúti és gőzhajói árleengedés jár az olasz vasutakon és hajókon. Több kirándulás is van tervbe véve. A kik részt kívánnak venni, forduljanak Prof. Alfredo Rubino titkárhoz Nápolyban (Hopital Clinique) vagy a „L'Arte Medica” orvosi újság szerkesztőségéhez.

× **Az orvosi elektrológia és radiológia nemzetközi congressusát** tartják meg Párisban ez év július 27-dikétől augusztus 1-jéig a világtiállítás kapcsán. A congressusra máris sok szakértekezés van bejelentve. Tagsági díj 25 frank, melyért a tagok megkapják a congressus minden kiadványait. A kik részt akarnak venni a congressusban, forduljanak a következő címhez: à M. le docteur A. Montier, rue Maromesnil 11, à Paris, a kik pedig egyéb dolgokban kívánnak felvilágosítást, a következőkhöz: à M. le professeur E. Doumer secrétaire générale, rue Nicolas-Leblanc, 57, Lille.

⊗ **Felhívás.** Tisztelettel felkérjük mindazon kartársakat, a kik a bécsi egyetemen az orvosi tanfolyamot 1874-ben abszolvták, hogy f. év

október 1-jén tartandó 25 éves találkozóra Bécsben megjelenni sziveskedjenek. A kik a találkozóon megjelenni kívánnak, szóbeli vagy írásbeli értesítésüket méltóztatassanak Pinsker Arthur dr. úrhoz (Bécs, II., Kaiser Josefstrasse 3) intézni és pedig legkésőbb június 1-jéig, ki a részletes programmal szolgálja fog. Az előkészítő bizottság nevében: Dr. Breuer Móricz, Prof. Dr. Chiari, Dr. Forreger H., Dr. Frank Emanuel, Dr. Hillescher Hermann, Dr. Jellinek H., Prof. Dr. Mikulicz, Dr. Pinsker A., Dr. Steinbach J., Dr. Schopf Ferencz.

⊗ **Figyelmeztetés.** Figyelmeztetjük azon t. kartársakat, a kik a „Br. Hirsch Mór”-egyesület nagyváradi fiókjánál megüresedett orvosi állásra netalán pályázni szándékoznak, hogy mielőtt magukat erre elhatároznák, saját jól felfogott érdekében ne mulasszák el előbb a szövetség orvosi karnál (elnök: Konrad Márk dr. kir. tanácsos, titkár: Grósz Menyhért dr.) ezen állásra nézve magukat informáltatni, nehogy ennek elmulasztása esetében keserű szemrehányásokkal illessék magukat.

A nagyváradi orvosi kar ugyanis jelenleg is az 1896. november 21-dikén hozott határozat alapján áll, mely szerint, „ha határozatunk dacára akadna akár helybeli, akár máshonnan itt letelepedő orvos, a ki ezen egyetelnél, jelen határozatunk tudomására való hozatala dacára orvosi állást elfogadna, azzal a jelen „nyilatkozat”-ot aláírók úgy orvosgyakorlati, mint társadalmi téren minden érintkezést megszakítanak”.

A helybeli orvosi kar ezen „boycott”-ot a legkövetkezetesebb szigorúsággal és a legfényesebb eredménnyel vitte keresztül, bizonyoságot tehát erről a szóban lévő egyesületnek körünkől elköltözött két volt orvosa.

Nagyvárad, 1900. április 5. A szövetség nagyváradi orvosi kar.

+ **Kinevezés.** Hirschler Ágoston dr. budapesti egyetemi magántanárnak Ó Felsőge ugyanezen az egyetemen a rendkívüli tanári címet adományozta.

— **Hőgyes tanár Pasteur-intézetében** folyó év márcz. havában 160 veszett vagy veszettségre gyanus állatmarta egyén (135 magyarországi, 14 horvát és szlavin, 4 boszniai és hercegovinai, 7 szerbiai) nyert antirabikus védőoltást. 141 egyént kutya, 12-öt macska, 4-et ló, 1-et sertés, 2-t ember inficiált. Haláletet nem fordult elő. Évi folyó szám: 504; egyetemes folyó szám: 12,790.

— **A budapesti Császárfürdőben** 1900. január 1-jétől márcz. 31-dikéig 145 személy lakott és 50,328 személy fürdött.

⊙ **Megjelent:** Nagy képes világtörténet. 61. és 62. füzet, amaz Zenobius történetét mondja el, emez a kereszténység fellépéséről és terjedéséről Rómában szól. Ára egy-egy füzetnek 60 fillér. — Tóth Imre dr.: Alkoholizmus a társadalomban. Selmeczbánya 1900.

† **Elhunytak.** Farkas Jenő dr. egészségi felügyelő f. hó 1-jén 35 éves korában. Egyike volt az ifjabb orvosi generatio legképzettebb tagjainak. Miskolcra született, 1888-ban lett egyetemes orvosdoktor. Tanfolyama bevégezte után bonctani gyakornok és segéd, majd belklinikai gyakornok, sebészmtői növendék, majd a Vörös-kereszt-kórházban alorvos volt. Kari stipendiummal külföldön utazott és különösen Londonban tartózkodott huzamosabban, a hol Horsley mellett foglalkozott az agy és gerinczagy kísérleti élettanával és sebészettel, ily tárgyú cikkeit lapunkban is közölt. Hazajövele után újra bonctani segéd, majd később a belügyminisiteriumban egészségügyi felügyelő lett s mint ilyen különös előszeretettel foglalkozott a néptáplálkozás hygienéjével, a mely tárgyra vonatkozólag a Budapesti kir. Orvosegyesületben előadásokat tartott és az orvosi sajtóban közléseket is tett. Benne a hazai orvosi ügyeknek buzgó, értékes munkása veszett el. Nyugodjanak békében hamvai. — **Toronyi Károly** dr. n. kir. honvédezdredorvos, az I. sz. seb-klinikához vezényelt mttönövendék. — **Baumer Jakab** dr. Jász-Nagykun-Szolnokmegye alsótiszai járásának 1872 óta járás orvosa 73 éves korában Tiszaföldváron. — **Réti János** dr. Csongrád megye nyug. tiszti főorvosa és a budapesti egyetem disztudora, a koronás érdemkereszt tulajdonosa 81 éves korában Csongrádon; **Hegy Mihály** dr. 58 éves korában Kispesten. — **Bernheim Samu** dr. tb. megyei főorvos 77 éves korában Német-Palánkán.

⊙ **Szövegjavítás.** 13 sz. 206 l. Deutsch László felszólalásában „végez kísérleteket” után kimaradt „Berend Miklóssal együtt”, a mi tehát pótlendő.

Téli kúra

Szt. Lukács-fürdő

Budapest

A „Kristály” Szt. Lukács-fürdő savanyúvíz, mint kellemes üdítő ital ajánlatik

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

Dr. **Sarbo Arthur** egyetemi magántanár (V., Arany János-u. 10.) intézete a compenzáló gyakorlati gyógy mód keresztülvitelére (Dr. Frenkel-féle módszer, tabeszes ataxiák gyógyítására) a dr. Grünwald-féle sanatoriumban (VII., Városligeti fasor 13–15).

Kénes iszapfürdők, természetes fürdő-medence. Begöngyölések iszappal. Kád- és gőzfürdők. Massage. Kitűnő szállodák. Meghűlés kizárva. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVI. rendes ülés 1900. márczius 31-dikén.) 237. l. — Helyreigazítás. 238. l. — Közkórházi Orvostársulat. (VI. bemutató szakülés 1900. márczius 24-dikén.) 238. l.

Budapesti királyi orvosegyesület.

(XVI. rendes ülés 1900. márczius 31-dikén.)

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

Hirschberg-mágnessel operált beteg.

Csapodi István: Immár 19 éve, hogy 1881-ben a Szemészet 3-dik számában *M'Keown* eljárását ismertette szülő, a ki a sérült szem sebébe bedugott mágnessel vette ki a bejutott vasszilánkot. Az ő eljárása alapján kísérletezett *Hirschberg*, a ki e műtéthez elektromágnessel is szerkesztett. Azóta elég nagy számmal jelentek meg idevágó közlések, egyesületünkben is mutatott be ilyen módon operált beteget *Weisz Gyula* dr., a ki esetét a *Szemészet* 1895. 6-dik számában írta le. Azonban éppen az ő közleménye is hozzájárult, hogy szíjolt esete bemutatására ösztönözze. *Weisz* ugyanis *Hirschberg* statistikáját ismertetvén, közli, hogy annak 41 olyan esete közül, melyben a vasszilánk az üvegtestben volt, 28 szemtekét utóbb enucleálni kellett. Tehát e kétségkívül nagybecsű műtét is aránylag kevés szemet bír megmenteni. Érdekesé teszi továbbá a szülő esetét, hogy a szemnek nem közvetlen a műtét után látható állapotát mutatja be, hanem azt az állapotot, mely a műtét utáni 17. hónapban immár véglegesnek mondható.

Sch. M. 26 éves lakatosnak 1898-dik évi november 9-dikén kálapálás közben valami megcsapta a jobb szemét. A mikor a kerületi pénztár poliklinikáján, rendelésén megjelent, határozottan állította, hogy idegen test nem hatolt be a szemébe. Csakugyan úgyis látszott, hogy csupán a kötőhártya zúzódott a vérzéssel ellepett alsó felében, a szem feszülése nem volt lágnak mondható. Tükörrel azonban az üvegtestben cüstösen fénylő testet találtak, mely hegyével az üvegtest zavarodott környéki részéből tisztán nyult a szemteke közepe felé. A sérülttel nehezen lehetett elhitetni, hogy a szemében vas van, a mit ki kell venni, de végre is ráállott az operálásra. Elhelyezték az irlalmasok kórházában *ifj. Siklóssy Gyula főorvos* osztályán, a ki erre az alkalomra *Hirschberg*-mágnessel is szerzett be. Mély narkosisban alul belül a kötőhártya lefejtése után *Graefe*-kóssal készítette a sebet az inhartya déljőében. A seben a mágnes görbe kutaszszérű végével hatolt be. Mivel semmi kocczanást nem érezett, hihúzta a mágnest, hogy más irányban kutasson, de előszörre kijött rajta a mintegy 5 mm. hosszú éles aczélszilánk. A szem zavartalanul gyógyult.

Most majdnem másfél év után mutatja be a zsugorodástól ment, ép szemét, melynek $\frac{2}{50}$ látása van, feszülése rendes, úgy hogy az eredményt véglegesnek mondhatja. Szemtükörrel nézve a sebesítés és az operálás helyén kis ékalakú ideghártya-leválást látunk, az üvegtest elhigulását hirdető mozgó homályok nincsenek, az üvegtest közepében van egy sajtyszerű, megcsavarodott bunkós tömörödés, melyből sugaras szálak ágaznak ki. A canalis hyaloideus embryós eredetű elváltozásaihoz lehet hasonlítani, az iránya is olyan, mintha a látóideg-főből nyúlna a lenese felé.

Vermes Lajos: Hozzászólásképen egy szintén *Hirschberg*-mágnessel operált esetet mutat be. A műtét egy hét előtt, és a sérülés utáni második napon történt.

Az idegen test a tükörrel látható volt a sebzéssel ellenkező polusán a szemnek. A mágnes előszörre besülyesztésére az idegen test koppanás kíséretében tapadt. A szem izgalommentesen gyógyult. Az idegen test 13 mm. hosszú és $1\frac{1}{2}$ mm. széles sarlóalakú aczéldarab, mely a szemhártyában olyfokú zúzódást vitt véghez, hogy a műtét előtt a látás csakis kézmozgásokra szorított közvetlen közelből. Jelenleg is a szemhártyában üvegtesthomályok és a sérülés helyén retinalis cszafatok láthatók. Tekintve a szem nyugodtságát és a tensio normalis voltát, remélhető, hogy legalább a szem alakja megtartható.

Az izraelita kórház szemészeti osztályán eddig 26 mágnes-műtétet hajtottak végre. Ezek közül 18 esetben a mágnes sikerrel működött, a többi 8 esetben, hol az idegen test kétségtelenül diagnosztizálva volt, nem volt eltávolítható.

17 esetben a szemnek legalább alakja maradt meg, de egyes esetekben jelentékeny látóképesség is.

3 esetben enucleálás vált szükségessé és 6 esetben zsugorodott fel.

A mi az eredmény tartosságát illeti, igen érdekes azon eset, hol a műtét után a beteg látóképessége $\frac{6}{5}$ volt. Ezen látását megtartotta több mint egy évig, a midőn konstatalható volt nála a sebből kiinduló ablatio retinae, mely a látást $\frac{6}{20}$ -ra szállította alá. Ezen eset arra figyelmeztet bennünket, hogy a végeredmény megítélésében tartózkodóak legyünk.

A Gasser-dúc kiirtása az arteria meningea media lekötése nélkül.

Dollinger Gyula: A complicatok között, a melyek a Gasser-dúc kiirtását kísérik, különös figyelmet érdemelnek a vérzések. A vivőeres vérzések, a melyek a kemény agykéreg vivőereiből, vagy az emissaria Santorinikból erednek, csak nyomás által állíthatók el. Ezek a műtétet

néha nagyon megnyújtják. Az ütőeres vérzés az arteria meningea media-ból származik és kétféleképen jöhet létre. Az egyik módja az, hogy az olyan esetben, a mikor ezen ütőer mellső ága a falesont mellső alsó sarkán nem barázdában, hanem csatornában fut, a Krause-féle csontlebeny kihajlításánál az ütőer a csatornában fennakadt és nem a csatorna kezdeténél szakadt le, hanem a foramen spinosumnál. Így történt ez meg *Czerny* esetében, a melyben alig csillapítható vérzés követte e leszakadást. Máskor az ütőer akkor szakadt le, a mikor az agyvelő a lekötés végett fel lesz emelve, vagy pedig sikerül a lekötés, hanem a dúc kiválasztásánál húzódik le az ütőer medialis végéről a kötélék. *Friedrich* lipcei tanár ezért azt ajánlja, hogy minden Gasser-dúc kiirtást megelőzőleg keressük ki a carotis externat, húzzunk alá fonalat, a melyet, ha ütőeres vérzés mutatkoznék, azonnal le lehet kötni. *Dollinger* ezt nem tartja szükségesnek, mert ha bármelyik okból vérzés támad az art. men. mediából, azonnal le lehet nyomni az azon oldali carotis communist és a carotis externat hamarosan lekötni, a mi 3-4 percz alatt megtörténik.

Dollinger ezen eset előtt két Gasser-dúcot távolított el, mindkét eset jól sikerült, ilyen zavaró vérzés sem volt, mindkét műtét egy óránál kevesebb időt vett igénybe, de ezen időből sokat elvett az art. men. med. lekötése, a mit mindenkor nagy gonddal kell végezni s azért a második esete után kísérleteket tett, vajjon nem lehetne-e a dúcot az ütőer lekötése nélkül is eltávolítani s miután a hullán meggyőződött róla, hogy ez lehetséges, a ma bemutatandó harmadik esetben ezen eszméje értelmében operált. A koponya megnyitása a halánték-tájékon a Krause-féle csontlebennyel történik. A mint az agyat a koponya aljáról az art. men. mediáig felemelte, azt érintetlenül hagyta, hanem a közvetlenül előtte fekvő III-dik gyök lefejtéséhez fogott. A mikor ez és a töle be- és mellfelé fekvő II-dik idegág is le volt fejtve, mellülről hátrafelé elevátorral benyúlt az ütőer mögé és az attól befelé fekvő dúcot a koponyaalapjáról és a dura materrel leválasztotta. Most átvágta a III-dik és a II-dik idegágot az ovalis, illetőleg a kerek liknál, a dúcot egy fogas pince-szel megfogta és lassú húzással kihúzta. Nemcsak az egész dúc, hanem a trigeminus gyök is 2 centimeter hosszúságban kijött. Ezt bemutatja. *Dollinger* különös súlyt fektet arra, hogy az agyat nagyon magasra fel ne emelje, mert ez alkalommal zúzódást szenvedhet, s azért nem emelteti fel a segéddel, hanem a bal kezében tartott elevátorral ő maga emeli fel csak éppen annyira, hogy a villamos homlokreflektorral a szükséges fényt bevetithesse és a jobb kezében tartott elevátorral a dúcot leválaszthassa. *Dollinger* ezen módosítása által elkerültenek mindazon vérzések, a melyek az ütőer lekötése alkalmával keletkeznek és azonkívül a műtét nagyon meg is rövidül, mert a míg pl. *Krause* a műtét tartamát, ha a lebenyt megtartja, $1\frac{1}{2}$ - $1\frac{3}{4}$ órában állapítja meg, addig ezen módosítással a műtét 38 perczet vett igénybe, miből, miután a műtét a hallgatóság előtt történt, még a demonstratioval is eltelt egynehány percz.

A beteg 27 éves, neuralgiájának első nyomai ugyan már 1894-ben mutatkoztak, de az első súlyos rohamok 1897-ben léptek fel, a mikor a beteg a gyakran ismétlődő rohamok miatt 5 hónapig az ágyban feküdt és akkor, valamint azóta kimerítette a pharmacologiának egész gyógyszerkincsét és több fürdőhelyet is megkísértett. Daczára ezeknek, a fájdalmak folyton megismétlődtek, míg végre a beteget *Kétly* tanár a klinikájáról a bemutató klinikájára tette át. A fentebb leirt műtét folyó év márczius hó 16-dikán történt. A vékony drainsó, a mely a műtét után a koponyaalapra helyeztetett, 18-dikán el lett távolítva. 20-dikán, négy nappal a műtét után a beteg elhagyta az ágyat és azóta folyton fentjárt. A lebeny per primam odanótt a helyére, a beteg szemét a műtét oldalán *Grósz Emil* tanácsára csupán addig fedték be, a míg a beteg chloroform-mámorban volt, hogy azalatt meg ne sértse, azóta szabadon van és daczára annak, hogy corneája teljesen érzéketlen, semmi baja. A látás, mint a műtét előtt teljes. A műtét után kistökű myosis és valamint az első két esetben kistökű enophthalmus. A beteg gyógyultan elhagyja a klinikát. Az érző sphaerában a műtét következtében beállott változásokról *Kétly László* tanárságéd fog referálni, a ki a beteget a műtét előtt is észlette.

Kétly László: A bemutatott esetet folyó hó 3-dikán vették fel a II. belgyógyászati klinikára, a hol kétségtelenül diagnosztizálván a chronikus trigeminus neuralgiát, az operatiót indikálnak tartották. Az esetet gyógyultnak majd csak hosszú idő mulva lehet tekinteni, valószínű azonban, hogy a fájdalmak visszatérni nem fognak, a mennyiben a tudomány mai állása szerint chronikus trigeminus neuralgiánál a végleges gyógyulást csak a Gasser-dúc kiirtásával lehet elérni.

Rottenbiller Ödön: Csak azt kívánja megjegyezni, hogy mielőtt ilyen esetekben az operatiohoz fordulnának, a gaultheriával tegyenek kísérletet, melylyel trigeminus neuralgia eseteiben szülő jó eredményeket ért el.

Csapodi István: Szólóhoz, mint szemorvoshoz gyakran fordultak betegek a nervus supraorbitalis neuralgiája miatt, mely elég gyakran intermittáló típusú volt, s a chininnek olyan módon alkalmazásával, a hogy azt malariánál szoktuk adagolni, igen jó eredményt ért el szülő, ezért mielőtt operáláshoz fordulnának, a chininrel is lehet kísérletet tenni.

Az uranoplastika és staphylophasia újabb utókezeléséről.

Berger Ferencz: Ezen műtétek a műtő türelmét és a beteg kitartását teszik próbára és ha sikerülnek, mégis a beteg csak zárt szájpadalattal bír, de az orrhangzás még mindig megmarad. Ezen akart segíteni, midőn egy általa ajánlott mesterséges szájpadlást hordat a műtét előtt s után. Műtét előtt, hogy hozzá szokják a beteg a zárt szájpadhoz, műtét után pedig azért, hogy a beteg kínos érzését szüntesse, a varratokat támogassa, a nyelv ugrásától megkímélje. Ha ilyenformán elérte a teljes gyógyulást, hangzási gyakorlatok által az inactív atrophias lágy szájpad izomzatot megerősíti, miáltal ezek képessé tétetnek arra, hogy hangzás vagy nyelés közben fölemelkedve, a Passavante-féle gyűrűhöz szoruljanak s így a gégeből jövő hanghullámokat az orr-üregtől eltávolítsák. Eddig három esetet kezelt a legkitünőbb sikerrel.

Helyreigazítás.

Igen tisztelt Szerkesztő Úr!

Az „Orvosi Hetilap“ legutóbbi (14-dik) száma referál az orvos-egyesület folyó évi március 24-diki üléséről, melyben Tóth István dr. egyet. magántanár a *méh, petefészkek és méhkürt daganatainak hüvelyen át való operálásáról* tartott előadást. Az ülési referatam csupán a kifejlett discussiót közli, melynek folyamán én az egyetemi I. számú női klinika tapasztalatai alapján fűztem megjegyzéseket a szönyegen levő themához. A referatam szerint azonban hozzászólásomban olyan kifejezések foglaltatnak, melyeket nem hagyhatok helyreigazítás nélkül.

Tisztelettel kérem Méltóságodat, szíveskedjék e rövid helyreigazításnak becses lapjában tért adni.

„Vaginalis úton — mondja a referatam — (az egyet. I. számú női klinikán) nagyon sűrűn operálnak; fibromát azonban egyáltalán nem operálnak.“

Továbbá: „a fibromát operálásra valónak nem tartják“.

„A fibromát tehát ne operáljuk sem laparotomia, sem a hüvely útján.“

Nem lehetett szándékom e kifejezésekkel azt mondani, hogy a klinikán egyáltalán nem operálnak méhfibromákat. De mind a hallott előadásban, mind a discussióban olyan kisebb daganatokról volt szó, melyeknél a hüvelyen át való operálás még tekintetbe jöhet. Ilyen kisebb daganatokra vonatkozhattak csupán a fentebbi, vagy a fentebbiekhez hasonló kifejezésem. Epen most foglalkozunk a klinika fibroma-anyagának feldolgozásával, melyből ki fog tűnni, hogy igenis operálunk fibromákat, csak hogy jóval ritkábban, mint más intézetekben. Szem előtt tartva e daganatok jó természetét, irányadó elvünk az, hogy akkor operálандó, mikor az életre veszedelmes tüneteket okoznak s ezeket más módon leküzdeni nem tudjuk. Ehhez képest még kisebb daganatot is, a hüvelyen keresztül is operálunk, ha pl. submucosus fejlődésű, mert ilyenkor a veszedelmes vérzéseken másképp segíteni nem lehet. Ezt hozzászólásomban számszerűleg is felhoztam, de a kivonatos referatumból kimaradt.

A klinika álláspontjának helyes megítélhetése végett e rövid helyreigazítást szükségesnek tartottam.

Igen tisztelt Szerkesztő Úrnak

alázatos szolgálója
Doktor Sándor dr.,
egyetemi tanársegéd.

Közkórházi Orvostársulat.

(VI. bemutató szakülés 1900. március 14-dikén.)

Elnök: **Mutschenbacher Béla**; titkár: **Terray Pál**.

(Vége.)

Oláh Gusztáv: Szerette volna, ha előadó a saját tapasztalatait is elmondta volna, különösen az epilepsia prophylaxisát illetőleg. *Breitung* „*Bahnungshygiene*“ cz. munkájában foglalkozik e kérdéssel s azt mondja, hogy a táplálkozás szabályozásával és gyógyaepedagogiai úton kell oda-hatni, hogy a neuronok magas ingerületi állapota leszálljon a normalisra.

A therapiát illetőleg ma is ott vagyunk, a hol 10 év előtt.

A bromsókkal, bromalinnal, Flechsig-féle brom opium-therapiával nem érünk el mást, mint hogy az inger kiváltási küszöbe magasabbra helyeztetik; körülbelül azt érjük el vele, a mit elérünk a tuberculotikusnál, mikor a sputum kilökését narkotikumokkal meggátoljuk. Mit érünk el, ha az epilepsiánál bromsók adagolásával a toxinok termelését nem gátolhatjuk meg: azt, hogy a roham eltolást szenved időben, ez pedig nem nagy eredmény.

Az epilepsiáról való fogalmunk ma már módosult: 4—5 év előtt az epilepsiának az időszakosság, eszméletlenség, amnesia volt a tünet triása s felvették, hogy ezekhez szegődik mintegy lökésekben előremenőleg az elbutulás; azóta valamennyi tétel megingott: sem az időszakosság, sem az eszméletlenség, sem az amnesia, sem a butulás nem állhat meg; a szülő által vezetett intézetben van egy 15 éves epileptikus leány, a ki 5 év előtt 2—3 csecsemőt fojtott meg a bölesőben, a 15 éves leány jól fejlődik, elbutulásról szó sincs, az esetre jól emlékezik.

Az elmorvosok az epilepsia jellegét a tettek impulsivitásában, az organismus készítésében keresik — legyen az kóborlásra vagy bűntetthe való hajlam —, s ezek magyarázatát vegyi folyamatokban találják. —

Ferrarini azt tapasztalta, hogy az epileptikus vizelete roham után a háziyúlra sokkal nagyobb fokban mérgező, mint rohammentes időben, sőt a rohamot megelőző utolsó 24 órában egyáltalán nem mérgező hatású s ezt megerősíti *Deltai* is, a ki ezen tünetet még orvostörvényszéki szempontból is fontosnak tartja.

Az alkoholos és luetikus epilepsiánál az eljárás specifikus.

Az intézeti orvos kötféle, jó és rossz indulatú epilepsiát különböztet meg. Jó indulatúak azok, melyek dispositióis alapon alkalmi okból fejlődnek, s ezen esetek az intézetekben szépen gyógyulnak: az intézeti disciplina, az izommunka helyes beosztása, a jó táplálék, psychotherapeutikus és hygienikus tényezők működnek itt közre s valamennyi szerző elismeri az intézetek gyógyító hatását; az intézet nem helye, hanem eszköze az epilepsia gyógyításának.

A bromsókat illetőleg, ha ki lehetne számítani, hogy meddig tart a rohammentes időszak, s közvetlenül a roham előtt adhatnók a bromot s így a beteget átvezethetnók a rohamon, úgy hogy a toxinok roham előtt váljanak ki, ez jó volna, azonban nem lehetséges: ha roham előtt adjuk a bromsót, akkor a roham eltolódik, ha állandóan adagoljuk, akkor a rohamok újból rendszeresen fellépnek.

Herczel Manó: Az epilepsia létrejöttét könnyebb magyarázni, ha felvesszük, hogy az agy spasmophil elváltozásaihoz hozzájárul még — mint azt *Kocher* kifejtette — az intracranialis magasabb nyomás, mely okozza a lényegesen érzékenyebb agyban az elváltozásokat és váltja ki a rohamokat. Ha csökkentjük az agybeli nyomást, ezzel eleget teszünk az *indicatio morbinak*.

Ezen úton haladva, legalább részben eredményt tudunk elérni, ha az *indicatio morbinak* nem is tudunk eleget tenni; ha a heget, a csontszilánkot eltávolítjuk, ha megnyitjuk az agytályogot, mielőtt még a spasmophil elváltozás létrejönne, annál kedvezőbb az eredmény.

Ha cerebrospinalis folyadék távozott el az agyból, sokkal jobb eredményt kapunk, mint ha csak bemetszszük a durát; általában azon esetek maradnak gyógyultak, hol a lék a koponyaacsontban megmaradt, vagy a hol a lamella az intracranialis nyomásnak enged.

Tény, hogy az intracranialis nyomás csökkenésének és emelkedésének van befolyása az epilepsia létrejöttére; 6 év előtt operált szülő egy meningocélet: a nyílás elzárása után kb. 3 órával epileptikus állapot lépett fel, a mit szülő úgy magyaráz, hogy az eddig szelepként szereplő nyílást elzárta, mire az intracranialis nyomás emelkedett.

Igaz, a mit *Korányi* mondott, hogy rövid még az idő végleges ítéletet mondani, mert vannak olyan esetek, melyekben 3 évig nem volt roham és 5 év múlva recidivált.

A genuin epilepsia gyógyítását illetőleg: súlyos esetekben, hol a rohamok gyakoriak és súlyosak, hol a belső szervek cserben hagynak, kénytelenek vagyunk a sebészi beavatkozásra áttérni; ilyen esetekben *Bergmann*, *Horsley* eltávolítja a szürke állományt, eltávolítja az agykéreg, a honnan a rohamok kiindulnak. Ilyen eset összesen húsz van, melyek közül hat gyógyult. Szülő operálta a huszonegyediket: A 11 éves gyermek 6 éves korában elesett, a 7. év folyamán epilepsia lépett fel nála. Az utóbbi időben status epilepticusa volt, roham rohamot követett, melyek a facialisból indultak ki. Craniektomiát végzett szülő nála, kivágta a facialis duczát *Besoroszkij* methodusa szerint, sok liquor cerebrosus folyt ki, s a fiúnál a rohamok teljesen megszűntek; a nyílást nem zárta, hogy a lamella engedjen a nyomásnak; 4 hónap múlva a rohamok újból jelentkeztek: ismét feltárta szülő a sebet s azt találta, hogy a csontlamella szorosan odaforr, tanulságul, hogy ezután a lamellát végleg eltávolítsa.

Ezen eset mutatja, hogy az eredmények nem absolute biztosak még akkor sem, ha a legradikálisabban járunk el, ha a szürke állományt is eltávolítjuk.

Az epilepsia operatív therapiája nem olyan könnyű, mint a milyennek látszik. Az idő nagyon rövid a kérdés tisztázására, az intracranialis nyomás kérdése sincs eldöntve; több kis nyílás alkalmazása nem befolyásolja oly kedvezően az intracranialis nyomást, mint egy nagy.

Donáth Gyula: Az opium bromkúrában a bromot tartja egyedül hatásosnak. Azon esetekben, melyekben opiumot ad, nem emelkedik olyan nagy dosisokig.

A bromipinről szólnak kevés tapasztalata van; árnyoldala az olajos ize, mely miatt a betegek nehezen tűrik; különben figyelemre méltó szernek tartja.

Az aethylenum bromatumról most azért nem szólt, mert csak az utolsó négy évi therapeutikus mozgalmakra volt tekintettel; a brom-aethylt, mely sokszor igen jó hatású, akkor adja, mikor a bromkalit a bromismus miatt nem adhatja; ezen szer olajos mixturában vagy tejben adandó; a bromkalit nem mulja felül, ennek csak pótszere.

Oláh-val szemben hangsúlyozza, hogy a rohamok számának csökkentése fontos; az intézeti orvosok részéről megvan a hajlandóság, hogy ennek jelentőségét ne tulajdonítsanak, de a privatpraxisban egy roham is nagy fontosságú.

A sebészi methodusokhoz mint nem sebész nem szólhat, de nem hajlandó elfogadni, hogy a cerebrospinalis folyadék nyomás fokozódása váltaná ki a rohamot, hanem az epilepsiás agy olyan érzékeny, hogy az intracranialis nyomás legkisebb emelkedése képes a rohamot kiváltani. **Herczel** maga is meggyőződött róla, hogy vannak esetek, mikor *Kocher* ezen theoriája nem válik be és *Bergmann* sem hajlandó ezen theoriát ragagvá tenni. *Bergmann* a traumás epilepsiánál is előbb a bromot alkalmazza. A traumás Jackson-epilepsiát operálni kell még akkor is, ha az eredmények nem teljesekek, mert az is előny, ha egy időre türethetőbbé teszszük a beteg állapotát.

PÁLYÁZATOK.

10,886/1900. sz.

A tabi járásban megüresedett és 1000 korona fizetés és 200 korona úti átalánnyal javadalmazott járásorvosi állásra pályázat hirdettetik.

Felhívtnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képesítésüket, mégis a tisztiorvosi vizsga letételét igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket alulírotthoz f. évi április hó 25-dikéig annál is inkább nyújtsák be, mert a később beérkezett pályázati kérvények figyelembe vételni nem fognak.

Kaposvár, 1900. évi április hó 9-dikén.

Maár, alispán.

1-1

831/1900. kig. sz.

Zala vármegye perlaki járásában újonnan rendszeresített muracsányi körorvosi állásra Mura-Csány székhelyvel, melyhez még 12 község tartozik, pályázat hirdettetik.

A körorvos fizetése 1050 korona és 360 korona úti átalány. A trachomás betegek hetenkinti kétszeri gyógykezeléséért kilátásba van helyezve a nagyméltóságú belügyministerium 600 korona évi jutalma. A trachomások gyógykezelésénél felmerülő fuvarokat a községek fizetik, jövőben pedig a kinstár által átalányként fognak kiszolgáltatni.

A körorvos köteles mindazon teendőket végezni, melyeket az 1876. évi XIV. t.-cz. 145. §-a reá ruház és tekintettel arra, hogy a muracsányi körorvosi körben a trachomások száma nagy, köteles ezeket díjazás nélkül gyógykezeln.

Felhívtnak mindazok, kik ezen állásra pályázni óhajtának, hogy orvosi diplomájukkal, vagy annak hiteles másolatával felszerelt pályázati kérvényüket a fősztolgabírói hivatalba f. évi április hó 30-dikéig terjesztsek be, mert a később érkező folyamodványok tekintetbe vételni nem fognak.

A választás Mura-Csányban 1900. évi május 1-jén d. e. 10 órakor a jegyzői irodában fog megejteni.

Perlak, 1900. évi április hó 1-jén.

A fősztolgabírói hivatal.

1-1

1428/1900. sz.

A vezetésem alatti budapest-angyalfüldi magyar királyi állami elmegyógyintézetnél kinevezés folytán megüresedett a főorvosi állás.

Ezen a VIII-dik díjosztályba sorozott és annak III. fokozata szerint 2800 korona évi fizetéssel, természetbeni lakással és fűtéssel javadalmazott főorvosi állásnak újbóli betöltése végett Belügyminister Úr Ó Nagyméltóságának folyó évi 33,715. szám alatt kelt magas rendelete alapján ezennel pályázatot hirdetek.

Pályázóktól megköveteltem, hogy az 1883. évi I. törvényzikk 9. §-ának megfelelőleg egyetemes orvostudói vagy orvos sebésztudói oklevéllel, azonkívül pedig még az ezen állás eljárájának megfelelő szakképzettséggel és legalább 2 évi szakgyakorlattal bírjanak.

Ezen minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és egy koronás bélyeggel ellátott folyamodványok folyó évi április hó 30-dikéig bezárólag Belügyminister Úr Ó Nagyméltóságához ezimeze nálam nyújtandók be. Az ezen határidőn túl netán érkező kérvények nem lesznek figyelembe véve.

Budapest, 1900. évi április hó 11-dikén.

1-1

Az angyalföldi állami elmegyógyintézet igazgatója.

2230/1900.

Biharmegye derecskei járásában levő hajdu-bagosi közegészségi körben, mely körhöz Hajdu-Bagos és Sáránd községek tartoznak, összesen 3204 lélekkel, a körorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére pályázat hirdettetik s a választás megtartására határidőül f. é. május hó 4-dik napjának delelőtti 10 órája Hajdu-Bagos községbe, mint a kör székhelyére, kitézetik.

A körorvos javadalmazása:

1. Bihar vármegye pénztárából 800 korona évi fizetés és 160 korona lakbér, a mely évnegyedi részletekben fizettetik.

2. Hajdu-Bagos községben: a halottkémlési teendők teljesítéséért esetenként 80 fillér; látogatási díjak pedig nappal 80 fillér, éjjel 1 kor. 60 fillér, vényrás az orvos lakásán 40 fillér.

3. Sáránd községben — hova a körorvos a község által kiállítandó előfogaton hetenként 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 alulírotthoz f. é. május hó 3-dikéig annál is inkább adják be, mert a későbbben érkező kérvények figyelembe vételni nem fognak.

Derecske, 1900. évi április hó 2-dikén.

3-2

Fráter Barnabás, fősztolgabíró.

HIRDETÉSEK.

CSÁSZÁRFÜRDŐ
BUDAPESTEN.

Elsőrangú kénés hévívízi gyógyfürdő páratlan gőzfürdővel, legmodernebb iszapfürdőkkel, pompás ásványviz-uszodákkal, kő- és kádfürdőkkel, 200 kényelmes lakószobával. A legszolidabb kezelés.

Prospektusok kívánatra ingyen és bérmentve.

Dr. JARUNTOWSKI A.

a dr. Brehmer-féle görbersdorfi mellbeteg intézetnek számos éven át volt első segédorvosa és a dr. Juraz tanár heidelbergi gégebeteg klinikájának volt segédorvosa

rendel május elejétől szeptember végéig

Reichenhallban (Bajorországban, Villa Sensburg, Kurstr.)

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33-1951, kénsavas natron 6-6679, szénsavas mész 3-6312, chlornatrium 3-9842, szénsavas magnesium 1-7478, szénsavas lithium 0-1904; szilárd alkotórészek, 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 diaetikus 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.

Felvidéki kisebb gyógyfürdőbe

a nyári idényre

Szigorló (esetleg nőtlen orvos) kerestetik.

(Tudakozódhatni: Budán, I., Roham-utca 5. szám, földszint jobbra, a tulajdonosnál.)

MATTONI
ERZSÉBET SÓSFÜRDŐJE

Gyógyhely Budapesten (Budán).

Idény április 1-től október 15-ig.

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

Rendelő fürdőorvos: Dr. Polgár Emil.

Egészséges fekvés, jutányos lakások, jó vendéglő. Villamos vasuti összeköttetés a fővárossal.

Tulajdonos: Mattoni Henrik.

INSELBAD Paderborn mellett
Németország.

Télen nyáron nyitva és látogatva.

Különleges intézet asthma és a légzési szervek betegségeinél (orr- és torokbajok, hörghurut, emphysemánál).

Physikalís-diaetikus gyógy mód. Sétacsarnok, téli kert. Enyebe égalj Nagy védett park. Központi fűtés.

Előrajzok ingyen.

Az igazgatóság.

Vese, húgyhólyag, húgydara és köszvénybántalmak ellen, továbbá a légző és emésztési szervek hurutos bántalmainál, orvosi tekintélyek által a Lithion-forrás

SALVATOR

sikerrel rendelve lesz.

Húgyhajtó hatású!

Kellemes ízű!

Könnyen emészthető!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumáról.

A klinikum betegforgalma 1898. évben.

Közli: *Dapsy Victor dr.* tanársegéd.

A budapesti k. m. t. egyetemi 2. számú sebészeti klinikum betegforgalmáról eddig megjelent közleményekben¹ ismertette lett a klinikum elhelyezése, a beteganyag beszerzése, valamint a klinikumon szokásos gyógykezelés is. Midőn *Réczey* tanár megbizásából az 1898. év betegforgalmáról beszámolok, a fönnebbieket mint már ismerteket mellőzhetőknek vélem. Nem akarok azonban csupán száraz számadatokat nyújtani, hanem közölni fogom az egy vagy más tekintetben érdemesebb esetek körrajzát is. Ebben, valamint a rendszer és beosztás tekintetében követem a klinikum betegforgalmáról szóló előbbi kimutatásokat.

I.

A budapesti k. m. t. egyetemi 2. számú sebészeti klinikumon 1898. január 1-jétől december 31-dikéig összesen **1418** beteg ápolatott.

Ezek közül

az 1897. évről maradt 85 (57 férfi 28 nő)
felvétetett 1333 (922 „ 411 „)

ápolatott összesen 1418 (979 férfi 439 nő)

Az összes ápoltak közül:

gyógyult	782 (547 férfi 235 nő)	= 55.1%	} az ápol-
javult	355 (241 „ 114 „)	= 25.0%	
gyógyulatlan	87 (55 „ 32 „)	= 6.2%	
meghalt	105 (73 „ 32 „)	= 7.4%	
1899-re maradt	89 (63 „ 26 „)	= 6.3%	

Összesen .. 1418 (979 férfi 411 nő).

Az egyes hónapok szerint ezen betegforgalom következőleg oszlott meg.

H ó n a p	Felvéte- tett	Ápolatott összesen	Gyógyult	Javult	Gyógyu- latlan	Meghalt
Január	110	195	60	29	7	4
Február	74	169	40	19	5	7
Márczius	101	199	61	34	6	7
Április	113	204	62	25	8	9
Május	105	205	63	27	8	8
Junius	108	207	57	31	9	8
Julius	112	214	67	34	18	6
Augusztus	136	225	67	38	6	15
Szeptember	112	211	76	24	3	11
Október	127	224	73	28	9	10
November	144	248	85	45	4	10
December	91	195	71	21	4	10
1897-ről maradt	85	—	—	—	—	—
1898-ban ápolatott összesen	1418	—	782	355	87	105
1899. januárra maradt	89	—	—	—	—	—

Az összes ápolott 1418 beteg 27,052 ápolási napot töltött a klinikumon, tehát egy beteg átlag 19 ápolási napot vett igénybe. Egy-egy ágyon átlag 19—20 beteg fordult meg.

¹ *Gönczi Béla dr.* Betegforgalom az 1892/93. évben. O. H. L. 1895.
Rottenbiller Ödön dr. Betegforgalom az 1894. és 95. évben.
Fialka Gusztáv dr. Betegforgalom az 1896. évben.
Szigeti Gy. Sándor dr. Betegforgalom az 1897. évben O. H. L. 1899.

Az egyes testtájak szerint az 1418 beteg következőleg oszlik meg:

A betegség neme	Ápolatott összesen			Elbocsátott						Meg- halt		Vissza- maradt	
	fi	nő	összeg	gyó- g, ulva		javulva		gyógyu- latlan		fi	nő	fi	nő
I. Fej, arc, száj	180	65	245	100	36	38	19	13	2	18	4	11	4
II. Nyak	40	31	71	23	16	12	9	2	1	1	—	2	5
III. Mellkas, hát	59	30	89	33	20	13	4	2	5	6	—	5	1
IV. Törzs csont- váza	36	13	49	15	7	14	3	4	1	2	1	1	1
V. Has	190	68	258	125	42	14	6	12	5	28	12	11	3
VI. Végbél, gát	45	20	65	27	12	9	5	4	1	1	—	4	2
VII. Férfi húgy- és ivarszervek	52	—	52	31	—	12	—	—	—	2	—	7	—
VIII. Női húgy- és ivarszervek	—	15	—	—	9	—	3	—	1	—	—	—	2
IX. Felső végtag	97	34	131	45	21	43	11	3	2	1	—	5	—
X. Alsó végtag	239	115	354	137	62	69	36	8	4	8	5	17	8
XI. Általános baj- ok	21	30	51	3	4	8	11	4	5	6	10	—	—
XII. Nem sebé- szi bajok	20	18	38	8	6	9	7	3	5	—	—	—	—
Összesen	979	439	1418	547	235	241	114	55	32	73	32	63	26
				782	355	87	105					89	

A 105 halálesetben a betegség neve és a halál oka a következő volt:

Cso- port	Betegség neve	Férfi	Nő	Halál oka
I.	Abscessus labii sup.	1	—	Endocarditis
	Nekrosis mandibulae	1	—	Ruptura aneurismatis
	Commotio cerebri	1	—	Agyroncsolás
	Vulnus sclopet. capitis	6	1	„
	Fractura baseos cranii	6	3	„
	Fractura aperta cranii	2	—	„
	Carcinoma linguae	1	—	Pneumonia crouposa
		18	4	
II.	Struma	1	—	Bronchitis acuta. Suffocatio
		1	—	
III.	Vulnus sclopet. thoracis	3	—	Belső elvérzés
	Vulnus punctum thoracis	1	—	
	Combustio III. grad. tho- racis	1	—	Shok
	Carcinoma oesophagi	1	—	Inanitio
		6	—	
IV.	Fractura vertebrae	—	1	Gerinezagyronecsolás
	„ costarum	1	—	Septikaemia
	Sarcoma scapulae	1	—	Inanitio
		2	1	

kossági lőtt sebek közül az egyiknél a bal fossa canina fölött, a másiknál a jobb halántéktáján volt a bemeneti nyílás. Meghalt 7. A többi eset közül 8 gyógyult, 1 a következő évre maradt.

Koponyaalapi töréseket 14 eset, a *boltozat töréseit* 12 eset képviseli. Az előbbieket közül 2 öngyilkossági kísérlet (leugrás a harmadik emeletől), a többi véletlen szerencsétlenség (magasból való leesés, elgázolás) folytán jött létre. Halállal végződött 9 eset. A halál 8 esetben 24 óra alatt állt be, 1 esetben 6 nap múlva meningitis purulenta következtében. Az életben maradt eseteknél a gyógykezelés 21—42 napig tartott.

A *boltozattörések* túlnyomó része *depressióval* járt, úgy hogy a besüppedt résznek trepanatio útján való kiemelése vált szükségessé. Az impressio 5 esetben a bal, 3 esetben a jobb falcsonton volt, 1—1 esetben pedig a homlokcsonton és a jobb és bal halántékesont pikkelyes részén volt a horpadás. Gyógytartam 22—216 nap. Meghalt 2.

1. K. V. 17 éves napszámos, felvétetett 1897. augusztus 17-dikén. Egy emeletnyi magasságról keresztül esett fejére.

A fej hájas részén a jobboldali falcsont hátsó része fölött egy verticalis irányban haladó, 10 cm. hosszú, 1 cm.-nyire tátongó, egyenetlen, lebenyes szélű folytonosság megszakítás, melyen át ujjunkkal a csonton körkörös irányban haladó folytonosság megszakításra akadunk, melynek egy helyén, közel a sagittalvarrathoz körülbelül 6 cm.-nyi terjedelemben a repedésen belül levő csontszelvény 0.5 cm.-nyire a peripherikus csont alá van csúszva. Érzékszervek működése rendes. Pupilla középtág, jól reagál. Hőmérsék, érverés normalis.

Műtét 1897. augusztus 18-dikén. A fejen lévő seb a nyílvarrat felé harántirányban ágítottatott, a galea lefejtetett, mikor is a csontrepedés egész terjedelmében láthatóvá vált. Ez egy szabálytalan köralaknak felelt meg, átmérője 8 cm. volt. *Trepanatio.* A behorpadt terület körülvésetvén, kiemeltetett, s miután az egész behorpadt részlet több kisebb darabra volt összetörve s a törés a csont egész vastagságán át hatolt, úgy hogy ezen csontdarabkáknak megmaradása remélhető nem volt, azokat csontfogóval eltávolítottuk. Ez által mintegy gyermektenyényi területen a dura szabadon feküdt. Jodoformgázot.

Gyógyulás zavartalan. A borseb 1897. november 15-dikén teljesen gyógyult, behámosodott. A koponyacsonton levő defectus felett a bőrön át jól érezhető az agy pulsatioja. A defectus *osteoplastikus befedése* határozottan el, ezen műtét 1898. január 22-dikén hajtatott végre chloroform-narkosisban. A koponyadefectus feletti, hegekkel átszőtt bőr lebenyalakban felkészítettett, azon szándékkal, hogy majdan a defectust fedő osteoplastikus lebeny helyére vitessék. Kitévén azonban a lebeny életképtelensége, legnagyobb részében eltávolítottatott. Ezután a defectus lateralis szélén megkezdett, előre a jobb falcsontra terjedő, féltényényi nagyságú, ovalis alakú lebeny csonthátyával és széles vésővel a falcsontól levéselt vékony csontréteggel együtt, 90°-nyi elhajlítással a defectus fölé lett helyezve s csomós varratokkal oda erősítve. A lebeny helye egyelőre sarjadásra bízott, hogy később Thiersch-féle transplantatióval fedessék.

Január 30-dikén varratok kivétele. Sebszélék per primam egyesültek.

Márczius 8-dikén az osteoplastikus lebeny helye a czombról vett lebenyekkel Thiersch szerint befedetett.

A defectus felett szilárd csontréteg képződött. Beteg márczius 20-dikán gyógyultan távozott.

2. H. F. 28 éves czipész, felvétetett 1898. január 31-dikén. Ház-tetőről cserép esett fejére. A koponyatetőn a középvonalban sagittalis irányban futó 3 cm. hosszú zúzott szélű csontig terjedő folytonosság-hiány van, melynek alapján ezüstforintnyi terjedelemben a koponyaboltozat be van horpadva, 0.5 cm.-rel mélyebben áll, mint a környezet. Beteg kissé szédül. Pupilladifferentia, hűdések nincsenek. Reflexek, pulsus, hőmérsék normalis.

Műtét január 31-dikén. *Trepanatio.* Besüppedt rész kiemeltetett 3 darab fillérenyi csontdarab eltávolítottatott. Jodoform-gázot.

Sima gyógyulás. 2 és fél hónap alatt a csonthiányt alig krajezárnai erős rostos heg zárja el. Beteg április 10-dikén teljesen gyógyulva távozik.

3. D. J. 10 éves tanuló, felvétetett 1898. május 26-dikén. Ló fejbe rúgta.

A jobb homlokudoron ezüstforintnagyságú lebenyes seb. A lebeny alatt a csont csonthátyától fosztott, folytonosságában megszakított s körülbelül koronánagyságú területen 0.5 cm.-nyire besüppedt az agy felé. Beteg eszméletlen, gyakran hány. Pulsus 58, telt, feszes.

Műtét május 27-dikén. *Trepanatio.* A besüppedt rész kiemeltetett, csontszilánkok eltávolítottak.

Julius 21-dikén beteg gyógyultan hagyta el a klinikumot.

4. L. J. 28 éves asztalos. Felvétetett 1898. május 28-dikén. Hajtókerék szíja elkapta, feje a szij és kerék közé szorult. A bal fülkagyló felett csontig hatoló 3 cm. hosszú zúzott seb, melynek alapján a csont be van horpadva. Az egész bal halántéktájra kitespedő zúzódás. Bal felső szemhéjban suffusio. Beteg gyakran hány, eszméletlen. Bal pupilla tágabb. Pulsus 56.

Műtét május 29-dikén. *Trepanatio* a behorpadt rész kiemeléseivel és 2 négyszög alakú csontdarab eltávolításával; csonthiány félhaldakú.

Kötés. Műtét utáni napon beteg még folyton eszméletlen, igen nyugtalan. Mindkét szem szemhéjain erős suffusio. Pulsus 60, kihagyó. Beteg állapota egyre rosszabbodik, május 31-dikén hajnalban meghal.

Bonezolásal koponyaalapi törés is találtatott, mely a mellső és középső scalára terjed ki, azonkívül a bal oldalsó nyakszirt-halántéklebeny és homloklebenyek pépes roncsolása és kiterjedt lágy agyburki vérzés találtatott.

5. H. J. 29 éves czipész. Felvétetett 1898. június 21-dikén. Két nap előtt kugli-golyóval fejbe vágta. A sérülés után elvesztette eszméletét, csak másnap délelőtt kezdett beszélni. Beszéde vontatott, dadogó volt. A bal fülkagyló felett gyermektenyényi vérömleny, bőr különben ép. E helyen a koponyacsonton tallérenyi bemélyedést tapinthatunk. Beszéd dadogó. Bizonyos szavakat nem tud kimondani. Pupillák egyenlők, jól reagálnak. Érzékszervek működése, pulsus, hőmérsék normalis. Műtét június 21-dikén keresztalakú metszés a csontig. Horpadás tallérenyi. A besüppedt csontdarab nem vált el egészen a környező csonttól. Trepanatio után a kiemelés szépen sikerül. Alig pár milliméternyi csonthiány marad vissza, miután a behorpadt csont nem lett eltávolítva. Sima gyógyulás. Csont besarjadzott. Beteg július 21-dikén gyógyultan távozott.

6. T. J. 7 éves. Felvétetett 1898. június 13-dikén. A félével előtt egy nappal tehén fejbe rúgta.

A jobb falcsont dudorának megfelelőleg kis tenyérenyi lebenyes, zúzott seb. A lebeny két szára egyik oldalon 5, a másikon 4 csomós varrattal van egyesítve. A lebeny szabadon lógó csúcsa alatt a koponyacsontból tyúktojás átméretének megfelelő nagyságú, ovalis csontdarab hiányzik. Ezen csontszelvény eltávolítása, valamint a varratok a beteg kezelő orvosa által eszközöltettek. Beteg lázas (39° C.). Pulsus 120.

Műtét június 14-dikén. Varratok eltávolítása után kitünik, hogy az agyállomány durától fedve féldiónagyságban előesett.

A csonthiány alsó kerületén a dura mater is repedést mutat. Éles csontszélék levésettek. Jodoform-gázot.

Június 15-dikén. Magas láz (41° C.). Pupillák tágak, renyhén reagálnak. Pulsus 118. Június 16—18. Nagyfokú nyugtalanság. Epileptiform göresök a bal felső és alsó végtagokban. A jobboldali rágó izmok clonikus görese 1/2 órai időközökben, teljes eszméletlenség mellett. Betegnél a prolapsált agyrészlet helyén tályog keletkezett, mely kiürítettvén, kitünik, hogy a tályogüreget felülről elülről ferdén le- és hátrafelé halad. Tamponálás jodoform-gázal. Hőmérsék 39—39.5° C. közt váltakozik.

Június 19-dikén. Láz csökkent (37.9° C.). Beteg nyugodtabb. Csak 2 roham volt.

Június 20-dikén. Beteg tekintete szabad. Éhségről panaszok. Bal felső végtag paretikus. Hőmérsék 37.1° C.

Június 21-dikétől július 11-dikéig. Göresök ritkán jelentkeznek. Tályogúr sarjadzik. Beteg erősen lesoványodott. Hőmérsék 37—38° C. közt.

Julius 12—16-dikéig. Újabb hőemelkedések remittáló jelleggel este 39.8, reggel 37.5. Beteg ereje rohamosan fogy. Étvágy rossz.

Julius 21-dikétől állandó magas láz 39—40° közt. Beteg apathicus bőr száraz, pulsus gyenge, lassú.

Augusztus 1-jén meghal.

Bonezolásnál agyalapi genyes agyhártyagyulladás találtatott.

Az *alsó állkapocs törését* 4 esetben észleltük. Mind a négy lórúgás következtében jött létre, 16—36 nap alatt valamennyi gyógyult. Három esetben csontvarratot alkalmaztunk.

A *felső állcsont törése* egy esetben került kezelésünk alá. Ezen esetet mint a conservatív kezelésnek igen szép eredményét ide igtatjuk

K. J. 22 éves földmives. Felvétetett 1898. június 23-dikén. Öccse, ki állítólag „nehézkór”-ban szenved, fejbe vágta.

A bal halántéktáján a bal alsó szemhéjra húzódnó, 1 cm.-nyire tátongó vágott seb, mely a felső állcsont és choanák között a szájrúgbe terjed. A szájba tekintve a kemény szájpadról a lágy szájpadra áttérő, hosszant repedés látható, mely a középvonaltól valamivel balra s azzal párhuzamosan fut. A repedésen át egyes csontszilánkok néznek ki. A bal felső fogor 1 cm.-rel leebb áll, mint a jobboldali. Az egész bal felső állcsont könnyen mozgatható s csak egyes, a repedést áthidaló nyákhártya- és csonthátyarészletek által tartatik valamennyire helyén. Ezenkívül a bal falcsont-dudoron van egy 10 cm. hosszú, csontig hatoló lebenyes zúzott seb. A baloldali szemhéjak erősen vizenyősek és vérömlenysek. Szem épnek mutatkozik.

Műtét június 24-dikén. Csontszilánkok eltávolítása után a kemény szájpád repedése fölött a csonthátya- és nyákhártya-varratokkal egyesítettetett, úgy szintén a lágy szájpád, valamint a pofa és koponya sérülései is varratokkal egyesítettettek. A fogor közé parafasinek helyeztetek el s az állkapocs szoros kötéssel rögzítettetett.

Julius 25-dikén. Oriási fájdalmak vannak, az egész arc duzzadt, fényes. Száj és orr 3/4 bórvízzel lesz irrigálva.

Julius 27-dikén. Beteg lázas (38.5° C.). Sebek genyednek, igen bűzősek. A kemény szájpád varratai nem tartanak semmit, nagyrészt kiesnek. A törött állcsontfél lefityeg. Az os zygomaticum lemeztelenített, mozgatható.

Julius 30-dikén. Az arcról a varratok mind eltávolítottak. Arc kevésbé duzzadt. Bal szemhéjak annyira lohadtak, hogy a szemet meg lehet vizsgálni. Szem sértetlen. Látás jó. Nagyfokú ciliaris injectio van jelen. Atropinbesepegtetés. Száj- és orrüreg naponta kétszer lesz kimosva 3/4 bórvízzel. Genyedés és bűz csökkent.

Julius 4-dikén A falsont feletti sérülés per primam egyesült. Száj alig nyílik egy ujnyira.

Julius 10-dikén. A bal halántéktáji és járomcsont feletti seb nem gyógyul. Kutatóval lemeztelenített csontra jutunk. Beteg láztalan. Bórvizes mosások.

Julius 25-dikén. Seb a szájürben begyógyult. A kemény szájpadon az orrüreggel közlekedő 4 cm. hosszú, 4 mm. nyire tátongó rés van. Arczseb sarjadzik, váladék azonban még mindig elég bő.

Augusztus 3-dikán. Állsont még mozgatható, a mozgathatóság azonban már tetemesen csökkent.

Augusztus 17-dikén. Szájátgítást megkezdjük.

Augusztus 26-dikán. Száj már jobban nyílik. A külső szemzúgnál van még egy lencsenyi seb, melyből sűrű geny ürül. Bal szemem ptosis. Corneán kis homály.

Szeptember 17-dikén. Száját jól tudja nyitni. Felső állsont alig mozgatható. Szemzúgnál a genyedés még tart.

Szeptember 30-dikán. Genyedés megszűnt.

Október 10-dikén. Szájpadi hasadék 3 cm. hosszú, 2 mm. széles. Száj jól nyílik. Jól tud rágni. Sebek mind begyógyultak. Beteg gyógyultan távozik. Az arcz konfiguratioja a ptosist leszámítva igen jó. Pár hónap múlva a kemény szájpadon levő hasadék megszüntetése céljából újra felkereste a klinikumot.

III. Daganatok.

a) Lágyrészekben.

Lapos hámrák 17 esetben vétetett fel a klinikumra. Kiirtás után gyógyultak. A kiirtás helyén képződött hiányt vagy plastikával vagy közvetlen transplastatióval fedtük.

Alajk carcinoma 11 esetben gyógykezeltetett; ezek közül 2 nőnél fordult elő. Egy esetben a *rák a felső ajkon* foglalt helyet. A kiirtás a szokásos ihalakú metszéssel történt. A beszűrődött állalatti mirigyek egyidejűleg irtattak ki.

Carcinoma buccae 8 esetben fordult elő. Ezek közül ötnél kiirtás végeztetett, a hiány pótlása képző műtéttel történt. Két esetben a folyamat már annyira előhaladt volt, hogy műtét nem volt végezhető. Egy eset a következő évre maradt.

Nyelvrákot 7 esetben észleltünk. A klinikumon szokásos módon végzett kiirtás után 6 gyógyult. 1 eset pneumoniában halt el.

Sarcoma 6 esetben képezte kezelésünk tárgyát. Ezek közül 3 a parotis tájon, 3 az orrüregben székelt, 5 gyógyult, 1 a következő évre maradt.

Ezenkívül előfordultak még: egy mogyorónyi *fibroma* a bal pofában egy 4 éves lánynál. Kiirtás.

Egy az egész bal arczfélre és orra kiterjedő *fibroma molluscum* 56 éves férfinál. Műtétbe nem egyezett.

Angioma frontis esete ugyanannál a nőnél, ki a mult évi kimutatásban is szerepelt. Többszörös Paquelinezés és 30% ferrum sesquichloratum befecskendezése után a daganat tetemesen megkisebbedett.

Angioma linguae 1 esete.

Sch. J. 20 éves hajadon. Felvétetett 1898. december 2-dikán. Két hónap előtt vette észre, hogy nyelvén daganat fejlődik.

A nyelv jobb oldalán a 2. és 3. molaris-fognak megfelelőleg egy nagy mogyorónyi barnászörös színű, élesen határolt dudoros felületű, puha tapintatú, nyomásra nem fájdalmas terimenagyobbodás látható.

Műtét december 6-dikán. A nyelv a septumon áttöltött fonál segítségével előre lett húzva, azután a daganat alapja előtt a nyelven több erős selyemfonál lett áttöltve s ezek előtt a daganat kiirtva. A fonalak csomózása után a sebszélek szépen egyesültek. Vérzés minimalis. Sima lefolyás. December 18-dikán beteg gyógyultan távozik.

Angioma labii inferioris mogyorónyi nagyságban 12 éves leánynál. Kiirtás. Gyógyulás.

Azon csoportba sorozzuk még az *atheroma capitis* 1 esetét.

b) Csontokon.

Az ide tartozó esetek legnagyobb részét a felső és alsó állsont *sarcomája* teszi ki.

Sarcomát a felső állsonton 4 esetben észleltünk. Két esetben a felső állsont teljes resectiója végeztetett a Gigli-féle fűrész segítségével.

1. P. J.-né 24 éves, földműves neje. Felvétetett 1897. november 19-dikén. Három hónap előtt bal arczfélén borsónyi daganata támadt, mely azóta folyton növekszik.

A bal arczfélén a felső állsont felett egy kis almányi, ép bőrrel fedett élesen határolt, kemény tapintatú, nyomásra nem fájdalmas, a csonttal szorosan összefüggő terimenagyobbodás látható. A tumor a bal orrjáratba is benyomul s azt elzárja.

Műtét 1897. december 18-dikán Erzéstelenítés Schleich-féle oldattal. Ívalakú metszés a bal szájzúgtól a halántéktáj felé a pofa egész vastagságán keresztül a szemzúggal egy magasságig. Kifejtése a daganatnak. Az orbita alsó falának szabaddá tétele után a Gigli-féle drótfűrészszel először a proc. zygomaticus fűrészeltetett át, a proc. nasalis átvésztetett. Most a kemény szájpadon végig a középvonalban sagittalis irányú esontig hatoló metszés ejtetett s a kemény és lágy szájpad határan a drótfűrész számára egy lik készítettet, melyen át a fűrész a szájba vezetett, a kemény szájpad átfűrészeltetett. A felső állsontot ezután a daganattal együtt könnyen ki lehetett emelni. Vérzésesillapítás. Lágy szájpad, pofanyákhártyája, borseb varratokkal egyesítették. Az előzetesen *Bugsch Gusztáv* dr. budapesti fogorvos úr által elkészített prothesis behelyeztetett. Kötés.

Gyógyulás zavartalan. Arcz konfiguratioja igen szép. A daganat göröcs alatt *osteoid chondrosarcomának* bizonyult.

Január 9-dikétől kezdve új tumortömegek kezdenek fejlődni. Prothesis el kell távolítani. Január 29-dikén beteg elhagyja a klinikumot.

2. E. J.-né 62 éves koresmárosné. Felvétetett 1898. március 23-dikán. Másfél hónap előtt egy fővárosi kórházban orrpolypos miatt lett operálva. Egy hónap óta jobb arczfélén daganata fejlődik.

A jobb állsonton tyúktojásnyi, tömött, kemény daganat van, mely a csonttal összefügg. A jobb kemény és lágy szájpad elődomborodik. A jobb garat-orrjáratban dudoros felületű tumortömegek. A jobb szem kidülledt, csak közvetlen közelről lát kézmozgást. Bal szem visusa rendes.

Műtét március 30-dikán. Felső állsont resectiója oly módon, mint a fentebbi esetenél. Műtétnél kiderül, hogy a tumortömegek áttörték a koponya alapját és hátulról a szemgödörbe nőttek s így a daganat teljes eltávolítása nem lehetséges. Nyákhártyavarrat catguttal. Bőrvarrat selyemmel. Az üreg jodoforgazézzal lett tamponálva.

Sebüreg új daganattömegek által telődik ki. Április 14-dikén beteg elhagyta a klinikumot.

Egy esetben a *felső állsont sarcomája* mellett a jobb canthus internus *carcinomája* volt jelen.

Beteg a „Közkórházi orvostársulat“ gyűlésén be lett mutatva, a két különféle daganattal vett göröcsövi metszetekkel együtt.

A negyedik esetben a beteg műtétbe nem egyezett.

Sarcoma mandibulae 3 esetben fordult elő. Egy esetben az alsó állsont resectiója lett végezve. Egy eset inoperabilis volt és egy eset a következő évre maradt.

L. J. 27 éves napszámos. Felvétetett 1898. június 1-jén. Egy év óta alsó állsontján daganat fejlődik.

Az alsó állsont testén jobboldalt az utolsó molarisig, baloldalt az első praemolarisig terjedő, a csonttal összefüggő, esontkemény tumor foglal helyet.

Műtét július 9-dikén. Az alsó állsont resectiója Gigli-féle drótfűrészszel a jobboldali utolsó molaristól a baloldali első molarisig. Vérzés csillapítás. Prothesis behelyezése. Varrat. Kötés. Gyógyulás zavartalan. Arcz konfiguratioja igen jó. Augusztus 9-dikén beteg gyógyultan távozik.

Az alsó állsont *carcinomájával* 3 beteg vétetett fel osztályunkra. Két esetben a folyamat már oly kiterjedésű volt, hogy művi beavatkozás nem volt javalva. Egy eset a következő évre maradt vissza.

IV. Vegyesek.

Az ide tartozó 20 eset közt volt:

Labium leporinum 2 eset. Minkettő egyszerű. Az egyik egy 6 éves, a másik 20 éves fiúnál.

Defectus nasi 2 eset, lueticus eredetű. Egy esetben egy 28 éves nőnél a homlokról vett lebenynyel orrplastika végeztetett. A második eset a következő évre maradt.

Orrvérzés 7 eset. Belloque-cső segítségével való tamponálás végeztetett.

Contractura mandibulae 1 eset, fokozatos tágitásra gyógyult.

Anchylostoma 1 eset következő évre maradt.

Trigeminus neuralgiája miatt 4 esetben végeztetett az ideg resectiója, még pedig 3 esetben a harmadik ág, 1 esetben a második ág resecáltatott. Gyógyultak.

Parotis fistulája miatt egy beteg gyógykezeltetett. A fistula másfél év előtt tályog felnyitása után keletkezett. A fistula kimetszése után gyógyult.

Az os zygomaticumban levő *idegen test* miatt egy beteg vétetett fel osztályunkra.

Az eset egy 25 éves férfira vonatkozik, ki 4 év előtt öngyilkossági szándékból fejbe lötte magát. Skiographicus vizsgálatnál kitént, hogy a lövedék az os zygomaticumban foglal helyet. Műtétbe nem egyezett.

Az orrnak égés utáni hegeivel egy beteget kezeltünk. A hegyszövet kiirtása után a hiány képező műtét útján pótolattott.

II. Nyak.

A betegség neve	Ápoltatott összesen			Elbocsáttatott						Megtartott		Visszamaradt	
	fi	nő	összeg	gyógyulva		javulva		gyógyulatlan		fi	nő	fi	nő
				fi	nő	fi	nő	fi	nő				
I. Lobok	23	19	42	12	10	9	9	—	—	—	—	2	—
II. Sérülések	9	—	9	7	—	2	—	—	—	—	—	—	—
III. Daganatok	7	10	17	3	4	1	—	2	1	1	—	—	5
IV. Vegyesek	1	2	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen	40	31	71	23	16	12	9	2	1	1	—	2	5

A nyirokmirigyek gümös gyuladásai képezik ezen csoport túlnyomó részét (33 eset). Hyperplasticus lymphoma 14 esetben, már elgenyedt mirigyek 19 esetben kerültek gyógykezelésünk alá. A mirigyek kiirtását azon eljárás szerint végeztük, melyet Szigeti Gy. Sándor dr. a klinikum 1897. évi betegforgalmi kimutatásában ismertetett.

Carbunculus és tonsillitis phlegmonosa 2—2 esetben, kötőszövetgyulladás és hideg tályog 1—1 esetben fordult elő. Végre a gégeporczok gümös gyuladása 2 esetben, lueticus gyuladása 1 esetben tette szükségessé a tracheotomiát.

1. S. Á. 36 éves lakatos. Felvétel 1898. március 1-jén. Három hónap óta rekedt, azóta egyre nehezebben lélegzik. Négy év előtt kemény fekélye volt.

Beteg arca cyanoticus. Dyspnoe. Légzés 36. A gége teriméjében megnagyobbodott, ferde, a bőr pirosan elszínesedett, nyomásra fájdalmas. Betegnél O'Dwyer-féle intubatio kísérletet tett meg. A tubust azonban erős köhögési rohamban kiköthögte, ezért azonnali tracheotomia végeztetett, mire a légzés könnyült s rendes lett.

Március 15-dikén a canule mellett apró porczdarabkák távolodtak el. Inunctio cura.

Április 10. A decanulement megkísérletet, azonban nagyfokú légszomj állván be, a canulet újra be kellett vezetni.

Április 15. Decanulement. Légzés még kissé nehezített. Porczdarabkák folyton távoznak.

Május 5. Légzés normalis. Seb összehúzódik, genyedés mérsékelte.

Május 22. Beteg jól érzi magát. Seb leucsenyi, tiszta, egészséges sarjakkal fedett. A klinikumot elhagyja, teljes gyógyulásáig járó beteg rendelésünkre jár.

2. R. J. né 30 éves. Felvétel 1898 május 12-dikén. Már hosszabb idő óta rekedt. Egy hét óta légzése nehezített.

Nagyfokú cyanosis és dyspnoe. Sipoló légzés. Azonnali tracheotomia cocain-anaesthesiában. Középvastagságú canule bevezetése után a légzés hamar megjavul.

Junius 1. Laryngoskopicus vizsgálatnál kiderül, hogy a hangszalagok alatt, a légeső mellső oldalán egy terimenagyobbodás van, mely a légesőnyílást szűkíti. Csonka canule lesz bevezetve, melyen át beteg légzése rendes, junius 16-dikán saját kívánságára javultán távozik.

II. Sérülések.

Az ide tartozó 9 eset közül 5 esetben metszett seb volt jelen. Ezek mind öngyilkossági szándékból ejtettek. Nevezetesebb képletek nem sérültek, varratok alkalmazása után 8 nap alatt gyógyultak. A többi 4 esetet szúrtsebek és zúzódások képezik, melyek verekedésnél támadtak. Szinte könnyebb sérülések voltak, 3—8 nap alatt gyógyultak.

III. Daganatok.

Elsődleges sarcoma 4 esetben fordult elő. Ezek közül egy esetben a daganat kiterjedése miatt műtét már nem volt végezhető; két esetben a daganat kiirtása végeztetett, gyógyultak. 1 eset a következő évre maradt vissza.

Carcinoma szintén 4 esetben került kezelés alá. Műtét csak egy esetben végeztetett, az állalatti mirigyek másodlagos carcinomájánál, mely egy év előtt kiirtott alajkrák után fejlődött. Az eset gyógyult. A másik 3 esetben 1 primaer gégecarcinománál és 2 másodlagos mirigy-carcinománál már műtét nem volt végezhető.

Struma 8 esetben vétetett fel osztályunkra. Ezek közül négyenél a struma kiirtását végeztük, négy a következő évre maradt.

Egy műtét esetünk halálosan végződött. A halál heveny, a legnagyobb bronchusokra kiterjedő bronchitis következtében állt be. A műtét technikáját illetőleg úgy jártunk el, mint az a múlt évi kimutatásban ismertetve lett.

1. Sch. M. 13 éves napszámos leánya, felvétel 1898. március 28-dikén. Négy éves kora óta fejlődött a nyak középvonalában egy tyúktójasnyi daganata, mely ép bőrrel fedett, élesen határolt, puha rugalmas tapintatú, nyomásra nem fájdalmas. A tumor a nyelési és légzési mozgásokat követi s felette hullámlás mutatható ki.

Április 22-dikén műtét. Metszés a középvonalban. Kifejtés simán sikerül. Struma cysticum. Sebselek varratokkal teljesen egyesítették. Egyesülés per primam.

Május 1-én beteg gyógyultán távozott.

2. N. A. 20 éves cselédeány, felvétel 1898. április 11-dikén. Négy év óta veszi észre, hogy nyakán daganata nő. A nyak elülső felszínén, felfelé a pomum Adamiig, lefelé az incisura jugularisig, oldalt és hát felé a 2 sternocleidomastoideus hátsó szélén túlterjedő férfi-ökölnyi, egy nagyobb jobboldali és egy kisebb baloldali részletből álló terimenagyobbodás foglal helyet, mely felett a bőr kóros elváltozást nem mutat. A terimenagyobbodás élesen elhatárolt, izom tapintatú, a légzési és nyelési mozgásokat követi. A nyak peripheriája 41 cm. Betegnek, ha kissé gyorsabban jár, légzési nehézségei vannak.

Műtét május 26-dikén. Metszés a jobb sternocleidomastoideus belső szélén azzal párhuzamosan. A struma jobboldali nagyobb része kifejtetett s az isthmus tömeges leköttése után eltávolított.

Sebselek teljes egyesítése varratokkal.

A műtétet követő éjjel beteg igen nyugtalan volt, dyspnoeticus légzés miatt a kötetést meg kellett lazítani. Kis ökölnyi vérömleny keletkezett a seb ürben, melynek kibocsátása után a gyógyulás zavartalan. Julius 11-dikén teljesen gyógyulva távozott.

3. G. F. né 27 éves napszámos neje, felvétel 1898. július 21-dikén.

Nyolcz év óta vette észre, hogy nyakán daganata fejlődik, mely utóbbi időben rohamosan növekszik. A nyak peripheriája erősen megnagyobbodott, a gyenge természetű nőnél 46 cm. A nyak mellső felületén csaknem gyermekfejnyi mekkoraságú, élesen határolt, négy körülbelül egyformanagyságú, gömbölyű segmentumot mutató, egyenletesen tömött izomtáplátatú terimenagyobbodás látható, mely a légzési és nyelési mozgásokat követi. Beteg főleg járásnál nehezen lélegzik, hangja kissé rekedt.

Műtét augusztus 17-dikén. Ferde metszés a jobboldali sternocleidomastoideus külső szélétől a felső légesőgyűrűk bal oldaláig. A tumor felett kifeszített sternocleidomastoideus átmetszése után a tumor jobb fele kifejtetett s az előzetesen leköttött isthmus előtt levágott. Az eltávolított rész férfiökölnél nagyobb és három segmentumból állt. A tumor baloldali részlete benn hagyatott. Az átvágott sternocleidomastoideus catgut-varratokkal egyesítették. Bőrvarrat.

A lefolyás kisebb fokú vérömlenyt leszámitva, zavartalan volt. Beteg szeptember 3-dikán gyógyultán hagyta el a klinikumot.

4. M. L. 16 éves, napszámos fia. Felvétel 1898. szeptember 4-dikén. 6 év óta nőtt a nyak mellső felszínén két férfiökölnagyságú, négy segmentumból álló, élesen határolt, ép bőrrel fedett daganat, mely jobb felében izomtáplátatú, bal fele fölött homályos hullámlás mutatható ki. A tumor a nyelési mozgásokat követi. Beteg légzése nehezített. Műtét október 13-dikén, chloroform-narkosisban. Metszés jobboldalt a sternocleidomastoideussal párhuzamosan. A struma jobboldali részletének eltávolítása. Bőrvarrat.

Műtét után éjjel beteg nehezen lélegzik. Másnap a nehéz légzés egyre fokozódik, ezért kötésvaltoztatás céljából a műtőterembe lesz hozva, a hol a beteg légzése hirtelen megszűnik. Azonnal tracheotomia. A másfél órán át végzett Sylvester-féle légzés daczára beteg meghalt. Bonczolatnál laryngitis, tracheitis és a legnagyobb bronchusokra kiterjedő acut bronchitis találatott.

IV. Vegyesek.

Ezen csoportba soroztuk a nyak égési sebe után keletkezett kiterjedt égési hegek egy esetét. A heg kiirtása után keletkezett hiányt transplantációval fedtük. Gyógyult. Továbbá egy idegen testet a garatban. Ez eset egy 16 éves inasra vonatkozik, ki gombostűt nyelt el. A tű, mint az a Röntgen-sugarakkal való átvilágításnál kiderült, a garatban foglalt helyet. Eltávolítása könnyen sikerült. Végre strictura laryngis egy esetét.

Sz. J. né 56 éves, földmives neje, felvétel 1898. június 9-dikén. Egy év óta beteg, többször vannak légzési nehézségei. Beteg az összes légzési izmok igénybe vételével lélegzik, belégzésnél hosszú, megnyújtott stridor hallható. Ajk cyanoticus. Gégészeti diagnózis: laryngitis hypertrophica granulosa.

Műtét június 11-dikén. Tracheotomia, mely után beteg könnyen lélegzik, június 22—július 18. Beteg a canuleon át jól lélegzik. A canule el nem távolítható, mert kivételénél rögtön fuldoklik.

Augusztus 23. Tracheotomia inferior mint előkészítő műtét laryngofissióra. Beteg erős bronchitisen megy keresztül.

Október 7-dikén a gége tágitása kísérletet tett meg O'Dwyer-féle intubációval. A legkisebb tubus lesz bevezetve.

Október 8-dikától fokozatosan nagyobb tubus lesz bevezetve és mindhosszabb ideig bennhagyva.

Október 30-dikán beteg a legvastagabb tubust 1½ óráig tűri. A canule időnként el lesz zárva.

November 17. A canule el lesz távolítva, beteg jól lélegzik.

November 19-dikén beteg gyógyultan elhagyta a klinikumot.

III. Mell, hát.

A betegség neme	Ápolgatott összesen			Elbocsátott						Meg- halt		Vissza- maradt		
	fi	nő	összeg	gyógyulva		javulva		gyógyu- latlan		fi	nő	fi	nő	
				fi	nő	fi	nő	fi	nő					
Lobok	8	6	14	2	5	5	1	—	—	—	—	—	1	—
Sérülések	37	2	39	26	2	3	—	1	—	5	—	—	2	—
Daganatok	5	22	27	2	13	—	3	1	5	1	—	—	1	1
Vegyesek	9	—	9	3	—	5	—	—	—	—	—	—	1	—
Összesen	59	30	89	33	20	13	4	2	5	6	—	—	5	1

I. Lobok.

Mastitis 4 esetben fordult elő. Bemetszésre 8—38 nap alatt valamennyi gyógyult.

Hideg tályog 3 esetben gyógykezeléssel, azon eljárás szerint, a mely az előző évekről szóló kimutatásokban ismertette lett.

A mellkas kötőszöveti gyuladása szintén 3 esetben észleltetett. A szükséges bemetszések után valamennyi gyógyulófélben távozott.

Carbunculus 1 esetben fordult elő, vizes zsemle nagyságban a scapula és gerincoszlop közt. Gyógyult.

Egy esetben a csecsbimbó *lueticus fekélyével* vettek fel osztályunkra egy beteget. Antilueticus gyógykezelésre gyógyult. Két esetben pedig a mellkas sérülése után fejlődött *tályogot* nyitottunk meg.

II. Sérülések.

Legnagyobb részét a sérüléseknek a mellkas *lőtt sebei* teszik ki (15 eset). Valamennyi öngyilkossági szándékból ejtett. A 15 eset közül 10 esetben beható volt a sérülés, s csak 5 esetben nem. A 3 esetben beállt halál 1—15 nap alatt következett be. A bemeneti nyílás 11 esetben a bal, 4 esetben a jobb oldalon volt.

Szírt sebet 9 esetben észleltünk, ezek közül 8 verekedés közben jött létre, 1 öngyilkossági szándékból. Három esetben a mellüregbe hatoló volt a sérülés, ezek közül az egy halállal végződő esetről a szűrés a vena cava superiorba és a szív-burokba hatolt.

A mellkas *zúzódása* 9 esetben fordult elő elgázolás, verekedés, magasból való leesés után.

Metszett seb 5 esetben került gyógykezelés alá, varratok alkalmazása után 8 nap alatt valamennyi gyógyult.

Ezenkívül egy esetben a mellkas nagy kiterjedésű harmadfokú *égési sebe* fordult elő, petroleumrobbanás következtében. Meghalt.

III. Daganatok.

Az ezen csoportba tartozó 27 eset közül volt:

Carcinoma mammae 17 eset. Ezek közül 13 esetben végeztük az emlőmirigy kiirtását, 8 esetben a hónaljmirigyek kiirtásával együtt. 4 esetben nem volt végezhető műtét, részben a bántalom kiterjedése miatt, részben pedig azért, mert a beteg a szükséges műtétbe nem egyezett bele. Az esetek túlnyomó részében a bántalom 40—50 év közt levőknél fordult elő. A legfiatalabb 28 éves volt, a legöregebb 68 éves.

Sarcoma mammae 3 eset.

Egy esetben *melanosarcoma* volt jelen egy 39 éves asszonynál. A bántalom egy naevusból indult ki s csaknem az egész mammarra kiterjedvén, annak teljes kiirtását tette szükségessé. Göreső alatt a daganat alveolaris melanosarcomának bizonyult.

A másik eset egy 18 éves leányra vonatkozott. A tumor kis tyúktojásnyi volt s a mamma külső felső negyedében foglalt helyet. Kiirtás után gyógyult.

A harmadik esetben a daganat nagy kiterjedése és többszörös áttételek miatt műtét már nem volt végezhető.

Sarcoma thoracis 2 esetben, *Sarcoma dorsi* 1 esetben gyógykezeléssel. Ezek közül 2 gyógyult, egy a következő évre maradt vissza.

Fibroma és fibroadenoma mammae 1—1 esetben fordult elő.

Vége 2 esetben *carcinoma oesophagi* volt jelen. Az egyik meghalt, a másik változatlanul távozott.

IV. Vegyesek.

Ezen csoportba sorozzuk az *empyema thoracis* 5 esetét. Thoracotomia és bordaresectio után egy eset kivételével, ki még a következő évre maradt kezelés alatt, valamennyi gyógyult vagy gyógyulófélben távozott.

Idé sorozzuk a marólug ivásából eredő *bárzsingszűkület* két esetét, melyek bárzsingkutatóval végzett fokozatos tágitásra javultak; továbbá a *mellkas bőrének* égési seb után visszamaradó férfitenyérnyi *hiányát*, mely transplantatio után gyógyult, s az arteria subclavia traumaticus *aneurismáját*.

N. J. 25 éves munkás, felvételt 1898. január 11-dikén. 17 nap előtt verekedés közben több helyen megszürték. A sebek össze lettek varrva s mind szépen begyógyultak, azonban a sebesülés óta bal felső végtagját mozgatni nem tudja s nyakán baloldalt tyúktojásnyi daganata keletkezett, melyet kezelő orvosa tályognak tartván, megnyitott, mely alkalommal a daganatból sugárban ömlött ki a vér. A vérzést csak taplóval lehetett csillapítani.

A nyak bal oldalán a supraclavicularis tájon, a sternocleidomastoideus és cocullaris között, a kulcsontól 2 cm.-nyire felfelé egy tyúktojásnyi terminenagyobbodás látható, melynek legnagyobb domborulatán egy 0.5 cm. hosszú, friss véralvadékkal borított folytonosság-megszakítás foglal helyet. A daganat különben ép bőrrel fedett, élesen határolt s tapintáskor rajta rythmikus lüktetés érezhető minden irányban.

A bal felső végtag tehetetlenül lóg lefelé, beteg azzal semmiféle mozgást nem képes végezni.

Az izmok és idegek villamos vizsgálatánál kitént, hogy a deltoideus villamos ingerlékenysége csaknem semmi, a nervus medianus és radialisnak ingerlékenysége csökkent, míg az ulnarisé normalis.

A gyógykezelésben az aneurismával szemben várakozó állást foglaltunk el s az január 31-dikén már tömöttebb tapintatú lett s a lüktetés is csökkent felette. A bal felső végtagot villanyoztuk s massáltuk.

Február 8-dikán a terminenagyobbodás kisebbedett, hullámlás benne nem mutatható ki.

Február 27-dikén a terminenagyobbodás egészen összezsugorodott, a felső végtag motoricus képessége tetemesen javult, kivéve a delta izmot, mely még mindig teljesen hűdött. Beteg ennyire megjavult állapotban saját kívánságára elhagyta a klinikumot.

V. Törzs csontváza.

A betegség neme	Ápolgatott összesen			Elbocsátott						Meg- halt		Vissza- maradt	
	fi	nő	összeg	gyógyulva		javulva		gyógyu- latlan		fi	nő	fi	nő
				fi	nő	fi	nő	fi	nő				
I. Lobok	12	5	17	1	2	7	2	3	1	—	—	1	—
II. Sérülések	22	8	30	13	5	7	1	1	—	1	1	—	1
III. Daganatok	2	—	2	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Összesen	36	13	49	15	7	14	3	4	1	2	1	1	1

I. Lobok.

Mind a 17 esetben, mely ezen csoportba tartozik, a gyuladás *gümös természetű* volt s mint gümös periostitis és osteomyelitis jelentkezett. A bántalmat a bordákon 5, a sternumon és medenczecsontokon 2—2 esetben, a lapoczkán és keresztcsonton 1—1 esetben észleltük. Resectio, illetve a gümös részletek kikanalizása után az esetek túlnyomó száma javultan hagyta el a klinikumot. *Gümös spondylitist* 6 esetben észleltünk, valamennyinél kyphosis volt jelen. Gypscorsettel lettek ellátva.

II. Sérülések.

Legnagyobb számmal szerepelnek a *bordatörések* (11 eset), melyek magasból való leesés, elgázolás, súlyos testnek a mellkasra való esése következtében jöttek létre. 10 eset simán gyógyult, 1 eset halállal végződött septikaemia folytán.

Sz. J. 67 éves foglalkozás nélküli férfi, felvételt 1898. szeptember 28-dikán. Tíz nappal a felvétel előtt elesett, azóta nagy fájdalom van jobb mellkas felében s különösen este felé nagy forrósága van.

A jobb kulcsont alatti tájon férfiköllyi, elmosódott határu, pirosan elszínesedett bőrrel fedett, puha tapintatú, nyomásra fájdalmas terimenagyobbodás látható, mely fölött mély légvételtkor csontrecsegés érezhető, a daganat összenyomásakor serczegés hallható. A bordákat végig tapintani a daganat miatt nem sikerül. A jobb mellkasfél oldalsó részén, részben a lapoczká tájakra átterjedőleg két tenyéryi terjedelemben a bőr pirosan elszínesedett, puha tézstapintatú, ujjbenyomatot megtartja, nyomásra fájdalmas, ugyanakkor serczegés hallható és érezhető. Beteg sensoriuma zavart. Pulsus 120, kicsiny, könnyen elnyomható. Hőmérsék 38.6° C.

Szept. 30-dikán jeges borogatásokra a daganat és fájdalom csökkent, úgy hogy most a 3. bordán két ujjnyival a bimbóvonaltól kifelé rendellenes mozgathatóság és crepitatio mutatható ki. Köhögéskor a daganat erősen felduzzad. Hőmérsék 37.5—38.6° C. közt. Pulsus 100-on felül. Beteg éjjel igen nyugtalan. Nyelve száraz. Excitantiák.

Október 3-dikán a homlok bal felére és a hajás fejbőrre kiterjedő erisypelast kap. Tüdő-oedema fejlődik. Beteg október 4-dikén reggel meghal. Bonczolatnál a jobboldali második borda infractiója s a 3. borda teljes törése találtatott.

A törés helyétől kiinduló genyes eves gyuladása a bőr alatti kötőszövetnek. A tüdő a törésnek megfelelőleg a mellkasfalhoz kötőszövetesen rögzített s ezen a helyen genyesen beszűrődött. Pericarditis fibrinosa purulenta, nagyfokú myodegeneratio cordis. Oedema pulmonum.

A bordatörések után következnek a kulcsonttörések 10 esettel. A törés 8 esetben indirect úton jött létre vállra esés folytán, 2 esetben direct erőszak, ütés behatása következtében. A betegek egy része nem várta be az osztályon a gyógyulást, hanem organtinkötéssel ellátva pár nappal a felvétel után távozott. Gyógytartam átlag három hét.

Csigolyatörés 4 esetben fordult elő. A törés két esetben a XII. hátesigolyára, 1—1 esetben az I—II. ágyék és IV. nyaki csigolyára vonatkozott. Mind a négy esetben a Glisson-féle distractiót alkalmaztuk. Egy eset gyógyult. Két eset javult, egy esetben halál állt be a sérülés után 9 nap múlva a légzési izmok bénulása következtében.

Scapulatörést két esetben észleltünk. Egyik esetben a spina volt eltörve. Mindkét eset gyógyult.

A medenczecsontok törése egy esetben került gyógykezelésünk alá. Az eset egy 11 éves inasra vonatkozik, a kit kocsi gázolt el.

A symphysis ossis pubis táján a bőr egy tenyéryi területen kékes-pirosan elszínesedett, az egész táj, a perineumra átterjedőleg teriméjében megnagyobbodott. A symphysis folytonosságában szét van válvá, a két csont körülbelül 2 ujjnyira tátong. A perineumon a végbél nyakhártyájába hatoló, 2 cm.-nyire tátongó folytonosság megszakítás látható. Beteg igen elesett, halvány. Pulsus 120, könnyen elnyomható.

A medencezsele flanel-pólyával lesz összehúzva. Alapos desinfectio után a perinealis seb jodoformgaze-zel tamponáltatott. Excitantiák. A következő napokban beteg lassankint erősödik. 14 nap múlva vizeletét vissza tudja tartani.

A seb tisztul, a symphysis diastasisa csökkent. Augusztus 20-dikán a perinealis seb begyógyult. Azonban incontinentia alvi maradt vissza. Beteg ilyen állapotban szülei kívánságára augusztus 28-dikán távozik.

Egy esetben borda, szegycsont és csigolyatörés egyszerre fordult elő.

Az eset egy 22 éves cselédeányra vonatkozik, a kit a villamos kocsi elütött. A sternum a IV. borda magasságában szenvedett haránttörést, baloldalt a VI. és VII. borda volt törve, a csigolyák közül pedig a XII. háti és az I. ágyékesigolya. Beteg gyógyultan hagyta el a klinikumot.

Végül egy esetben a jobboldali kulcsont acromialis végének luxatióját észleltük.

III. Daganatok.

Két eset tartozik ezen csoportba. Mind a kettő osteosarcoma.

Az egyik esetben a daganat a bal sternoclavicularis ízületnek megfelelőleg foglalt helyet, férfiköllyi, kemény s a csonttal erősen összenőtt volt. Beteg műtétbe nem egyezvén, változatlanul távozott.

A második esetben a sarcoma a bal scapulán foglalt helyet, két gyermekfejnyi nagy volt. A daganat 10 hónap előtt keletkezett, 4 hónap előtt egy vidéki kórházban ki lett irtva, de 6 héttel az operatio után újra kiújult. A daganat a scapulával erősen össze volt kapaszkodva s a hónaljárokba is átterjedt. A daganatot chloroformnarkosisban a scapula részleges resectiójával eltávolítottuk. Beteg a műtét után 10 nappal meghalt.

Bonczolatnál metastaticus sarcomagócok találtattak a pleurán és a baloldali tüdőállományban, továbbá 2.5 liternyi transsudatum a jobb mellfűben a tüdő compressionalis atelektasiájával.

V. Has.

A betegség neve	Ápoltatott összesen			Elbocsátatott						Megtelt		Visszamaradt	
	fi	nő	összeg	gyógyulva		javulva		gyógyulatlan		fi	nő	fi	nő
				fi	nő	fi	nő	fi	nő				
I. Lobok	22	9	31	7	5	8	2	1	1	5	1	1	—
II. Sérülések	11	1	12	6	1	1	—	—	—	3	—	1	—
III. Daganatok	9	8	17	3	2	1	—	3	3	1	3	1	—
IV. Vegyesek	148	50	198	109	34	4	4	8	1	19	8	8	3
Összesen	190	68	258	125	42	14	6	2	5	28	12	11	3

I. Lobok.

Ezen csoportba osztottuk be az inguinalis tájéki nyirokmirigyek gyuladait (9 eset), melyek túlnyomó számban gümös természetűek voltak. A kóros mirigyek kicanalizása után betegek nagyrészt gyógyuló félben távoztak.

Vakbélkörüli gyuladás 8 esetben került gyógykezelés alá. A tályog megnyitása, illetve lobellenes kezelés után 7 esetben gyógyulás állt be. Egy eset halállal végződött. A halál oka mindkét tüdőben kifejlődött heveny gümőkór volt.

Peritonitis 8 esetben vétetett fel osztályunkra. Ezek közül 4 gümös eredetű volt. Ezen eseteket Chudovszky Móricz dr. közölte az „O. Hetilap“ 1899. évfolyamában. 3 eset halállal végződött, 1 eset javult.

2 esetben a peritonitis a gyomor, illetve a duodenum átfűródéséből keletkezett. Az esetek a következők:

1. B. J. 38 éves, földmives; felvétetett 1898. szeptember 14-dikén. Négy nappal a felvétel előtt hirtelen rosszul lett, elájult, hasa fájni kezdett. Azóta nincs széke, szelek sem mennek. Has erősen meteoristicus, fájdalmas, különösen a gyomor és vakbél táján. Beteg elesett, arca halvány. Pulsus 110, könnyen elnyomható.

Hőmérsék 39°. Nem csuklik, nem hány. Többszöri magas beöntések daczára beteg állapota változatlan maradván, szeptember 15-dikén laparotomia végeztetett. Cseplesz és belek fibrinosusan össze voltak tapadva. Hasüregben mintegy 2 liternyi hig, szürkés-sárgás geny találtatott. Hasüreg kiöblítése után a peritoneum kivarratott. Mikulicz szerinti tamponálás. Beteg másnap meghalt. Bonczolatnál a cardia táján egy lencsényi átfűródés találtatott.

2. Zs. J. 31 éves földmives. Felvétetett 1898. április 27-dikén. A felvétel előtt 6 nappal hirtelen fájdalmat érzett gyomra tájékán. Hasa felpuffadt, csuklás és hányinger gyötörte. A többször alkalmazott beöntések daczára azóta töle sem bélsár, sem bélgázok nem távoznak.

Beteg nagy fokban elesett, pulsus 130, filiformis; légzés felületes, szapora, perczenkint 25. A has erősen elődomborodik, felette a kopogtatási hang mindenütt dobos. A has bőre diffuse kissé pirosan elszínesedett, oedematosus. Tapintásra a pylorus táján némi resistentia tapintható, ugyanitt élénk fájdalom van jelen, különben az egész has felülete érzékeny. Másnap magas beöntésre bő széke volt, mely után beteg könnyebben érezte magát. A következő napokban egyre rosszabbodik állapota, csuklik, hasmenése van. Fájdalom fokozódik. Április 29-dikén beteg meghal.

Bonczolatnál a duodenum ulcus rotundum perforansa találtatott, mely egy eltokolt tályogképződéshez vezetett, melyet alul a mesocolon transversum felső lemeze s a haránt vastagbél, elül az elülső jobboldali epigastrialis hasfalrészlet, fenn a rekesz jobb felének alsó homorú felszíne, hátul alul a máj jobb lebenyének convexitása határol.

Ezen eseteken kívül előfordult még hideg tályog 3 esetben, vesekörüli tályog 1 esetben, az illető műtét után, tiszta sarjadzó sebbel hagyta el a klinikumot.

Pyonephrosis 1 esetben, ez a következő évre maradt és 1 esetben actinomycosis az inguinalis tájon.

J. M.-né 36 éves, felvétetett 1897. november 8-dikán. 6 hónap előtt hirtelen fájdalmak léptek fel a jobb lágyék táján. Akkor súlyos betegségbe esett, lázas volt, orvosai vakbélgyuladást constatáltak nála. 9 hétig ágyban feküdt, mely idő alatt csipőtaréja mögött daganat keletkezett, melyet orvosa megnyitott. Később a seb begyógyult, de csakhamar újra kifakadt. A mint fel tudott kelni, jobb lágyék táján keményedést érzett, mely azóta folyton növekszik s fájdalmat okoz betegnek.

A jobb felső hátsó csipőtővis mögött lencsényi anyagiány látható, melyből nyomásra vöröses, genyeczafatokat tartalmazó folyadék ürül. Kutatóval 12—15 cm.-nyire juthatunk a hasüreg felé. A jobb Pouparszalag mentén a bőr pirosan elszínesedett, keményen beszűrődött, a beszűrődés a csipőtővis felé kiszélesedik és a medence felé a mélybe követhető.

November 11-dikén műtét. Metszés a crista ileivel párhuzamosan, attól 1 cm.-nyire fölfelé, melylyel egy gyermekfejnyi tályogúr lesz

megnyitva. A tályogfűrből kevés, kölesnyi egész lenmagnagságú sárgás esomókat tartalmazó, vörhenyes, nyúlós folyadék ürül ki.

Az üreg a sipolynylással közlekedik. A sipolymentet tágitása s az üregnek alapos kitakarítása után drainsövet helyezünk az üregbe úgy, hogy egyik vége a sipolynylásból a másik az ejtett sebből áll ki. A sárga szemcséket göreső alatt megvizsgálva, kiderül, hogy azokat *actinomyces* coloniák alkotják.

Lefolyás zavartalan. Beteg állandóan láztalan volt. Belsőleg jodkaliumot szedett. Deczember 22-dikén a trochanter alatt a czombon tojásnyi beszűródés keletkezett, melybe bemetszettünk s melyből ugyan csak sárgás szemcsékkel kevert, nyúlós geny ürült ki. Ezen üreg közlekedett az előbb feltárttal. Ezután a sebüregek lassan telődnek. Január 5-dikén a drainsöveket eltávolítjuk. Február 5-dikén beteg tiszta sardjázó sebbel hagyja el a klinikumot.

II. Sérülések.

A hasfalak *zúzódása* miatt 3 beteg vétetett fel; nyugalom és felmelegedő borogatások alkalmazása után valamennyi gyógyultán távozott.

Szűrt seb 4 esetben került gyógykezelés alá. Ezek közül 3 verekedés következtében támadt és nem volt áthatoló sérülés. Varratok alkalmazása után 8 nap alatt mind gyógyult. A 4-dik esetben öngyilkossági szándékból ejtetett a sérülés. Ez eset halállal végződött.

K. G. 43 éves, napszámos; felvétetett 1898. november 10-dikén. Öngyilkossági szándékból késsel hasba szúrta magát.

A hasfalán a bal bimbóvonal meghosszabbításában, a köldök magassága alatt 15 cm.-nyire egy sagittalis irányú, éles szélű, a hasfalán teljesen áthatoló folytonosság megszakítás látható, a melyen át körülbelül 10 cm. hosszú, kékes pirosan elszínesedett, bélkaes folul elő. Beteg erősen anaemicus kinézésű, pulsus 120, könnyen elnyomható.

Felvétel után azonnal *műtét*. A hasseb felfelé tágitott s az erősen vérző alsó sebzúgban az arteria epigastrica inferior bekötöttetett. Belső sérülés nem találtatott. A cseplesz két helyen szenvedett sérülést s egy átszűrt mesenterialis edény szintén erősen vértett; ennek bekötése után a hasüreg kitisztított s a hasfalseb három étageban egyesítettetett.

Műtét után beteg 500 gm. konyhasós subcutan infusiót kapott, mely másnap meg lett ismételve. Autotransfusio, excitantiák (camphor, cognac), daczára a szív működés nem javul s november 11-dikén délután beteg meghal. Rendőri bonczolatnál a hasírben egyéb sérülés nem találtatott. Halálókaul belső és külső elvérzés lett felvéve.

A hasfal *lőtt sebe* 4 esetben fordult elő. Három esetben véletlen szerencsétlenség folytán jött létre a sérülés, ezek egyikében sem volt beható a lövés s a lövedékek eltávolítása után gyógyultak. Mind a három esetben sérítelt töltött fegyver okozta a sérülést. Egy esetben öngyilkossági szándékból ejtetett a sérülés. Ez esetben a halál 12 órával a sérülés után állt be.

I. B. L. 25 éves, kocsis. Felvétetett 1897. deczember 8-dikén. Pajtása vadászfegyvere tisztogatás közben véletlenül elsült, s a lövés őt a jobb csipő táján találta. A jobb felső, hátsó csipőtővis táján egy tallérnyi, zázott szélű anyagihiány látható, mely egy ujjnyi vastag ürmenetbe vezet, melynek fenekén serétszemek tapinthatók, valamint apró csontszilánkok.

Felvétel után azonnal *műtét*. A hátsó csipőtővis felett a bemeneti nyílás egy 4 cm. hosszú függélyes metszéssel tágitott s a löcsatorna fenekéről 50—60 darab serét, félmaroknyi ruhafoszlány, valamint csontszilánkok távolítottak el. Beteg a következő napokon lázas, 38—39^o C. közt. Naponta lesz kötve s a seb irrigálva, a mikor is még mindig távoznak serétszemek.

Deczember 20-dikától láztalan, sebüreg szépen telődik.

1898. január 29-dikén gyógyultán távozik.

2. W. R. 26 éves pinczér. Felvétetett 1898. augusztus 28-dikén öngyilkossági szándékból 7 mm.-es revolverrel hasba lötte magát. Bemeneti nyílás baloldalt a bimbóvonalban 2 harántujnyira a bordaív felett. A kutatót a löcsatornában mintegy 4 cm.-nyire lehet vezetni fel és befelé. Beteg nagy fokban anaemicus, pulsus filiformis, vért hány.

Augusztus 29-én hajnalban meghal. Bonczolatnál három bélkaeson 3 bemeneti és 3 kimeneti nyílás találtatott. Genyes, eves hashártyalob. 1-5 liternyi vér a hasüregekben. Lövedék baloldalt a gerincoszlop mellett.

Hasbarúgás következtében egy esetben *bélrepedés* állott be.

Az eset egy 60 éves munkásra vonatkozik. Beteg a sérülés után egy nappal vétetett fel osztályunkra peritonitis tüneteivel, rendkívül elesett állapotban, alig tapintható filiformis pulussal, s a felvétel után csakhamar meghal. Bonczolatnál a vékonybélben 120 cm.-nyire a vakbélbilleentyűtől egy 0.5 cm. hosszú, kifordult szélű repedés találtatott, következményes bélsáros peritonitissal.

III. Daganatok.

Az ide tartozó esetek legnagyobb számát a *pyloruscarcinomák* teszik ki (7 eset). Ezek közül két esetben nem történt

művi beavatkozás, egyik esetben azért, mert a beteg műtétbe nem egyezett.

A másik eset egy 36 éves nőre vonatkozik, a kinél 1897. évben végeztünk pylorus carcinoma miatt gastroenteroanastomosist, és a ki a műtét után csaknem egy évig jól érezte magát, meghízott. 1898. tavasza óta azonban régi baja ismét kiújult. Azóta mindent kihány.

A rendkívül lesóványodott beteg újabb műtétbe nem egyezett.

Öt esetben gastroenteroanastomosist végeztünk, ezek közül kettőt a gyomor egyidejű resectiójával. Három gyógyult, kettő meghalt.

Az esetek a következők:

1. Sch. P. 45 éves fodrász. Felvétetett 1898. május 11-dikén. Hosszabb idő óta van gyomorbaja. Három hónap óta gyomortáján daganata fejlődik. Étvágytalan. Evés után 6—8 órával mindent kihány, a mit megevett. Néha a hányás 3 napig szünetel, ekkor a hányadék igen bő és több nap előtti ételrészeket is tartalmaz.

Az epigastralis táj eldomborodik. A köldök felett egy diónyi kemény élesen határolt, nyomásra nem fájdalmas terimenagyobbodás tapintható a hasfalakon keresztül. A gyomor alsó határa egy ujjnyira a köldök felett van, szénsavval való felfúvás után egy ujjnyira a köldök alatt. Hányadék savanyú vegyhatású. A *Günzburg-féle* kémlés úgyszintén a congiapapir kémlés sósavra negatív. *Uffelmann-féle* tejsavpróba pozitív.

Május 14-dikén *műtét* chloroform-narkosisban. *Gastroenteroanastomosis retrocolica posterior*. A pylorust egészen körül foglalo ökölnyi, kemény tumor találtatott. Metastasisok a májban és fodormirigyekben. Pylorus rögzítve. Ezen okok miatt a pylorus resectioja nem volt végezhető.

Utókezelés a klinikumon szokásos. Beteg műtét utáni éjjel sokszor hányt barna, czafatokkal kevert hányadékot. Erős bronchitisen megy át.

Május 23-dikán varratok el lesznek távolítva. Seb per primam egyesült. Bronchitis megszűnt. Rendes széke van.

Május 26-dikán. Étvágya javul. Vágott húst kap.

Állapota ezután fokozatosan javul. Szemlátomást erősödik. Jó étvágya van, június 9-dikén gyógyulva távozik. 1898. július 17-dikén kelt levelében írja, hogy jó étvágya van, 0.5 kilót hízott, azonban néha felbőgösesei vannak, ilyenkor egy-két kanálnyi epét köp ki.

2. B. G. 38 éves asztalos, felvétetett 1898. augusztus 1-jén. Négy év óta étvágytalan, gyakran hányt evés után 4—6 órával. Erősen lesóványodott. Székelse is rendetlen, gyakran csak 14 napban van egyszer.

Has besüppedt. A köldök felett jobboldalt egy diffus határu, nyomásra nem fájdalmas resistentia érezhető. Gyomor alsó határa felfúváskor 2 harántujnyira a köldök alatt. Hányadék erősen savanyú szagú. Sósavpróba negatív, tejsavpróba pozitív.

Műtét augusztus 10-dikén. *Gastroenteroanastomosis retrocolica posterior*. A pyloruson két tenyérnyi tömött beszűródés. A pylorus kis ujj számára alig átjárható. A beszűródés átterjed a kis curvaturára. Metastasisok a mesenterialis mirigyekben és a máj jobb lebenyében, mely a pylorussal erősen összenőtt. Pylorus eltávolítása nem lévén lehetséges, anastomosis végeztetett.

Műtét után beteg többször hányt kávébarna folyadékot. 400 gm. konyhasós infusiót kap.

Utókezelés az eseteinkben szokásos.

Augusztus 15-dikéig beteg jól érzi magát, ekkor azonban hasmenést kap, mely minden kezeléssel daczol. Éjjel is többször van széke, mely később véres. Beteg egyre gyengül és augusztus 24-dikén meghal.

Bonczolatnál a gyomor-bélsebe kötőszövetesen teljesen egyesültnek találtatott. A vékony- és vastagbelek nyákhártyájának dysentericus gyuladása volt jelen. A kórbonczatani készítményt *Kuzmik Pál dr.* a közkörházi orvostársulat 1898. évi októberi ülésén bemutatta.

3. R. P. 51 éves szabó, felvétetett 1898. augusztus 10-dikén. Nyolcz hónap óta folytonosan gyomortáji fájdalmai vannak. Gyakran hányt, még pedig betegsége kezdetekor öt naponként, majd négy, jelenleg két hónap óta minden harmadik napon. A hányadékban három nap előtt bevett ételrészek is vannak. Beteg nagyon lesóványodott.

A jobb epigastriumban a pylorusnak megfelelőleg egy dudoros felületű, ökölnyi, könnyen mozgatható, nyomásra nem fájdalmas terimenagyobbodás tapintható. A gyomor felfúvásakor annak alsó határa a köldök alatt két ujjnyira fekszik, ugyanekkor a tumor is alantabb helyen tapintható. Az egyszerre igen nagy mennyiségben ürülő hányadék kellemetlen savanyú szagú, szürkés színű, emésztetlen ételrészekkel kevert, sok tejsavat, azonban kevés szabad sósavat is tartalmaz.

Műtét augusztus 13-dikán chloroform-narkosisban. Metszés a közp-vonalban a processus xyphoideus és köldök közt. A pylorustól kezdődőleg másféltenyérnyi terjedelemben, a gyomor egész kerületét elfoglaló dudoros felületű tumor ül a gyomor falában, mely szabadon mozgatható. Metastasisokat nem találtunk. Ezért a tumort in toto gyomorresectióval eltávolítottuk, miután előzetesen a tumor fölött és alatt a gyomor íret selyem matriczvarratokkal elzártuk. A matriczvarratok felett a serosákat esomós selyemvarratokkal egyesítvén, gastroenteroanastomosis retrocolica posteriort végeztünk.

A hasfal sebet, mint azt *Réczey* tanár mindig végezni szokta, három étageban, külön a peritoneumot, izmot és bőrt egyesítettük.

Beteg műtét után jól érezte magát, nem hányt. Széklet távoztak tőle.

Augusztus 16-dikán széke volt. Igen éhes. Hőmérsék 37^o alatt.

Augusztus 21-dikén a varratok el lettek távolítva. Seb per primam egyesült.

Augusztus 22-dikétől kezdve makacs hasmenést kapott a beteg, mely eleinte minden kezelésre dacolt és a mely egész szeptember 12-dikéig tartott. Nagyon elgyengült, lábán és alszárnán oedema képződött.

Szeptember 12-dikétől rendes széke volt. Étvágy kitünő. Szemlátomást erősödik.

Október 13-dikán teljesen megerősödve jó kinézésben gyógyultan hagyta el a kórházat.

Ez esetet 1898. október havában *Kuzmik Pál dr.* bemutatta a kiirtott tumorról együtt a *Közkórházi Orvostársulat gyűlésén.*

Beteg 1899. márczius 26-dikán levelet kaptunk, melyben írja hogy gyomrával egészen rendben van, étvágya jó, 76 kilót nyom testsúlya.

4. K. Á.-né 45 éves napszámosnő, felvétetett 1898. augusztus 20-dikán.

Régebb idő óta gyenge a gyomra, gyakori émelygése és felbőfő-gése volt, azonban csak igen ritkán hányt. 8 hónap óta hasában daganatot vett észre, mely folyton növekedett. Azóta igen lesóványodott.

Has kissé puffadt. A bordaivtól 10 cm.-nyire lefelé a jobb parasternál vonal meghosszabbításában egy nagyobb gyermekököllyi, kissé dudoros felületű, tömött tapintatú, nyomásra kissé érzékeny, haránt irányban igen jól mozgatható terimenagyobbodás tapintható a hasfalakon keresztül. A gyomor alsó határa felfúvaskor a köldök alatt 2 cm.-nyire fekszik.

Műtét szeptember 26-dikán chloroform-narkosisban. Hasmetszés a középvonalban a proc. xyphoidens és köldök közt. A pylorus tájon egy a gyomorra mintegy 6, a duodenumra mintegy 2 cm.-nyire kiterjedő, kemény tapintatú daganatot találtunk.

A tumor kiirtása *gyomorreseccióval*, mint a fentebbi esetben. „Ezután *gastroentero-anastomosis retracolica posterior*. Hasfalak egyesítése három etageban.

Műtét utáni este collapsus tünetei léptek fel. Kámforinjectio.

Szeptember 27-dikén. Tápláló csővét nem tűri. 300 gm. subcutan konyhasós infusiot kap. Pulsus 130, filiformis. Hőmérsék reggel 37.6°, este 38.8° C.

Szept. 28—29-dikéig állapot változatlan. Széke volt, hig, sárga. Hőmérsék 38—39° C. között.

Szeptember 30-dikán jobban érzi magát. Pulsus javult.

Október 1-jétől állapota egyre rosszabbodik. Pulsus szapora, filiformis. Október 6-dikán meghal.

Bonezolatnál kiderül, hogy a duodenumot elzáró varratok nagy része meglazult, a mi egy két férfőköllyi eltolt ichorosus tályog képződéséhez vezetett. A gyomor sebéit egyesítő varratok pontosan tartanak. Peritonitis universalis acuta fibrinosa-purulenta.

5. H. J.-né 43 éves eseléd felvétetett 1898. október 19-dikén.

Öt hónap óta gyomortáján daganata fejlődött, mely folyton növekszik. Gyomorbaja mindéig nem volt, nem hányt, csak felbőfőgéseai vannak többször. Lesóványodott.

A jobb epigastriális tájon egy férfőköllyi, dudoros felületű, tömött tapintatú, mozgatható, nyomásra nem fájdalmas terimenagyobbodás érezhető a hasfalakon át. A colon felfúvásakor a daganat eltűnik, gyomor felfúvaskor alantabb helyen tapintható.

Műtét október 26-dikán chloroform-narkosisban. *Gastroentero-anastomosis retracolica posterior* végeztetett, miután a gyomor pylorus tája körkörösén, a mellső falnak közel 2/3-da, a nagy curvatura hosszának 2/3-da, s a hátsó falnak 1/4-de lapos, 1.5 cm. vastag tumorba foglalt volt s a tumor a duodenum elejére is áttért, s így gyomorresecció végezhető nem volt.

Utókezelés a klinikumon szokásos. Műtét után beteg állandóan jól érzi magát.

November 5-dikén varratok kivétele. Egyik fonál mentén egy borsónyi bőr alatti tályog keletkezett. Étvágy jó. Erősödik. Széke rendes.

December 24-dikén gyógyultan hagyja el a klinikumot.

A *vékonybél carcinomája* miatt egy esetben enteroanastomosist végeztünk. Ez esetben 18 órával a műtét után halál állt be.

G. A. 56 éves asszony felvétetett 1898. november 29-dikén. Három hét óta beteg, azóta hasa felfúvódott, székrekedésben szenved, gyakran van felbőfőgése és hányása.

Az igen lesóványodott, maranticus beteg hasa nagy mértékben puffadt, rajta a bél contourjai láthatók. Has mindenütt, de különösen a vakbél táján fájdalmas nyomásra. Utóbbi helyén egy ököllyi resistentia tapintható. Kisfokú szabad ascites. Hőmérsék normalis. Láza sohasem volt.

Műtét december 9-dikén Schleich-féle 2-dik számú oldattal való anaesthesiában. Metszés a köldök és symphysis közt. Hasüregből kevés savó ürült ki. Vékonybéltek karvastagságúak, vastagbéltek összeesettek. Az ileum a vakbélből nem messze férfőköllyi tumor van, mely a bél lumenét teljesen obliterálja. Kocsnyás nyákos tömegek a kis medencében. Metastasisok a bél prodomalisabb részletein és ezért nem végeztetett resectio, hanem *entero-enteroanastomosis* a tumor fölötti tágult ileum és coecum közt. Hasfalvarrat három etageban.

Műtét után beteg igen gyenge, pulsusa kihagyó. Kámfor- és 590 gm. konyhasós infusiot kap, ennek dacára a collapsus egyre fokozódik, s beteg másnap hajnalban meghal.

Bonezolatnál kitűnt, hogy a kocsnyás tömeggel fedett solid tumor az uterus jobb oldalán fekszik és felismerhetetlenségig összetapasztja a szomszédos coecumot, processus vermiformist és ileumot. A medenczefallal nincs összenöve.

Máj tumor miatt három beteg vétetett fel osztályunkra. Két esetben nem egyeztek a betegek a javasolt műtétbe s az osztályt változatlan állapotban hagyták el. Egy esetben próbalaparotomiát végeztünk, beteg 13 nappal a műtét után inani-tióban meghalt.

1. K. J. 43 éves férfi felvétetett 1898. márczius 4 dikén. Egy év óta daganata fejlődik hasában.

A jobb epigastriumban a proc. xyphoidens alatt egy kis ököllyi göbös felületű, lüktető, ép bőrrel fedett terimenagyobbodás látható, mely a légzési mozgásokat követi és nyomásra nem fájdalmas. Szívhangok tiszták, mindkét femoralis pulsusa egyidejű a szívlyüktetéssel. A daganat fölött némi surranás hallható. Gyomorfelfúvásnál a daganat egy része eltűnik. Vastagbél felfúzásával a daganat egészen eltűnik. Gyomor határai normalisak, emésztés rendes, gyomornedvben szabad sósav. *Diagnosis*: Angioma pulsans lobi sinistrae hepatitis. Beteg műtétbe nem egyezvén, változatlanul távozik.

2. P. Á.-né 37 éves földmives neje felvétetett 1898. január 5-dikén.

Több év óta beteges. Egy év előtt sárgaságba esett, akkor vette észre, hogy májtájékán daganata fejlődik.

Beteg bőrszíne s a látható nyákhártyák sárgásak. A máj alsó széle a bordaív alatt tapintható, ugyanitt egy kis tojásnyi, tömött, sima felületű, nyomásra érzékeny, a légzési mozgásokat követő terimenagyobbodás tapintható. Széklete rendes összeállítású és színű. Vizeletben epefesteny nem mutatható ki. Hőmérsék normalis. Műtétbe nem egyezik.

3. N. Gy.-né 50 éves, felvétetett 1898. április 29-dikén. Négy év óta daganat fejlődik hasában, mely fél év óta rohamosan növekszik. A has különösen jobboldalt erősen kidomborodik, kerülete a proc. xyphoidens alatt 98 cm., a köldök felett 120 cm. benne jobboldalt egy emberfejnyi, élesen határolt, tömött tapintatú, könnyen mozgatható terimenagyobbodást tapintunk.

Műtét június 6-dikán. *Laparotomia explorativa* chloroform-narkosisban. Tumor a májban székel, igen kiterjedt, úgy hogy eltávolítása nem lehetséges. Hasfalak zárása 3 etageban.

Műtét után 4-dik nap icterus lép föl, mely később fokozódik. Beteg láztalan, szív működés gyenge.

Június 13-dikán varratok kivétele. Seb per primam egyesült.

Beteg egyre elesettebb lesz, pulsus arhythmicus, kicsiny, perzenkint 120. Június 18-dikán meghal. Bonezolás hozzátartozói kívánságára nem történt.

Egy betegünknel egy 6 hónap óta fejlődő tumor volt jelen a bal regio hypochondriaca és epigastriacában, férfőköllyi nagyságban. Műtétbe nem egyezvén, gyógyulatlanul távozott.

Négy esetben a tumor a *retroperitonealis regioból* indult ki. Két esetben próbalaparotomiát végeztünk. Egy eset, a daganat (fibrosarcoma) kiirtása után gyógyult. Egy esetben *multiplex sarcoma* miatt műtét már végezhető nem volt. Az esetek röviden a következők:

1. Sch. J.-né, 45 éves, felvétetett 1897. december 14-dikén. Egy év óta fejlődik hasában a köldöktájon egy daganata, mely felvételkor kis gyermekfejnyi, sima felületű, szabadon mozgatható, az uterusal és függelékével nincs összefüggésben.

Műtét 1898. február 8-dikán. *Laparotomia* Schleich-féle anaesthesiában. A tumor két férfőköllyi nagyságú, a retroperitonealis regioból indul ki, a vastagbéllel erősen összefügg, kiirtása ki nem vihető. Hasfalak egyesítése.

Február 16-dikán varratok eltávolítása. Seb per primam egyesült. Beteg nagyon elgyengült. Alsó végtagokon oedema. Saját kívánságára márczius 6-dikán távozik.

2. P. J.-né, 21 éves földmives neje, felvétetett 1898. április 22-dikén. Kilenc hónap óta hasában folyton növekedő daganata keletkezett. A bal hypogastriális tájon egy gyermekfejnyi, élesen határolt, dudoros felületű, tömött terimenagyobbodás van, mely fölött a hasfal szabadon elmozdítható. A tumor az os ileivel összefügg. Uterus és adnexei szabadok.

Műtét május 7-dikén chloroform-narkosisban. Metszés a Poupart-szalag fölött, azzal párhuzamosan. A daganat a peritoneum előtt fektűt s a medence körüli kötőszövetből indult ki. Fifejtése simán sikerült. Izom, fascia és bőr külön-külön lettek egyesítve.

Május 16-dikán varratok kivétele. Egyik irányvarrat mentén fonál-genyedés. A kis tályogúr besarjadása után beteg június 10-dikén gyógyultan távozott. Görcsö alatt a daganat erős rostos szövetből álló *fibromának* bizonyult.

3. B. V.-né, 43 éves napszámos neje, felvétetett 1898. szeptember 28-dikán. Két év óta nő hasában egy daganat. A bal inguinalis tájon egy gyermekfejnyi esonhoz rögzített tumor foglal helyet, mely a hüvelyboltzat bal oldalát befelé domborítja. A bal kulcsont felett egy gyermekököllyi, a bal hónaljban egy diónyi tumor érezhető. *Diagnosis*: *Sarcoma multiplex*. Beteg inoperabilis.

4. G. S., 25 éves szabósegéd, felvétel 1898. július 18-dikán. Egy év óta fejlődik bal lágyéktáján egy daganata, mely miatt a bal czombját nem tudja teljesen kinyújtani. A bal inguinalis tájon egy gyermekfejnyi, élesen határolt, tömött tapintatú tumor látható, mely a kis medence bal oldalát kitölti s az os ileivel összefügg.

Műtét augusztus 10-dikén chloroform-narkosisban. A peritoneum alatt egy burokban nagy mennyiségű, részben organizált vérömleny foglal helyet. A medence bal fele ki van töltve egy az os ileivel összefüggő, rendkívül vézékeny *sarcoma* által, melynek eltávolítása nem lehetséges. Jodoformgaze-tamponade.

Szeptember 5-dikén besarjadzott sebbel hagyja el beteg a klinikumot.

Végre egy esetben a jobb inguinalis hajlatban fekvő gyermek tenyérynél *papilloma* képezte műtét tárgyát egy 70 éves napszámosnőnél, mely egy anyajegyből két év óta fejlődött s többször lett már operálva. Kiirtás után gyógyult.

IV. Vegyesek.

Ezen csoportba 198 eset tartozik. Ide soroztuk az *echinococcus*-eseteket, a *pylorus heges szűkületeit*, a *sérveket*, *belső bélelzáródásokat* és a hasfali *sipolyokat*.

Echinococcus hepatis 6 esetben vétetett fel. Ezen hat eset tulajdonképpen négy egyénre vonatkozik, kik közül kettő két ízben vétetett fel; az egyik eset azért, mert első felvétele alkalmával nem egyezett a műtétbe, a másik, mert nem várta be a teljes gyógyulást s pár nap múlva újra fel kellett venni. Műtétet három esetben végeztünk. A negyedik esetben, mely egy 75 éves férfinál fordult elő, a beteg nagyfokú gyengesége miatt az operációtól el kellett állnunk. Az illető 11 nappal a felvétel után inanitióban meghalt. Boncsolás nem történt.

A többi eset a következő:

1. N. S.-né, 54 éves, felvételt 1898. április 13-dikán. Másfél év óta nyomást érez jobb felhisi tájában, azóta gyakori oldalszúrása és kisebb fokú légzési nehézségei vannak.

A jobb mellkasfél tágabbnak látszik mint a bal, a légző mozgások kevésbé kifejezettek, mint a bal oldalon. Szívcsücsök és bimbóvonalban az V. bordaközben. Szívtompulat a parasternalvonalban a IV. bordánál kezdődik s a sternum balszéléig és a szívcsücsök helyéig terjed. Szívhangok tiszták.

A tüdő kopogtatási viszonyai baloldalt normalisak. Jobboldalt mellül a parasternalvonalban a IV. borda alsó szélétől, a bimbó- és mellső hónaljvonalban az V. borda felső szélétől tompa kopogtatási hangot kapunk. Hátral mindenütt erősen tompult hangot kapunk a jobb oldalon. Hallgatódzásnál a tompulattal bíró helyeken a légzés gyengült. Ugyane helyeken a pectoralis fremitus is gyengült. A léptompulat a VIII. bordánál kezdődött. A lép könnyen kitapintható, tömött. A jobb epigastrium elődomborodik. A máj alsó szélé 5 harántujjal túlhaladja a bordaívét, sima felületű, tömött tapintatú, nyomásra nem fájdalmas. Fölötte hullámzás mutatható ki. Vizelet napi mennyisége átlag 1100 gm., idegen alkotórészeket nem tartalmaz. A hátsó hónaljvonalban a 7. és 8. borda közt végzett próbapunctiónál víztiszta folyadékot nyertünk, mely dús konyhasó-tartalmú, fehérjét alig tartalmaz. Górcső vizsgálatnál sok cholesterin-lemez, chitinhártyarészlet találtatott, horog nem.

Műtét 1898. június 11-dikén. Miután a több helyen végzett próbapunctio csak a hátsó hónaljvonalban járt eredménnyel, cocain-anaesthesia-ban a X. borda *resectiója* végeztetett a hátsó hónaljvonalban. A borda-rész eltávolítása után a tömlő fala 8 páros varrattal kivarratott a hasfalhoz és felmetszésre kevés folyadék, de igen sok mogyoró-egész kis almányi fiókhólyag ürült ki. A tömlő egy keskeny lécz által két részre volt osztva. Ezen léczen készített nyíláson át egy alatta fekvő nagy üregbe jutottunk, melynek fenekén tömött szövetet tapintottunk, mely ép májszövetnek felelt meg. A diaphragma át volt törve, a tömlő messze felterjedt a jobb mellüregbe. Ezen üregekből langyos bór vízzel való kimosáskor több liternyi kisebb-nagyobb, részben már elhalt, részben ép fiókhólyag távozott el. Drainezés, fedőkötés.

Műtét utáni éjjel beteg rosszul aludt; légzés dyspnoicus. Pulsus 90. Hőmérsék 37—37,4° C. közt. A naponkinti kötést változtatáskor számos hólyagrészlet távozik.

Beteg egyre gyengül. Pulsus 120 körül, kiesiny, könnyen elnyomható. Konyhasó infúzió, camphort többször kapott beteg, ennek dacára az elesettség és dyspnoe fokozódott. Junius 19-dikén beteg meghalt.

Boncsolatnál kitűnt, hogy a jobb mellkasüreget teljesen kitölti egy cysta, melynek felső polusán nyargal a férfőkölönyre összenyomott tüdő. Ezen tömlő a rekesz 4 cm. átmérőjű anyagiánján át egy második, subdiaphragmalis fekvésű, háromrekeszű tömlővel áll összefüggésben, mely a lumbalis tájon készített arteficialis nyílással áll összeköttetésben. Ezen emberfejnyi tömlőt egy több mint két emberfejnyi tömlő borítja be, melynek fala feszült, ürege seholsem communicál a megnyitott háromrekeszű cystával, melylyel egy a máj bal lebenyével összefüggő emberfejnyi negyedik és a lép alatt fekvő két emberkölnyi ötödik tömlő sem közlekedik. A máj a test középvonalában fekszik, hossz tengelyével sagittalis irányban, rendes helyzetéből előfelé kiemelve. A bal vese a középvonal felé a 4—5-dik ágyékesigolya magasságáig

dislokált. Az összes cysták falzata rostos kötőszövet, tartalmuk sárgászöldes-szürke tejfelszerű pépes folyadék, részben apró kölesnyi egész diónyi víztiszta, hig folyadékkal telt hólyagok.

2. B. J.-né, 33 éves cseléd, felvételt 1898. június 2-dikán. Egy év óta vannak fájdalmai a gyomortáján és gyakori oldalszúrásai.

A jobb felhisi táj elődomborodik; a máj alsó szélé 4 ujjal meghaladja a bordaívét, sima felületű, ép bőrrel fedett, felette hullámzás mutatható ki. Próbászűresapolásról víztiszta folyadékot nyertünk, melyben górcső alatt echinococcus-horgok voltak láthatók.

Műtét 1898. július 27-dikén chloroform-narkosisban. Metszés 2 cm.-nyire a bordaív alatt, azzal párhuzamosan. A peritoneum és a tömlő fala a borsebhez lett kivarrva, azután a tömlő megnyitva, midőn számos borsó-egész diónyi echinococcus hólyag ürült ki. Az üregnek bór vízzel való kimosása után drainső lett bevezetve.

Lefolyás augusztus közepéig zavartalan. A kivarrt részek erősen a bór höz nőttek. Kötés és irrigatio naponta. Váladék epefestenynyel festett, meglehetősen sok. Beteg eddig láztalan, közérzete jó volt. Az üreg lassan telődik.

Augusztus 20-dikától kezdve elveszti étvágyát, sokat hány, köhög. Remittáló lázak 37—38,5° C. közt. Makacs hasmenés. A jobb tüdőcsücs felett amphoricus légzés, mindkét tüdőre kiterjedő száraz szörcsözörek. Légzés határozatlan, a bal tüdő alsó lebenye fölött hörgi. Ugyanitt tompulat.

Beteg egyre gyengébb lesz. Szeptember 16-dikán meghal.

Boncsolatnál phthisis florida találtatott. A máj egész jobb lebenyét elfoglaló echinococustömlőben a gyógyulás előhaladott jelei találtatottak.

3. K. E., 24 éves varrónő, felvételt 1898. június 20-dikán. Három év óta májtáján szűró fájdalmai vannak. A jobb epigastriumban egy gyermekfejnyi, ép bőrrel fedett, rugalmas tapintatú terimenagyobbdás foglal helyet, mely a légzőmozgásokat követi, s a mely fölött hullámzás mutatható ki.

Műtét 1898. július 21-dikén chloroform-narkosisban. Metszés párhuzamosan a bordaívvel. A peritoneum átmetszése után a máj tünt elő. Próbapunctióra szintelen víztiszta folyadékot nyertünk. A parietalis és visceralis peritoneumot a borsebhez kiszegve a májba metszettünk be, megnyitottuk a tömlőt s belőle mintegy két liternyi borsó-egész diónyi víztiszta folyadékkal telt hólyagot ürítettünk ki. Bór vízzel irrigatio, drainezés, kötés.

Műtét után mintegy 10 napig betegnél magasabb hőemelkedések, egész 40,3° C.-ig, voltak észlelhetők. A napontai kötözésnél nagyobb mennyiségű tömlőrészletek, genyes czafatok távoztak.

Augusztus 1-sejétől kezdve a hőemelkedések csökkentek, nem emelkedtek 38,6° C. fölé. Beteg jobban kezdte magát érezni. Étvágya javult. Sebváladék fokozatosan csökken. Tömlőrészletek még mindig távoznak.

Augusztus 13-dikától kezdve teljesen láztalan. Üreg szépen sarjadzik. A drainsövet meg kell rövidíteni.

Szeptember 16-dikán a drainső el lesz távolítva és gazecsik bevezetve.

Október 10-dikén gyógyultan hagyja el a klinikumot.

A *pylorus heges szűkülete* miatt két esetben végeztünk gastro-enteroanastomosisot.

1. Sz. I., 22 éves napszámos felvételt 1897. október 24-dikén. Három év előtt betegedett meg, akkor nagy gyomorfájása volt, vért hányt és széke is véres volt.

Egy év óta minden étkezés után hány 3 óra vagy egy fél nap múlva. Igen elgyengült és lesaványodott.

A nagyon anaemicus, lesaványodott beteg hasa teknőszertileg behúzódtott, a pylorus tájon egy galambtojásnyi, tömött terimenagyobbdás érezhető az ép hasfalakon át. Gyomor tágtult. Testsúly 39 kg.

Műtét 1897. november 29-dikén Schleich-féle II. számú oldattal való anaesthesia-ban. Gastro-enteroanastomosis retrocolica postica. Pylorus erősen szűkült, nyakhártya kérges heges tapintatú. Hasfalak zárása 3 etage varrattal.

Utókezelés a klinikumon szokásos. Deczember 7-dikén láztalan lefolyás után varratok eltávolítása, seb per primam egyesült. Közéret jó. Étvágy szintén.

Deczember 11-dikétől beteg gyomorfájásról kezd panaszkodni. Szék naponta van, rendes minőségű. A fájdalmak egyre fokozódnak, hányás is lép fel, mely deczember 29-dikén véres. Deczember 30-dikán diffus bronchitist kap, hasmenése van, igen gyenge.

Elesettség fokozódik, 1898. január 4-dikén beteg meghal.

A boncsolatnál kitűnt, hogy a jejunumnak a recessus duodeno-jejunalistól számított 30 cm.-nyire eső részlete van a gyomor hátsó falához varrva. E helyen a gyomor és a jejunum serosa felszínei, valamint a gyomor lumenében a nyakhártya felszíne pontosan egyesítve és összenöve vannak. A gyomor megkisebbedett; a pylorus táj rendkívül tömött, a pyloruson a kisujj sem vezethető át. A pylorus nyakhártyája, különösen a submucosája hegesen megvastagodott. Catarrhus ventriculi chronicus a gyomor tetemes megkisebbedésével. Enteritis chronica.

2. Cs. M. 44 éves napszámos felvételt 1898. augusztus 27-dikén. Másfél év óta vannak gyomorpanaszai. Javasasszonyok valamely erős folyadékba áztatott füveket adtak be betegnek, mely állítólag belső részeit egészen összemarta. Vért sohasem hányt.

Az erősen lesaványodott, anaemicus beteg pylorus tája nyomásra fájdalmas, ugyanott némi resistencia tapintható. Ehgyomorra való szon-

dázásnál mintegy 800 cm³ barnás, kávéaljszerű folyadék emelhető ki, mely erősen savanyú vegyhatású, szabad sósavat tartalmaz. Góresz alatt az üledék harántesikolt izomrostokat, keményítő szemcséket, zsírcseppeket és sok sarcinat tartalmaz.

A gyomortartalomban két nap előtt bevett ételrészecskék (szőlőhéjak és magvak) is találhatóak.

A gyomor alsó határa felfúvaskor a köldökön halad keresztül.

Műtét 1898. október 3-dikán chloroform-narkosisban. Metszés a középvoalban a proc. xyphoideus és köldök közt. *Gastroentero-anastomosis retrocolica posterior*. A pylorus erősen megvastagodott, lumene kisujj számára át nem járható. A gyomorban a pylorushoz közel egy szilvanagyságú idegen test fekszik, mely el lett távolítva, feketés barnaszínű, meglehetősen tömött anyagból áll. A peritoneumnak és külön az izomzatnak catgut-varrattal való egyesítése után, bőrvarrat selyemmel. Fedőkötés.

Beteg két nappal a műtét után többször csuklott és hányt. A hányadék véres volt. Ezen állapot október 9-éig tartott. Ezen időtől kezdve a hányás, csuklás megszűnt. Beteg jobban kezdte magát érezni. Állandóan láztalan volt. Széke naponta volt, rendes minőségű, kissé híg.

Október 14-dikén hasmenést kap, ez időtől fogva egyre gyengébb, elesettebb lett, október 16-dikán meghalt.

Bonczolatnál a gastroentero-anastomosis szépen gyógyultnak találtatott, a seirosák és nyákhártyák teljesen összetapadtak. A belek felvágásánál kitűnt, hogy a colon transversumtól kezdve felfelé a colon ascendens, caecum, az egész ileum tiszta, felül higan folyós, habzó, vörös, a vastagbélben megemésztett barnás, bélsárral kevert vérral van megtöltve, a vér a jejunum-, duodenum- és gyomorban egészen hiányzik. A vérrrel telt belek mucosáján sem ulcerationak, sem pangásnak, sem haemorrhagiának semmi nyoma.

A gyomor jelentékenyen tágult, pyloricus része 2 cm. hosszúságban kisujjnak alig átjárható, merev, vastagfalú csővé alakult.

Az oesophagus tágult, a cardia felett féldiónyi kiöblösödést mutat, mely kiöblösödésnek belső felszíne ulcerált. Az ulceratio fenekén két kis nyílás látható, melyen át gombos szondával a kis curvaturán elágazódó nagyobb vénák lumenébe jutunk.

Haemorrhagia propter rupturam venae oesophageae in ulceratione, subsequente anaemia maximi gradus.

A gyomorban talált gyomorkövet Liebermann Leó tanár vizsgálta meg s azt növényi eredetűnek tartja.

A *hasi sérv*ek teszik ki ezen csoport túlnyomó részét; az összes ide tartozó 198 eset között 174 esettel szerepelnek. Szabad sérv 120 esetben, kizárt sérv 54 esetben vétetett fel a klinikumra. Ezen esetek következőképen oszlanak meg:

Szabad sérv:

lágysérv	111	(102 férfi, 9 nő)
czombsérv	4	(4 nő)
köldöksérv	5	(5 nő)
Összesen	120	(102 férfi, 18 nő)

Kizárt sérv:

lágysérv	37	(34 férfi, 3 nő)
czombsérv	13	(13 nő)
köldöksérv	4	(4 nő)
Összesen	54	(34 férfi, 20 nő)

Az 1898. évben összesen 143 esetben végeztünk radicalis sérvműtétet és pedig 104 szabad sérvnél és 39 kizárt sérvnél. Ezen 143 eset a műtét sikerére nézve következőleg oszlik meg:

Szabad sérvműtét 104 és pedig:

lágysérv	96	(gyógyult 93, meghalt 3)
czombsérv	4	(" 4, ")
köldöksérv	4	(" 4, ")
Összesen	104	(gyógyult 101, meghalt 3)

Kizárt sérvműtét 39 és pedig:

lágysérv	24	(gyógyult 20, meghalt 4)
czombsérv	11	(" 8, " 3)
köldöksérv	4	(" 3, " 1)
Összesen	39	(gyógyult 31, meghalt 8)

Az inguinalis sérvek közt több *eventeratio* is előfordult. Azonkívül négy esetben veleszületett volt a sérv, három esetben odanőtt, nyolcz esetben pedig kétoldali hernia volt jelen. Ezek közül egy esetben jobboldali lágysérv és baloldali czombsérv volt egyszerre jelen.

A lágysérv radicalis műtétét Bassini módszere szerint hajtjuk végre *Réczey* tanár azon czélszerű módosításaival,

melyek az előző évi kimutatásban ismertetve lettek. A czomb- és köldöksérv műtéténél követett eljárásunk ugyanott lett közölve.

Sérvműtéttel egyidejűleg *bélresectiót* hét esetben végeztünk.

Ez esetek röviden a következők:

1. R. É.-né 43 éves, gyógyszerész neje, felvétetett 1897. december 23-dikán. Egy év óta fennálló sérve öt nap előtt kizáródott. Csuklik, hány, a lánnyadék bélsárszagú. Széke azóta nem volt, szelek sem mentek. Jobboldali, tojásnyi *czombsérv*, mely igen feszes, fájdalmas.

Műtét azonnal felvétele után december 23-dikán. *Herniotomia*. Sérvtömlőben gangraenescált vékonybél, mely egy helyen átfürödött. Mintegy 10 cm. hosszú bélrészlet *resectált*ott, s a csomok Murphy-gomb segítségével lettek egyesítve.

Lefolyás zavartalan.

1898. január elsején varratok eltávolítottak. Per primam egyesülés. Január 14-dikén távozott a Murphy-gomb. Beteg járkál. Január 17-dikén gyógyultan távozik.

2. Sz. J.-né 99 éves özvegyasszony felvétetett 1898. január 2-dikán. Gyermekkölnyi jobboldali *czombsérv*e 3 nap óta kizáródott. A sérv fölött a bőr pirosan elszinezedett, has puffadt. Pulsus 120. Beteg csuklik, hány. Kiterjedt bronchitis.

Műtét január 2-dikán. *Herniotomia*. 8 cm. hosszú gangraenescált bélrészlet *resectiója* után a vékonybél csomok Murphy-gombbal egyesítettek. A felület fasciá és bőr nem lett teljesen egyesítve, csak egy-két csomós varrattal összehúzva.

Január 6-dikán volt először bő széke. Beteg igen elesett. Tüdővizenyős jelei mutatkoznak. Január 7-dikén beteg meghalt.

3. N. M. 55 éves napszámos, felvétetett 1898. május 13-dikán. Jobboldali lágysérv 9 év előtt, a baloldali egy év előtt keletkezett. A jobboldali gyermekfej nagyságú, a baloldali férfiökölnyi; mindkettő puha, de a hasüregebe vissza nem helyezhető.

Műtét 1898. június 23-dikán. *Radicalis sérvműtét* a jobb oldalon. A belek serosájukkal egymáshoz, a tömlő falához s magához a sérvkapuhoz vannak növe annyira, hogy leválasztásuk nem sikerül. Egy 60 cm. hosszú bélrészlet lesz *resectálva*, miután előzetesen *entero-enteroanastomosis* végeztetett.

Műtét után szelek nem mentek. Beteg igen elesett, csuklik, hány.

Június 25-dikén meghalt.

Bonczolatnál kitűnt, hogy az ileum alsó vége és a caecum *resectálva* van, enteroanastomosis a caecum és ileum közt ezüsfonint nagyságú nyílással. *Insufficiencia aortae*, subcut léptumor, gastritis chronica pigmentosa. Mindkét tüdő nagyfokú vizenyője.

4. K. Gy.-né 39 éves napszámos neje, felvétetett 1898. szeptember 2-dikán. Fél év óta fennálló jobboldali *cruralis sérv*e négy nap óta kizáródott. A sérv diónyi, feszes, fájdalmas, felette a bőr pirosan elszinezedett. Beteg igen elesett, folyton hány és csuklik.

Műtét 1898. szeptember 2-dikán azonnal a felvétel után. *Herniotomia radicalis*. 8 cm. hosszú gangraenosus *bél resectiója*. Egyesítés Murphy-gombbal.

Szeptember 3-dikán beteg igen elesett, pulsus alig tapintható. Hőmérsék 36.6. Szelek mennek, éjjel erős hasmenése volt. Szeptember 4-dikén délelőtt meghalt.

Bonczolatnál a hashártya mindenütt sima fénylőnek találtatott. Bélvarratok mindenütt jól tartanak. Myodegeneratio majoris gradus cordis. Oedema pulmonum. Cholelithiasis. Endometritis haemorrhagica.

5. Sz. J. 62 éves földmives, felvétetett 1898. szeptember 13-dikán. 18 év óta fennálló sérve öt nap óta kizáródott. Férfiökölnyi, baloldali inguinalis sérv.

Bélsárhányás. Csuklás.

Műtét szeptember 13-dikán. *Radicalis sérvműtét*. Sérvtömlőben gangraenás vékonybél, mely átfürödött. 20 cm. hosszú bél *resectált*ott, a csomok *Frank*-féle gyűűvel lettek egyesítve. Bal here zöldesen elszinezedett. *Extirpatiója* végeztetett.

Másnap szelek mentek, harmadnapra bő szék.

Szeptember 20-dikán kötészváltoztatás, sebszelek infiltráltak. Varratok eltávolítása. Seb felszíne bűzös váladékkal fedettek.

Szeptember 25-én tiszta sarjadzás.

Október 14-dikén gyógyultan távozik.

6. K. L. 22 éves bognárségéd, felvétetett 1898. október 21-dikén. Sírve hétéves kora óta van, öt nap óta kizáródott.

Férfiökölnyi, jobboldali inguinalis sérv, mely fölött a bőr vörösen elszinezedett, oedematosus. Beteg igen elesett, csuklik, hány.

Műtét október 21-dikén. *Herniotomia radicalis*. Sérvtömlő zöldesen elszinezedett, úgyszintén a here és ondózsínór is. Gangraenescált, vékonybél *resectált*ott, a csomok Murphy-gomb segítségével egyesítettek. Sérvtömlővel együtt a jobb here és ondózsínór is kiirtatott. Fasciá és bőr nem lett egyesítve. Kötés.

Másnap szelek mennek. Láztalan, jól érzi magát.

Ne rotikus részek lelkődnek, szék naponta.

Október 29-dikén a gomb eltávozott. Seb szépen sarjadzik.

November 20-dikán beteg járkálni kezd és november 26-dikán gyógyultan hagyja el a klinikumot.

7. F. S.-né 44 éves földmives neje, felvétetett 1898. december 2-dikán. Négy év óta van sérve. Most 9 nap óta nincs széke, szelek sem mennek, hány, csuklik. Lúdtójsnyi, kemény *cruralis sérv*, mely nyomásra fájdalmas, fölött a bőr pirosan elszinezedett.

Műtét december 2-dikán. *Herniotomia*. Vékonybél elüszkösödött, rajta egy fillérnyi átfúródási hely látható. *Resectio intestini*. Egyesítés a Murphy-gombbal.

December 3-dikán szelek nem mennek, nagyfokú meteorismus. Hányás.

December 4-dikén meghalt.

Bonczolatnál kiderült, hogy a Murphy-gombbal egyesített bélrészlet a húgyhólyag előtti hasadéka került s itt szögletben megtörvén, belső elzáródás jött létre. Peritonitis.

A sérvtartalom az esetek túlnyomó többségében vékonybélkacs vagy cseplesz volt, három esetben azonban vastagbelet, két esetben a megfelelő oldali ovariumot találtuk a sérvtömlőben.

Belső bélezáródás 9 esetben fordult elő, ezek közül hét esetben végeztünk műtétet, két eset haldokolva hozatott s pár óra múlva a felvétel után perforációs peritonitisben meghalt. A hét műtét eset közül gyógyult 3, meghalt 4 eset. Béltresectiót két esetben, entero-enteroanastomosist egy esetben végeztünk. A műtét után meghalt betegeknek, már az operatióval constatalhattuk a peritonitist.

1. L. G. 45 éves, felvétel 1898. április 13-dikán. Három nap előtt hirtelen rosszul lett, hányni kezdett. Azóta, daczára a hashajtóknak és beöntéseknek, szék- és szélrekedése van. Sokat csuklik és hány, a hányadéokban epe és állítólag bélsár is volt.

Beteg lehelete bélsárszagú, felhas puffadt. A coecum tájon resistentia érezhető. Has nyomásra érzékeny. Hőmérsék normalis.

Műtét április 13-dikán a gyomor előleges kimosása után chloroform-narkosisban. *Laparotomia* a köldök és symphysis közt. A hasüregekből bő véres savó ürül s a puffadt és erősen belövelt belek előtölnak. A jobb belső lágyék-gyűrűbe egy bélkacs van beszorulva. A gyűrű tágitása után kitűnik, hogy abba egy 40—50 cm. hosszú vékonybélkacs volt akkép beszorulva, hogy a hasfalak előtt egy belső sérvet képezett. Bél életképesnek mutatkozván, a hasürbe visszahelyeztetett. A kis medenczéből a savó, a menyire lehetett, eltávolított. Hasfalak zárása 3 etageban.

Április 14-dikén beteg nem hány, nem csuklik. Láztalan. Este szelek mennek.

Április 15-dikén. Széke volt. Csuklik, nyelv száraz. Hány. Hőmérsék 38.1.

Április 16-dikán. Beteg igen elesett. Pulsus filiformis, d. e. 11-kor meghal.

Bonczolatnál peritonitis találtatott, melynek kiindulási pontja azonban sem a beleken, sem a hasseben kimutatható nem volt.

2. M. A. 23 éves napszámos, felvétel 1898. május 11-dikén.

Két nap óta szék és szél rekedése van, gyakran hány, hányadék bélsárszagú.

A kissé elesett férfibeteg hasának felső része puffadt. A hasfalakon át a belek élénk peristaltikája látható. A has nyomásra érzékeny, a fájdalom a köldöktől jobbra a hypochondrium felé localizálódik. Ezen helyen a köldöktől jobbra húzó résistentebb, kötegszerű képlet tapintható ki.

Műtét 1898. május 13-dikán chloroform-narkosisban. *Hasmetszés* a köldök és symphysis közt a középvonalban. A puffadt vékonybélkacsok előhúzó után kitűnt, hogy egy tollszárvastag, a jobb linea innominata felett elhúzó, álhártyászerű köteg alatt egy ileuskacs van leszorítva, a mely alatt fekvő bélkacsok összeesettek. A köteg átmetésére és a belek további elővonása után a coecumtól mintegy 30 cm.-nyire egy 10 cm. hosszú diverticulum találtatott, s ettől 6 cm.-nyire feküdt az ileumon a strangulationis barázda. A leszorított bélkacs a coecum és linea innominata közt álhártyákkal van rögzítve. Ezen körülményre tekintettel, újabb elzáródás kikérülése céljából entero-enteroanastomosis végeztetett. Hasfalvarrat a klinikumon szokásos mód szerint.

Műtét után azonnal szelek mentek, másnap bő széke volt.

Lefolyás zavartalan.

Május 20-dikán varratok eltávolítása. Egy irányvarrat mentén kis genyedés.

Julius 8-dikán gyógyultan távozik.

3. K. L. 24 éves asztalos, felvétel 1898. május 27-dikén. Gyakori székrekedésben szenved. Négy nap előtt jobb lágyéktája fájdalmas lett, azóta nem volt széke, szelek sem mentek. Folyton hány és csuklik. Hogy sérve lett volna, arra nem emlékszik.

Igen elesett beteg pulsusa 90, könnyen elnyomható. Has puffadt. Jobboldalt az inguinalis tájon resistentia tapintható, mely fájdalmas.

Műtét május 27-dikén délután cocain-anaesthesiában. Metszés a jobb inguinalis tájon a Poupart-szalag felett, azzal párhuzamosan. Az inguinalis csatorna belső nyílásánál egy enmasse reponált sérv van. A sérvtömlőben 10 cm. hosszú gangraenosus bél foglal helyet, ennek resectiója után a bélcsonkok Murphy-gombbal lettek egyesítve. A további eljárás mint sérvműtétnél.

Műtét utáni éjjel betegnek bő székürülése volt. Hasmenés három napig tart. Kisfokú hőemelkedés 37.5—38 közt.

Junius 2-dikán kötésváltoztatás, sebszelek kissé infiltráltak, egy-két varrat mentén genyedés. Varratok kivétele.

Ezentúl zavartalan gyógyulás.

Julius 3-dikán beteg gyógyultan távozott.

Bélsársípolylyal három eset vétetett fel a klinikumra. Ezek közül kettőnél bélresectiót végeztünk, a harmadik esetben a beteg műtétben nem egyezvén, változatlan állapotban távozott. A műtét betegek közül egy esetben sima gyógyulást értünk el, a másik esetben, mely egy 66 éves napszámosra vonatkozik, a műtét után makacs hasmenés lépett fel s a beteg egy hónappal az operatio után inanitióban meghalt. A gyógyult eset röviden a következő:

B. K.-né 43 éves ügynök neje, felvétetett 1897. október 9-dikén. 13 év óta volt köldöksérve, mely szeptember 3-dikán kizáródott, egy vidéki kórházban lett operálva, a hol a barnásan elszínesedett belet a hasfalhoz varrták ki.

A köldök tájon egy almanagyságú, ép bőrrel fedett terimenagyobodás van, melynek tetején élénk vörös, kifordult bélnyákhártyával övezett, a mutatóujj számára átjárható sípoly foglal helyet, melyből kevés, formált bélsár ürül.

Műtét 1897. december 9-dikén chloroform-narkosisban. *Bélsípoly-műtét, bélresectio*. A sérvtömlőhöz odanőtt vastagbél részlet lefejtése után a sípoly 12 cm. hosszú bélrészlettel együtt kiirtatott. A két csonk Murphy-gombbal egyesített.

Beteg műtét után hányt, másnap már távoztak szelek.

December 12-dikén széke volt. Láztalan, jól érzi magát.

December 17-dikén varratok eltávolítása. Seb per primam egyesült. December 23-dikán a Murphy-gomb eltávolított.

1898. január 2-dikán gyógyultan hagyta el a klinikumot.

Hasfali fistulával két beteg kereste fel a klinikumot. Az egyik esetben a fistula laparotomia után keletkezett, a másik esetben sérvműtét után. A sípolymentek kicanalizása után az első eset gyógyulva távozott, a második esetben a fistulából egy körülbelül 15 cm. hosszú selyemfonál lett eltávolítva, mire csakhamar bekövetkezett a gyógyulás.

Egy esetben epekő gyantája miatt *explorativ laparotomiát* végeztünk egy 53 éves súlyos icterusban levő nőnél.

A zsigeri és fali hashártya közt erős összenövés volt jelen, úgy hogy csak igen nehezen sikerült az epehólyagot elérnünk. Követ sem az epehólyagban sem az epeutakban nem találtunk. Az epe lefolyását valószínűleg a kiterjedt összenövés gátolták meg. Műtét után az icterus fokozatosan csökkent. Beteg gyógyultan távozott.

Végre egy esetben *vesesípoly* miatt *veseküirtást* végeztünk.

30 éves varróleány, a ki már több év óta állott kezelésünk alatt s kinél vesetályog miatt nephrotomiát végeztünk régebben. A jobb vese gyermekökönnyivé atrophisált, kiirtása az erős összenövés miatt nem csekély nehézségekbe ütközött. A narkosis 2 óra 45 percig tartott. Műtét után a beteg nem tudta magát összeszedni s 24 órával az operatio után meghalt.

VI. Végbél, gát.

A betegség neve	Ápoltatott összesen			Elbocsátatott						Megtartott	Visszamaradt		
	fi	nő	összeg	gyógyulva		javulva		gyógyulatlan				fi	nő
				fi	nő	fi	nő	fi	nő				
I. Lobok ...	4	2	6	—	1	2	1	1	—	—	—	1	—
II. Sérülések ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
III. Daganatok ...	2	1	3	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—
IV. Vegyesek ...	39	17	56	27	11	7	4	2	—	—	—	3	2
Összesen ...	45	20	65	27	12	9	5	4	1	1	—	4	2

I. Lobok.

Abscessus periproctiticus képezi az ezen csoportba osztott 6 esetet. A betegek túlnyomó része a tályognak sphincterotomiával összekötött megnyitása után tiszta sarjadzó sebbel gyógyuló félben hagyta el a klinikumot. Egy beteg a javasolt műtétbe nem egyezvén változatlan állapotban távozott, egy beteg pedig a következő évre maradt vissza.

III. Daganatok.

Mind a három ide tartozó esetben *végbélcarcinoma* volt jelen. Két esetben a daganat nagy kiterjedése s a szomszédos szövetekre, prostatára, gátra való áttérjedése miatt műtét már nem volt végezhető.

A harmadik esetben, mely egy 64 éves napszámosra vonatkozik, a tumor *excirpatióját* végeztük, azonban szerencsétlen kimenetellel. Beteg két nappal a műtét után meghalt.

IV. Vegyesek.

A végbélcsonók 33 esettel szerepelnek. Kiirtásukat a Paquelin-égetővel, ritkábban villamos hőégetővel végeztük akként, mint az a Szigeti dr. által közölt kimutatásban ismeretve volt.

Végbélsipolylyal 13 beteg kereste fel osztályunkat. Sphincterotomia után gyógyultak.

Végbélrepedés miatt 5 eset került gyógykezelésünk alá. Valamennyi gyógyult.

Végre végbélszűkület öt esetben fordult elő. A szűkületet mind az öt esetben a végbél nyálkahártya heges zsugorodása okozta, mely hegek két esetben lueticus, három esetben ismeretlen, valószínűleg dysenterias folyamatnak voltak következményei. Három esetben végbéltágítókkal végzett rendszeres tágitás után értük el a gyógyulást; két esetben a hegek bemetszése vált szükségessé; mindkét eset gyógyult.

VII. Férfi húgy- és ivarszervek.

A betegség neme	Ápoltatott			Elbocsáttatott						Meg-		Vissza-	
	összesen			gyógyulva		javulva		gyógyu- latlan		halt		maradt	
	fi	nő	összeg	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő
I. Lobok	18	—	18	12	—	4	—	—	—	—	—	2	—
II. Sérülések	3	—	3	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—
III. Daganatok	6	—	6	4	—	—	—	—	—	—	—	2	—
IV. Vegyesek	25	—	25	14	—	6	—	—	—	2	—	3	—
Összesen	52	—	52	31	—	12	—	—	—	2	—	7	—

I. Lobok.

Gümös mellékheregyulladás miatt 6 esetben végeztük a here kiirtását. A bántalom, mind a hat esetben csak az egyik oldali mellékherében székelt. Valamennyi gyógyult műtét után 8—10 nap alatt.

Hydrocele miatt 4 beteg állott kezelésünk alatt, mind a négy esetben radicalis műtétet végeztünk. Gyógyultak. Gonorrhoea urethrae 2 esetben, idült cystitis szintén két esetben vétetett fel.

Egy esetben lueticus fekélyek voltak a penisen.

Abscessus priurethralis miatt két esetben végeztük a tályog megnyitását. Ezek közül egy beteg a következő évre maradt vissza kezelés alatt, a másik tiszta sarjadzó sebbel hagyta el a klinikumot.

Húgycsőszűkület következtében kifejlődött, a scrotumra, gáttájjra és penisre kiterjedő húgybeszűródés miatt egy beteget gyógykezelésünk, kinél erőlyes bemetszések, desinfectio és állandó katheter alkalmazása után gyógyulást értünk el.

II. Sérülések.

Az ezen csoportba tartozó 3 eset közül kettőben a húgycsőszűródés állt fenn. Egyik esetben megrugás, a másikban elesés volt a zúzódás oka. Nyugalom, borogatás és ülőfürdő alkalmazása után 5—14 nap múlva javultan távoztak.

A harmadik esetben a húgycsőrepedése volt jelen egy 26 éves kovácsnál, kinek lágyéktájára több kilós vas esett. Állandó katheter alkalmazása után 25 nap múlva gyógyultan hagyta el a klinikumot.

III. Daganatok.

Sarcoma testis miatt három esetben végeztük a kóros here kiirtását. Mind a három esetben a bal here volt megtámadva. Gyógyultak.

Carcinoma penis két esetben vétetett fel osztályunkra. Ezek közül az egyik a következő évre maradt vissza, a másik esetben a penis amputációját végeztük Schleich-féle oldattal való anaesthesiában. Műtét után 18 nap múlva gyógyultan távozott.

A hólyagba székkelő tumor miatt egy betegünk a következő évre maradt vissza.

IV. Vegyesek.

25 esetet soroztunk ezen csoportba. Ezek közül volt: Phimosi 1 eset, mely annyiban érdekes, hogy izraelita fiúnál fordult elő.

B. J. 11 éves, kereskedő fia, felvétetett 1898. június 28-dikán Apja állítása szerint a ritualis körülmetszésnél történt hiba folytán praeputiuma összenőtt. A praeputium zacskószerűen fedi a makkot, csak egy kis, gombostűfejnyi nyílás van rajta, melyen a vizelet ürül.

Műtét július 6-dikán chloroform-narcosisban. Phimotomia. Lefolyás zavartalan. Július 19-dikén gyógyultan távozik.

Fistula urethrae 4 eset, melyek közül kettő gonorrhoea következtében fejlődött periurethralis tályog eredménye volt. Állandó katheter alkalmazása után gyógyultak. Egy esetben 9 év előtt Berlinben végzett median kömetszés után maradt vissza a sipoly.

A negyedik esetben a fistulát húgycsőplasticával zártuk. Az eset röviden a következő:

Sch. P. 13 éves lakatosinas, felvétetett 1898. május 7-dikén.

Két éves korában állítólag egy kövecske jutott húgycsővébe, mely művi úton lett eltávolítva; azóta a vizelet egy része a műtét helyén ürült ki.

A normalisan fejlett penis pars pendulájának első harmadában az urethralis felszínen egy lencsényi hegesszélű húgycsősipoly foglalt helyet.

Műtét május 27-dikén cocain anaesthesiában. A sipoly szélei felfrisítottak s a nyálkahártya és bőr külön-külön egyesítettett csomós varratokkal. Állandó katheter.

Június 3-dikán a sebszélek szétváltak, azért július 27-dikén újabb műtét. Az egyik fonal mentén egy kölesnyi anyaghiány képződött, mely azonban lapis-al való edzésre záródott. Augusztus 13-dikán beteg gyógyultan távozott.

Legnagyobb számmal vannak képviselve ezen csoportban a húgycső-sticturák, melyek 9 esettel szerepelnek. Ezek közül 7 esetben állandó tágitással értünk el gyógyulást, illetve javulást. Két betegünknel külső húgycsőmetszést kellett végeznünk. Gyógyultak.

Kryptorchismus miatt két esetben végeztük a rejtett here kiirtását, mely mindkét esetben a jobboldali lágyékesatornában foglalt helyet.

Húgyhólyagkő 5 esetben képezte műtét tárgyát, még pedig két esetben sectio medianát egy esetben sectio lateralist és két esetben sectio altát végeztünk. Négy gyógyult, egy meghalt. Ez utóbbi eset egy 4 éves gyermekre vonatkozik, a kinél chloroform-narcosisban oldalgátmetszést végeztünk. Beteg másfél nappal a műtét után hirtelen beállott szivgyengeség tünetei közt meghalt.

1. R. J. 32 éves napszámos, felvétetett 1897. december 28-dikán. Egy év óta vannak fájdalmai hólyagjában, melyek különösen kocsizáskor fokozódtak, ilyenkor vizelete véres volt.

Műtét 1898. február 12-dikén, chloroform-narcosisban. Sectio mediana. Mogyorónagyságú oxalsavas kő távolított el.

Lefolyás zavartalan.

Április 3-dikán gyógyultan távozott.

2. K. A. 70 éves asztalos, felvétetett 1898. február 4-dikén. Két év óta érez fájdalmakat hólyagjában, melyek utolsó időben tetemesen fokozódtak. Vizelet zavaros, alcalicus vegyhatású, genyet tartalmaz.

Műtét február 15-dikén. Sectio mediana. Diónyi kő távolított el.

Márczius 31-dikén gyógyultan hagyta el a klinikumot.

3. B. A. 64 éves földmives, felvétetett 1898. július 18-dikán.

Két év óta vannak vizeleti zavarai, melyek gyakori vizeleti ingerben és fájdalommal nyilvánulnak.

Vizelet zavaros, f. s. 1023, gyengén savi vegyhatású, genyet tartalmaz.

Műtét július 30-dikán. Sectio alta. Három darab tojásnagyságú, kemény kő lett eltávolítva. Hólyagvarrat catguttal, izom- és bőrvarrat külön; kötés.

Augusztus 3-dikán, hólyagvarrat átszakadt. Jodoformcsik bevezetés. Állandó katheter.

Augusztus 17-dikén hólyag sebe besarjadzott. Kötés száraz.

Augusztus 30-dikán a seb csaknem egészen begyógyult. Beteg felkel. Hólyaghurutja miatt még tovább kezeltek. Szeptember 10-dikén gyógyultan távozik.

4. H. S. 70 éves asztalos, felvétetett 1898. október 12-dikén. Hat év óta vannak vizeleti nehézségei. Egy év óta önként vizelni nem tud, azóta állandóan kathetert használt.

Húgycső 10-es angol katheter számára átjárható. Hólyagban diónyi kő. Prostata erősen megnagyobbodott, fájdalmas. Vizelet igen zavaros, sok genyet tartalmaz.

Műtét október 17-dikén. Mindkét vas deferensből 1 cm. hosszú részlet resecáltatott.

Október 25-dikén varratok eltávolítása. Prima reunio. Vizelet tisztább.

2. műtét november 16-dikán Schleich féle 2. számú oldattal való anaesthesiában. *Sectio alta*. Nagy diónyi porhanyós kő, kivételi kísérletnél szétmorzsolódott. A prostata középső lebenye tarajszerűen a hólyagba emelkedik. Hólyag- és izomvarrat. Bőrseb nyitva marad. Eleinte a seben kevés vizelet ürült. November 30-dikán a hólyag seb: beszajzott. Vizelet teljesen feltisztult. Vízelnél azonban csak katheteren át tud. Prostata észrevehetőleg megkisebbedett. Villamozás.

Deczember 17-dikén gyógyultan távozott.

Incontinentia urinae esetünkben, mely idült cystitis következményeképp lépett fel, a hólyagnak 3% bőr-oldattal való kimosására és villamozásra tetemes javulást értünk el.

Haematuria felvett betegünk, kinél a hólyagfalra semmi kóros elváltozást nem találtunk s kinél a vérzés a prostatából jött, javultán távozott.

Egy esetben *prostate hypertrophica* miatt a *vas deferens* resectióját végeztük, még pedig tekintve azt, hogy a prostatának főleg jobb lebenye nagyobbodott meg a jobboldalon. Beteg észrevehetőleg megkisebbedett prostatával hagyta el kórodánkat.

Varicocele egy esetben fordult elő, a következő évre maradt vissza.

VIII. Női húgy- és ivarszervek.

A betegség neve	Ápoltatott összesen			Elbocsátatott						Megment	Visszamaradt		
	fi	nő	összeg	gyógyulva		javulva		gyógyulatlan			fi	nő	
				fi	nő	fi	nő	fi	nő				
I. Lobok	—	2	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
II. Sérülések	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
III. Daganatok	—	8	8	—	6	—	—	—	1	—	—	—	1
IV. Vegyesek	—	4	4	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1
Összesen	—	15	15	—	9	—	3	—	1	—	—	—	2

I. Lobok.

Az ide tartozó két *metritis* eset hely hiány miatt vétetett fel. Közülük az egyik gyógyult, a másik javultán lett áttéve a nőgyógyászati osztályra.

II. Sérülések.

Csak egy esetet sorolhatunk ezen csoportba. A baloldali nagy ajaknak zúzódás következtében létre jött *haematoma*; borogatásokra szépen feszívődött. Beteg gyógyultán hagyta el a klinikumot.

III. Daganatok.

Nyolcz eset tartozik ezen csoportba és pedig:

A nagy ajak fibromája miatt két betegnél végeztük a tumor kiirtását.

Az egyik esetben egy 36 éves leánynál a bal ajakban székel a diónyi daganat, a másikban, egy 64 éves asszonynál egy kis ökölnyi tumor fejlődött a jobb szeméremajakban. Kiirtás után mindkét eset simán gyógyult.

Egy esetben a külső húgycsőnyílás táján ülő *polypus* lett kiirtva. Gyógyult.

Kystoma ovarii miatt ez évben 5 beteg állott gyógykezelésünk alatt. Ezek közül három esetben végeztük a daganat kiirtását laparotomia útján. Egy esetben a beteg saját kívánságára műtét nélkül változatlan állapotban távozott. Egy eset a következő évre maradt vissza. A műtett esetek röviden a következők:

1. F. G.-né 38 éves ügynök neje, felvétetett 1898. február 5-dikén. Has erősen elődomborodik, a hasfalakon át egy két emberfejnyi, sima-felületű, feszes, hullámzó daganat érezhető. A kopogtatási hang a tumor felett tompa, a has egyéb részein dobos. Méh középnagy, kis fokban a baloldalra fordult. A daganat két év óta nőtt.

Műtét május 11-dikén chloroform-narcosisban. *Hasmetszés* a köldök és symphysis közt. *Petefészektömlőkiirtás*. A cysta a bal ovariumból indul ki, szabad, kocsiány 8 cm. hosszú, 6 cm. széles. Intraperitonealis csontkezelés.

A peritoneum a csont felett összevarratott, a csont elsüllyesztetett. Hasfalak három étagéban egyesítették.

Május 19-dikén varratok eltávolítása. A seb per primam egyesült.

Junius 15-dikén felkel, haskötőt kap.

Julius 25-dikén gyógyultán távozott.

2. Sz. F.-né 42 éves földmives neje, felvétetett 1898. február

21-dikén. Tíz hónap óta nő hasa, bavi baja, mely eddig rendszeren jelentkezett, kilencz hó óta kimaradt. Has gömbszerűen elődomborodik, hasfalak feszültek. Elénk fluctuatio. A középvonalban a symphysisből egy tenyérynire a proc. xyphoideus alá tompa a kopogtatási hang. A hypochondriumokban dobos, mely oldalfejtéssel nem változik. Méh középnagy. A külső méhszáj az új hegyét befogadja, rajta hegek tapinthatók. Hüvelyboltozat legömbölyített.

Műtét március 10-dikén chloroform-narcosisban. 20 cm. hosszú hasmetszés. *Petefészektömlőkiirtás*. A csoplesz egy helyen lazán a tömlő falához nőtt, különben a tömlő szabad, s a bal ovariumból indult ki. Intraperitonealis csontkezelés a peritonealis sebszékkel egyesítésével. Hasfalvarrat. A tömlő több rekeszű, bennéke barnás, nyúlós colloidszerű.

Március 18-dikén varratok kivételnek. Prima reunio.

Március 29-dikén beteg felkel, haskötőt kap.

Április 2-dikén gyógyultán távozik.

3. Sz. J. 19 éves hajadon, felvétetett 1898. november 23-dikán. Három év óta nő hasa. Havibaja mindig rendszeres időben jelentkezik.

Has elődomborodik, benne a kis medenczéből kiinduló emberfejnyi, könnyen mozgatható, sima felületű, feszes, rugalmas, hullámzó daganat tapintható. Méh kicsiny, méhszáj zárt. A daganat felett tompa kopogtatási hangot kapunk.

Műtét november 26-dikán. Hasmetszés a köldök és symphysis közt. *Petefészektömlőkiirtás*. Tömlő teljesen szabad. Csonkkezelés intraperitonealis a hashártyaseb egyesítésével s a csont elsüllyesztésével. Hasfalvarrat három étagéban. Tömlő zavaros, szürkés-barnás nyúlós folyadékot, hajjakat tartalmaz. Dús hajzat a tömlő belső falán. *Dermoidcysta*.

Deczember 3-dikán varratok kivétele. Egy varrat mentén csekély genyedés, mogorónyi tályogfir.

Deczember 19-dikén seb egészen begyógyult.

Deczember 22-dikén haskötővel ellátva gyógyultán távozik.

IV. Vegyesek.

Ezen csoportba soroztuk a *hüvelysipolyokat* (4 eset), melyek következőleg oszlanak meg:

Fistula urethrovaginalis két eset, mely egy egyénre vonatkozik, a ki két ízben vétetett fel osztályunkra. A sipoly 16 évvel a felvétel előtt húgyhólyagkő eltávolítása következtében keletkezett. Első ízben plasticával zártuk a fistulát, a sebszékkel ezüst sodronyokkal egyesítettük. Másodizben ezen sodronyvarratok eltávolítása céljából kereste fel osztályunkat. A sipoly teljesen begyógyult volt.

Fistula rectovaginalis egy esetben vétetett fel. Műtétbe nem egyezett.

Vége egy esetben *fistula vesicovaginalis* képezte műtét tárgyát. A sipoly 9 hónappal a felvétel előtt keletkezett rendellenes szülés miatt alkalmazott fogóműtét után.

A képző műtét nem vezetett teljes sikerre. Beteg javulva távozott; újabb műtét végett ismét berendeltetett.

IX. Felső végtag.

A betegség neve	Ápoltatott összesen			Elbocsátatott						Megment	Visszamaradt		
	fi	nő	összeg	gyógyulva		javulva		gyógyulatlan			fi	nő	
				fi	nő	fi	nő	fi	nő				
I. Lobok:													
1. lágyrészekben	23	8	31	11	4	10	3	—	1	1	—	1	—
2. csontokon	7	2	9	5	2	2	—	—	—	—	—	—	—
3. ízületekben	4	2	6	1	—	2	2	1	—	—	—	—	—
II. Sérülések:													
1. lágyrészekben	23	8	31	11	6	9	2	—	—	—	—	3	—
2. csontokon	26	5	31	10	2	16	3	—	—	—	—	—	—
3. ízületekben	10	4	14	5	4	3	—	1	—	—	—	1	—
III. Daganatok:													
1. lágyrészekben	2	1	3	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—
2. csontokon	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV. Vegyesek:													
2	4	6	—	3	1	1	1	—	—	—	—	—	—
Összesen	97	34	131	45	21	43	11	3	2	1	—	5	—

I. Lobok.

a) Lágyrészekben.

Az ezen csoportba sorozott esetek legnagyobb részét *kötőszövetgyulladások* teszik ki, melyek 17 esettel szerepelnek. Zúzódások, sérülések következményeképp léptek fel a felső

végtag különböző helyein, különböző súlyossággal. Így 6 esetben a kéz, 3 esetben az alkar, 2 esetben a könyök-tája volt a bántalom körébe vonva. Két esetben az egész felső végtagra kiterjedt a gyulladás. Négy esetben pedig súlyos *panaritium* volt jelen.

Egy esetben az alkar phlegmonejából származott sepsis lépett fel halálos kimenetellel. Egy eset a következő évre maradt vissza. A többi sublimat párákötésekre, illetve kiterjedt bemetszésekre mind gyógyult.

Tendovaginitis tuberculosa a kézen négy esetben gyógykezeltetett. Az inüvelyek feltárása s a gümös sarjnak éles kanállal való eltávolítása után gyógyultak.

Gümös fekélyek két esetben fordultak elő. Ezek közül az egyik a felkaron, a másik a kéztőizület közelében székelt. Gyógyultak.

A kézháton fekvő *lueticus*, szétesett *gumma* miatt egy beteg vétetett fel. Jodkalium belső adagolására és szürke kenőcs kötésekre gyógyult.

Egy esetben lövésű sérülés után a hüvelykujj *gangraenája* állt be. Beteg a javasolt enucleatióba nem egyezett be.

A kéz zúzott sebéhez társuló *lymphangioitis* sublimat párákötésre gyógyult.

A hónaljban fekvő *lymphoma* miatt két beteg ápolgatott. Az egyiknél a tojáshéj daganat kiirtását végeztünk.

Vége egy-egy esetben képezték műtét tárgyát a felkaron fekvő *carbunculus*, hónalji *tályog* és egy vállizület körüli *gümös tályog*.

b) Csontokon.

Gümös csontgyulladás 6 esete tartozik ezen csoportba. A gyulladás 1 esetben a hüvelykujj perczében, 3 esetben a kéztő-és kézközépcsontokban, 2 esetben a felkarcsont bütkeiben székelt. Egy esetben a hüvelykujj *enucleatióját* végeztük a kézközépcsonttal együtt. A bántalom nagy kiterjedése miatt az összes kéztő-és kézközépcsontokra, valamint az alkar csontjainak alsó epiphysis végeire, három esetben az alkar amputatióját kellett végeznünk. A felkar bütkein a kóros géczokat atypicus resectióval távolítottuk el. Öt esetben gyógyulást, egy esetben javulást értünk el.

Panaritium után két esetben észleltük az ujjperczesontok *nekrosisát*. Egy esetben a nekrosis a 3-ik ujj mind három perczére kiterjedt, úgy hogy az ujj enucleatiója volt szükséges. A másik esetben a hüvelykujj második perczének halt el egy része. Resectio után gyógyult.

Egy esetben a *felkarcsont nekrosisa* fordult elő. Nekrotomia után tiszta sarjadzó sebbel gyógyulófélben hagyta el a klinikumot.

c) Izületekben.

Az ide tartozó hat eset mind *gümös gyulladás* volt. Négy esetben a könyökizület, két esetben a vállizület volt megtámadva. Két esetben nyugalmi kötással értünk el javulást. Egy esetben a felkarcsont fejecének resectióját végeztük. Ezen eset gyógyult. Két esetben az izület megnyitásával s a kóros csontrészek atypicus resectiójával a beteget gyógyulva bocsátottuk el.

Egy betegünk műtétbe nem egyezvén változatlan állapotban távozott.

II. Sérülések.

a) Lágyrészekben.

Metszett seb 15 esetben fordult elő és pedig 4 esetben a kézen, 9 esetben az alkaron, 2 esetben a felkaron volt a sérülés.

Szírt seb 4 esetben vétetett fel, *zúzott seb* ugyancsak 4 esetben.

Két esetben a felkar, illetve a könyök *zúzódása* volt jelen.

Harapott seb miatt egy beteg kereste fel osztályunkat, a kit majom harapott meg alkarján.

A metszett, valamint a szírt sebek verekedések következtében jöttek létre, két eset kivételével. Ezek egyikében a

sérülést szecs-kavágógép okozta. A kézháton az összes feszítő inak át voltak metszve. Invarrat alkalmazása után teljesen gyógyulva távozott a beteg. A másik esetben egy üvegtáblát vert be az illető s az alkar alsó és középső harmadának határán sérült meg. A nervus radialis, medianus és ulnaris, valamint a hajlító izmok és inak nagy része át volt metszve, úgyszintén az arteria radialis és a. ulnaris is. Ideg, izom és invarrat alkalmazása után beteg gyógyult.

Invarratot ezeken kívül még két esetben végeztünk metszett sebeknél ugyancsak teljes jó sikerrel.

A zúzott sebeknél egy esetben végeztünk invarratot. A sérülés körhíntáról való leesés következtében támadt. Lebenyes seb volt az alkaron, a IV. ujj felületen hajlító ina el volt szakadva. Gyógyult.

Vége öt esetben *égési sebek* voltak jelen a felső végtagon. Gyógyeljárásunk ugyanaz volt, mint az az előző évi kimutatásokban ismertette lett. A nagyobb sarjadzó sebfelületeket transplantiációval fedtük.

b) Csontokon.

Az ide tartozó 31 eset között 21 esetben csonttörés volt. A törések következőképen oszlanak meg:

Felkartörés	9 eset
Alkartörés	4 "
Orsócsonttörés	5 "
Sing-csonttörés	2 "
Ujjpercztörés	1 "

Felkartörésnél a törés helye két esetben a collum chirurgicum táján, három esetben a középső harmadban volt. Supracondylar törést két esetben, a külső condylus törését egy esetben észleltünk. Vége egy esetben a törési vonal a két condylust kötötte össze. Szövődve volt a törés egy esetben a radius fejecének ficzomodásával; egy-egy esetben a humerus törésével egyidejűleg radius, illetve alkar volt törve.

Hét esetben a törés elesés következtében jött létre, egy esetben göz-gép transmissziós szíjja kapta el az illetőt, egy esetben pedig vasrúddal ütötték meg karját.

6 esetben a bal, 3 esetben a jobb oldalon volt a törés. Organtin-kötéssel ellátva, gyógyulva távoztak.

Az *alkartörések* között három esetben nyílt törés volt jelen, egy esetben egyszerű törés.

Két esetben elgázolás, két esetben súlyos tárgynak az alkarra való esése okozta a sérülést.

A nyílt törések két esetében alapos desinfectio s a sebszéleknek varrattal való egyesítése után azonnal organtin-kötést alkalmaztunk. Egy esetben a lágyrészek nagyobb fokban voltak zúzva, az alkarcsontok is több helyen voltak törve.

Az ulnának mintegy 6 cm. hosszú darabja szabadon feküdt az izmokon, periosteummal nem függött össze; ezen rész, valamint apró csontszilánkok eltávolítottak s az alkarra sinkötés lett téve. 15 nap múlva annyira javult az alkar állapota, hogy organtin-kötést lehetett alkalmazni. Beteg 2 hónap múlva gyógyultan távozott.

A törés három esetben a bal, egy esetben a jobb alkaron volt.

A *radius törések* mind typicus törések voltak. Tenyérre való esés következtében jöttek létre, még pedig 4 esetben a bal, 1 esetben a jobb oldalon. Organtin-kötéssel ellátva 2—3 nap múlva javultan távoztak.

Az *ulnatörések* direct törések voltak; ütés, elgázolás következtében jöttek létre. Betegek szintén nem várták be a teljes gyógyulást, pár nap múlva a kemény kötés feltétele után javultan távoztak.

Az *ujjpercztörés* a jobb hüvelykujj első perczén fordult elő, verekedés közben keletkezett, nyílt törés volt. A sebszélek egyesítése után sinkötésbe tétetett. Beteg 2 nap múlva javultan hagyta el a klinikumot.

Külön említjük fel a törések súlyosabb alakjait, a *conquassatiókat*. Ide 9 eset tartozik és pedig:

4 esetben a felkar,
1 esetben a kéztőcsontok,
4 esetben az ujjak voltak

összeszúzva.

Nyolcz esetben gépsérülés (szecskavágógép 2 esetben, cséplőgép, nyomdaprés, vas gyalupad, gőzkalapács, pléhlyukasztóprés, kendertörés egy-egy esetben) következményei voltak. Egy esetben villamos kocsi által való elgázoltatás okozta a sérülést. Négy esetben a felkar amputációját végeztük. Öt esetben enucleációját az ujjaknak. Két esetben a kézen transzplantációval fedtük a bőrhiányt. Valamennyi gyógyult.

Végre egy esetben *lőtt seb* miatt a bal kéz középső ujjának enucleációját és a metacarpus resectióját végeztük.

Cs. J. 49 éves pályaőr, felvétetett 1898. február 4-dikén. Puskája véletlenül elsült s a golyó bal tenyerén ment át.

A bal kéz tenyéri felületén a középső metacarpuscsont fejecének megfelelőleg egy pörkölt, zúzottszélű seb, mely a lövés bemeneti nyílásának felel meg, a kéz hátán ezzel szemben egy ezüstforint nagyságú zúzott, czafatos szélű kimeneti nyílás. A középső ujj első perczé, valamint a középső metacarpuscsont fejecse szétroncsolt; csak egy kis bőr-híd tartja az ujjat. A középső ujj eltávolított s a metacarpusnak fejecse resecáltatott.

Február 18-dikán a sebek szépen feltisztultak.

Beteg márczius 20-dikán gyógyultan távozott.

c) Izületekben.

Az ide tartozó 14 eset mind ficzamosodás volt és következőképen oszlott meg:

Vállficzamosodás	6 eset
Könyökficzamosodás	7 "
Orsócsontficzamosodás	1 "

A vállficzamosodások közül 4 eset heveny volt. Beigazítás után betegek egy-két nap mulva gyógyultan távoztak. Két esetben idült ficzamos volt jelen. Betegek műtétbe nem egyezvén, gyógyulatlanul távoztak.

A könyökficzamosodások valamennyien hátsók és egy kivételével mind idülték voltak. Négy esetben a repositiót véres úton hajtottuk végre.

Az orsócsontficzamosodás a csont distalis végére vonatkozott. Nyílt ficzamosodás volt s az ulna egyidejű törésével volt szövődve. Beteg a következő évre maradt kezelés alatt.

III. Daganatok.

A három ide tartozó eset között előfordult:

Lymphadenoma a jobb axillaris tájon egy esetben 27 éves asszonynál. Kiirtás után gyógyult.

Lipoma a felkaron egy esetben. A férfifej nagyságú daganat 11 év óta nőtt. Kiirtás után gyógyulás.

Carcinoma a jobb kéz hátán egy esetben 58 éves földmivesnél, mely egy szemölcsből indult ki, gyermektenyérynél nagy volt. Exstirpatio és transzplantatio után gyógyulás.

IV. Vegyesek.

Hat esetet soroztunk ezen csoportba és pedig:

Heges zsugorodása a kéz ujjainak két esetben fordult elő. Az egyikben a zsugorodást égési heg, a másikban zúzott, genyedő seb után fejlődött heg okozta. Az egyik eset műtét után javult, a másik műtétbe nem egyezvén változatlanul távozott.

Ferdén gyógyult *felkartörésnél* két esetben véstük le a kiálló csontdarabot. Gyógyultak.

Egy esetben a *nervus medianus* bénulása volt jelen, mely egy hat hónap előtt szenvedett, a felkaron áthatoló lövésű sérülés után keletkezett. Meleg fürdők alkalmazása, villamozás és massage után beteg javultan távozott.

Végre egy esetben *polydactylia* miatt vettünk fel egy kis leányt. Az eset a következő:

S. Zs. 9 éves napszámos lánya, felvétetett 1898. augusztus 1-jén. A jobb hüvelykujj helyén három ujj foglal helyet, úgy hogy ezen a kézen hét ujj van. Ezen három ujj közül a mutatóujj felé néző van legerősebben kifejlődve. Ez három ujjperczel és két középsonttal bír és gyengébben fejlődött, ugyanígy alkotott ujjal van összenőve. Ezen ujjaktól kifelé van még egy harmadik, lúdtollvastagságú ujj, mely két ujjperczel és mint a Röntgen-fénykép mutatja, egy csenevész kézközépcsonttal bír.

Műtét augusztus 11-dikén, chloroform-narcosisban. A legerősebben fejlett ujj lesz megtartva, a másik kettő metacarpusával együtt *enucleálva*. Augusztus 18-dikán varratok eltávolítása. Prima egyesülés. Augusztus 22-dikén beteg gyógyultan távozott.

X. Alsó végtag.

A betegség neme	Ápolgatott			Elboesáttatott						Meghalt		Visszamaradt	
	fi	nő	összesen	gyógyulva		javulva		gyógyulatlan		fi	nő	fi	nő
I. Lobok:													
lágyrészekben ...	38	41	79	21	22	13	14	2	1	2	1	—	3
csontokban ...	50	20	70	20	12	21	4	3	1	—	1	6	2
izületekben ...	13	11	24	4	4	9	5	—	1	—	—	—	1
II. Sérülések:													
lágyrészekben ...	43	11	54	32	7	10	3	—	—	—	—	1	1
csontokon ...	64	16	80	41	9	11	4	—	—	5	2	7	1
izületekben ...	6	7	13	4	3	2	3	—	1	—	—	—	—
III. Daganatok:													
lágyrészekben ...	2	3	5	1	1	—	1	1	—	—	1	—	—
csontokban ...	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV. Vegyesek:													
Összesen ...	239	115	354	137	62	69	36	8	4	8	5	17	8

I. Lobok.

a) Lágyrészekben.

Az ezen csoportba tartozó 79 eset között 30 esetben *phlegmone* volt jelen különböző súlyosságban és kiterjedésben. Bemetszésre, illetve pára kötésekre legnagyobb részük gyógyult. Két esetben halál állt be *pyaemia*, illetve *septicaemia* útján.

A *bursa praepatellaris* heveny gyuladása után kifejlődött *tályog* miatt 8 esetben végeztünk műtétet. Valamennyi gyógyult.

Periphlebitis miatt három beteg állt gyógykezelés alatt. *Varices cruris*-sal öt beteg kereste fel osztályunkat, és pedig négy esetben a varix megrepedése miatt. Egy esetben a rózsavisszér kiirtását végeztük. Gyógyult.

Ulcus cruris venosum kilencz esetben fordult elő. A fekélyek megtisztulása után transzplantációval fedtük az anyaghiányt.

Az alszár *lueticus fekélyei* miatt négy beteg vétetett fel osztályunkra; általános és helybeli antilueticus kezelésre három gyógyult, egy a következő évre maradt vissza.

Hideg tályog a czombon négy esetben állt gyógykezelésünk alatt; ezek közül egy műtétbe nem egyezvén változatlanul távozott. A többi három gyógyult.

Lupust három esetben észleltünk e tájon, és pedig: egyet a czombon, egyet az alszáron és egyet a láb hátán. Kettő gyógyult, egy a következő évre maradt.

Gümös fekélyek, illetve fistulák hét esetben fordultak elő. Gyógyulva távoztak.

Gümös inhüvelygyuladás egy esete a következő évre maradt vissza.

Elephantiasis cruris két esetben vétetett fel. Egy esetben nyomókötésekre, villamozásra tetemes javulást értünk el.

Végre *gangraena pedis* miatt három beteg kereste fel a klinikumot. Két esetben szivbaj, egy esetben diabetes mellitus volt a *gangraena oka*. Két esetben alszár amputatio, illetve a *gangraenosus lábujjak* kiizelése után gyógyulást értünk el. Egy esetben halál állt be *vitium cordis* és *inanitio* következtében.

b) Csontokban.

Heveny gyuladások kevesebb számmal szerepelnek. *Heveny periostitis* öt esetben fordult elő, és pedig négy esetben a czombcsonton, egy esetben a tibián. Ezek közül három javultan távozott, kettő a következő évre maradt vissza.

Csonttályogot négy esetben észleltünk, és pedig a tibián. A csont megfúrása, a tályog kiürítése után valamennyi gyógyult.

Lueticus periostitis miatt két beteg került felvételre. Ezek közül az egyik a megfelelő osztályra lett áttéve, a másikban antilueticus gyógykezelésre gyógyulást értünk el.

Nekrosis harmincznégy esetben jelentkezett, ezek következőleg oszlanak meg:

Nekrosis femoris	13 eset
Nekrosis trochanteris	2 "
Nekrosis tibiae	13 "
Nekrosis calcanei	2 "
Nekrosis tali	1 "
Nekrosis metatarsi	2 "
Nekrosis hallucis	1 "

Nekrotomiát huszonhárom esetben végeztünk; gyógyultak. Két beteg műtétbe nem egyezvén gyógyulatlanul távozott. Négy eset a következő évre maradt vissza.

Gümős osteomyelitis huszonöt esetben fordult elő, és pedig egy esetben a czombesonton a trochanter táján, egy esetben a tibián a boka fölött és huszonhárom esetben a lábtő, középcsontokon és lábujjakon. Excochleatiót kilencz esetben végeztünk; ezek nagyrészt gyógyulva távoztak. Hét esetben enucleatio útján távolítottuk el a kóros csontokat. Metatarsus-kizelést öt esetben végeztünk. Egy esetben Chopart-, egy esetben Pirogoff-féle műtétet hajtottunk végre. Gyógyultak. Hat esetben a bántalom nagyobb kiterjedése alszáramputatiót tett szükségessé. Ezek közül öt eset gyógyult, egy meghalt tüdő-tuberculosisban. — Egy esetben, a bántalom kezdeti szakában kemény kötés alkalmazásával értünk el javulást. Két eset a következő évre maradt vissza.

c) Izületekben.

Túlnyomó része az izületi gyulladásoknak gümős természetű volt, és pedig:

coxitis 9 eset	osteogen eredésű
gonitis 4 "	synovialis eredésű
" 7 "	osteogen eredésű.

A csipőizületi gyulladások mind az adductio szakában kerültek kezelésünk alá. Volkmann-féle nyújtás, járókötések alkalmazása után nagyrészt javultak. Egy eset a következő évre maradt vissza.

A térdizületi gyulladásoknál nyomó, illetve rögzítő kötésekkel értünk el javulást. Két esetben a bántalom nagy kiterjedése miatt czombamputatiót végeztünk. Ezen esetek gyógyultak.

Traumaticus eredésű térdizületi lobot három esetben észleltünk. A bántalom két esetben térdreesés, egy esetben lórúgás következtében keletkezett. Nyugalomra és nyomó kötésekre valamennyi gyógyult.

Végre egy esetben a lábtőizület genyes gyulladása volt jelen, mely trauma után keletkezett. Arthrotomia s az izület alapos kimosása és drainézése után 80 nap mulva mozgatható bokaizülettel, teljesen gyógyulva távozott a beteg.

II. Sérülések.

a) Lágyrészekben.

Zúzódás huszonegy esetben fordult elő, és pedig hat esetben a czombon, öt esetben a térden, nyolcz esetben az alszáron és két esetben a lábon. Ezek közül egy a következő évre maradt vissza, a többi gyógyultán távozott.

Zúzott seb miatt tizenegy beteget gyógykezeltünk. A sérülés két esetben a czombon, két esetben az alszáron és hét esetben a lábon foglalt helyet.

Metszett sebet hét esetben észleltünk, és pedig három esetben a czombon, egy esetben az alszáron és három esetben a lábon.

Egy esetben a czomb szúrt sebe miatt kereste fel osztályunkat a beteg.

Szakított seb négy esetben fordult elő; két esetben a lábon, egy-egy esetben a térden, illetve az alszáron.

A sebszéléknek varratokkal való egyesítése után csaknem valamennyi gyógyult. Két esetben lebenyes szakított sebnél a lebeny elhalván az anyaghiányt transplantatióval fedtük.

Egy esetben kutyamarásból származott harapott seb volt a czombon. Beteg a szt. István-kórházba lett áttéve.

Felületes hámléhorzsolás két esetben fordult elő.

Lőtt sebet négy esetben észleltünk. Ezek közül két esetben a czombon volt a sérülés. Mindkét esetben seréttel töltött fegyver okozta a sérülést. Két esetben a lábháton volt a bemeneti nyílás. Egy esetben Flaubert-puska véletlen elsülése okozta a sérülést. A lövedék eltávolítása után gyógyult. A másik esetben nyúlseréttel töltött vadászfegyver elsülése okozta a sérülést. Ez eset röviden a következő.

G. K. 29 éves hivatalnok, felvétel 1898. évi október 30-dikán. Vadászfegyvere véletlenül elsült, a lövedék egy tömegben hatolt át lábán.

A bal lábháton, a metatarsusnak megfelelőleg, gyermektenyérynél zúzott, czafatos széli anyaghiány van, mely a láb egész vastagságán áthatol s a talpon egy tallérnyi kimeneti nyílást ejtett. A II., III. és IV. metatarsus teljesen össze van zúzva. Az anyaghiány körül a bőr meg van pörkölvé.

Csontszilánkok, serétszemek, lágyrészczaftatok eltávolítása és alapos desinfectio után a végtag sínbe lett elhelyezve.

November 17-dikén a seb szépen megtisztult.

December 5-dikén a talpból még egy serét lesz eltávolítva. A seb szépen összehúzódik.

December 10-dikén a talpi seb behámosodott.

December 17-dikén a lábháton még egy kis féldínyi tisztas sarjakkal fedett seb van. Beteg gyógyultán hagyja el a klinikumot.

Végre három égési seb fordult elő e tájon. Két esetben transplantatiót végeztünk. Gyógyultak.

b) Csontokon.

A csonttörések képezik ezen csoport legnagyobb részét. Összesen hatvanöt esettel vannak képviselve, melyek a következőképen oszlanak meg:

Czombnyaktörés	2 eset
Czombcsonttörés diaphysisen	10 "
Patellatörés	5 "
Alszártörés	39 "
Tibiatörés	2 "
Fibulatörés	2 "
Belső bokatörés	2 "
Külső bokatörés	1 "
Metatarsustörés	2 "
Összesen	65 eset.

Czombtörés hét esetben a bal, öt esetben a jobb oldalon jött létre. Egy esetben nyílt törés volt jelen. Valamennyi gyógyult, egy eset kivételével, ez a következő évre maradt vissza.

Patellatörés négy esetben a bal, egy esetben a jobb térdkalácsra vonatkozik. Egy esetben csontvarratot alkalmaztunk. Gyógyultak.

Alszártörés huszonegy esetben a bal, tizennyolcz esetben a jobb oldalon fordult elő. Kilencz esetben nyílt törés volt. Ezek közül három eset halállal végződött. A halál egy esetben egy 70 éves asszonynál marasmus és inanitio következtében, egy esetben pneumonia folytán állt be. A harmadik esetben a beteg három héttel a sérülés után vétetett fel osztályunkra. Pyaemiában pusztult el.

A tibiatörés mindkét esetben a jobboldalra; a fibulatörés egy esetben a bal oldalra vonatkozik.

A bokatörések valamennyien a jobb oldalon jöttek létre.

A metatarsustörések a baloldalra vonatkoznak.

Az alsó végtag töréseinek gyógyításánál úgy jártunk el, mint az a klinikum előző évi betegforgalmi kimutatásaiban ismertette lett.

A csonttörések legsúlyosabb alakjait, a conquassatiókat, 15 eset képviseli. Hat esetben a czomb, öt esetben az alszár, négy esetben a lábközépcsontok, illetve az ujjak voltak összezúzva. Két eset kivételével a sérülést elgázolás (villamos, vasúti kocsi) okozta. Két esetben súlyos tárgynak a lábra való esése (vasgerenda, vasdarab). Négy esetben shok folytán néhány órával a felvétel után halál állt be. A többi amputatio, illetve enucleatio után gyógyult.

c) Izületekben.

Distorsio tizenegy esetben fordult elő, és pedig: tiz esetben a bokaizületben, egy esetben a térdizületben. Nyugalomra, nyomókötésekre, borogatásokra nagyrészt — nem várták be a teljes gyógyulást — javulva távoztak.

Térdficzamosodás egy esetben vétegett fel. Idült, hátsó ficzamosodás volt. Beteg műtétbe nem egyezvén gyógyulatlanul távozott.

Egy esetben *luxatio intratarsea* (Chopart) volt jelen. Beigazítás után gyógyult.

III. Daganatok.

a) Lágyrészekben.

Sarcoma három esetben, *carcinoma* két esetben vétegett fel.

A sarcoma egy esetben a jobb sarokesont fölött foglalt helyet, a bőr alatti kötőszövetből indult ki; a második esetben mogorónyi nagyságban a jobb térdizület fölött foglalt helyet. Az eset annyiban érdekes, hogy osztályunkon 1894-ben ugyane helyről egy gyermekökölnyi sarcomát irtottunk ki s a recidiva csak most, 4 év múlva jelentkezett.

A harmadik esetben a térdali árokban ült a daganat. — Kiirtás után mind három gyógyult.

A carcinoma mindkét esetben az alszáron volt. Műtétet egy esetben sem végeztünk. Az egyik esetben beteg nem egyezett a javasolt alszáronkitásba, gyógyulatlanul távozott. A másik esetben a lágyékmirigyekben mutatkozott már metastasis. Beteg inanitióban meghalt.

b) Csontokban.

Csak egy esetet sorozhatunk ezen csoportba. Az eset egy 53 éves férfira vonatkozik. A daganat (*carcinoma*) a bal sarkon foglalt helyet és átterjedt a calcaneusra. Az alszár amputációja után gyógyult.

IV. Vegyesek.

Anchylosis három esetben fordult elő, és pedig: egy esetben a bántalom a csipőizületre, két esetben a térdizületre vonatkozott. *Anchylosis coxae* esetünkben beteg a javasolt műtétbe nem egyezett, a két térdizületi anchylosisnál *Helferich*-féle íves resectiót végeztünk. Simán gyógyultak.

Contracturát a térdizületben hét esetben gyógykezeltünk. Ezek közül öt eset tenotomia és redressementra gyógyult, két eset a következő évre maradt ápolás alatt.

Az *arteria poplitea aneurysmája* miatt egy beteg kereste fel osztályunkat. Ez eset annyiban érdekes, hogy mindkét czomb főüterének lekötése daczára az alsó végtag táplálkozásában nem szenvedett zavart. Az esetet *Chudovszky* dr., a klinikum akkori tanársegéde, a közkörházi orvostársulat ülésén bemutatta.

H. F. 33 éves lakatos, felvétetett 1898. évi június 1-én. 1895-ben jobb lágyék táján tojásnyi daganata keletkezett, mely miatt 1897-ben a budai Irgalmas-rendi kórházban az *arteria iliaca externa* alakötése végeztetett. Három hónap óta bal térdhajlatában keletkezett egy lüktető daganata.

A bal regio popliteában egy tyúktojásnyi, ép bőrrel fedett, minden irányban pulzáló terimenagyobbodás foglalt helyet. A bal tibialis antica pulsusa a jobbéhoz képest késik. A bal femoralist egy hónapon át naponta egy óra hosszúg tourniquet-al összenyomtuk.

Műtét augusztus 1-én. Az *arteria femoralis az arteria profunda* femoris eredése alatt való lekötése.

Augusztus 8-dikán varratok eltávolítása. Seb per primam egyesült. Az alszár és láb táplálkozása rendes.

Augusztus 13-dikán beteg gyógyultán távozik.

Genu valgum miatt hét beteg vétegett fel osztályunkra. Mac Ewen-féle linearis osteotomia után négy gyógyult, egy a következő évre maradt vissza. Két beteg műtétbe nem egyezvén, gyógyulatlanul távozott.

Égési sebek után fejlődött *hegek* és *anyaghiányok* miatt három esetben végeztünk transplantatiót. Gyógyultak.

Egy esetben lövésű sérülés után a *quadriceps contraturája* lépett föl. Meleg fürdők, massage és villamozásra gyógyulást értünk el.

Alszártörés után keletkezett *difformitas* miatt két esetben végeztünk *osteomiát*. Mindkét eset simán gyógyult.

I. K. K.-né 60 éves özvegyasszony, felvétetett 1898. évi május hó 11-dikén. Egy év előtt alszártörést szenvedett, mely rosszul gyógyult.

A bal alszáron a bokák fölött csaknem derékszöveget képező tengelytörést látunk, ennek következtében a láb talpa teljesen kifelé van fordulva. A Röntgen-kép bokafölötti törést mutat.

Műtét június 14-dikén. *Osteotomia*. Gypszkötés. Gyógyulás zavartalan. Szeptember 16-dikán egyenes alszárral és normalis állású lábbal gyógyultán távozott.

2. R. J.-né 52 éves napszámosnő, felvétetett 1898. évi június hó 20-dikán. Hét hónap előtt bal alszárát eltörte s az rosszul forrt össze.

A bal alszár a jobbhöz képest 5 cm.-rel rövidült, középső és alsó harmadának határán előre és kifelé domborodó, mintegy 150°-nyi szögletet képez. Az alsó törvég a felsőhöz képest körülbelül 45° tengelyforgást végzett, úgy hogy a lábfej befelé fordult. Az egész alszár izomzata atrophicus.

Műtét július 30-dikán. *Osteotomia cuneiformis* mindkét alszáron. Rögzítő kötés.

A lefolyás a callusképzés lassúságától eltekintve zavartalan volt. November 22-dikén beteg egyenes alszárral gyógyultán távozott.

Pes equino-varus két esetében tenotomia és redressement-ál értünk el gyógyulást.

Pes planus három esetben fordult elő. Redressementra javultak.

XI. Általános bajok.

A betegség neve	Ápolgatott összesen			Elbocsáttatott						Megtelt		Visszamaradt	
				gyógyulva		javulva		gyógyulatlan		halt		maradt	
	fi	nő	összeg	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő
II. Sérülések...	7	24	31	—	4	3	9	—	2	4	9	—	—
III. Vegyesek...	14	6	20	3	—	5	2	4	3	2	1	—	—
Összesen	21	30	51	3	4	8	11	4	5	6	10	—	—

Sérülések.

Legnagyobb contingensét képezik ezen csoportnak a végtagokra és törzsre kiterjedő *égési sérülések*, melyek huszonnégy esettel vannak képviselve. Ezek közül kilencz esetben állt be a halál pár óra múlva, vagy nyolcz nap alatt. A többi tizenöt esetben betegek gyógyultán távoztak.

Többszörös sérüléssel hét beteg vétegett fel. A sérülések legnagyobbbrészt villamos vasút által való elgázolásból keletkeztek, két esetben magasból való lezuhanásból. Négy esetben csakhamar a felvétel után beállt a halál shok, illetve agyrázódás következtében. Három esetben gyógyulást értünk el.

Vegyesek.

Ide soroztuk a több helyen fellépő *gümös gyuladások* tizenöt esetét, továbbá *sarcoma multiplex* egy esetét és az általános *strepto-*, illetve *staphyloomykosis* négy esetét. Ez utóbbiak közül három eset végződött halálosan; egy esetben sikerült többszörös bemetszések után gyógyulást elérnünk.

XII. Nem sebészeti bajok.

A betegség neve	Ápolgatott összesen			Elbocsáttatott						Megtelt		Visszamaradt	
				gyógyulva		javulva		gyógyulatlan		halt		maradt	
	fi	nő	összeg	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő
Vegyesek...	19	19	38	7	7	9	7	3	5	—	—	—	—
Összesen	19	19	38	7	7	9	7	3	5	—	—	—	—

Epilepsia	4 eset
Hysteria	2 "
Gastroenteritis	8 "
Obstipatio	1 "
Myelitis	1 "
Neurasthenia	1 "
Lues universalis	5 "
Marasmus senilis	2 "
Polyarthritus rheumatica	8 "
Tuberculosis pulmonum	2 "
Graviditas	1 "
Catarrhus cervicalis	1 "

Végre más beteg kísérlője gyanánt 2 eset vétegett fel.

II.

Az 1898. év folyamán a klinikumon ápoltt 1418 betegnek 980 műtét végeztetett.

Műtét neve	Száma	Műtét neve	Száma
Amputatio antibrachii	3	Áthozat	347
" humeri	4	Fractura humeri	7
" digitorum	1	" femoris	12
" femoris	4	" fibulae	1
" cruris	16	" maxillae sup.	1
" manus	1	" radii	6
Belloque-csővezés	4	" patellae	1
Castratio	11	" ulnae	2
Catheterisatio stric. urethrae	3	" tibiae	2
Cauterisatio	44	" vertebrae	1
Enucleatio bulbi	1	Fistula ani	7
" digitorum	25	Fissura ani	3
" genu	1	Gastroenteroanostomosis	5
" Chopart	1	Herniotomia ingu. lib.	93
Exstirpatio angiomatis	3	" ingu. incarc.	24
" atheromatis	3	" cruralis lib.	4
" carcinomatis buccae	6	" cruralis incarc.	11
" " faciei	3	" umbilic. lib.	4
" " frontis	3	" umbilic. incarc.	4
" " labii	3	" eventeratio	3
inferioris	9	Hydrocelis operatio radicalis	4
Exstirpatio carcinomatis linguae	6	Hygromatis cubiti exstirpatio	1
Exstirpatio carcinomatis mammae	10	Incisio abscessus	62
Exstirpatio carcinomatis nasi	3	" lymphaden. colli	7
" " penis	1	" " axillae	1
" " recti	1	" " inguinalis	5
" cicatricum	2	" " cruris	1
" cystae ovarii	2	" haematomatis capitis	3
" fibromatis	3	" gangraen. seroti	1
" ganglionis	1	" mastitidis	3
" lipomatis	1	" panaritii	2
" lupus pedis	4	" periostitidis	11
" " faciei	2	" phlegmonis	37
" eechinococcus	3	" explorativa capitis	1
hepatis	3	Intubatio	2
Exstirpatio fibroadenoma mammae	2	Kryptorchismus exstirpatio	1
Exstirpatio fistulae parotidis lymphomatis	1	Labium leporinum	3
axillae	1	Laparotomia	8
Exstirpatio lymphomatis colli subclaviae	17	" explorativa	4
Exstirpatio papillomatis polypi nasi	1	Ligatura arteriae cruralis	1
" " urethrae	1	Myorrhaphia	2
" sarcomatis colli	2	Neurorrhaphia	1
" " dorsi	1	Nekrotomia	24
" " scapulae	1	Nephrectomia	1
" " ossis ilei	1	Osteotomia	11
" " mammae	2	Osteoplastica	1
" " faciei	2	Osteorrhaphia	4
" " tarsi	1	Plastica blepharopl.	1
" " manus	1	" canthopl.	1
" " nasi	1	" rhinopl.	5
" " funiculi	1	" fistula urethrovagin.	1
Exstirpatio sarcomatis regionis popliteae	1	Plastica fistula vesicovagin.	2
Exstirpatio sarcomatis regionis inguinalis	1	" urethroplastica	2
Exstirpatio sarcomatis parotidis	3	Phimotomia	1
Exstirpatio sarcomatis thoracis	1	Punctio hydrocelis acuti	1
Exstirpatio sarcomatis femoris	1	" haematomatis scroti	3
Exstirpatio strumatis venae saphthae	6	Pirogoff operatio	1
Enteronastomosis	2	Repositio luxationis cubiti	5
Extractio corporis alieni	11	" " pedis	1
Evidement	46	" " humeri	7
Fractura antibrachii ellátás	8	Resectio tali	1
" clavicularae	8	" costarum	7
" colli femoris	2	" ulnae	1
" cruris	32	" genus	1
		" humeri	2
		" mandibulae	1
		" maxillae sup.	1
		" phalangis	1
		" ventriculi	1
		" vasis deferentis	3
		" calli hypertrophici	1
		Resectio nervi infraorbitalis	3
		" nervi supramaxillaris	1
		Scarificatio phlegmonis	4
		" carbunculi	1
Átvitel	347	Átvitel	800

Műtét neve	Száma	Műtét neve	Száma
Áthozat	800	Áthozat	924
Scarificatio absce. pyaemici	1	Tentamen extractionis corpor. alieni	1
" infiltrat. urinae	1	Thoracocentesis	4
" anthracis dorsi	1	Thoracotomia	1
Sectio alta	5	Tracheotomia	7
Sphincterotomia	7	Transplantatio	25
Staphylorrhaphia	1	Trepanatio capitis	12
Sutura cutis	95	" antri Highmori	1
Tendorrhaphia	5	Tonsillotomia	1
Tenotomia	6	Urethrotomia externa	2
Tentamen reposition luxat. humeri	1	Venaesectio	2
Tentamen reposition luxat. cubiti	1	Összesen	980
Átvitel	924		

III.

A klinikum járóbeteg-rendelésén az 1898. évben összesen 9766 beteg jelentkezett. A testtájak szerint csoportosítva az esetek következőleg oszlanak meg:

Csoport	Betegség neve	Esetek száma	Csoport	Betegség neve	Esetek száma	
	I. Fej, arcz, száj.			Áthozat	4829	
1.	Abscessus faciei	20		Papilloma nasi	2	
	Eczema capitis	29		Sarcoma faciei	10	
	Furunculus	30		" maxillae superioris	4	
	Otitis media	14		Sarcoma mandibulae	7	
	Lupus faciei	19		" nasi	5	
	Polypus nasi	14		" regionis parotideae	4	
	Ranula	8		Fibroma capitis	2	
	Stomatitis	19		" linguae	1	
	Gingivitis	32		Lipoma regionis temporalis	1	
	Rhinitis	2		Naevus faciei	4	
	Parotitis	15	4.	Osteoma frontis	4	
	Phlegmone	4		Defectus nasi	2	
	Ulcus lueticum linguae et labii	15		Labium leporinum	4	
	Gumma frontis	5		Ectropium	1	
	Caries dentis	3933		Corpus alienum nasi	5	
	Periostitis mandibulae et maxillae	66		Corpus alienum meatus auditorii	5	
	Nekrosis mandibulae	15		Epistaxis	20	
	Periostitis capitis	5		Favus	8	
	Osteomyelitis tbc. cranii	1		Corpus alienum capitis	1	
	Necrosis palati duri	1		Cicatrices faciei	5	
	Ulcus nasi	7		Verruca	9	
	Leucoplaquia linguae	2		Erysipelas faciei	16	
2.	Contusiones	41		Neuralgia trigemini	8	
	Vulnus combustum	13		Fistula parotidis	1	
	" contusum	270		Hernia cerebri	1	
	" lacerum	3		Anchylosis mandibulae	2	
	" scissum	69		Dacryocystitis	1	
	" punctum	10		Adhaesio frenuli linguae	3	
	" sclopetarium	2		Actinomykosis	1	
	" morsum	8		Hordeolum	1	
	Excoriatio	15		Herpes labialis	2	
	Commotio cerebri	1		Összesen	4969	
	Impressio cranii	8		II. Nyak, tarkó.		
	Fractura baseos cranii	3		1.	Abscessus colli	36
	" ossis nasi	1			Furunculus colli	50
	" maxillae superioris	2			Lymphadenitis colli	42
	Fractura mandibulae	3			Scrophuloderma colli	6
	Luxatio mandibulae	3			Laryngitis	11
	Congelatio	3			Pharyngitis	18
3.	Angioma frontis	2			Perichondritis laryngis	3
	" labii	4			Tonsillitis follicularis	41
	Atheroma capitis	19			" phlegmonosa	7
	Carcinoma buccae	34			Carbunculus colli	5
	" nasi	14			" nuchae	10
	" labii superioris	2			Phlegmone colli	6
	" " inferioris	9			Spondylitis cervicalis	12
	" linguae	16			Lymphomata colli	124
	" mandibulae	6		2.	Contusiones	2
	" palpebrae	3			Átvitel	373
	" frontis	2				
	" faciei	4				
Átvitel	4829		Átvitel	373		

Csoport	Betegség neve	Esetek száma	Csoport	Betegség neve	Esetek száma
	Áthozat	109		Athozat	228
	Pemphigus	3		Bronchitis	10
	Neuralgia	9		Cardialgia	5
	Ischias	12		Tabes	3
	Herpes zoster	7		Catarrhus ventriculi	14
	Sepsis	1		Enteritis	14
	Urticaria	1		Haemoptoe	6
	Dermatitis	4		Pediculosis capitis	10
		146		Morbus Basedowi	3
	XII. Nem sebészi bajok.			Parotitis epidemica	5
	Conjunctivitis catarrhalis	9		Spermatorrhoea nocturna	2
	Marasmus	2		Nephritis	10
	Hydrops	2		Pneumonia	3
	Paralysis	3		Obstipatio	6
	Paresis	3		Influenza	3
	Sycosis	2		Atrophia musculorum	1
	Malaria	4		Scorbut	1
	Impetigo	2		Hyperhydrosis	11
	Scleroderma	1		Chorea minor	1
	Tuberculosis universalis	10		Morbus maculosus	
	Epilepsia	4		Werlhoffii	2
	Hysteria	2		Alcoholismus	6
	Lues	42		Pleuritis	1
	Rheumatismus musculorum	43		Neurasthenia	4
	Polyarthritus rheumatica	47		Leukaemia	1
	Scabies	49		Anaemia	2
	Emphysema pulmonum	3		Dilatatio ventriculi	1
	Átvitel	228		Dysenteria	1
				Enuresis nocturna	1
					355

Összeállítás:

I. csoport. Fej, arcz, száj	4969
II. " Nyak, tarkó	454
III. " Mell és hát	166
IV. " Törzs csontváza	73
V. " Has	219
VI. " Végbél, gát	136
VII. " Férfi húgy- és ivarszervek	144
VIII. " Női húgy- és ivarszervek	34
IX. " Felső végtag	1843
X. " Alsó végtag	1227
XI. " Általános bajok	146
XII. " Nem sebészi bajok	355
Összesen	9766

Ezen 9766 járó betegen összesen 4652 műtét végeztetett; ezek az egyes csoportok szerint a következőleg oszlanak meg:

A műtét neve	Műtétek száma	A műtét neve	Műtétek száma
I. Fej, arcz, száj.		Áthozat	44
Incisio abscessus capitis	4	Incisio periostitis frontis	1
" " faciei	4	" mandibulae	19
" " labii	2	" phlegmonis nasi	1
" " nasi	1	" palpebrae	1
" " palpebrae	3	" ranulae	4
" " pharyngis	1	" tonsillitis abscedentis	5
" " region. parotidaeae	2	Exstirpatio atheromatis faciei	2
Incisio abscessus region. temporalis	2	Exstirpatio atheromatis capitis	4
Incisio aktinomykosis	1	Exstirpatio atheromatis region. temporalis	2
" carbunculus faciei	2	Exstirpatio cicatricis	2
" caries cranii	1	" fibroma capitis	1
" furunculus capitis	2	" papilloma	2
" " faciei	6	" polypus nasi	4
" " labii	2	" sarcoma capitis	1
" " nasi	7	" verruca frontis	2
" " palpebrae	1	" " capitis	2
" haematoma suppur.	1	" " nasi	2
" lymphadenitis regionis temporalis	1	Nekrotomia mandibulae	1
Incisio lymphadenitis	1	Frenulotomia adhaesio linguae	2
Átvitel	44	Átvitel	102

A műtét neve	Műtétek száma	A műtét neve	Műtétek száma
Áthozat	102	Áthozat	12
Sutura vulnus contusum auriculae	1	Incisio furunculus axillae	9
Sutura vulnus contusum buccae	1	" " thoracis	1
Sutura vulnus contusum capitis	71	" lymphadenitis axillaris	12
Sutura vulnus contusum faciei	8	" mastitis	15
Sutura vulnus contusum frontis	17	" phlegmone axillae	1
Sutura vulnus contusum gingivae	1	" " thoracis	1
Sutura vulnus contusum labii superioris	5	Sutura vulnus scissum thoracis	3
Sutura vulnus contusum labii inferioris	3	Sutura vulnus punctum dorsi	2
Sutura vulnus contusum mentis	2	" " " pectoris	1
Sutura vulnus contusum nasi	2	" " " thoracis	1
Sutura vulnus contusum palpebrae superioris	3	Excochleatio ulcus tuberc. thoracis	2
Sutura vulnus scissum capitis	14	Extractio corpus alienum	1
Sutura vulnus scissum faciei	3	Exstirpatio sarcoma thoracis	1
Sutura vulnus scissum frontis	8		62
Sutura vulnus scissum labii superioris	3	IV. és V. Törzs és has.	
Sutura vulnus scissum mentis	2	Incisio periostitis costae	1
Sutura vulnus morsum auriculae	1	" furunculus lumbalis	1
Sutura vulnus morsum faciei	1	Ellátás fractura costae	1
Sutura vulnus morsum linguae	1	Excochleatio tbc. cutis	2
Sutura vulnus caesum menti	1	Cauterisatio epithelioma inguinalis	1
Sutura vulnus punctum auriculae	1	Sondázás corpus alienum ventriculi	1
Extractio corporis alieni auriculae	4		7
Extractio corporis alieni nasi	2	VI. Végbél, gát.	
Extractio corporis alieni pharyngis	2	Incisio furunculus perinei	1
Extractio caries dentis	3485	Repositio nodi haemorrhoidalis	2
Excochleatio epithelioma faciei	1		3
Excochleatio epithelioma nasi	1	VII. Férfi húgy- és ivarszervek.	
Excochleatio lupus faciei	1	Incisio furunculus scroti	1
" lymphoma faciei	1	" abscessus periurethralis	4
" nekrosis maxillae	1		5
Tonsillotomia	5	VIII. Női húgy- és ivarszervek.	
Tamponade: epistaxis	6	Incisio phlegmone vulvae	1
Repositio: luxatio mandibulae	1	Exstirpatio polypus vaginae	1
Resectio hypertroph. a. uvulae	1		2
Cauterisatio tbc. cutis faciei	1	IX. Felső végtag.	
" " ulcera linguae	1	Amputatio pollicis	1
	3764	Incisio abscessus antibrachii	1
Incisio abscessus colli	12	" " cubiti	2
" " nuchae	1	" " digiti	3
" furunculus colli	37	" " manus	6
" lymphadenitis colli	26	" bursitis olecrani	1
" phlegmone colli	3	" furunculus brachii	1
" ulcera colli	1	" antibrachii	16
Exstirpatio atheroma colli	1	" " digiti	5
" " nuchae	1	" " manus	8
" lymphomata colli	14	" lymphangioitis	1
Excochleatio carbunculus colli	6	" panaritium	189
Excochleatio ulcera tbc. colli	2	" phlegmone brachii	2
Excisio cicatricis colli	1	" " antibrachii	9
" fibromatis colli	2	" " manus	67
Sutura vulnus punctum colli	1	" pustula digiti	2
" " scissum "	3	Exstirpatio ganglionis manus	2
	111	" sarcoma brachii	1
Incisio abscessus axillae	9	Extractio corporis alieni digiti	25
" " thoracis	3	Extractio corporis alieni manus	22
Átvitel	12	Extractio corporis alieni antibrachii	1
		Sutura vulnus scissum brachii	10
		" " cubiti	1
		Sutura vulnus scissum anti-brachii	26
		Sutura vulnus scissum digiti	18
		" " manus	50
		" " contusum brachii	1
		" " cubiti	2
		" " antibrachii	1
		Sutura vulnus contusum digiti	13
		Átvitel	487

A műtét neve	Műtétek száma	A műtét neve	Műtétek száma
Áthozat	487	Áthozat	582
Sutura vulnus contusum manus	7	Repositio: luxatio cubiti	1
Sutura vulnus punctum humeri	1	" " " indicis	1
Sutura vulnus punctum antibrachii	1	Keménykötés: tendovaginitis crepitans	1
Sutura vulnus punctum manus	2	Excisio verruca manus	4
Sutura vulnus lacerum antibrachii	1		589
Enucleatio digiti	8	X. Alsó végtag.	
Resectio digiti	15	Incisio abscessus glutealis	5
Excochleatio nekrosis humeri	1	" " " pedis	7
" " " digiti	1	" " " praepatellaris	1
Ellátás: fractura claviculae	3	" " " furunculus femoris	11
" " " humeri	1	" " " cruris	6
" " " antibrachii	5	" " " pedis	2
" " " digiti	7	" " " praepatellaris	1
" " " metacarpi	5	" " " haematoma abscedens	
" " " radii	16	cruris	1
" " " ulnae	1	Incisio panaritii	2
Diruptio: ganglion manus	3	" " " phlegmone cruris	3
Excochleatio: fungus digiti	2	" " " pedis	23
" " lymphoma axillae	1	Ellátás: fractura cruris	1
" " tbc. cutis	2	" " " fibulae	1
Repositio: luxatio humeri	12	" " " malleoli	1
		" " " metatarsi	1
		" " " patellae	1
		" " " tibiae	1
Átvitel	582	Átvitel	68

A műtét neve	Műtétek száma	A műtét neve	Műtétek száma
Áthozat	68	Áthozat	86
Excisio: unguis incarnati	10	Sutura: vulnus punctum genu	1
Excochleatio: ulcus tbc. femoris	1	" " " pedis	1
Extractio: corpus alienum genu	1	" " " surae	1
Extractio: corpus alienum pedis	4	" " " contusum genu	2
Sutura: vulnus punctum femoris	2	" " " cruris	2
		" " " pedis	1
		Sutura: vulnus scissum cruris	13
		" " " pedis	2
Átvitel	86		109

Összegezés:

I.	csoport	3764
II.	"	111
III.	"	62
IV. és V.	"	7
VI.	"	3
VII.	"	5
VIII.	"	2
IX.	"	589
X.	"	109
	Összesen	4652

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: 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 Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Borszéký Károly: Közlemény a budapesti k. m. t. egyetemi 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumból. Az arteria mesenterica superior emboliája által okozott ileus. 239. l.

Schiff Ernő: Közlemény Konrad Márk dr. kir. tanácsos, a nagyváradi m. kir. bábaképezde igazgató tanárának szülészeti kórodájáról. Ujabb adatok az újszülöttek haematológiájához. 242. l.

Rottenbiller Ödön: Adatok a gaultheria-olaj hatásához 112 eset kapasan. 244. l.

Polyák Lajos: Közlemény a székesfővárosi szt. János-kórházból. Az orrkagyló-hypertrophiák gyógykezelése. 245. l.

Tarcza Grósz Emil: A biztosító-társulatok számára adott orvosi bizonyítványokról. 246. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Vas Bernát: Az Ehrlich-féle diazoreactio. 247. l. — Könyvismertetés. Liebermann Leó és Bugarszky István: Chemia. Tankönyv. 248. l. — Lapszemle. Közegészségtan. Prausnitz: Mesterséges világítás Auor-égőkkel rajztermekben és laboratóriumokban. (Filep.) — Oesten: A esatornavíz felhasználása haltenyésztésre. (Filep.) — Enoch: Sternolit. (Filep.) — Kassner: Az oxigen mesterséges pótlása zárt helyiségekben. (Filep.) — Hasenstein: Szokatlan alakú diphtheriás fertőzés bába útján. (Filep.) — Belgyógyászat. Sollier: A hysteriás zavarok helybelítése az agyvelőben. (Kolláris J. J. J. J. J.) — Waldvogel: Adatok az acetonuria tanához. (Kövesi.) — Pierallini:

Van-e az emberi hasnyálmirigynek (post mortem), valamint a vizeletnek cukor-bontó képessége. (Kövesi.) — Leo: Ujabb magyarázat a diabetes mellitus kórokanak felderítésére. (Doctor.) — Richter: Adatok a vesediabetes kérdéséhez. (Kövesi.) — Eger: A vesediabetes kérdéséhez. (Kövesi.) — Schlatter: Az emésztés hosszú vékonybél-darab kimetszése után. (Surányi.) — Rosenfeld: Az alkohol mint tápszere. (Surányi.) — Sebészet. Tricomi: A májsebek vérzésesillapítása. (ct.) — Fürbringer: A kezek fertőtlenítése. (Manninger.) — Eiselsberg: A gyomorbelhuzamon végzett nagyobb műtétek után fellépő spontán gyomor- és bélvérzések. (Pólya Jenő.) — Lohstein: A prostata-váladék mennyisége idült prostatitissel. (Reách.) — Szülészeti és nőgyógyászat. Freund: Császármentszés esetei többszörös javulatok alapján. (Neumann.) — Dührssen: A vaporizálás technikájáról. (Erdey.) — Schenk: A méhnyak és hüvelybolyzat nagyfokú stenosisa. (Erdey.) — Schwertassek: Atonikus méhvérvázok mechanikus kezelése. (Erdey.) — Bőr- és bujakórtan. Czelszerűtlen kankó-feeskendők veszélyessége. (Reách.) — Lefort: A jodalbaed. (Nékám.) — Kaposi: Az epicarin. (Molnár.) — Petrasko: A naphtalan. (Schik.) — Kisebb közlemények az orvossággyakorlatra. Hashajtó pastillák. — Vollmer: Eczema gyógyítása. — Kotonachicoff: A vaccinatio gyógyító hatása. 249-251. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. Törvény a fürdőkről és ásványvizekről. — A 18. belgyógyászati congressus. — Megjelent. — Elhunyt. — Gleichenberg gyógyfürdő. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Kuthy Dezső dr. Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti k. m. t. egyetemi 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumból.

Az arteria mesenterica superior emboliája által okozott ileus.

Borszéký Károly dr. műtönövendéktől.

A mióta a belső bélelzáródások gyógykezelésében a sebészi beavatkozás mind nagyobb tért kezd hódítani, azóta e bántalom lehető gyors és biztos felismerésére nagy súlyt fektetnek, mert épen ezektől függ nem csekély részben a sebészi beavatkozás jó sikere. Azonban a belső bélelzáródás okait, azok természetét és főleg annak helyét sok esetben a belgyógyász, daczára a vizsgálati eljárások tökéletességének, nem tudja megállapítani; egy mélyebb peritonitikus álszalag, egy epekő vagy kisebb daganat létezése csak a hasmetszés után derül ki, sőt az is megtörténhetik, hogy csak a kórbonecznok találja meg az elzáródás valódi okát. Különösen akkor fordulhat ez elő, ha a belek már annyira elváltoztak, ha az előrement peritonitis oly nagy fokú és oly súlyos elváltozásokat okozott, hogy a tájékozódás a hasüregben igen meg van nehezítve, vagy akkor, ha a bántalmat előidéző ok a sebészet határain kívül fekszik. Így pl. Albrecht közöl újabban két esetet, melyben ileus kifejezett tünetei között állott be a halál és a bonczolat a duodenum elzáródását mutatta ki az arteria mesenterica superior erős megfeszülése és a bélre gyakorolt nyomása következtében. Ide sorolhatók azok az esetek is, midőn az ileus a bél véreinek eltömeszelése következtében állott be. Ilyen, az arteria mesenterica superior emboliája által okozott ileus egy esete volt észlelésünk alatt a 2. számú sebészi klinikumon és itt is csak a bonczolat mutatta ki az ileus valódi okát.

Z. J. 54 éves földműves előadja, hogy 1899. október hó 7-dikén teljes jóllét közepette mezei munka közben hirtelen annyira rosszul lett, oly fájdalmakat érzett hasában, hogy elájult, állítólag elkéült,

úgy hogy haza kellett szállítani. Aznap este, valamint következő nap reggel több ízben egészen véres, híg székürülése volt erős kólikaszerű fájdalmak kíséretében. Ekkor még nem hányt.

Kezelő orvosa a hasat kissé puffadtak, mindenütt, de különösen az ileo-coecalis tájnak megfelelőleg igen nagy fokban fájdalmasnak találta. Székürülése betegnek az október 8-diki véres hasmenés után nem volt és az alkalmazott beöntések eredménytelenek maradtak; szelek sem mentek. A has puffadása és érzékenysége folyton fokozódott, hányás lépett fel, mely azonban csak ételmaradékokból állott, sem véres, sem bélsárszagú nem volt. Láza kezdettől fogva nem volt, sőt a test hőmérséke állandóan subnormalis volt. Fájdalmainak esékentésére többször morphiumbefecskendezést kapott. Állapota folyton rosszabbodván, orvosának tanácsára klinikumunkra szállítottott 1899. okt. 11-dikén éjjel.

Felvételkor a jól fejlett és táplált beteg igen elesettnek találjuk, teste hideg veritékkel borított. Ajkai, valamint ujjhegyei kissé kékesek. Légzése nehéz, tüdőhatárok, valamint a szívtompulat rendes. Szívhangok igen gyengék, alig hallhatók. Pulsus igen arhythmikus, kis hullámú, könnyen elnyomható, száma perezenként 80. Hőmérsék 37.3 C. A has egész terjedelmében egyenletesen előredomborodó. Peristaltikus mozgások szemmel nem láthatók, sem érintésre vagy nyomásra ki nem válthatók; a kopogtatási hang mindenütt kifejezetten dobos, csak a jobb Poupart-szalag felett az ileo-coecalis tájnak megfelelőleg van egy férfitenyérnél valamivel nagyobb terület, mely felett a kopogtatási hang tompult. E tompulat jobb oldalra való fekvésnél nem nagyobbodik meg, bal oldalra való forduláskor nem tisztul fel. A has mindenütt igen fejes; a tompulatnak megfelelő helyen egy körülbelül tyúktojásnyi resistentia tapintható, mely rugalmas, egyenletes felszínű, a nyomás elől kitérni látszik, consistentiáját nem változtatja. Az egész has mindenütt, de különösen a resistentiának megfelelő helyen érintésre igen fájdalmas. Mindkét canalis inguinalis külső nyílása szabad, a köldök normalis. A végbélvizsgálat teljesen negatív eredményt ad. Tenesmus nincs. Vizsgálat alatt beteg gyakran csuklik, többször hány; a hányadék eleinte zöldessárga; nem bélsárszagú, de később olyaná válik. A hányás igen könnyen, minden megeröltetés nélkül történik. Az alkalmazott magas beöntésnél 1.5 liter vizet lehetett a belekbe önteni, de a víz alig néhány perc múlva tisztán jön vissza. Műtétig beteg jezes borogatásokat kap a hasra, a szív működés fokozására két kámfórolaj-befecskendezést és konyhasós infusiót.

A pontos diagnosis felállítása jelen esetben igen nehéz. Egy beteggel állunk szemben, kit teljes jóllét közepette, minden prodromalis tünet nélkül, hirtelen rendkívül erős kólikás fájdalmak lepnek meg; ezután véres hasmenés áll elő, melyet semmi

módon meg nem oldható székrekedés és folytonos, esillapíthatatlan hányás követ. Ez az anamnesis, melynek hűségében, mint-hogy kezelő orvosától halljuk, nincs okunk kételkedni. Az objectiv vizsgálat a has nagyfokú meteorismust és egy az ileo-coecalis tájékon levő resistantiát mutatott ki. Minthogy külső sérvkizáródást egészen kizártnak tekinthetünk, diagnosisunkat *ileusra* teszszük belső bélelzáródás által előidézve. A felvételkor talált objectiv lelet azonban szükségessé teszi, hogy a perityphlitist is kizárjuk, mert ennek lehetősége mellett szól az ileo-coecalis tompulat, melyet egy féregnyújtvány körüli tályognak, és a meteorismus, melyet egy általános peritonitis eredményének tekinthetünk. Ezen tüneteket azonban mindjárt másképp magyarázzuk, ha az anamnesist ismerjük. A bántalom gyors keletkezése, a véres hasmenés, majd a szék- és szélrekedés, valamint a hányás: belső incarcerationnak jellegző tünetei. A talált tompulat az invaginatio vagy a csavarodott bélrészlet helye, a nagy meteorismus a belek bénulás folytán való erős kitágulása, esetleg egy általános peritonitis eredménye. Vajon a belső bélelzáródás melyik fajtájával van dolgunk, hogy volvulus, vagy invaginatio van-e jelen, arra nem igen lehet megfelelni; az invaginatio nagyobb valószínűséggel bír, tekintve a véres hasmenést, mely azt 80%-jában az eseteknek kísérni szokta (Müller).¹ A diagnosis felállításával egyszersmind a laparotomia indicatioja is meg volt adva, melyet Réczey tanár úr október 12-dikén reggel végre is hajtott.

Narcotizálni a beteget állapotára, különösen dispoitójára való tekintettel, nem lehetett és így a műtét cocain-localaesthesiaiban végeztetett. A metszés a talált resistantiának megfelelőleg a jobb Poupart-szalag felett 3 cm.-nyire azzal párhuzamosan történt mintegy 10 cm. hosszúságban. A bél azonban e helyen a hasfallal oly szorosan össze volt növe, hogy bemetszéskor az is megnyitott és belőle nagy mennyiségű hig, sárgás bennék ömlik. A megnyitott bél most *Lembert-Czerny*-féle varratokkal egyesítették és a hasfalról való leválasztása kíséreltetik meg, a mi azonban enyhe húzásra nem sikerül. A látható bélcaesok mind sötétkekes szederjesen elszinesedettek és serosájuk több helyen apró berepedéseket mutat. Hogy tehát a belek gangraenájának oka feltalálható legyen, egy második hasmetszés ejtetik a középvonalban a köldöktől lefelé 8–10 cm. hosszúságban. A metszés folytán láthatóvá lett bélrészlet szín és összeállítás tekintetében az első metszéskor észleltékhez teljesen hasonló; a bélcaesok egymás közt és a hasfallal sokszorosan össze vannak növe; tájékozódás szempontjából az igen erősen kitágult belek szétválasztása és lefejtése lesz megkísérítve, a mely kíséreltet alatt a bélfal több helyen bereped. Látván, hogy az összenőtt belek leválasztása kivihetetlen és hogy az elzáródás helye fel nem található, a has középvonalában ejtett metszés egyesítették és a berepedt vékonybélcaes a Poupart-szalag feletti metszésnél kivarratik. Az elhalt bélrészletek resectiojára azok igen nagy terjedelme miatt gondolni sem lehetett. Kötés.

A delután folyamán beteg többször esuklik, de csak egyszer hányt egy keveset, pulsus kissé teltebb, mint a műtét előtt volt, száma percenként 94. Fájdalmi enyhültek, láztalan.

Október 13-dikán délelőtt kötéváltoztatás. Beteg igen elesett. Pulsus alig tapintható, arythmiás. Kámfor-befecskenés, konyhasós infusio. Hosszas agonia után október 13-dikán délelben 12 órakor beállott a halál.

A végzett laparotomia felállított diagnosisunkat nem igazolta, a mennyiben invaginatio nem találtatott a betegnél. Műtétkor csak annyit lehetett megállapítani, hogy a vékonybelek igen nagy terjedelemben üszkösödöttek, de az elhalás okát feltalálni nem lehetett. E nyílt kérdésre megadta a feleletet a bonczolat (*Pertik* tanár). A bonczjegyzőkönyvnek bennünket közvetlenül érdeklő részei a következők:

Hasüregben megnyitáskor tágult, élénken belővelt savós nyálkahártyájú és az omentum majus-szalag valamint egymással friss genyes rostonyás izzadmány által lazán összetapasztott bélcaesok mutatkoznak, míg a kis medenczében a vékonybelek egész alsó szakasza sötét livid kékes-piros és merevebb falzatú. Douglas-üregből zavaros, véres, borvizeszerű folyadék gyűjthető.

Szív megnagyobbodott mindkét irányban, a csúcs képzéséhez a jobb szív is hozzájárul. Bal visszeres szájadék nem fogadja be a két ujjat, csak a hüvelyket egyedül. A bicuspidalis billentyű két vitorlája hegesen megvastagodott, egymással összenőtt. Az inas hűrok rövidültek, vastagok, hogesek; az egész szájadék tölesérszerűen szűkült. Az aorta és a nagy edények fala sima, fénylő, tükröző. Az omentum majus erősen belővelt, jobb- és lefelé kevés rostonyás genyes izzadmánytól fátvolszerűen takart, különösen ott, a hol a kivarrt bélcaes folytatásával van lazán, rostonyás-genyesen összetapadva. A jejunum elejétől a billentyűig a vékonybelek magartatása a következő.

A jejunum tágult, fel nem metszett állapotban duplán összehajtvá 7 cm. átmérőjű (a mi 14 cm. peripheriának felel meg). A vékonybelek tágulása 225 cm.-nyi részletre terjed. Ettől lefelé a vékonybelek savós hártájja mindinkább intenzívebben belővelt, csakhamar sötét livid kékes,

barnapiros, 7 cm. peripheriával. A bélfalzat megvastagodott, tömött, szinte deszkatapintatú. Az infarcirozott vékonybél terület 210 cm. hosszú, végződik a billentyű felett, az ileumnak mintegy 20 cm. távolban fekvő pontján, azaz az ileum ezen legalsó részletén a bélfalzat ismét puha, deszkatapintatát elvesztette és a hyperaemia a billentyűk felé esőkent.

A vastagbelek mérsékelt puffadtak, savós hártájuk mérsékelt belőveltségű, hártájuk vékonyak, rendez összeállásúak. A kivarrt bélcaes távolsága a billentyűtől 190 cm.

Az arteria mesenterica superiorban 8 cm.-nyire az aortától való elágazódási pontjától barnás-piros, elég száraz, a falzathoz tapadó, 5 cm. hosszú obturáló embolus.

Diagnosis. Insufficiencia valvulae bicuspidalis et stenosis ostii venosi sinistri cum hypertrophia cordis praecipue dextri levioris gradus. Embolus arteriae mesentericae superioris cum infarctu haemorrhagico intestinali ilei, peritonitide subsequente. Laparotomia facta.

A kórboneztani vizsgálat tehát okát adta a belek gangraenájának, melyet megmagyarázni, melynek okát adni nem lehetett még a laparotomia után sem. Ennélfogva mindazok a tünetek, melyeket a betegnél észleltünk, nem belső incarcerationnak, hanem az arteria mesenterica superior emboliájának a tünetei voltak. Az embolus eredete a bicuspidalis billentyű elégtelenségében és a bal visszeres szájadék szűkülésében keresendő.

Az arteria mesenterica superior emboliája nem tartozik épen a legkritikább betegségek közé. Talán alig van hosszabb gyakorlattal bíró kórboneznok, ki ilyen egyéneket ne bonczolt volna: és mégis aránylag csekély a közölt esetek száma és ezeknek is nagy része csak kórboneztani lelet értékével bír, mert életben a megfigyelés tárgyát nem képezte. A legújabb időben kezdtek csak e betegséggel klinikai szempontból foglalkozni; míg *Ziegler*² csak 9 ily esetet ismert, *Nothnagel*³ már 30-ról tesz említést, *Deckart*⁴ pedig 46 esetet tudott az irodalomból összegyűjteni és egyszersmind ő volt az első, a ki ezen betegséggel klinikai szempontból is bővebben foglalkozott azon három eset kapcsán, melyet ő maga észlelt. A bántalmat klinikai szempontból igen alárendelt fontosságúnak tekintették a bűvárok, pedig nemesak a belgyógyászt, hanem a sebészt is közlelő érdeklő a tárgy. A tárgynak különösen azon oldala keltett nagyobb érdeklődést, hogy miként lehetséges az, hogy az arteria mesenterica superior emboliája a belek elhalásához vezet, holott ez az arteria nem is végűtér, sőt sokszoros collateralis összeköttetésekkel bír. Főkép *Kaufmann*,⁵ *Litten*⁶ és *Ponfick*⁷ igyekeztek e kérdésre megfelelni és kimutatták, hogy az arteria mesenterica superior, habár anatomailag nem is az, physiologiailag mégis mint végűtér viselkedik.

Ma azonban, mikor a belső bélelzáródások sebészi beavatkozással gyógyíthatnak, szükségessé válik az, hogy ezen ütér emboliája folytán fellépő klinikai tüneteket azok lehető pontos ismerete folytán meg tudjuk különböztetni a belső bélelzáródás tüneteitől. E czélra nem sok eset áll rendelkezésre az irodalomból, mert azon 46 eset közül, melyeket *Deckart* összegyűjtött, csak kevés értékesíthető czéljainkra a klinikai észlelés hiányossága miatt. A *Deckart* által észlelt három eset közül különösen kettő igen érdekes és tanulságos, mert mindkettő belső incarcerationatio diagnosis miatt műtét tárgyát képezte. E két utóbbi eset röviden a következő:

I. Egy 50 éves asszony már régóta szenved incompenzált szívbajban és e baja miatt 16 nap óta klinikai kezelés alatt áll; az incompensatio tünete visszafelldánek, beteg felkel, midőn hirtelen collapsus tünete között erős hasfájdalmak és hányás lépnek fel; a hányadék ötödik napra bélsárszagú lesz. Hetedik napra erős meteorismus, látható peristaltikus mozgások; a hypogastriumban egy tompa kopogtatási hangot adó, előre domborodó, fájdalmas resistantia. Székletét véres nem volt. Magas beöntés eredménytelen. Belső elzáródás diagnosisal sebészi osztályra tétetik át és a műtét mindjárt végre is lesz hajtvá.

A hasüreg megnyitása után erősen tágult, barnás-vörös bélcaesok esnek elő, melyek annyira szakadékonnyak, hogy érintésre több helyen beszakadnak; hogy ép bélrészleteket lehessen látni és hogy ily módon tájékozódni lehessen, egy második metszés az első felett. De így sem lehet sem egy incarcerationáló gyűrűt, sem más mechanikai akadályt feltalálni. Anus praeternaturalis. Exitus lethalis.

A bonczolat a bal visszeres szájadék szűkülete mellett az arteria mesenterica superior egy főágában, eredésétől 3 cm.-nyire egy obturáló embolust mutatott ki.

II. Egy 40 éves férfinél hirtelen kólikaszerű heves fájdalmak között hányás és hasmenés lépnek fel. E rohamtól kezdve daczára az alkalmazott magas beöntéseknek székletete nem volt. Ileo-coecalis tájékon előredomborodó, tompult kopogtatási hangot adó resistantia. Hányás folyton fokozódik, has puffadt és fájdalmas. Valószínű incarcerationatio miatt két nap mulva laparotomia. Műtétkor egy eltokolt perityphlitikus tályog találtatik; a vékonybelek kisebb fokú elváltozást mutatnak és a

tályog falához többszörösen odanőttek. Leválasztásuk sikerül. Az operatio utáni napon az állapot nem javul; beteg folyton hány és az erős meteorismus esőkkéntesére egy bélkacs megpungáltatik, de a puffadás mégsem esőkként, következő napon két helyen anus praeternaturalis készítettik. Hatodik napon bélsárhányás és halál.

A bonczolat egy régi eltokolt perityphlitikus izzadmányt mutatott ki; ezenkívül az arteria mesenterica superior első oszlása alatt egy obturáló embolus által elzárt. Az aortában igen nagy fokú endoarteritis.

Ezen esetekből, valamint a *Deckart* által közölt esetekből egynehányból elég pontosan körülírható az arteria mesenterica superior embolusa által okozott ileus kórképe. Nagy segítségünkre vannak ennél és az egyes tünetek magyarázatánál *Kader*^s experimentális kutatásai. Nevezett buvár ugyanis a bélelzáródásoknál észlelhető localis meteorismus magyarázatára nagy számú (107) kísérletet végzett állatokon. Egyik sorozatában kísérleteinek a belek bénulását oly módon idézte elő, hogy az őket tápláló vérereket a mesenteriumban lekötötte és ez által ugyanolyan viszonyokat idézett elő, mint a milyenek az érnek embolus által való eltömeszelésekor fenforognak. Ide vonatkozó kísérleteit 5 kutyán és 5 macskán végezte és megfigyelte úgy a belek localis változásait, mint az állatokon észlelhető tüneteket is a lekötés pillanatától egészen az állat haláláig. Kísérleteinél azt tapasztalta, hogy:

1. A lekötés pillanatában a belek igen erősen összehúzódnak, gyöngyfüzeralakot vesznek fel; ezzel egyidejűleg a lekötés következtében az arteria által ellátott bél területén arteriosus anaemia áll elő, feltéve, hogy a vérkeringési akadály nem egyenlítődik ki (a mi kísérleteinél egyszer egy 20 cm.-nyi mesenterium darab lekötése után be is következett). Az ütőeres anaemiát csakhamar visszeres pangás követi, melynek eredménye a bélfal necrosis lesz. 2. A venosus pangás tartama alatt a bélrészet contractio képessége csökken egész a teljes bénulásig. 3. A békult bél falzata rugalmasságát elveszti, megmerevedik, megvastagodik az által, hogy vérsavó ivódik be a bélfal állományába. 4. Vér transsudál úgy a bél ürterébe, mint a szabad hasüregbe. 5. A béltartalom pangása következtében rohadási gázok keletkeznek és gyűlnek meg az illető bélrészletben. 6. A három utóbbi körülmény miatt a belek igen erősen kitágulnak.

Operált állatainál a hányás már rövid idővel a lekötés után bekövetkezett és a halálig tartott, a mi vagy hirtelen egy kólikaszerű rohamban következett be, vagy csak hosszabb agonia után. A hányadék nem, de a székürülés véres volt (egy eset kivételével).

Kader ezen kísérletei megmagyarázzák az embernél észlelt azon tüneteket, melyek az arteria mesenterica superior eltömeszelése következtében fellépnek. Így mint a bántalomra jellegző első tünet itt a kólikás fájdalom, melyet a belek említett olvasószerű összehúzóódása magyaráz. Ezen tünet a közölt esetek mindegyikében feltalálható, hol jobban, hol kevésbé kifejezve; a kólikát kísérő fájdalmak rendszerint igen hevesek szoktak lenni (esetünkben is így volt). *Kocher* is állandóan jelenlevőnek mondja a nagy fájdalmakat, míg *Nothnagel* a kezdeti fájdalomra súlyt egyáltalában nem fektet; egy általa észlelt esetben, a hol egy 40 cm. hosszú ileumdarab üszkösödött, a fájdalom teljesen hiányzott.

A bántalom keretébe vont bélrészlet bénulásának eredménye teljes szék- és szélrekedés, melyet a kezdeti hasmenés előz meg. Az első székletétel véres is lehet, de nem szükségképen. *Gerhardt* és *Kussmaul* a profus véres székletétet jellegzőnek tartják, pedig a közölt 49 eset közül csak 14 esetben van feljegyezve. *Nothnagel* szerint az art. mesenteria superior eltömeszelésének tünetei kétfélék lehetnek: a) diarrhoikus alak, melynél a székletét véres, b) obstructio alak. A közölt esetek és *Kader* kísérletei ezen éles megkülönböztetést nem látszanak igazolni. Igaz ugyan, hogy találunk feljegyezve olyan eseteket, melyekben a diarrhoea a jellegző (*Ponfick*, *Dun*, *Lotroph* és *Cohn* esetei), de csak eleinte; valószínűleg csak addig, míg a bántalmazott vékonybelek összehúzódni képesek; a mint egyszer a bél bénulása kezd kifejlődni, megszűnik a diarrhoea és fellép az obstructio. Hogy eseteket észleltek, melyekben obstructio nem volt, az csak úgy magyarázható, hogy a halál a belek bénulása előtt még a diarrhoikus stadiumban következett be. Viszont olyan eset, melyben a bántalom fellépte után kezdődött az obstructio, a nélkül, hogy

székürülés legalább egynehányszor lett volna, igen ritka; a közlöttek közül csak *Virchow*, *Kaufmann* és *Parensky* esete ilyen, de még ez utóbbi sem nagyon bizonyító, mert a kórbonczatani leletben az embolus fenforgása nincs egész határozottan feltüntetve. A bántalomra jellegzőnek tehát sem a véres diarrhoeát, sem az obstructiot nem tekinthetjük, hanem a kettőt együttvéve oly értelemben, hogy a bántalom kezdetén bő hasmenés van jelen, gyakran véres széklettel, melyet később makaes szék- és szélrekedés vált fel. Már a bántalom kezdetén a hasmenéssel egyidejűleg szokott fellépni a hányás is; *Deckart* nagy súlyt fektet a hányadék véres voltára, azonban azt mindössze csak 6 esetben észlelték; a hányadék különben idővel ugyanoly változásokat mutat, mint a belső bélelzáródásoknál általában: epessé, majd bélsárszagúvá válik.

A bélfalak megkeményedéséből, megvastagodásából és azok nagy fokú kitágulásából, körülírt meteorismusából magyarázható az esetleg feltalálható resistentia, de lehet az transsudatum által okozott is. Ezen transsudatum mennyisége néha igen nagy lehet, úgy hogy kifejezett tompulatot adhat az élőben (*Aronson*, *Ponfick* és *Kussmaul* esetei).

Ha már most ezen tüneteket egyenként figyelembe vesszük, be kell látnunk, hogy közöttük egy sincs olyan, mely ezen bántalmat a belső bélelzáródástól megkülönböztetné; az ileus kórképe a kidomborodó és lényegileg a bántalom nem is tekinthető másnak, mint egy ileus paralyticusnak, a hol a bénulást a tápláló vérerek elzárása okozza.

Differentialis diagnosis szempontjából legnagyobb súlyt eddig a szerzők a véres hasmenésre helyeztek, de a mint láttuk, az az eseteknek csak igen kis részében lépett fel, viszont más okok folytán és más bántalmak kíséretében is felléphet. *Gull* a bélsár görcsői vizsgálatát tartja különösen fontosnak, a mennyiben szerinte emboliánál csakis nyákhártya ezafatokat tartalmaz, míg más bántalmaknál (intussusceptio, volvulus) a bélfal egyéb részeit is. Igaz ugyan, hogy a bélfal valamennyi rétege közül a mucosa szenved a leginkább és a leghamarább az ütérnek elzárása után (fekélyek már igen korán és nagy számmal keletkeznek), de hogy csakis ebbe a rétegbe localizálódjék az elhalás, azt concret esetek nem bizonyítják, de meg nehéz is elgondolni azt, hogy az elhalási folyamat előhaladásával a többi rétegek ne üszkösödjének, nem is szólván azon esetekről, melyekben székürülés egyáltalában nincs, vagy a bántalom kezdeti szakáról, mikor még a belek nyálkahártyája nem üszkös.

Olyan tünet tehát nem lévén, mely egyedül ezen bántalomra jellegző, biztos diagnosit nem fogunk felállítani; de ha hirtelen igen heves fájdalmak kíséretében véres székürülések állanak elő, melyeket makaes obstructio, hányás, majd meg a has meteorismusa követnek és ha ezen egyénél egy incompenzált stadiumban levő szívajt találunk, akkor az art. mesenterica superior emboliájának diagnositát joggal felállíthatjuk.

Igaz ugyan, hogy az emboliának nemcsak incompenzált szívbjaj lehet az oka és viszont, hogy ily egyénél is felléphet volvulus vagy intussusceptio és az embolia tüneteit utánozhatja; de mégsem fogunk sokszor tévedni, ha ilyenkor diagnositunkat emboliára teszszük. Lehetőségére mindenestre gondolnunk kell. A kórisme valószínűségében még inkább nyer, ha embolikus folyamatok más ütőerekben is észleltek (*Moos* esete). „Wenn aber die Darmblutung fehlt, mondja *Nothnagel*, und das Bild des acuten Verschlusses besteht, dann dürfte jede diagnostische Kunst scheitern.“

Mínt hogy a béluterek emboliája által okozott tünetek a belső bélelzáródás tünetehez leghasonlóbbak, könnyen érthető, hogy ezen bántalommal téveszthető össze a legjobban és tényleg a közölt esetek közül 15-ben volt a diagnosit belső incarcerationio; a többi esetek legtöbbszörében diagnosit egyáltalán nem volt felállítva, de előfordult, hogy sérvkizáródással, typhussal vagy mérgezéssel tévesztették össze. Vannak esetek leírva, melyekben a belekre vonatkozó minden tünet állítólag hiányzott.

A mi a bántalom lefolyását és tartamát illeti, az első sorban az eltömült bélterület nagyságától függ, a mi viszont az embolus helye szerint változik. Ha az ütőér közvetlenül eredése helyén záródott el, akkor az egész általa táplált bélterület üszkösödik (a vékonybelek egészen — kivéve a duodenum egy kis

darabját —, a vakbél, a colon ascendes és transversum); ilyen esetet, a hol az üszkösödés ily nagy terjedelmű volt, Kaufmann irt le. A bántalomnak legtöbbször 8, 10, 12-dik napján áll be a halál, csak Howse esetében következett be az a harmadik héten (!), pedig itt az embolus az ütőer legfőbb ágában volt.

A bántalom az esetek túlnyomó nagy többségében halállal végződött, csupán Finlayson, Moos és Kärcher eseteiben állott be a gyógyulás; e három esetnél a diagnosis helyességében meg lehet bízni; az első kettőnél más helyen is voltak előzőleg emboliák (apoplexia, embolia arteriae brachialis és arteriae centralis retinae) incompensált szívbaj következtében, Kärcher betege pedig felgyógyulása után két hó múlva más bajban halt meg és a bonczolat a diagnosis helyességét igazolta. Hogy különösen a bántalom kisebb kiterjedése mellett a gyógyulás nincs kizárva, azt azok az esetek is bizonyítják, hol a bonczolatoknál az arteria mesenterica superior embolus által eldugaszolva találták, de a collateralis keringés az akadályt kiegyenlítette és a beleken változást kimutatni nem lehetett. Virchow és Chiene közöltek ily eseteket.

Még néhány szót a bántalom kezeléséről. Minthogy kisebb területű infarctusnál a gyógyulás lehetősége nincs kizárva és mint-hogy tényleg gyógyult esetek közöltettek, a belgyógyászati kezelésnek megvan a maga jogosultsága. Legtöbbször azonban sebészi beavatkozás tárgyát képezik az ily esetek. A közölt esetek közül belső elzáródás diagnosis miatt 11 esetben volt ez így, de ez a szám valószínűleg jóval kisebb, mint a valóságban. Így Deckart említi, hogy Kocher és Bier is végeztek oly laparotomiát, melyről csak utólag derült ki, hogy embolia képezte a bántalom okát. De feltéve, hogy az emboliát már az élőben diagnostizáltuk, a sebészi beavatkozásnak még ez esetben is megvan a jogosultsága és a végzett műtét a próba-laparotomiánál többnek tekinthető. Miért ne lehetne az infarctusos béldarabot kiirtani, mikor Kocher, Hahn, Koerberle, Schlange és mások 1 m.-nél nagyobb vékonybélrészletet resecáltak maradandó baj nélkül? Természetesen, ha az üszkösödés a vékonybeleknél már oly nagy darabjára terjedt ki, mely a resectiót kizárja, akkor anus praeternaturalis készítésével kell megelégednünk, hogy legalább a kízó meteorismust megszüntessük. Elliot minden ily embolikus ileusnál műtétet ajánl; egy ily esetben műtéttel tényleg sikert is tudott elérni.

Irodalom. ¹ Müller: Belső bélelzáródások. (Belgyógyászat kézikönyve III. k.) ² Ziegler: Lehrbuch der allg. Pathologie 1895. ³ Nothnagel: Handbuch der Krankheiten des Darmes u. Peritoneums 1899. ⁴ Deckart: Thrombose u. Embolie der Mesenterialgefässe. (Mittheilungen aus den Grenzgebiet. der Med. u. Chir. 1899. V. k.) ⁵ Kaufmann: Verschluss der Art. mesent. sup. (Virchow's Archiv 116. k. 1899.) ⁶ Litten: Folgen des Verschlusses der Art. mesent. sup. (Virchow's Archiv 63. k. 1875.) ⁷ Ponfick: Embolie der Art. mesent. sup. (Virchow's Archiv 50. k.) ⁸ Kader: Ein experimenteller Beitrag zur Frage des localen Meteorismus bei Darmocclusion (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 33. k.)

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

Ujabb adatok az újszülöttek haematológiájához.

II. közlemény.

Közli: Schiff Ernő dr. gyermekorvos Nagyváradon.

(Folytatás.)

A mi a kísérlet végrehajtásánál fenforgó részleteket illeti, ugy azok a következőkben állanak.

Első sorban a vérvételt illetőleg itt is ugyanazon elővigyázattal kell élni, mint általában mindennemű érvizsgálatnál, a hol beszúrás által ejtett kis sebnnyílás át kapjuk a vért. Nevezetesen úgy kell beszúrni az ujba — vizsgálataimnál e célra mindig a láb hüvelykujját veszem igénybe —, hogy az ejtett sebből önként s elég gyorsan áramoljék ki a vér, mert ha csak felületesen szúrunk be, úgy a vér lassan, vagy csak nyomásra lesz nyerhető. Előbbi esetben a vér elpárolgás folytán vizet veszíthet, tehát a valódinál concentráltabb lesz, utóbbi esetben pedig a kötőszöveti ürökből nyírk vegyül a vérhez, a midőn tehát már nem a tiszta vér fajsúlyértékét fogjuk nyerni. A beszúráshoz legjobb egy olyan lancettet használni, minő a Fleischl-féle haemometerhez van mellé-

kelve, mert ezzel egy elég nagy hosszanti nyílás ejthető, melyen át a vér megfelelő gyorsasággal s bőségben fog kiáramolhatni. Ez pedig már azért is fontos, mert nem szabad a capillarpiknometert megtöltésével sok időt vesztegetni, egyrészt a fent említett okból s másrészt mert a véroszlop a capillaris cső teljes megtelése előtt megalvad,¹ a midőn természetesen az egész kísérletet egy másik teljesen tiszta capillaris csővel előlről kell kezdeni.

A gyors és pontos meghatározásnak második s lényeges fokelléke a capillarpiknometernek absolut tisztasága. E végből először hígított natronlúggal töltjük meg a capillaris csövet s miután így rövidebb-hosszabb ideig állani hagyjuk, egymásután dest. vízzel, absolut alkohollal és aetherrel jól kimossuk. A capillaris cső belső felülete akkor tekinthető teljesen száraznak, ha sehohsem mutat harmatszerű csapadékot, miután ilyennek jelenléte a meghatározandó vér fajsúlyát negatív irányban fogja módosítani. De fontos ez a körülmény azért is, mert az ilyen capillarpiknometernél a capillaris attractio zavartalanul érvényesül s a vér megfelelő gyorsasággal fog beáramolni, úgy hogy absolut tiszta és száraz capillarpiknometert használata mellett nem lesz szükség arra, a mit Schmaltz² ajánl, hogy t. i. a vérnek a capillaris csőbe való beáramlását beszívás által indítsuk meg, miután így szájkunkból könnyen nedvesség juthat a capillaris csőre, a mi természetesen ismét csak a pontosság rovására fog történni. Nem szabad továbbá a capillaris csőben levő véroszlopnak légbuborék által megszakítva lenni, mert különben az egész meghatározás értéktelen, valamint ügyelni kell arra, hogy a capillaris csőnek a vércseppbe mártott vége külsőleg a reá tapadt vértől alaposan megtisztíttassék. A meghatározás végeztével a véroszlopot a capillaris csőből vagy kifűjük, vagy ha időközben megalvad, vékony sodronnyal távolítjuk el, a midőn azután a capillaris a már említett módon megtisztítjuk s kiszáritjuk.

Hogy a meghatározás módjával szorosan összefüggő és attól elválaszthatatlan eljárás hibát a minimumra redukáljam, vizsgálataimnál szabályszerűen úgy jártam el, hogy minden egyes újszülöttnél valamennyi az első 10 életnapon át fogatosított vizsgálat egy és ugyanazon capillarpiknometernel lett végrehajtva.

Bármily körülményesnek látszik is eme leírás után a meghatározás módja, s így igazoltnak tűnik fel ama felvétel, hogy a direct meghatározási módszer éppen körülményessége miatt kevésbé felel meg a gyakorlat igényeinek: nagyszámú meghatározásaim alapján mégis állíthatom, hogy egy és ugyanazon egyénnél folytonosságban végzett vizsgálatoknál, a hol tehát nagyjában már eleve sejtethem az értékingadozás nagyságát, eme meghatározási mód aránylag rövid időt igényel. A capillarpiknometert absolut súlya ugyanis, valamint az általa befogadható destillált víz súlya többszörös meghatározás segélyével előzetesen megállapítandó állandó értéket képvisel, melylyel mindannyiszor foglalkoznunk nem kell. Ha néhány vizsgálat után nagyjában már ismerjük a vér fajsúlyának szakonkénti értékingadozásait, úgy még mielőtt a vérvételhez fognánk, az előzetesen beállított mérlegre előre felrakhatjuk a súlyokat, miután a várható értékkülönbséget a mérleg lovagjával is megállapíthatjuk, úgy hogy ha a capillaris cső megtöltésében kellően be vagyunk gyakorolva, úgy az egész meghatározás alig igényel egy-két percet.

Kétségtelen az, hogy ott, a hol ugyanazon egyénnél folytatólagosan végzendő vizsgálatokról van szó, a hol tehát az időszaki értékingadozások absolut mértékének megállapítása forog kérdésben, egyedül a direct vagyis piknometrikus módszer alkalmazása jöhet szóba.

¹ Ezt a kellemetlen körülményt különösen az első 1—2 életnapon végzett meghatározásoknál észlelhettem, a mennyiben míg a későbbi életnapok folyamán a capillaris csőbe juttatott vért legtöbbször még a meghatározás teljes befejezése után is könnyen kifűjhattam, sőt néha a függélyes irányba hozott capillarisból cseppekben áramlott ki, addig az első 1—2 életnap folyamán ugyancsak kellett sietnem a vérvétellel, hogy a vér már ezen művelet alatt is a capillarisban meg ne alvadjon, de soha sem maradt folyékony állapotban a meghatározás végeztéig. Tekintetbe véve, hogy nagyszámú vizsgálataim folyamán kellő gyakorlatában voltam annak, hogy valamennyi meghatározást megközelítőleg ugyanazon minimalis idő alatt végezzem, eme körülményből pontos időbeli meghatározások nélkül is azt kell következtetnem, hogy a vér megalvadási ideje az első 1—2 életnap folyamán jóval rövidebb, mint a későbbi napok folyamán. Hogy ez tényleg így van-e, azt alkalmilag végzendő pontos időbeli meghatározások lesznek hivatva eldönteni.

² L. c. 147. l.

I. Az újszülöttek vérének fajsúlya normalis viszonyok között.

A mint már a bevezető részben röviden jeleztem, eme viszonyokra nézve az egész irodalomban csupán *Lloyd Jones* és *Monti* egy-egy adata áll rendelkezésünkre. Ha már ezen egy-két vizsgálaton alapuló átlagos adatok az újszülött vérének fajsúlyára vonatkozólag általánosságban sem lehetnek mérvadók, annál kevésbé ismerhetjük meg azokból a vér fajsúlyának az első életnapokban mutatkozó menetét. Nagyszámú, naponta kétszer az első tíz életnapon át folytatólag végzett vizsgálataim világosan mutatják, hogy a vér fajsúlya az újszülöttnél nemcsak individualiter különböző, nemesak az első életnapok egymásutánjában változó, de ugyanazon napon is az egyes napszakok szerint ingadozó. Egy-két vizsgálati adatot tehát következtetések levonására, sőt physiologiai törvények felállítására felhasználni teljesen jogosulatlan eljárás, annál kevésbé lehet fogosult az ily módon levont szabályokat a kóros esetekben talált leletek összehasonlító mérete gyanánt felhasználni. A ki a vér összetételét különböző szempontból teszi tanulmány tárgyává, annak csakhamar lesz alkalma meggyőződni, hogy a vér fajsúlyát befolyásoló hatányok annyira komplikáltak, hogy részletesebb betekintést a fennálló

alkatrészei megkevesbednek, míg ha ugyanakkor a vérsavó oldott alkatrészei mennyiségileg megfelelően növekszenek, akkor a vér fajsúlyában változás nem fog mutatkozni. A vér fajsúlyának egy egyénnél történt egyszeri vagy kétszeri meghatározása tehát — a mint az pedig a pathologiai viszonyokra vonatkozó közleményekben általánosan látható —, épen semmi különösebb betekintést nem nyújthat a vér elváltozásának lényegébe, a mint hogy csupán csak a vér fajsúlyának meghatározása még folytatólagos vizsgálatoknál is csak megközelítő betekintést enged, ha csak nem bocsátkozunk a vér fajsúlyán kívül egyidejűleg másnemű alkatrészek vizsgálatába is. Addig míg az újszülöttek vérének másnemű viszonyaira vonatkozó folyamatban levő vizsgálataim befejezést nem nyernek, nem is világíthatom meg kellőleg a vér fajsúlybeli ingadozásainak oki momentumait, ámde alkalmat veendek magamnak eme folyamatban levő vizsgálataim eredményeinek közzétételénél, hogy eme kérdésre röviden visszatérjek.

Hogy az újszülöttek vér fajsúlyának menetét kellőleg megvilágíthassam, czélszerűnek találok a vizsgálati adataimból levonható következtetések részletezése előtt ide mellékelni a normalis esetekre vonatkozólag nyert vizsgálati eredményeket feltüntető

A vér fajsúlya az első 10 életnap folyamán normalis viszonyok között napi átlagos értékben.

N é v	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Iszay	—	—	—	—	1:0748	1:0730	1:0735	1:0719	1:0694	1:0652
Dézsai	—	—	1:0750	1:0705	1:0730	1:0710	1:0684	1:0692	1:0703	1:0692
Tóth	1:0751	1:0768	1:0760	1:0701	1:0795	1:0695	1:0639	1:0705	1:0670	1:0670
Nagy	1:0752	1:0745	1:0720	1:0720	1:0714	1:0670	1:0692	1:0745	1:0686	1:0736
5 Löwy	1:0778	1:0696	1:0675	1:0656	1:0696	1:0644	1:0641	1:0672	1:0603	1:0586
Juhász	1:0814	1:0760	1:0761	1:0713	1:0752	1:0743	1:0719	1:0710	1:0687	—
Házi	1:0713	1:0663	1:0628	1:0667	1:0632	1:0607	1:0625	—	1:0592	1:0565
Citrom	1:0668	1:0661	1:0607	—	1:0609	1:0643	1:0625	1:0587	1:0567	1:0579
Nagy R.	—	1:0774	—	1:0773	1:0728	1:0721	1:0628	1:0685	1:0727	1:0533
10 Mózes	1:0748	1:0771	1:0750	1:0705	1:0754	1:0775	1:0691	1:0678	1:0677	—
Kovács	1:0825	1:0762	1:0766	1:0770	1:0695	—	1:0761	—	—	—
Aron	1:0836	1:0795	1:0792	1:0783	1:0761	1:0705	1:0671	1:0705	1:0679	1:0705
Nagy P.	1:0677	1:0636	1:0605	1:0606	1:0618	1:0636	1:0593	1:0582	1:0638	1:0618
Szepessy	1:0770	1:0757	1:0666	1:0685	1:0703	1:0678	1:0660	1:0687	1:0642	1:0655
15 Márton	1:0748	1:0720	1:0748	1:0694	1:0713	1:0677	1:0695	1:0648	1:0686	1:0641
Klein	1:0780	1:0868	1:0800	1:0787	1:0744	1:0786	1:0752	1:0731	1:0704	1:0677
Hóra	1:0895	1:0774	1:0786	1:0748	1:0763	1:0688	—	—	—	—
Makleid	1:0855	1:0784	1:0775	1:0757	1:0766	1:0749	1:0766	1:0740	1:0722	—
Kovács	—	1:0783	1:0792	1:0792	1:0748	1:0757	—	1:0751	1:0688	1:0714
20 Juhász	1:0838	1:0739	—	1:0748	1:0722	1:0712	—	1:0713	1:0659	1:0651
Márkus	—	1:0852	1:0817	1:0740	1:0740	1:0723	1:0723	1:0723	—	1:0809
Szédel	1:0811	1:0775	1:0766	1:0740	1:0749	1:0731	1:0713	—	1:0748	—
Szabó	1:0809	1:0731	1:0731	1:0792	1:0818	1:0791	—	—	—	—
Nemes	—	1:0774	—	1:0869	—	—	—	—	—	—
25 Pataki	1:0757	1:0747	1:0793	1:0766	1:0721	1:0713	1:0713	1:0677	1:0668	1:0650
Hajdú	1:0641	1:0677	1:0659	1:0624	1:0650	1:0688	1:0581	1:0560	1:0553	1:0560
Szűcs	1:0686	1:0646	1:0673	1:0643	1:0628	1:0662	1:0680	1:0680	1:0654	1:0686
Beke	1:0720	1:0622	1:0633	1:0640	1:0640	1:0660	1:0667	1:0667	—	—
Kovács	1:0810	1:0795	1:0731	1:0731	1:0774	1:0740	1:0688	1:0671	—	—
30 Rigó	1:0686	1:0749	1:0757	1:0720	1:0800	1:0733	—	—	—	—
Micsek	1:0740	1:0720	1:0733	1:0707	1:0773	1:0740	—	—	—	—
Kiss	1:0740	1:0834	1:0809	1:0740	1:0723	1:0765	1:0740	1:0731	1:0723	1:0637
Horváth	1:0666	1:0673	1:0699	1:0627	—	—	—	—	—	—
Középérték:	1:0760	1:0741	1:0727	1:0721	1:0724	1:0709	1:0683	1:0686	1:0663	1:0652
Esetek száma	27	31	29	31	31	30	25	24	23	20

viszonyok magatartásába csak rendszeresen végzett folytatólagos vizsgálatok nyújthatnak. A vér mint olyan nem egy egyszerű folyadék, de nem is oldat; egyik oldalon áll annak folyadékrésze, mely a maga részéről organikus és anorganikus alkatrészeket foglal magában, a másik oldalon állanak a vörsejtek, melyek a vérplasmában mintegy suspendálva lévén, ugyancsak organikus és anorganikus alkatrészeket zárnak magukba. Úgy a vörsejtek — plasma —, mint a vörsejtek külön-külön nemesak mennyiségileg, hanem a bennük foglalt alkatrészek mennyisége s minősége szerint változó mértékben fogják az összes vér fajsúlyát befolyásolni. A vér víztartalmának a csökkenése az oldott alkatrészeknek, valamint az alak-elemeknek mennyiségi és minőségi változása nélkül a vér fajsúlyának emelkedését fogja maga után vonni, míg ha egyidejűleg az oldott alkatrészek mennyisége is csökken, akkor a vér fajsúlyának emelkedése ki fog maradni. Hasonlóképen alá fog szállani a vér fajsúlya, ha a vér alakelemeinek száma egészben vagy azok vegyi

táblázatot, megjegyezvén, hogy az ezen táblázatban foglalt egyes számadatok a reggeli és esteli vizsgálatnál nyert egyes vizsgálati eredmények középértékét képviselik. (L. tábla.)

Ha végig tekintünk az eme táblázatban foglalt számsorokon, úgy azonnal feltűnik azon körülmény, hogy a vér fajsúlya az első tíz napi időszak alatt szembetűnő ingadozásokat mutat. Eme ingadozás nagyban és egészben két irányban mutatkozik; egyrészt t. i. azt látjuk, hogy a vizsgálati adatok abszolút értéke egyéneként változó, másrészt, hogy változó ugyanazon egyénnél az egymást követő életnapok szerint. Az individualis értékingadozások látszólag nem mutatnak semmiféle szabályszerűséget, ellenben a napok egymásutánjában mutatkozó értékingadozások már az egyes esetekben is bizonyos szabályszerűséget árulnak el, a mely abban áll, hogy az átlagos napi értékek az első életnaptól kezdődőleg a vizsgálati időtartam végéig fokozatosan csökkennek.

(Folytatása következik.)

Adatok a gaultheria-olaj hatásához 112 eset kapcsán.

Közli: *Rottenbiller Ödön* dr. operateur, trencsén-teplézi uradalmi fürdőorvos.

(Folytatás.)

Bármennyire érdekeseznek is találjuk ezen kísérleti adatokat, különösen pedig a húgysav és phosphorsav mennyiségének megszorodását a készítmények adagolása után: ma még kevésbé értékesíthetők ezek, hiszen hiányzanak még pontos, megbízható anyagcserevizsgálatok, főleg a leukocyták¹ magatartását illetőleg. Kétségtelen, hogy mérsékelt leukocytosis jelen van, de hogy a húgysavmennyiség miért szaporodik meg oly tetemesen ezen fertőző betegségnél, míg azt ilyen mérvben és módon más fertőző bajoknál nem láthatni — legalább eddig nem —: ez egyelőre nyílt kérdésnek tekintendő.

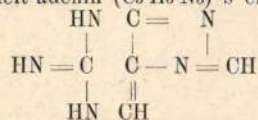
Említettük már, hogy a salicylsavas készítményeknek *specifikus hatását* magyarázni igen, de megérteni, illetve egész határozottsággal bizonyítani nem tudjuk. Sajátságos, hogy ez a specifikus hatás például pyaemia-nál már nem mutatkozik, jóllehet a sokizületi loboknál, főleg a heveny fertőzőknél majdnem mindenkor beáll.

Nem lehetetlen ugyan analogiai hatás, csak úgy, mint azt a chininadagolás a malaria plasmodiákkal szemben igazolja, bár éppen a natrium salicylicum bakteriumölő képessége elenyésző csekély; de végre az sem lehetetlen, hogy, a miként bizonyos toxinok, serum stb. a szervezetbe jutva az izületi csúzhoz hasonló megbetegedéseket hozhatnak létre: akként indifferens, eddig ismeretlen vegyi anyagok a már bejutott ártalmas anyagok hatását csökkenteni, esetleg egészen megsemmisíteni is képesek.

A salicylsavas natrium sok előnnyel bír a salicylsav felett. Csodálkozhatunk-e így azon, hogy a hozzáfűzött várakozásnak sok tekintetben megfelelően, specifikus hatásának hírére diadalmas útjában mi sem tartóztathatta fel többé!

Kellemetlen mellékhatásai közül sem a különféle bőrkiütések (erythemák [exsudatioval járó e. papulosum], urticaria, dermatitis vasculosa, d. buliosa, d. pemphigoidea, d. purpura, herpes labialis, miliaria rubra), sem az alkalmazásánál látott collapsusszerű tünetek, de még a fenyegető salicyl-dispnoë, kellemetlen gyomorjelenségek, emésztési zavarok, fülzúgás (esetek 54—60%-a),² nehéz hallás,

¹ *Kobert* „Lehrbuch d. Intoxicationen“ cz. művében (Stuttgart, Verlag v. Enke, 1893. 735—736. o.) megemlíti a *húgysavas* autointoxicációt, s méregtani szempontból is kutandónak véli a húgysav képződésének helyét és módját. Idézi *W. v. Schrödert*, ki madaraknál a májban kereste és találta meg a húgysav képződésének helyét, de már ő is oda nyilatkozik, hogy emlősöknél és az embereknél is másutt kell keresnünk. *Rohland* és *Schurz* vegyi úton biztosan kimutatták, hogy anaemiánál, illetve leukaemiánál a húgysav mennyisége megszorodik s így a leukocytákkal való összefüggést is hangsúlyozták. *Ebstein* egészen más eszményből kiindulva azt követeltette, hogy a húgysav képződésének legfontosabb helye a csontvelő, oly szerv, mely javarészen leukocytákból áll. *Horbaczewsky* lépéseket segítségével xanthinből és hypoxanthinből — extra corpus! — előállított húgysavat; ezt az eredményt igazolták *Schmidt Sándor*-nak és tanítványainak kísérletei. Nem kevésbé érdekes, hogy *Kossel* és tanítványai a leukocyták magjából egy a húgysavhoz vegyi tekintetben nagyon rokon anyagot voltak képesek előállítani, a melyet ők nucleobasinnak neveztek el. Miután *Mach* kísérleteivel beigazolta, hogy a hypoxanthin oxydatiójával (a kakasnál) húgysav áll elő, ma már határozottan állíthatjuk, hogy a húgysav a madaraknál csakúgy, mint az emlősöknél, két egymástól lényegileg különböző helyen képződik (l. u. o. 724. oldal). Az egyik hely valószínűleg a máj, a másikat még (pontosabban) nem ismerjük. Megannyi xanthincsoportban megtaláljuk a radical adenyl C₅H₄N₄-et. Az adenyl imid, a Kossel által (állatokban és növényekben) meglett adenin (C₅H₅N₅) s ennek *Horbaczewsky* szerint a szöveti képlete



tanulságos, mert C láthatólag kétszeresen van az N-hez kötve. Az adenin szétesésénél a cyan-csoport áll elő, mely viszont a nem oxydált S-el rhodankaliumot ad. Érdekes, hogy *Braylants* szerint minél intenzívebb a húgysavképződés, annál kevesebb a kimutatható rhodankalium.

² *Kirchner* (Berl. klin. Wochenschrift 1881, 726. o.) kimutatta állatkísérleteivel, hogy az állatoknál is erősen hyperaemias és fénytelen, ecchymosisokkal borított a dohártya. A labyrinth megnyitása után a vestibulumban és a kengyel körül intenzív vörös elszíneződés látható, sőt a csigának endo- és perilymphája is vörösen elszíneződött. Embereknél napi 60—90 gm. elfogyasztása után (napi 7—10 gm.-os adagok mellett) dohártyavastagodások és dohártya fénytelen mivolta nem ritkaságok többé. A francia *Seé* (l. Union médicale 1877, 770. l.) éppen a hallóideg direct izgatásából magyarázza az összes tüneteket.

súlyosabb esetekben cerebrális tünetek, a mulólag fellépő glycosuria, albuminuria, vesékből és genitáliákból eredő súlyos vérzések, vérzések orrból (esetek 30%-a), szájból, továbbá gyomorból és belekből, a közölt aphasia-esetek és motorikus zavarok, a tonikus görcsök, sőt eclampsia és abortus-esetek¹ sem voltak képesek alkalmazását sok ideig korlátozni.²

S mégis ama körülmény, hogy folyton újabb és legújabb pótszerei kerülnek forgalomba, ama körülmény, hogy bel- és külföldi vegyi gyáraink egymást iparkodnak újabb és hatásosabb salicyl-pótszerekkel túllícitálni, legjobban igazolják, hogy specifikus jellege dacára, sokszor cserben hagy.

S hogy kártékony mellékhatásain kívül halálos mérgezésekhez is vezetett már relative igen kicsi adagok mellett, erre vonatkozólag szabadjon megemlítenem *Seiler*³ esetét, kinek betege 5 gm. elfogyasztása után 2 nap alatt elhunyt a salicyl-mérgezés következtében. *Goodhart*⁴ 3.6 gm. elfogyasztása után, *Philpot*⁵ 2.4 gm. bekeblésétől, *Abeles*⁶ meg éppen 0.7 gm. után látott halálos intoxicációt. Igen érdekes *Hampeln*⁷ esete is, mely súlyos intoxicatiohoz vezetett, halálozás nélkül. *Hampeln* betege 22 nap alatt 120 grammot fogyasztott a salicylsavas natriumból, a nélkül, hogy bármi káros hatást is látott volna, s mégis folytatólag, további 6 hét után napi 3.5 gm. adagolás mellett (az előbbi 5.5 gm.-mal szemben!) igen súlyos megbetegedés állott be.

Hosszú, igen hosszú listája lenne a salicylsavas készítmények okozta mérgezéseknek, ha a salicylsavszedte áldozatokat is mind fel kellene sorolnom.

A legtöbb hazai és külföldi bűvár megegyezik abban, hogy a *salicylsavas natrium* majdnem teljesen hatástalan a sokizületi gyulladás idült alakjainál. Midőn ezt felemlítem, elérkeztem fejtegetéseim során oda, hogy miért alkalmazom és alkalmaztam — oly kiváló előszeretettel — sokizületi, fertőző izületi gyulladásban szenvedő betegeimnél, szám szerint 122-nél, kivétel nélkül a *gaultheria-olajat*?

Mindenekelőtt szabadjon felemlítenem, hogy a készítményre, melyet *Hazslinszky* helybeli gyógyszerész hoz forgalomba, *Eisler* poliklinikai rendelő főorvos révén lettem figyelmes. Magam is, s ezt kartársaim közül többen tudják, huzamos ideig, közel 3 évig szenvedtem sokizületi gyulladásban. Sajnosan tapasztalnom kellett önmagamon is a salicylsavas natrium hatástalan voltát, de egyben annak összes kellemetlen gyomortüneteit is! Ha még hozzáteszem, hogy a salicylsavas natrium hosszú időn át tartó szedésétől valószínűs idiosyncrasia fejlődött ki bennem, s ha megemlítem, hogy csupán a morális depressio, a végtelen testi és lelki bágyadság, állandó fülzúgás, s egy, az idők folyamán hasonlóan az alkohol élvezetével járó s önkéntelen izomrángásokból álló tünetesoport árán tudtam magamnak fájdalomtól mentes napi időszakokat biztosítani, bizonyára természetesnek fog látszani t. kartársaim előtt, hogy azóta szívesen adagolom minden arra szoruló betegemnek azt a készítményt, mely még ú. n. chronicus esetekben is mindenkor prompte bevált, *cserben sohasem hagyott*, s a mellett semmiféle fennebb jelzett kellemetlen tünettől nem járt. Úgy gondolom, hogy ezen előzmények után, saját magamon három hónapon át

¹ Utóbbi időben felhalmozódnak ilyen esetek. Igen érdekesek *Wacker* esetei (Centrabl. f. Gynaekologie 1899. 39. sz.). Két II. illetve IV. hónapban terhes anyánál napi 3 gm.-os adagok abortust idéztek elő. Ugyancsak ő ír le halálos vérzést a genitáliákból post partum az 5. napon (l. ugyanott). Érdekes, hogy állatoknál sem a salicylsav, sem a salicylsavas natrium nem idéznek elő ilyen hatásokat.

² *Lehmann* (Archiv f. Hygiene, 1886. V., 4. füzet) foglalkozik azzal a kérdéssel, vajjon kártékony-e a szervezetre az élelmi szerek és élvezeti cikkek conserválására használt salicylmennyiség? $\frac{1}{2}$ grammot sok folyadékban ártalmatlannak tart, míg ezzel szemben a francia „Comité consultatif d'hygiène publique“ szerint igen is ártalmas már ez a mennyiség is, mert a salicyl már ilyen adagokban is előmozdítja a légenyartalmú anyagok szétesését! *Lehmann* sörben fogyasztotta el a megállapított s ártalmatlannak látszó adagokat. De az ő kísérleti emberei egészséges emberek voltak. Ne feledjük azonban, hogy hány látszólag egészséges ember iszik sört, kiknél máris vesevérbőség vagy egyéb vesebeli, s talán egészen jóindulatú folyamat van jelen; itt és ezeknél a cumulativ hatás okvetlenül kártékony leend.

³ Jahresberichte d. Ges. f. Nat. u. Heilk. in Dresden, 1876. okt. junius, 158. o.

⁴ Brit. med. Journal 1880. január 24. 130. o.

⁵ The Lancet 1877. II., október 27. 637. o.

⁶ Medical Times and Gazette 1877. január 13. 44. o.

⁷ Petersb. med. Wochenschrift 1885. 33. sz., 281. o.

kipróbálva az ajánlandó szert, áttanulmányozva az eddigi irodalmat, s látva alkalmazási módját több newyorki kórházban is, a szerénytelenség vádjá nélkül referálhatok eddigi gyógyeredményeimről.

* * *

A *Gaultheria-olaj* a *Gaultheria procumbens* nevű növénynek ható anyaga. Előfordul azonban még a *G. humilis* Salisb., a *G. repens* Ref., a *G. Shallon* Pursh, a *G. hispidula*, a *G. leucarpa* és a *G. punctata* válfajokban is. Azonfelül a *Betula lenta*,¹ a *Spiroca ulmaria* és az *Andromeda Lechen aulthii*-ban. Különböző nevek alatt kerül a kereskedésbe: *thé du Canada*, *Palommier*, *ou de terre Neuve*; *thé rouge*; *Postridge berry*, *chaque berry*, *box berry*, *moutain tea*, *Oil of Wintergreen*.

Maga a növényke kis, kúszó 10–15 cm. magas bokor, az Ericaceák családjába tartozik s Észak-Amerikában, Terre-Neuveben, s a Saint Pierre et Miquelon szigetek hegyhátaiban honos. Törzse rövid, ágacskaik vörhenyesek, szőrtelenek. Levelei 3–5 cm. hosszúak és 2–8 cm. szélesek, tojásdadok, csücsökös, finoman csipkézettek vagy fűrészelték, halványzöld színűek, aljuk felé kissé vörhenyesbe játszó. Virágai szép élénk pirosak vagy fehérek, magányosan vagy hármával, esetleg ötösével is váltakozók. Hímzősek. A kehely harangalakú, biborvörös, végén háromszögletű. A virágok igen kellemes, balzsamos, vaniliára emlékeztető szagúak, s kellemes illatukat szárított állapotban is megtartják. A virágok s a levelek szétmorzsolásakor ez a szag határozottan érezhető.

A növény törzse és levele ágacskaikkal keverve, erősen összepréselve, parallelipedikus kalácsokban kerül forgalomba.

Droelle szerint analysise a következő:

Illó olaj	0.50
Viasz és gyanta	2.50
Aetherben oldott gyanta	2.15
Chlorophylle (arbutine, tannin, ursoné) nyomokkal	2.75
Tannin	5.45
Chlorophylle, arbutin és éricolin	3.80
Gummi	2.90
Glycose és dextrose	3.56
Organikus savak	3.25
Albuminoidok	4.50
Pararobine	2.20
Nedvesség	8.00
Hamu	4.20
Cellulose	45.55
Veszteség	6.35

Az olaj színtelen (levegőn állva vöröses), kellemes, átható szagú. Sűrűsége 1.17. Igen jól oldható alkoholban. Vizes oldata élénkpiros színű az oldható vastartalmú sóktól.

Az *amerikai gyógyszerkönyv*² előírása szerint 170° F.-re (80° C.) hevítve nem szabad megváltoznia, színtelen kell hogy maradjon, akár csak az alkohol vagy chloroform. 5 csepp olajnak 5 csepp HNO₃-mal elegyítve nem szabad erősen megvörösdnie, sem sötétvörös színben megszilárdulnia, mert különben sassafras-szal van hamisítva, illetve fertőzve.

Ma már az olaj nagyban szintetikus úton is előállítható, a kettőt (a természetes az előállítottól) megkülönböztetni bajos. Talán — és gyakorlatilag (eltekinthető az állatkísérlettől!) egyedül — értékesíthető megkülönböztetés a vízzel való összerázás. Ilyenkor a természetesen sajtolt azonnal elkülönül, míg a szintetikus előállított hosszabb ideig színes emulsiót képez.

¹ *Pettigrew* szerint (1883) az oleum betulae lentae tisztán methylsalcylsavból áll és terpeneket nem tartalmaz, míg az oleum gaultheriae-ben van 30%.

² „Oleum Gaultheriae, Oil of Gaultheria, Oil of Wintergreen. A volatile oil distilled from Gaultheria. A colorless, yellow or reddish liquid, of a peculiar, strong and aromatic odor, a sweetish, warm, and aromatic taste and a slightly acid reaction. Sp. gr. about 1.180. It is readily soluble in alcohol. When heated to about 80° C. (170° F.) the oil should not yield a colorless distillate, having the characteristics of chloroform or of alcohol. On mixing 5 drops of the oil with 5 drops of nitric acid, the mixture should not acquire a deep red colour, and should not solidify to a dark red, resinous mass.“

(Folytatása következik.)

Közlemény a székesfővárosi szent János-kórházból.

Az orrkagyló-hypertrophiák gyógykezeltése.

Polyák Lajos dr. főorvostól.

(Vége.)

Ha a műtét után utóvérzés lép fel, úgy az többnyire a a cocainhatás megszűntével, 1–2 órával a műtét után szokott jelentkezni. Ezért én a beteget műtét után nemsokára haza küldöm, a kórházban pedig a kevésbé intelligens elemeket néhány órára ott tartom azon utasítással, hogy néhány óráig nyugodtan hanyatt fekdjenek, a horizontalis fekvés lévén itt is, mint az orrvérzések legtöbb esetében, a legjobb segítség. A vérzés az esetek nagyobb felében legfeljebb annyi, hogy a tampon és jodoform által izgatott orrnyákhártya bő serosus váladékot választ el, mely a sebváladékkal keveredve, rózsaszín savó alakjában itatja át mellül a tampont és szükségessé teszi, hogy a tampon védelmére mellül az orrnyílásba helyezett vattagomoly gyakran kicseréltessek. Ha erősebb a vérzés, akkor az mindig hátrafelé a choanába szokott történni, rendszerint a hátsó kagylóvégből, melyet a tampon természetesen nem komprimálhat oly mértékben, mint az elülső részeket. Ilyen vérzés esetén is nyugodtan hanyattfekve marad a beteg, a hátra csepegő vért kiköpi egy szája elé tartott kendőbe, vagy pedig többnyire nyugodtan le hagyja folyni a garaton át az oesophagusba.

Előre soha sem számítható ki, hogy melyik beteg fog a műtét után erősebben vérezni és ezért célszerű mindegyiket el látni a kellő utasításokkal. Konstatálom azonban, hogy a 101 ilyen műtét közül, melyet két év alatt végeztem, erősebb vérzés csak hat esetben fordult elő és ezek közül csak egy volt olyan, mely a beteget annyira nyugtalanította, hogy értem küldjön, de az is megszűnt, mire odaértem. Még azon néhány kezdeti esetben is, a hol a tampon hátraesésűsása és kihúzása után a vérzés erősebben indult meg, hanyattfekvés mellett egy órán belül megszűnt.

A további kezelést illetőleg eltértem attól a szokástól, melyet a legtöbb publicatióban olvastam, t. i. nem szedem ki a tampont 24 óra múlva. A legtöbb szerző ugyanis attól fél, hogy a hosszabban fekvő tampon genyretentiora és sinuscomplicatióra vezethet, ezért a tampont 24 óra múlva kiveszi, mire erős vérzés indul meg és ő kénytelen a most nem is cocainozható beteget egy új tamponnal megkínózni. Ha a beteg érzékeny, akkor néha egy hétig minden nap átesik ezen a torturán, melynek értelmét találni nem tudom. Mert ha abban az orrban előzetesen nem volt genyedés, akkor az én aseptikus műtét után rendszerint még kevésbé lesz, felesleges tehát a sebet addig háborgatnom, a míg az átmetszett véredények obliteratioja nem consolidálódik, annyival kevésbé, mert a sarjadzás és a sebgyógyulás az első napokban tampon alatt sokkal szebben indul meg, mint a nélkül, a pörk alatt. Ha pedig tényleg fellépne genyedés, a mire esetet oly orrban, a hol előzőleg nem volt, még eddig nem észleltem, akkor is elég időm van az állandóan észlelt beteg tamponját akkor kivenni, ha a genyretentionnak első esékely tünetei jelentkeznek, fejfájás vagy kis hőemelkedés alakjában. De ismétlem, ilyen esetem nem fordult elő, ezért én a tampont eleinte három, most már többnyire 4–5 napig hagyom az orrban fekdni, annyival inkább, mert az a betegnek az első 24 óra után, a secretio megszűntével, további kellemetlenséget nem okoz.

A műtett esetek közt olyanok is vannak, a hol sinusgenyedések is előfordultak complicatio gyanánt. Ilyenkor sem távolítottam el a tampont teljesen, hanem azt úgy helyeztem el, hogy 24 óra múlva a középső orrjáratban meglázhassam, mire a genyefolyás mellfelé akadálytalanul ment végbe.

A tampont tehát a 3-dik, de többnyire csak a 4-dik vagy 5-dik nap elteltével távolítottam el és ilyen elővigyázat után erősebb vérzést a tampon eltávolítása után egy esetben sem észleltem. A tampon kihúzása után kifuvatam az orrt, néha jön pár csepp vér, többnyire nem; közvetlenül ezután pedig xeroformot fúvok a sebfelületre, a beteget hanyattfektetem és egy óráig tartom ott ellenőrzés végett, ezután hazaeresztem azon utasítással, hogy még néhány óráig hanyatt fekdjenek és orrát csak éjszakára — a meddig már erős pörkök képződtek — fuvhatja ki.

A további gyógyulás most már pörk alatt genyedés és sarjadzás útján következik be. Az orr tisztántartása végett a beteg

orrmosásokat használ reggel és este langyos bőrvízzel, esetleges túlsarjadzásokat pedig, melyek néha a lemetezett csontszéleken képződnek és egészen puhák, egy vattagomolylyal törlek le, a helyet trichloreccetsavval érintve. A teljes elhagedés rendszerint a műtétől számítva 3 hétre következik be.

Mintán a kagylóhypertrophia rendszerint kétoldali folyamat, egy ülésben csak az egyik oldalt kell operálni, mert különben a beteg a sok cocain és izgalom miatt a második műtétnél képtelen nyugodtan tartani. Cél szerű a második műtétet csak az első után 8–10 nappal végezni, ez már mindig könnyebben elviselhető a betegre nézve, mert legalább az operált orr szelel már, holott első ízben mindkettő el volt dugulva, az egyik a tampontól, a másik pedig a szomszédos izgalom folytán fokozódott kagylóduzzanat folytán.

Ha ezek után az elmondottakat összegezem, azt kell mondanom, hogy azon nagyon ritka esetek kivételével, a hol edző szerekkel is kijövünk, a duzzadó rhinitisnél a galvanocaustika, hypertrophiák esetén pedig kizárólag a véres műtét az ideális eljárás. A mit az utóbbi eljárásnak hátrányul rónak fel, az inkább csak a papíron szerepel, a gyakorlatban pedig elkerülhető vagy pedig nem több, mint más kevésbé alapos és mégis kellemetlen eljárásnál. Így a vérzés, ha élünk a szokott cautelákkal, haemophil egyéneket nem operálunk és a tampont jól helyezzük el, komolyabb complicatiót nem fog okozni. Az egyedüli rossz oldala az eljárásnak a tamponade, mely az esetek nagyobb felében kellemetlen a betegnek, de erre épen a vérzés elkerülése végett van szükség és másrészt azt kell mondanom, hogy semmivel sem rosszabb a galvanocaustikát követő reactionál, a melynél az illető orrfél szintén eldugul és a féloldali fájdalmak szintén fellépnek. Ellenben a véres műtét után igazi fejfájás sokkal ritkább, mint a galvanocaustikánál, és secundaer tonsillitisek is ritkán közölköttek, én magam egyet sem láttam; hőemelkedés a műtét után nem szokott bekövetkezni és a hol nem volt előbb genyedés, ott, ha tisztán operáltunk, később sem lesz, ellentétben a galvanocaustikával, a mely után úgy hőemelkedések, mint genyes complicatiók — természetesen itt is inkább csak az ügyetlenül végzett égetések után — sürűn vannak közölve.

Előnye ezzel szemben az eljárásnak a gyors és alapos munka, mert egy orrt egy ülésben teszünk szabaddá, továbbá az, hogy míg a caustika hatását pontosan kiszámítani nem lehet, itt csak annyit távolítunk el, a mennyi szükséges; maga a reactio csekély, mert az orr közvetlen a tampon kivétele után jól szelel, míg caustikánál a duzzanat által okozott szűkület néha csak 14 nap múlva szűnik meg, továbbá a gyógyulási tartam itt három hét, míg alapos caustikánál erre 5–6 hét szükséges, és végre az a körülmény, hogy itt a recidiva jóformán ki van zárva, caustikánál pedig az néha egy év alatt is bekövetkezhetik, bár lege artis végzett beavatkozásnál ott is elkerülhető.

Komolyabbnak látszik az a kérdés, hogy akár caustika, akár pedig ilyen véres műtét által az elégetett vagy eltávolított nyákhártyafelület vesztesége nem jár-e valamelyes káros következménnyel? Bátran mondhatjuk, hogy nem, mert olyan nyákhártya vétetett el, mely mint túlproductio (hypertrophia) úgy is felesleges volt, sőt nagyfokú degenerált kehelysejt tartalma folytán káros hypersecretiót okozott, eltávolítása tehát szükséges is volt. A másik kérdésre, hogy a képződő heg nem okoz-e zavart, hasonló a felelet, mert erre a hegre részint rákapaszkodik a nyákhártya, részint pedig azt a zsugorodás alkalmával minden oldalról magára vonja, úgy hogy egy idő múlva a felületen nincs heg, ott mindenütt csillószőrös hám van és csak a mélyben találunk heges kötszövetet. Sőt még galvanocausticánál is hasonló a folyamat, ha nem túlnagy felületek lettek elpörkölvé, hanem submucosus vagy barázdáégetés történt. Nem állanak meg továbbá azok az ellenvetések sem, hogy túlságos tág orrüreg képződik, mely állandó pörkképződésre és ozaenára vezethet. Pörkképződés beszáradt genyet jelent, a melynek valahonnan jönnie kell; hogy miképpen jöhetne az csak az által létre, hogy az orrüreg tágabb, előttem érthetlen. Hiszen annyi tágnak született orrt látunk, melyben sohasem képződik pörk. Épp ilyen nonsens az ozaena kérdése is. Nem feladatomban e helyen az ozaena még minden irányban nem tisztázott aetiologiáját fejtegetni, elég ha azt említem meg, hogy az ozaena elnevezés, mely egyetlen tünet, a

büzös pörkképződés alapján annyi különféle folyamatot takar, reméljük, már nem lesz hosszúéletű; azt már tudjuk, hogy a lueses alaktól eltekintve, a legtöbb ú. n. ozaena-eset nem más, mint egy góczgenyedés, mely az alapbántalom megszüntetésével sokszor gyógyítható és csak ritkák az esetek, a hol állítólag az egész orrfelület secretioja okozza a pörkképződést. Ehhez tehát a kagylónyákhártya partialis eltávolításának semmi köze. Épp oly kevésbé áll meg az ellenvetés, hogy a tág orr garatszáragságot és pörkképződést okozhat, alapos vizsgálat minden ilyen esetben ki fogja mutatni, hogy a panaszolt állapot oka geny hátrafolyása a garatba, akár egy melléküregből, akár pedig a recessus pharyngis mediusból, de semmi esetre sem a kagyló resectio folytán.

Különbén is az az operált orr később nem marad oly tág, mint közvetlenül a műtét után, mert mindazon esetekben, melyeket egy évvel műtét után alkalmam volt látni, azt találtam, hogy az orr, bár hypertrophiának nyoma sincs, túltág voltából vesztett a kagyló regeneratioja folytán. Hogy itt nem recidiváról volt szó, azt bizonyítja a sonda által benyomható duzzanatok hiánya és az a körülmény, hogy orreldugulás a műtét óta egy esetben sem jelentkezett, még csak rövid időre sem.

T Á R C Z A.

A biztosító-társulatok számára adott orvosi bizonyítványokról.

(Megjegyzések Löw Sámuel „Az orvosi titoktartás életbiztosítási szempontból” című cikkére).¹

Az „Országos Orvos-Szövetség” igazgató tanácsa a szilágy megyei, hont megyei és győri fiókszövetségek kezdeményezésére a biztosító-társulatok számára kiállított orvosi bizonyítványokkal ismételtén foglalkozott. A határozatokat és a megokolást a szövetség hivatalos lapja közölte volna,² sőt Löw Sámuelnek mult héten e helyen megjelent cikkében is cizitálvák; így azok ismeretét feltételezhetem.

Löw Sámuel tárgyilagos cikkében e határozatok cél szerűtlenségét vitatja; a következőkben igyekezni fogok arra, hogy ellenvetéseit megezőfoljam.

Mindenekelőtt megjegyzem, hogy Löw Sámuel téved, a midőn azt hiszi, hogy „res judicata”-val áll szemben. Az elvi jelentőségű határozatokat az igazgató tanács hozta, a szövetség szelleméből folyik, hogy e határozatokat a tagok a congressushoz megfélebbezhetik, mely azokat jóváhagyhatja vagy elveti. A congressus ez év szeptember 9-dikén Esztergomban lesz s minden fiókszövetségnek módjában áll — ha e határozatokat kifogásolná — a kérdést a congressus elé vinni.

Löw Sámuel osztozik az igazgató tanács azon nézetében, hogy a fél kezelő orvosa nem lehet egyszersmind a társulat bizalmi orvosa, de opportunismusból azt tartja, hogy a hol a községben nincs más orvos, mégis megengedhető. A háziorvosi bizonyítványokról azt mondja, hogy azokra a társaságok „nem nagy súlyt fektetnek”, de azért szerinte kár volna ezeket megtagadni, a mikor „megfi:etik”.

Lássuk, melyek azon okok, a melyek alapján az igazgató tanács Brouardel álláspontját fogadta el: *A betegnek fejtellenül számítania kell arra, hogy orvosa, kit bizalmával megtisztel, baját minden körülmény között titokban tartja.* Az nem változtat a dolgon, hogy a beteg orvosát a titoktartás kötelezettsége alól felmenti, hiszen, ha az orvos egyszer válaszol, máskor nem, ez egyértelmű volna a titokolt állapot elárulásával. De meg lehet olyan részlet is, a mit a beteg maga sem tud, sőt a mi nemcsak saját magára, hanem egész családjára vonatkozik, ennek titokban tartása alól fel sem mentheti az orvost. Különbén is a titoktartás az orvosnak nem *joga*, hanem *kötelessége*. De egészen más a biztosító-társulat bizalmi orvosának helyzete, neki mindent be kell jelentenie, a mit vizsgálatkor talált. Orvos és fél mint idegenek állanak egymással szemközt. A két állás tehát feltétlenül incompatibilis. Az a kérdés, hogy mi lesz ezen helyes eljárás következménye? Az orvosok nem károsodnak, mert a társulatok érdekeik védelme kedvéért kénytelenek lesznek körültekintő, lelkiismeretes orvost jobb fizetéssel alkalmazni; a biztosítási ügy sem szenved, mert a bizonyítvány megbízhatósága csak nyer, ha az orvos lelkiismeretét a két ellentétes feladat teljesítése nem zavarja.

A midőn az igazgató tanács tehát Brouardel ezen felfogását a magáévá tette, meggyőződésem szerint nemcsak helyesen cselekedett, hanem az orvosok anyagi érdekeit sem sértette. De még, ha némi áldozatról is volna szó, ettől sem szabad visszariadnunk. Csakis akkor remélhetjük, hogy az orvosi rend különböző okokból alászállott keresetét megjavíthatja, hanyatló tekintélyét megerősítheti, ha tettekkel bizonyítjuk, hogy a helyes útról érdekből sem térünk le. Ez az orvosi bizonyítványok sajnosan megingott hitelének öregbítésére is sürgősen szükséges.

¹ Orvosi Hetilap. 1900. 15. sz.

² Országos Orvos-Szövetség 1899. 9; 1900. 1., 3., 4. számai.

A mi a „post mortem“ bizonyítványt illeti, erre az előadói javaslatom szerint a határozat megszövegezésének elhalasztását óhajtottam volna, minthogy a biztosító-társulatok kötvény feltételeit ismertem s időt óhajtottam nyerni a kérdés jogi oldalának tisztázására. A győri fiókszövetség képviselői azonban az igazgató tanácsot meggyőzték, hogy a határozat ezekre is kiterjeszhető. Elvi szempontból nincs is különbség azon bizonyítványok között, a melyeket a kezelő vagy házi orvos a fél életében vagy a halála után állít ki.

Lőw Sámuelnek az orvosi titoktartásról általában közölt fejtegetéseivel, valamint a büntető törvénykönyvünk megfelelő paragrafusának értelmezésével ezúttal nem foglalkozom. A kérdésnek ez a része nem is volt még napirenden.

Az igazgató tanács e tekintetben eddig kizárólagosan csakis a biztosító-társulatok számára adott orvosi bizonyítványokkal foglalkozott és pedig *concret eset alapján*. Határozatainak meghozatalában nem a büntető törvénykönyv irányította, nem is gondolta, hogy a „bizonyítvány által az orvos bajba keveredhetnék“, hanem az volt az álláspontja, hogy *ethikai kérdésekben nincs helye a megalkuvásnak*.

Grósz Emil.

IRODALOM-SZEMLÉ.

Összefoglaló szemle.

Az Ehrlich-féle diazoreactio.

Közli: Vas Bernát dr. egyetemi magántanár.

Irodalom. Ehrlich: Charité Annalen, 8. és 11. kötet; Zeitschrift f. klin. Mediz. 1883. Penzoldt: Berl. klin. Wochenschrift 1883. 14. sz. Petri: Zeitschrift f. klin. Mediz. 6. kötet. Escherich: D. m. W. 1883. 43. sz. Krokiewicz: W. klin. W. 1898. 29. sz. Clemens: D. Arch. f. klin. M. 1899. 63. k. (Itt található az egész irodalom.) Jaksch: Klinische Diagnostik 1896. Beck: Charité Annalen 1894. Zinn: D. m. W. 1895. Jez: Wiener m. Woch. 1896. 52. sz. Brewing: Zeitschr. f. klin. M. 1886. 10. k. Grundries: Zeitschr. f. klin. M. 8. k. Michaelis: Zeitschr. f. diät. u. physik. Therapie III. k. 2. f. Discussio a Gesellschaft der Charité Aerzte in Berlin gyűlésén 1899. márczius. Ref. Münch. m. Wochenschr. 1899. 12. sz. Schröder u. Naegelsbach: Münch. m. Wochenschr. 1899. 41. sz. Hönig I: Orvosi Hetilap 1899. 48. és 49. sz.

Majdnem két évtizednek annak, hogy Ehrlich először leírta ezt a reactio és nagyszámú vizsgálatai alapján azt mint értékesíthető segéd-eszközt ajánlotta egyes betegségek felismerésénél és a kórjósolat megállapításánál.

Azóta igen nagy irodalom foglalkozott ezen reactioval, melynek alkalmazása úgy a klinikákon, mint a magángyakorlatban ezen idő alatt nagy ingadozásokat mutatott. Az utolsó évtized nem kedvezett a reactio értékesítésének, már-már feledésbe látszott menni, de a lefolyt esztendő közleményei ezen meg nem érdemelt sorsától a jövőre nézve — úgy látszik — megmentették.

Már maga azon körülmény, hogy ily hosszú idő sem volt elegendő arra, hogy teljes egyértelműség jöhessen létre a reactio értékének megítélését illetőleg, méltán csodálkozást kelthet, ha tekintetbe vesszük, hogy annak kivitele egyszerű, értelmezése már csekély gyakorlat után elég könnyű, és hogy a betegségek, melyeknél főbb szerepre van hivatva, t. i. a hasi hagymáz és a tüdősorvadás, a leggyakoribbak közé tartoznak.

Ezen feltűnő körülménynek az oka többféle. Az egyik az, hogy Ehrlich első közleményében elmulasztotta a reagens pontos összetételét közlődni, a mi azután hibás vizsgálatokon téves eredményekre adott alkalmat. A reactio ugyanis, a mi különösen hangsúlyozandó, igen nagy pontosságot igényel, főképp a reagensek összetételében és a folyadék, valamint a keletkezett hab színének kellő megítélésében. Hozzájárult, hogy a reactio igen különböző betegségeknél találtatott és hogy kiváló szakembereknek maig sem sikerült a vizeletnek a színreactiot szolgáló anyagát előállítani vagy közelebbről meghatározni.

Mindezen körülmények azt eredményezték, hogy a reactio jelentőségét kellőleg nem méltányolták.

Miután a diazoreactio a jövőben, úgy lehet, kiterjedtebb alkalmazásban fog részesülni, talán nem felesleges ezen a helyen kivitelével egészen röviden foglalkozni.

A reactio, mint ismeretes, a diazovegyületeknek azon tulajdonságán alapszik, hogy igen sok szerves testtel színes vegyületekké (azotestek) egyesülnek. A diazotestek —N=N— csoportot tartalmazó vegyületek, melyek az allégenysavnak az aromatikusan sorozat primaer aminjaira való hatásából keletkeztek.

A reagens Ehrlich ajánlata szerint két részből áll. Az A reagens (Acid. sulfanilicum 1·0, Acid. hydrochloric. conc. 50·0, Aqua destill. 1000·0) 100 cm³-éhez a B reagensből (Natrium nitrosum 0·5, Aqu. dest. 100·0) 2 cm³-t adunk és jól összekeverjük. Ezen A + B keverék 10 cm³-éhez ugyanannyi vizeletet és az egész folyadékmennyiség 1/10—1/8 térfogatának megfelelő ammoniakot adva, az egészet ismét összekeverjük. A reactio pozitív, ha a folyadék és a keletkezett hab színe a rózsás és sötét-vörös szín között ingadozik. Sem a sárga, sem a barna szín nem tekinthető reactionnak. Fontos, hogy az A + B keverék mindenkor lehetőleg friss legyen és hogy a B reagens, mely a sulfanil-savnak diazotestté való átalakítására szükséges allégeny-savat szolgáltatja, szigorúan az Ehrlich-féle arány szerint alkalmaztassék; eltérések, nevezetesen concentratiojának már csekély fokozása, hibákra adhatnak alkalmat. Így magyarázhatók Penzoldt, Petri, Oertel, kik erősebb oldatot használtak és így sok diazotestet adtak a vizelethez, Ehrlich-től eltérő eredményei, melyek nagy

részben megakadályozták, hogy a diazoreactio azon időben vélesebb körben elterjedhessen. Igen fontos továbbá, hogy az ammoniakból a megfelelő mennyiség, még pedig egyszerre és nem cseppenként alkalmaztassék; kevés ammoniakra nem áll elő a reactio, sok ammoniakra pedig szintelenítés mutatkozik.

Ehrlich szerint, ha a reactio pozitív, a vizelet a reagens hozzáadásakor sárgaszínű (primaer elváltozás), az ammoniakkal való összekeverés után rózsaszínű egész scarlátvörös lesz, vörös habbal (secundaer elváltozás) és 12—14 óra múlva a leülepedett foszphatok felső részén zöld elszínesedést mutat (tertiaer elváltozás). Ehrlich-hel egyetértőleg sok szerző, így Escherich, Melenfeld stb. a zöld csapadékot a pozitív reactio elengedhetetlen kellékének mondják, mások, így Clemens, Michaelis stb., ezzel szemben beérik az ú. n. secundaer elváltozással, mert nem tartják helyesnek, hogy kényszerítő okok nélkül fokozzák a próba pozitív eredményei megállapításának nehézségeit.

A diagnostikában alkalmazott reactio értéké függ első sorban azok könnyű s nehéz kivitelétől, azután attól, vajjon csak kóros viszonyok között sikerülnek, végül, vajjon egy- vagy többféle kórfolyamatra jellegzetesek. Ily szempontból bírálva az Ehrlich-féle diazoreactio, azt gyakorlatilag igen alkalmas eljárásnak kell mondanunk, mely sem komplikált apparatusokat, sem különösebb chemiai ismereteket nem igényel és értelmezésénél már csekély gyakorlat után is alig támaszt kételyeket a vizsgálóban. A nagyszámú, egyes szerzőknél több ezerre menő vizsgálat (így Ehrlich 7000, Krokiewicz 16,167 vizsgálatról számol be) azt mutatja, hogy a reactio minden nagyobb fáradság és időpazarlás nélkül végezhető.

Nem oly egyértelműek voltak eddig a nézetek arra nézve, vajjon a reactio csak kóros viszonyok között fordul-e elő, vagy pedig oly vegyületekkel is sikerül, melyek a normalis vizeletnek képezik alkotórészeit. Ehrlich elejétől fogva az első állítás mellett kardoskodott, de sok szerző ezzel ellentétes álláspontra helyezkedett. Megbízható szerzők, így az utolsó időben Clemens vizsgálatai alapján azonban megállapítottak tekinthetjük, hogy a normalis vizelet az Ehrlich-féle diazoreactio nem adja. Normalis vizelet a reagens hozzáadására legtöbbször sárga színt mutat, ez ammoniak hozzáadásával narancsszínűre válhatik, de még hosszas állás után sem tünteti fel a karakteristikus zöld színt, legfeljebb egyes esetekben a leülepedett földsök felső rétegén aromatikusan oxysavak által feltételezett vörös csapadékot képez.

A vizeletben előfordulni szokott kóros alkotórészekről meg van állapítva, hogy a fehérje, pepton, cukor, aceton, acetecétsav nem adják és nem is zavarják a próbát, feltéve, hogy azt a pontosan Ehrlich előírása szerint készült reagenssel végezzük. Csak a vizelet festő anyagai, így a bilirubin és urobilin hatnak zavarólag, de ezek ólomcukorral vagy állati szénnel eltávolíthatók, azonkívül pozitív reactio adnak a gyógyszerek közül a naphthalin és a chrysarobin. Oly állítások, minő Penzoldt és Petrié, hogy a próba peptonnal és cukorral is sikerül, vagy Jaksché, hogy a diazoreactio nem egyéb, mint tökéletlen acetoneactio, vagy Munson és Oertelé, hogy a próbát a diazotestecétsav feltételezi, s több hasonló feltevés, nyilvánvalólag tévedésen alapszanak és legtöbbször a próba helytelen kivitelében találják magyarázatukat, de ma már komolyan számba nem jöhetnek.

A diazoreactioval tehát mindig a vizeletnek valamely kóros, eddig ugyan közelebbről nem ismert alkotórészt mutatjuk ki. De a mily mértékben képes ezen körülmény a próba értékét fokozni, annyira csökkenti főképp diagnostikai jelentőségét azon tény, hogy az nem egy bizonyos kóralagnál, hanem a legkülönbözőbb megbetegedéseknél fordul elő, melyek legfeljebb azon közös vonással bírnak, hogy legtöbbször lázzal járnak. A vizsgálatok nagy adathalmazából csak az tűnik ki, hogy a diazoreactio a megbetegedések egy csoportjában majdnem kivétel nélkül minden esetben, másik csoportjában ellenben legritkábban sikerül, viszont egy harmadikban a körülmények szerint váltakozóan fordul elő. Már ebből is kitűnik, hogy a diazoreactio legfeljebb egyes betegségek symptomája gyanánt szerepelhet, mely a többi tünetekkel egybevetve bizonyos kóralakok felvételére vagy másoknak kizárására feljogosíthat, de specifikus diagnostikai értékkel egymagában nem bír.

Sokkal becsesebb azonban, a mint az alábbiakból kitűnik, prognostikai értéke, mely már eddig is sok esetben bevált és a mely tulajdonságánál fogva — úgy lehet — a jövőben az eddiginél fontosabb szerepre lesz hivatva.

Azon betegségek közül, melyeknél már eddig is hasznát láttuk, első sorban említendő a hasi hagymáz és a tüdővész.

A hasi hagymáznak a diazoreactio kétségtelenül egyik legállandóbb tünetét képezi. Ezt hangoztatta már első közleményében Ehrlich és a legtöbb szerző ma is ezen véleményét osztja. Clemens különböző szerzők közleményeiből 178 esetet állított össze, melyek közül 174-ben meg volt a reactio. Rivier 536 vizsgagyűjtött esetében 520-szor volt pozitív, Zinn az esetek 75%-ában, Clemens (saját vizsgálatok) 156 eset közül 135-ször, Gerhardt 5 év alatt egynek kivételével minden hagymázos esetben ki tudta mutatni. A negatív esetek többnyire olyanok voltak, melyek későn kerültek észlelés alá vagy más betegséggel, főképp pneumoniával komplikálódtak, vagy végül egészen könnyű lefolyásúak voltak.

A reactio typhusnál a legtöbb vizsgáló megfigyelése szerint a második és hatodik nap között jelentkezik, legtöbbször a remissio első napjaiban eltűnik és arányos az infectio fokával, de nem a láz magaságával.

Complicatioik esetén (pneumonia, nephritis) rendszeren kimarad. A míg a reactio tart, a typhosus folyamát nem tekinthető befejezettnek. Ha azonban egyszer kimaradt és azután újból jelentkezik, az legtöbbször

egy kifejlődő recidivának előjele, mely néha még a láz újabb kitörését is megelőzheti. Nézetünk szerint a diazoreactio typhusnál a Gruber-Widal-féle serumreactio és a typhus-bacillusnak Piorkowski-féle újabb kimutatási módszere mellett is meg fogja tartani jelentőségét, ha nem is mint diagnostikai segédeszköz, hanem mint a hagymáz állandó indirect symptomája, mely a többi tünetekkel együttesen igen jól értékesíthető, melynek segítségével, ha nem is zárhatunk ki egy miliaris folyamatot, ellenben igenis kizárhatunk biztossággal a megbetegedés kezdetén esetleg szóba jöhető lázas gyomor-bélhurutot. Hozzájárul, hogy a reactio intensitását és tartamát az infectio súlyosságának megítélésében értékesíthetjük, a minnek eldöntésénél a Hönig által ajánlott és titráláson alapuló quantitativ eljárás is eredménynyel használható, főleg pedig fontos, hogy a reactio segítségével egy esetleg kifejlődő recidivát elég megbízhatóan és korán kórismézhetünk.

A mi a diazoreactio kérdését ma tulajdonképp actualissá teszi, az azon jelentősége, melyet főképp a *tüdővész* prognosisa szempontjából neki tulajdonítanunk kell. Practikus fontosságát mutatja Michaelis azon javaslata, melyet a mostanában az egész művelt világ megindult *tüdőbeteg* sanatoriummozgalma kapcsán vetett fel, midőn azt kívánja, hogy tekintettel a diazoreactionnak a phthisis prognosistát súlyosbító voltára, az ilyen betegek a sanatoriumba való felvételétől zárassanak ki. S bár a vélemények erre vonatkozólag még igen eltérők, így Berlinben, a hol a javaslat élénk vita tárgyát képezte, egyelőre még nem találtatott alkalmasnak a phthisis könnyű és súlyos eseteinek megkülönböztetésére, hanem Michaelissal és Ehrlichel ellentétben Senator, Zinn, Burghart s mások részéről első sorban a klinikai lelet fontossága hangsúlyoztatott: mégis áttekintve az irodalmat, a legtöbb hitelt érdemlő szerző egyező véleménye szerint a tartós kifejezett diazoreactiot phthisisnél signum mali ominisnek kell tekintenünk.

Ezen tapasztalatok nemcsak az újabb vizsgálatokból meríthetők, hanem már évek előtt maga Ehrlich utalt arra, hogy a mikor a reactio positiv, rendszerint a folyamat exacerbatioja észlelhető; ugyanoly súlyos jelentőségűnek mondtaik vizsgálateik alapján Grundries, Brewing, Jez, Beck, Löwinson, Goldschmidt s mások.

Krokiewicz 235 esetben végzett 4598 vizsgálatából azon conclusio jut, hogy a positiv esetek mindegyikében az észlelés ideje alatt következett be a halál, ha pedig a positiv reactio mellett csak csekély physikalik eltérések voltak a tüdők felett, akkor az esetek acut stadiumba mentek át és szintén lethalisan végződtek. Rüttimeyer halálosan végződött esetei közül 85%-ban, Clemens 87%-ban positivnek találta a reactiot. Maga Michaelis 106 esetben 1028 reactiot végzett, a 75 állandó positiv reactio esetében volt: 0 gyógyulás, 8 javulás, 7 változatlan állapot, 59 halál, míg ezzel szemben a 31 negativ reactio esetében volt: 2 gyógyulás, 25 javulás, 2 változatlan állapot, 0 halál.

Mindezek alapján a diazoreactio prognostikai értéke phthisisnél kétséges nem vonható és ily értelemben Michaelis javaslatának némi positiv alapja van. Természetes azonban, hogy egyedül a diazoreactio positiv vagy negativ eredményétől a sanatoriumokba való felvételt függővé tenni alig volna rationalis, de másrészt nem tagadható, hogy eminens prognostikai értékénél fogva a klinikai tünetek figyelembe vételével fel lesz használható mint segédeszköz *tüdőbeteg*eknek a sanatoriumba való felvételre alkalmas vagy alkalmatlan voltának eldöntésénél, miután az intézmény céljainak megfelelően első sorban oly egyének felvételét kell biztosítani, kik a gyógyulás vagy legalább a javulás előfeltételeivel rendelkeznek.

Ezen alkalmazásában nem fogja a reactio értékét csökkenteni, hogy e szabályosságától a *tüdővész* egyes eseteiben eltérések is mutatkozhatnak, a mit maga Michaelis sem tagad, mely körülmény azonban elegendő volt Schrödernek és Naegelsbachnak arra, hogy a diazoreactio értékét phthisisnél alig számbavehetőnek állítsák oda, bár ők is kénytelenek bevallani, hogy positiv eseteiknek 2/3-ában 2-3 hónap alatt bekövetkezett a halál.

A typhusnál és phthisisnél mutatózó jelentősége mellett elenyésző a diazoreactio értéke, egyéb betegségeknek, akár diagnostikai, akár prognostikai szempontból tekintünk is azt. Hogy kanyarónál majdnem soha sem hiányzik, diagnostikailag alig használható fel, mivel elég gyakori vörhenynél is, legfeljebb, tekintve, hogy diphtheritisnél majdnem mindig hiányzik, a kanyarós kiütés után esetleg fellépő croupot diphtheritikus eredetűtől a reactio révén meg lehet különböztetni. Hasonlóképp alig értékesíthető gyakori előfordulása sepsisnél, leukaemiánál, malignus peritonitiseknél, vagy állandó hiánya chlorosisoknál, anaemiáknál, diabetesnél és köszvénynél. Ellenben pyopneumothorax, empyema, pleuritis exsudativa-esetekben a positiv reactio gümőkóros eredet mellett szól; így Clemens 22 positiv reactiot mutató pleuritis-eset közül 6-ban bakteriologic megállapította a gümőkórt, 14-ben pedig erős volt a gyanú reá. Pneumoniánál a diazoreactio — úgy látszik — rossz prognostikai jel; így Clemens 37 positiv esete közül 29-nek lethalis kimenetele volt. Egyéb kórfolyamatok elősorolásától, melyeknél a diazoreactio helylyelközzel sikerült, e helyen eltekinthetünk.

Mindezek alapján, ha még tekintetbe vesszük a reactio egyszerű és könnyű kivételét, továbbá a typhusnál, de különösen a phthisisnél tapasztalható kétségbevonhatatlan prognostikai jelentőségét, bátran állíthatjuk, hogy Ehrlich diazoreactioja megérdemli, hogy említett minőségében az eddiginél kiterjedtebb méltánylásban részesüljön úgy a kórházi, mint a magángyakorlatban, valamint hogy becses segédeszközzé fog válni a *tüdő-sanatoriumokba* való felvételt intéző azon orvos kezében, ki eme vegyi kimutatás értékét kellő módon tudja párosítani a physikalik vizsgálat által nyert adatokkal.

Könyvismertetés.

Chemia. Tankönyv. Írták: Liebermann Leó és Bugarszky István.

Németországban minden orvosnövendék kezeiben megtaláljuk Arnold chemiai tankönyvét, mely a chemia óriási arányaihoz képest kicsi ugyan s szerényen repetitorium a neve, de megvan benne mindaz, a mi a gyakorlati előadások mellett a leendő orvos tájékoztatására szükséges; meg is jelenik csaknem évenként új és új kiadása. Nálunk ily könyv eddig még hiányzott s talán ez a körülmény is hozzájárult ahhoz, hogy növendékeink chemiai iskolázottsága nagyon alul maradt azon a mértéken, mely mérték előfeltétele a physiologia és a gyógyszerian, de egyáltalában az orvostudományok eredményes tanításának. Most azonban Liebermann és Bugarszky oly munkával gazdagították tankönyvirodalmunkat, mely minden tekintben kielégítheti a mi facultásunk kívánalmait is. Szerencsésen szövetkezett a munka megírására a gyakorlat kiváló embere (Liebermann) a physikai chemia jeles bűvárával (Bugarszky).

A könyv körülbelül három egyenlő terjedelmű részből áll: 1. általános és physikai chemiából, 2. szervetlen chemiából és 3. szerves chemiából. Az általános rész igen sok elméleti tudással és valóságos tárgyszeretettel van megírva. Az elkerülhetetlen matematikai bizonyítás minden tétele mellett megtalálható a középiskolai algebrai képzésnek megfelelő alakban. Sokat számol és számoltat a szerző, talán többet is, mint a mennyit a könyv terjedelme megenged, vagy mint a mennyi egy a chemiát segédtudományként tanuló főiskolai hallgató igényeit kielégíti, de azért a differenciálás és integrálás mezejére nem téved (bár némely levezetés így sokkal könnyebben menne). Különösen kiemelendőnek találjuk az orvosi szempontból is újabb időben igen fontossá lett osmosis és elektromos dissociatio bár rövid, de világos és mindenki által könnyen megérthető tárgyalását, valamint a chemiában nagy practikus jelentőséggel bíró különböző atom és moleculasúly meghatározások leírását.

A szervetlen chemiát tárgyaló rész rövid: előbb a savakkal és anhydridjeikkel, azután a fémekkel és ezeknek sóival ismertet meg bennünket, s ezt a beosztást didaktikus szempontból csakis dicséret illeti meg. A savgyökök kellő ismerete nélkül nem lehet a fémek sokféle-ségének tárgyalásába bebocsátkozni, viszont a fémeknek az egyes savgyökök keretében való ismertetése a fémvegyületek szétszóródását idézné elő. Kifogásunk e helyen csak annyi, hogy a fémeknek szerves savakkal alkotott ismertebb vegyületeit (mint pl. Pb. acetium, Ammon. oxalicum) a teljesség kedvéért legalább meg kellett volna említeni.

A szerves chemiát tárgyaló rész a mi szempontunkból a legértékesebb. Sok szerves chemiai tankönyv megfordult már kezemben, de a kezdő tanulása szempontjából kitünőbb még nem. Rövid és mégis minden lényegest felöl; pedig a ki csak egy, halvány betekintést szerzett is magának az organikus vegyületek rengetegébe, az tudhatja mit tesz itt rövidnek lenni! Szerző nem merül bele az egyes vegyületek tömkelegébe, az összefüggést tartó fonalt soha nem ejti el, hanem a főszűrt mindig a csoportok keletkezésére helyezi és végül alig említ néhány, csak mintegy példa gyanánt odavetett ismertebb vegyületet. Csakis így lehetséges 260 lapon a zsírsorozatot és aromás sorozatot a kellő általános bevezetéssel együtt leírni. Egy kitünő jegyzettel hasonlíthatom talán össze ezt a részt, de olyannal, a mit a tanár maga jegyzett sok évi tanítása alatt szerzett tapasztalatai és jól megérlelődött ítélete alapján, és nem tudom eléggé hangsúlyozni, hogy mennyire hiányt pótol, mennyire szükséges és hasznos e könyv az orvosok körében, mert a legnagyobb könnyűséggel, szinte észrevétlenül tanít meg bennünket arra, a minek tudása ma már az általános orvosi műveltséghez kell, hogy tartozzék s a minek eddig nálunk meg szokott elhanyagolása oly nehézzé teszi az orvosi képzés színvonalának emelését.

A bevezetésben az isomeria, metameria és tautomeria magyarázatán kívül bőven megtaláljuk a stereo-isomeriára vonatkozó elméleteket, még pedig a megértést rendkívül megkönnyítő mértani ábrázolás kíséretében. Elismeréssel kell lennünk a földművelési ministerium áldozatkészségéről, a mely lehetővé tette a szerzőknek szinte korlátlan mennyiségű atomokra bontott structurforma nyomatását, a melyek világossá, szinte láthatóvá és nemcsak észlelhetővé teszik még a bonyolultabb chemiai átalakulásokat is. Szerzők bőven is éltek e lehetőséggel; szerves chemiájukat annyi szerkezeti képlet díszíti, a mennyi egy külföldi tankönyvben sem található fel. A mi a különös rész beosztását illeti, az a megszokottól annyiban eltérő, hogy a cyanvegyületek tárgyalására csak az alkoholok, aldehidek, ketonok, szénhidrátok, sőt egy- és több vegyértékű zsírsavak után kerül a sor, minek folytán sok helyt a H C N-el való igen fontos additív reakciók felemlítése az öt megillető helyről elmaradt (aldehideknél, ketonoknál) és csak később a zsírsavaknál említették fel. Szintén eltér a rendestől az, hogy az aetherek és észterek nem az alkoholokkal kapcsolatosan, hanem csak a savak letárgyalása után következnek, a mit én is helyesnek talállok. A huyanyesoport és húgysavesoport — a zsírsorozat legnehezebb része — kitünő világossággal van megírva s úgy szólván 'alig van szövege, mindent szerkezeti képletekben látunk magunk előtt.

A benzolvegyületek tárgyalása formákkal jól érzékített benzol-theoriákkal kezdődik. Szerző maga a Baeyer-féle centralis formának híve. A benzol szénatomjainak egyenértékűsége, a di- és trisubstitutios termékek elméletileg lehető isomeriái, a para-, meta- és orthoállások stb. vannak még itt világosan feltüntetve s ezután következik az aromás chemia dióhéjban. Ez a rész főleg az író kiváló kritikai érzékét dicséri, melylyel a legszükségesebbeket ki tudta válogatni az óriási anyagból. Az öt szénatomú zárt gyűrűket (pyrol, pyrasol, stb.) legvégül a pyridinből kifolyólag tárgyalja, majd az ismertebb alkaloidák, glycosidák és terpének, végül a fehérjék rövid említése után egy igen hasznos út-

mutatás zárja be a könyvet a szerves vegyületek analysisére és szerkezeti képletük megállapítására nézve.

Nagy örömmel szolgált, hogy e könyvről őszinte dicséret véleményünket elmondhattuk; bárcsak minél többen kapnának orvostársaink közül kedvet ezután arra, hogy chemiai ismereteik hiányait pótolják; e könyvre rábízhatják magukat, ez bizton és hamar az óhajtott célhoz vezeti őket.

(b.)

Lapszemle.

Közegészségtan.

Mesterséges világítás Auer-égőkkel rajztermekben és laboratoriumokban. *Prausnitz* vizsgálatai alapján, melyeket nem régiben vezetett a gráci ipariskolában, a rajztermek egyenletes és diffúz megvilágítását kitűnően lehet eszközölni három méter magasságban elhelyezett Auer-égők segítségével, a melyek homályos üveggolyókkal vannak el látva. Hat négyzetmeternyi felületre egy lámpát számítva, 30 meter gyertyányi világosságot nyerünk, ha a terem falai és boltozata fehérre vannak festve. Szénsavtermelés, a hőmérsék emelkedése, gázfogyasztás félakkora e mellett, mint Argand-égőknel. Ez a berendezés laboratoriumokban és könyvtárakban is fényesen bevált. (Hygien. Rundschau, 1900. 3. sz.)

Filep dr.

A csatornavíz felhasználása haltenyésztésre. Miután a csatornavíznek mezőöntözésre való felhasználása meglehetősen drága, *Oesten* azt ajánlja, hogy alapos mechanikai tisztítás után tavakba kell gyűjteni. Az első tóban a bacteriumok feladata lesz, az organikus anyagokat fel emészteni. Innen a víz a második tóba jut, a melyekben Crustaceák vannak, a melyek a bacteriumokat használják fel táplálkozásukra. Végül a víz a harmadik tóba jut, a melyben nemes fajú halakat tenyész- tenek. Ezek megesszik a Crustaceákat. *Oesten* ezt az eljárást ki is próbálta a Berlin melletti Malchowban és igen kedvező eredményeket ért el. (Hyg. Rundschau, 1900. 3. sz.)

Filep dr.

Sternolit. *Enoch* megvizsgálta a „sternolit” nevű padlóbevonó olajat, a melyen levegőből reá szálló por megtapad és így képes annak újból való fölszállását meggátolni. Kísérleteinél abból a feltevésből indul ki, hogy a levegőben levő por mennyisége arányos a bacteriumok számá- val. Meghatározta tehát az szobában a levegő mikrobataralmát és azt találta, hogy az köbmeterenként 5000. Egy este a szoba padlóját sternolit- tal bevonták és másnap egy köbmeter levegőben átlag csak 1700 bacte- riumot talált. A padló egészen száraz volt, úgy, hogy a láb nyoma sem látszott azon rajta. Agarészén, a mely 1 óráig volt kitéve a bealajo- zott padló szobában, körülbelül 33 colonia nőtt, míg egy másik, olajoz- zatlan padló helyiségben ugyancsak egy órára kitéve csészében átlag 124 colonia fejlődött. (Hygien. Rundschau 1900. 2. sz.)

Filep dr.

Az oxigen mesterséges pótlása zárt helyiségekben. *Kassner* megvizsgálta a Laborde és Soubert által erre a célra ajánlott natrium- superoxydot és a következő eredményre jutott: 1. Száraz natriumsuper- oxyd nem képes zárt helyiségek levegőjéből a CO₂-t gyorsan felvenni; a vizgőt azonban elnyeli. Ha azután elég vizgőt vett fel, vagy pedig gondoskodunk mesterséges úton való mérsékelt megnedvesítéséről, akkor képes a levegőt a szénstóvtól megszabadítani. 2. Valamely élőlény által légzés és elpárolgás útján kiadott vizgő nem elegendő arra, hogy a natriumsuperoxydot oxigen leadására alkalmassá tegye. 3. Ha tehát zárt helyiségben az O₂ mennyiségét Na₂O₂ segítségével akarjuk növelni: gondoskodnunk kell annak rendszeres, mesterséges megnedvesítéséről. 4. Czelserű a Na₂O₂-t ily célra való alkalmazásánál valamely porosus és valamely katalitikus, az oxigen lehasadását előmozdító anyaggal pl. vasoxydhydrattal keverni. (Hygien. Rundschau 1900. 2. sz.)

Filep dr.

Szokatlan alakú diphtheriás fertőzést baba útján közöl *Hasenstein*. Egy baba, a kinek családjában diphtheria- eset fordult elő, a patiensel közül többeket fertőzött, így egy gyerekkágyast is gyermekével együtt. Az anyánál a betegség a vulván és a vaginán észleltetett; azonban 1000 immunizáló egységnyi serum befecskendezésére gyorsan gyógyult. A gyereknél a köldöksebz diphtheriája lépett fel, a mely gyorsan átterjedt a hasfalakra is. A serum itt is kedvező hatásának bizonyult. A babát megbüntették és eltiltották hivatásának gyakorlásától. (Centralbl. f. Baet. 1900. 3. sz.)

Filep dr.

Belgyógyászat.

A hysteriás zavarok helybelítése az agyvelőben. *Sollier* azon álláspontot foglalja el, hogy minden hysteriás zavar az agykéreg azon helyétől függ, a mely az illető működés középpontja. Azt állítja, hogy hysteriás benuulásokban a koponya azon helyén, a mely az ezen benuulás localisatiojának megfelelő agyvelőrést takarja, nyomásra hyperaesthesia, analgesia vagy anaesthesia mutatkozik. Ezen érzés- elváltozások állítólag ugyanezen helyen hypnosis alatt is előállanak, ha a betegnek benuulást suggerálunk, a nélkül, hogy figyelmeztetnők azon körülményre, melyet vizsgálni akarunk. Ezen érzés- elváltozások helye *Sollier* szerint mindig összeesik az illető működés centrumának helyével és ezen úton belőle következtetést lehet vonni, hogy minden egyes működésnek hol van az agykérgi centruma. Ebből kiindulva azon ipar- kodik, hogy a zsigeri működések középpontját ugyancsak hysteriás esetek vizsgálata alapján állítsa össze. Ezek szerint a gyomor működésének középpontja kétoldalt, de inkább a baloldalon 5 cm.-re van a biauricularis és középső anteroposterior vonaltól, tehát a lobus parietalis superiorban; a szív egy pont a középvonalban kissé a gyomor közép- pontja előtt; a hólyag és belek közel a középvonalhoz 5—6 cm.-re a gyomoré mögött; a larynx a 3. frontalis labusban van, a lélegző

szerveké a 2. frontalisban, míg a nemi szerveké bizonytalan. (Vélemé- nyünk szerint azonban *Sollier* következtetései nagyon ingatag alapon állanak. Részünkről hysteriásoknál nyert bizonytalan kimondásokból — mint a milyen egy hyperaesthesia vagy anaesthesia megjelölése — élettani következtetést vonni egyáltalában nem merünk. Hogy *Sollier* különben is nagyon könnyen következtet, bizonyítja a következő eset: Hysteriás köhögésben szenvedő leány, a kinek pharynx és larynx, valamint nyakbőrének egy része anaesthesiás, faradikus villamozásra meg- gyógyul. A javulás közben az anaesthesia eltűnése alatt a homlokon kis területen fájdalmat érez, mely a 3. frontalis lebeny lábának felel meg. Az anaesthesia a nyakon jobboldalt volt nagyobb, a fejen a fáj- dalom baloldalt. Ez esetről *Sollier* azt mondja, hogy az a larynx functio agyvelői localisatioját a 3. frontalis lobusban mutatja! (Ref.) (Revue neurologique, 1900. 3. sz.)

Kolláris Jenő dr.

Adatok az acetonuria tanához. *Waldvogel* a különböző táplál- kozás (subcutan és per os) befolyását tanulmányozta az acetone- kiválasztására s főbb vonásokban a következő eredményekhez jutott. Sem a szervi, sem a tápfehérje nem forrása az acetonnak. Szénhidratok per os az acetonekiválasztást csökkentik, subcutan azonban növelik; zsír per os acetonekiválasztást elő, subcutan nem. Az alkohollal acetone- képző hatása még nem tisztázott. Thyreoidea-használat az acetonekiválasz- tást fokozza. A per os bevitt szénhidratok és zsír mennyisége egyedül irányadó az acetonuria fokát illetően; a dyspepsia csak annyiban mű- ködik közre, hogy lényegesen hátráltatja a tápanyagok kihasználását. (Zeitschrift f. klin. Mediz. 38. kötet, 4., 5. és 6. füzet.)

Kövesi Géza dr.

Van-e az emberi hasnyálmirigynek (post mortem), valamint a vizeletnek cukorbontó képessége. Minthogy a pankreas glykolytikus képességét eddig csak állatoknál mutatták ki, ennélfogva *Pierallini* emberi hasnyálmirigyeken végzett ily irányú vizsgálatokat, melyeknek folyamán kitűnt, hogy az emberi hasnyálmirigynek ezen képessége igen változó, némely esetekben kimutatható, másokban pedig hiányzik. A vizelettel végzett vizsgálatok eredménye szerint sem ép, sem pedig cukortartalmú vizelet glykolytikus képességgel nem bír. (Zeitschrift f. klin. Med. 39. kötet.)

Kövesi Géza dr.

Újabb magyarázat a diabetes mellitus kórokanak felderítésére. *Leo* bonni tanár előleges közleményben beszámol azon kísérlet sorozat- ról, melyet kutyákon végzett akképen, hogy diabetikus egyéneknek el- erjesztés vagy kicsapás után cukorkimentessé tett vizeletét subcutan, majd intraperitonealiter befecskendezte. Azt találta, hogy a kísérleti kutyák glycosuriát kaptak, vizeletük többnyire 2—3, sőt egy esetben 8-30% cukrot tartalmazott. Ezzel beigazoltunk látja már régebben han- gozotattott azon nézetét, hogy diabetes mellitusnál a szervezet cukor- bontó képességének gyengülését egy a szervezetben keringő specifikus és toxikus agens okozza. (Deutsche med. Wochenschrift, 1899. 43. sz.)

Doctor Károly dr.

Adatok a vesediabetes kérdéséhez. *Richter* a vesemegbetegede- sek s a glycosuria között fennálló viszonyt tanulmányozta kísérleti úton; e célból a különböző vesemérgeket alkalmazta, vajjon ezek a vese átjárhatóságát a cukorra nézve megváltoztatják-e? A sublimatra vonat- kozólag kimutatta, hogy az ezen mérgezésnél fellépő cukorvétel toxogen s nem renalis eredetű; a chrom s oxalv glycosuriás hatása kétséges. Legbizonyítóbbak a cantharidinnel végzett kísérletek, a mely kis adagban, mely után csak csekély albuminuria mutatkozott, néhány napig fennálló glycosuriát idézett elő, a nélkül, hogy a vér cukor- tartalma jelentékenyen fokozódott volna. Ezen renalis glycosuria létre- jöttére vonatkozólag a Senator-féle felfogás híve, mely szerint a fok- kozott vérbőség s a gyorsabb keringés a vesében a glomerulusokban kiválasztott cukor felszívódását meggátolná, a mi mellett a gyakran észlelhető polyuria is szól. (Deutsche med. Wochenschrift, 1899. 51. sz.)

Kövesi Géza dr.

A vesediabetes kérdéséhez. *Richter* fejtegetéseivel kapcsolatban *Eger* adatokat vél szolgáltatni a renalis eredetű diabetes felvételének jogosultságához. Két esetet közöl, a melyek közül az elsőnél uraemiás dyspnoé kíséretében glycosuria lépett fel, a másodiknál parenchyma- tosus nephritis lefolyásában különböző időközökben cukor volt ki- mutatható a vizeletben. Mindkét eset halálosan végződött. A közlött kórtörténetek semmi esetre sem alkalmasak ama jelentős kérdés eldön- tésére, hogy vajjon a glycosuria a megváltozott veseátjárhatóság, avagy pedig a visszatartott intermediaer anyagcsere-termékek által okozott intoxicatio eredménye-e. (Deutsche med. Wochenschrift, 1899. 50. sz.)

Kövesi Géza dr.

Az emésztés hosszú vékonybél-darab kimetszése után. 192 cm. hosszúságban volt kénytelen *Schlatter* resecálni egy hasi sértés után az ileumot. A beteg e műttét jól tűrte, és szerző arra lévő kíváncsi, mennyire befolyásolja e rendkívül hosszú bél-darab hiánya a tápanyagok felszívódását, kihasználási kísérletet tett, a mennyiben 6 napon keresztül, rendes táplálék mellett, a bélsár fehérje- és zsírtartalmát vizsgálta. Vizs- gálatai eredményeképen kimondhatja, hogy a fehérje felszívódása csak igen kevésé, a zsír valamivel nagyobb fokban szenvedett kárt. A beteg állapota a műttét után 8 hónappal nem volt teljesen kielégítőnek mondható; míg a kórházból való eltávozásakor mindenféle eledelt jól tűrt és testsúlya 75 kg. volt, addig 8 hónap múlva csak 72 kg.-ot nyomott és csak folyékony vagy pépes táplálékokat bírt el, munka- bírában pedig erősen hanyatlott. (The Lancet, 1900. I., 4. szám.)

Surányi Miklós dr.

Az alkohol mint tápszor. *Rosenfeld* (Boroszló) laboratoriumában kísérleteket végeztetett *Chotzen* által az alkohol tápértékére vonatkozó-

lag. Az irodalomban utóbbi időben Murri és Kayser kísérletei alapján általánosan tért foglalt az a hit — mely merően ellenkezik a korábbi felfogással —, hogy az alkohol nemcsak hogy nem tápszer, s így a szénhidratokat és zsirokat pótolni nem tudja, de toxikusan hat és fokozott fehérjebomlást idéz elő, mely az alkohol adagolását időbelileg túlhaladja. E nézetek ellen foglal állást Rosenfeld, a mennyiben közölt kísérleti adataiból kimutatja, hogy az alkohol nemcsak zsirt, de fehérjét is kimélő hatással bír a szervezetben. Daczára ennek sok káros mellékhatása miatt nem tartja jó tápszernek, és határozottan kívánja, hogy kiküszöböltessek úgy a tüdővész, valamint a szívbetegségek diéta-therapiájából. (A Rosenfeld által kifejtett álláspont teljesen azonos az Orvosi Hetilap ez évi 6. számában megjelent összefoglaló referatumban kifejtett nézettel, mely szintén az alkohol tápértékét tárgyalta és Benedict Henrik dr. tollából származik. Ref.) (Therapie der Gegenwart, 1900. február.)

Surányi Miklós dr.

Sebészet.

A májsebek vérzésállapításáról ír Tricoli. A klinikai tapasztalatok eddigéig 49 esetet karolnak fel. A tamponálással kezelt esetekben a halálozás kisebb, mint a varratokkal kezelt esetekben (19% 30%-kal szemben), miből az látszik kitűnni, hogy a tamponálás a varratoknál elébe helyezendő. Mindamellett az ideális vérzésállapító a varrat; a statistika mutatja, hogy mindegyik eljárásnak, a varratnak ép úgy, mint a tamponálásnak megvannak a maga indicatioi. A nem túlságosan mély sebek varrattal egyesítendők. A tamponáláshoz akkor kell folyamodnunk, ha a varrat ki nem vihető, ha a seb szabálytalan alakú, továbbá nagyobb májdedény sérülése mellett, ha a seb túlságosan mély, a homorú májfelület, vagy pedig a májdomborulat legmagasabb részének sebei mellett. A tamponálás előnyei a következők: a vérzés gyorsabban megáll, mint a többi szer alkalmazása mellett, könnyebben ellenőrizhető; peritonealis összenövés jöhetnek létre, melyek a vérzést a hasírt többi részétől különválasztják, úgy hogy a májseb gyógyulása esetében az általános peritonealis infectio veszélye el van hártva. A thermokauter csak felületen használandó. (II Polycliniko, VI. 429. 1.)

—c.

A kezek fertőtlenítéséről közöl tanulmányt Fürbringer. Úgy a sebész, mint a szülész számára el nem évülő kérdés marad a kezek desinfectioja, mire legjobb bizonyíték ama óriási irodalom, mely még a legutóbbi években is e kérdéssel keletkezett. Az évről évre ajánlott újabb eljárások mind csak az eddigiek elégtelenségét bizonyítják. Napról napra csökken azok száma, kik a kezek abszolút sterilitásának lehetőségét állítják. Fürbringer is, ki évek előtt az általa alkalmazott desinfectio módjának vindikálta e tulajdonságot, azok sorába állott, kik kimondják, hogy lehetetlen kezünket valamely „practice alkalmazható eljárással biztosan és abszolút sterilizálni”. E tény miatt gyakorlatilag nem is követeli a bacteriologic abszolút sterilitást s e szempontból veszi kritika alá az e téren megjelent munkákat. Konstatálja, hogy a legtöbb szerző elfogadja az alkoholt, részben mint segédeszközt, részben mint egyetlen desinfectio anyagot. A vele elért eredmények a relative legfényesebbek. Egy Ahlfeld 83 és 91% sterilitást ért el vele. Alkohol után desinfectio használata részben csökkentette az alkohol hatását, semmiesetre sem növelte. Az alkohol desinfectioit ez okból „Scheindesinfectio“-nak nevezik sokan, bár Prutz, Tschirikow, Löhlein és Perthes, kik alkohol után 10—12 percig meleg vízben áztatták kezüket, ugyanoly jó eredményeket értek el, mint közvetlen alkohol utáni oltásoknál. Csak Mikulicz és iskolája ninesenek megelégedve az alkohol desinfectioval, bár az általuk használt spiritus sap. kalini szintén főleg alkohol tartalmánál fogva fejti ki desinfectio hatását. Az újabb desinfectio szerek közül említi a Landerer és Kraemer ajánlotta formalint. Senger kiindulván abból, hogy az egymás után használatos vegyi desinfectiokat úgy kell választanunk, hogy egymás hatását ne rontsák, mint az az alkohol + sublimatra bizonyult, hanem hogy hatásukban elősegítsék egymást, a következő eljárást ajánlja: Híg sósav, kalium hypermanganicum és kénessav, melyeknek egymás után való alkalmazásakor chlor, oxygen és kénsav keletkezik, melyek mind kitűnő antisepticumok és mind in statu nascendi fejti ki hatásukat. Ez eljárással 78% sterilitást ért el. Mikulicz az új-hegynék jódincuratíváló való beecetelését dícséri, mint szinte ideális desinfectio; Kuprianow a quajacolt. A keztyűket, a Menge által ajánlott paraffin xylol impregnálást nem számítja a desinfectio eljárásokhoz, ezek csak palliativumok. Végeredményben azon álláspontra helyezkedik, hogy az alkoholban oly szerrel rendelkezünk — akár önmagában, akár más desinfectioval kombinálva, akár szappanszesz alakjában alkalmazzuk azt —, mely, ha nem is képes abszolút sterilitást biztosítani, de a gyakorlati igényeknek — még a specialista sebész igényeinek is — teljesen megfelel. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1899. 49. sz.)

Manning dr.

A gyomorbelhuzamon végzett nagyobb műtétek után fellépő spontán gyomor- és bélvérzésekről értekezik Eiselsberg tanár. Ilyen eseteket a königsbergi klinikán észlelt a legutóbbi 3 év alatt. Az eseteket részint hernia, részint magasan fekvő végbélcarcinoma miatt operálták; 5-nél haematemesis lépett fel, még pedig a műtétet követő napon, 2 esetben pedig a bonczolatnál találtak a gyomorban friss haemorrhagiákat és haemorrhagikus erosiokat; az 5 haematemesises közül 3 meggyógyult, 2 meghalt, ezeknél a sectio friss gyomor-, illetve duodenalis fekélyeket mutatott. A műtét előtt a betegek egyike sem szenvedett vérhányásban. A haematemesis felléptét szerző az operatio következményének tartja. A 7 eset közül 6-ban kiterjedt eseplesz- illetve mesenteriumlekötés történt, a hetedikben pedig a cseplesznek nagyfokú, spiráliszerű torsioja forgott fenn; azt hiszi, hogy a cseplesz vagy bélfodor

vénából kiinduló retrograd embolia vagy valamely esepleszarteriából az arteria coronaria ventriculi inf. dextrába vagy sinistrába jutott thrombus okozta a gyomor, illetve duodenum vérzéseit. A gyomorhaemorrhagiák sepsisre semmi esetre sem vezethetők vissza, mert 4 ily betegnél a sebgyógyulás zavartalan volt; ha azonban infectio történt s inficiált thrombus kerül a gyomorba, ez a fekélyes szétesést mindenesetre gyorsítani fogja. Egy esetben, melyet a tonsillák s a nyaki mirigyek kiterjedt carcinomája miatt műtött, szintén észlelt duodenalis fekélyt; ezt is az operatio területéből kiinduló embolizálás következményének tartja. (Archiv f. klin. Chirurgie. 59. kötet. 4. füzet.)

Pölya Jenő dr.

A prostata-váladék mennyisége idült prostatitisnél képezte Lohstein vizsgálatának tárgyát. Összesen 80 betegen végzett 536 vizsgálatot. A vizsgálatot egy órával az utolsó vizelés után eszközölte, az egyes lebe-nyeket egyenkint nyomkodta ki, a húgyeső külső szájadékán megjelenő váladékot finom pipettával megmérte. Csak azon leletet tekintette kifogástalannak, a melynél az expressio után kiürített vizelet egészen tiszta és spermatozoamentes volt. A 80 megvizsgált beteg közül a bántalom 70 esetben gonorrhoeára volt visszavezethető, a többi 10 esetben onania és coitus interruptus volt okul felvehető. Az átlagos mennyiség minimuma 0.02 cm³, a maximum 2.95 cm³ volt. Tapasztalatai szerint a közel állandó mennyiség, ha 0.5 cm³-nél nem több, prognostice kedvező. Az esetleges felemelkedése a mennyiségnek sperma visszatartása mellett szól, a mire már Fürbringer és Finger is rámutattak; ezen visszatartás oka a ductus szájadékának lobos szűkülete és a falak rigiditása mellett a szokványosan fűzött coitus reservatus, a midőn az actusnak hirtelen befejezése a heré-váladék visszatartását és a csatornácskákban cistaszerű kitérülést hozza létre. Kifejezett esetekben az ilyen diverticulumok massage által directe kimutathatók. A sperma- és ondóhólyag-váladékknak a prostata váladékhoz való hozzákeverődése az abszolút mennyiségét nagyon növeli. Ezen leletnek gyakorlati értéke az, hogy bizonyosságul szolgál azon felvételnek, mely szerint idült prostatitis nemcsak kiválasztási zavarokat idéz elő, hanem motorikus insufficienciát is, már pedig az újabb kutatások szerint az izomzat elrendezése a csatornácskák és alveolusok körül a mellett bizonyít, hogy ezen mirigy nemcsak saját váladékára hat kihajtólag, hanem a rajta keresztül menő here-ondóhólyag váladékra is, a minek a sterilitás létrejöttében igen nagy szerepe van. (Allg. med. Centr. Zeitung. 1900. 22. sz.)

Reich Dezső dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Császármetszés esetei többszörös javalatok alapján. Freund elvül állítja fel, hogy az élő magzat perforatioja, különösen szülőintézetekben, a mai viszonyok között jogosultlan eljárás oly esetekben, a hol a sebészi beavatkozás által közvetlen életveszély az anyára nem járul s a biztos műtétre a feltételek kedvezők. Szerző továbbá csoportosítja a bizonyítékokat a mellett, hogy a császármetszés veszélye nem nagyobb, mint egy nehéz komplikált szülésé per vias naturales, nem nagyobb, mint bármely ovariotomiáé, sőt kevésbé beható, mint akármely más gynaecologikus hasműtét, a mely valamely szerv feláldozásával jár. Végül pedig álláspontja helyességének bizonyítására azon kitűnő gyógyeredményekre utal, a melyeket az utóbbi években a császármetszéssel elértek. Ezek után szerző három esetet ír le, melyek mindegyikében többszörös javalatok alapján végezte a császármetszést. Az elsőnél rhachitikus, lapos medence, túlvisselt magzat, nagy, kemény koponya, a koros először szülőnél rigid, lágy szülőutak, a méh alsó szakaszának görcsös contractioja s végül eclampsia. Szerző határozottan kiemeli, hogy ezen indicatioi külön-külön éppenséggel nem lettek volna elégségesek a császármetszés végzésére, hanem csak a javalatok összessége adta meg a műtét jogosultságát. A második esetben szintén halmozódott a javalatok: medenczeszűkület, a szülőnél kora (43 éves I. P.) s végül egy daganat, ez utóbbi azonban mint abszolút indicatio szerepelt a császármetszésre. Érdekes, hogy a daganat részben a vastagbél falzatának oedemája, részben egy retrorectalis dermoid által volt előidézve. Az eredmény mind a három esetben úgy az anyára, mint a magzatra nézve kedvező volt; a második eset gyógyulása igen bonyolódott és hosszadalmas volt. A mi a fundalis harántmetszést illeti, szerző elismeri Fritsch által hangoztatott előnyeinek legnagyobb részét, azonban nagy hátránya az, hogy ép hólyagnál a burkok leválasztása és eltávolítása nagy nehézségeket okozhat, a mint azt szerző is tapasztalta egyik esetében. Végül ismételt kiemeli szerző, hogy a császármetszés javalatainak ezen kibővítése csakis szülőintézetekre és hasonló gyógyintézetekre birhat jogosultsággal. (Berliner klin. Wochenschrift, 1900. 8. sz.)

Neumann Szigfried dr.

A vaporizálás technikájáról ír Dührssen, kiemelve azt, hogy vastag tágas esövet használ, minthogy előzőleg úgyis ki kell tágitani a méhüreget a kórisme megállapítása céljából. A méhnyákhártya malignus újképleteinél, polypusoknál, visszamaradt peterészleteknél a vaporizálás ellenjavalt. (Centralbl. f. Gynäk. 1900. 5. sz.)

Erdey dr.

A méhnyak és hüvelyboltozat nagyfokú stenosisát észlelte Schenk egy 17 éves terhes nőnél, ki művi vetelés céljából maró folyadékot fecskendezett a hüvelyébe. Az abortus nem történt meg, ellenben a hüvelyben nagyfokú nekrosis keletkezett, továbbá a cervix és hüvelyboltozat stenosisa. Szülés a nyolczadik hóban történt. A méhnyaknak bemetszése és tágitása után sikerült egy lábat lehozni, s a magzatot a fejéig kihúzni. A fej perforáltatott. Gyógyulás. (Centralbl. f. Gynäk. 1900. 6. sz.)

Erdey dr.

Atonikus méhvéresek mechanikus kezeléséről ír Schwertassek. Egy esetben, a midőn abortus befejezése után nem tudta csillapítani a

vérzést, az Arendt által ajánlott eljárást alkalmazta: két Muzeaux-féle csipővel megragadva a portiot, a méhet lehúzta és rögzítette egy éjjel át, úgy hogy súlyokat akasztott reá. A vérzés megszűnt. Ajánlja eljárását minden atonikus vérzésnél, ép úgy a méhnek szülés alatt létrejövő sérüléseivel is, ha a varrás vagy kitömés nem vezet eredményre, vagy nem is végezhető. (Centrbl. f. Gynäk. 7. sz.)
Erdey dr.

Bőr- és bujakórtan.

Czélyszerűtlen kankó-fecskendők veszélyességét drasztikusan illusztrálja egy a „München. medic. Wochenschrift“ 12. számában megjelent közlemény, melyben egy — a mint tudja — a szakmától távol álló orvos írja le a czélyszerűtlen kankó-fecskendő használatát által egy rokonánál létrejött súlyos megbetegedést, intő példának az orvosi köröknek. A 21 éves beteg orvosától valamely gyenge zink-olajat kapott befeccskendésre, melyet az üzletekben szétében kapható letompított tölgymakkszerű olívás húgyesőfecskendővel végzett. Mivel kissé phimotikus fitymája miatt nem jól illeszthette húgyesőve szájadékához, a fitymát húzta fel a fecskendő végére; a folyadék így a fityma zsákját gömbszerűen kitöltötte és e közben a folyadékból valami a húgyesőbe is jutott. A megbetegedés harmadik hetében hirtelen rázó hideggel kezdődő 40^o-ú láz lép fel, azután epididymitis, majd 2 hónap múlva fluctuáló prostatitis, mely a végbél felé áttörve, összeköttetést hozott létre ez utóbbi és a húgyeső között; gáttáji abscessusok keletkeztek, melyek többszöri műtéti beavatkozást igényeltek és több hónapig tartó súlyos szinylődés fejlődött ki, mely alatt a beteg teljesen elerőtlenedve és csak hosszas kezelés után volt ismét helyreállítható. A közlemény beküldője azt hiszi, hogy e rendkívül súlyos megbetegedés és a befeccskendezések között oki összefüggés kereshető. A fityma zsákjából a folyadék benyomásával smegma és epithel részletek, septikus és rothadási csirokkal együtt vitettek a húgyesőbe és annak hátsó részleteibe. Figyelmezteti kartársait, hogy betegeiket lehetőleg maguk kezeljék, vagy csak alapos kitanítás után adjanak fecskendőt a beteg kezébe.

Reách Dezsó dr.

A jodalbacidot vizsgálva, Lefort kiemeli, hogy hatásában a jodalbaci mögött áll, de soha jodizmust nem okoz, tehát hosszú ideig szedhető. (Ref. tapasztalatai szerint egészen hatástalan, és pl. börgummáknál, melyek jodalbaci használatra pár nap alatt el szoktak tűnni, pro die 5—10 gm. jodalbacid több héten át használva hatástalan volt.) (Indép. méd. 1899. VI. 21.)
Nékém.

Az epicarin egy vöröses por, mely alkoholban, aetherben és vaselin-olajban oldható, eczetes szagú; alkáliakkal vízben oldható sókat képez; β -naphtholból és eresotinsavból állítatik elő. **Kaposi** a kellemetlen mellékhatásokat okozó β -naphtol helyettesítésére ajánlja. Szerinte 10%-os epicarin-kenőcsnek egyszeri bedörzsölésére 80 esetben elmúlt a scabies, kisebb dermatitis hátrahagyásával. Trichophytiasisnál 10—15%-os kenőcsöt ajánl. Prurigonál 2 hét alatt elhalványodott a bőr, eczemánál és psoriasisnál azonban lényeges eredmény nem mutatkozott. (Wiener med. Wochenschr. 1900. 233. 1.)
Molnár.

A naphthalannal, ezen újabban igen sokszor emlegetett szerrel megint több közlemény foglalkozik. **Petrasko** 70 égési sebet kezelve, fájdalomcsillapító és lágyító hatását dicséri. Könnyű felszívódása és fertőtlenítő képessége miatt különböző eczemáknál, alszárfelekélynél bizonyult előnyösnek. Ugyanacsak eczemáknál dicséri hatását **Rohleder**, ki különösen professzionális bőrloboknál alkalmazta sikerrel. Psoriasis eseteiben kifejezetten hatást csak akkor észlelt, ha belsőleg erélyes arsen-kezelést is használt. Egési sebeknél csak a könnyebb esetekben látott hatást; harmadfokú égéseknél más eljáráshoz kellett folyamodnia. **Paschke** a naphthalan javait első sorban a carbolos kenőcsök helyettesítésében látja. Jó hűsítő kenőcsöket képez szerinte a naphthalan egyenlő mennyiségű lanolinnal és axungiával. **Goldmann** erysipelasnál is sikert látott és a naphthalan különösen jodoform, alumínium acetic., alkohol vagy jod elleni idiosyncrasiáknál alkalmazza. Felhívja a naphthalanra, mint resorbensre a figyelmet, főleg ízületi daganatoknál. (Klinikai tapasztalataink szerint a naphthalan mint kevésbé izgató anti-pruriginosus és antiseptikus anyag mindazon esetekben sikerrel használható, a melyekben azelőtt 1—10%-os kátrányos készítményeket alkalmaztunk. Alkalmazható például a Gerusheim-féle összeállítás: Rp. Naphthalani, adipis lanae, zinci oxydati, acidi borici aa Ref.)
Schik Károly.

Kisebb közlemények az orvogyakorlatra.

Hashajtó pastillák: Rp. Fol. sennae, Tuber. jalapae, Sacchari aa 30:0; Pulp. tamarindor. 150:0. M. f. pastill. No. 55. Obduc. massa cacaoina. (Pharmac. Zeitung, 1900. 22. sz.)

Eczema makacs eseteiben, melyek a szokásos kezelésmódokra nem javulnak, **Vollmer** a faradizálást ajánlja. 8 esetét említi, melyekben a naponként 10 perczig végzett faradizálásra folyton erősbödő árammal körülbelül 3 hét alatt teljes gyógyulás következett be. (Therapeut. Monatshefte, 1899. 10. füzet.)

A vaccinatio Kotovschicoff szerint nem csupán prophylaktikus szer, hanem gyógyításra is használható, ha a himlő kezdeti szakában használjuk. A kiütés 1—2. napján foganatosítva, a genyedési szakot határozottan könnyebb lefolyásúvá teszi. Csakhogy ilyenkor intenzívebb oltásra van szükség, oly módon, hogy 4—5 napon át naponként kétszer végezzük a vaccinatit. (Zeitschr. f. klin. Med. 38. kötet, 265. lap.)

Hetiszemle és vegyeselek.

Budapest, 1900. április 20.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év tizenegyedik hetében (1900. április 1-jétől április 7-ig.) következő volt: **I. Népesedési mozgalmak.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katonai 16,220, összesen 685,340. Elveszültek 503 gyermek, elhalt 393 egyén, a születések tehát 115-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 40:3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 29:8, az egy éven felüli lakosságnál: 23:4, az öt éven felüli lakosságnál: 20:1. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 4, pertussis 0, morbilli 2, scarlatina 7, variola —, cholera asiatica —, typhus abdominalis —, febris puerperalis —, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 8, meningitis 24, apoplexia 7, eclampsia 7, szervi szívhaj 30, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 73, tuberculosis pulmonum et phthisis 80, diarrhoea et enteritis 3, gastro-enteritis 10, rák és egyéb újképletek 20, ezek közül méhrák 6, morbus Brightii et nephritis 6, rachitis 4, scrophulosis 2, veleszületett gyengeség és alkathiba 26, atrophia et inanitio 0, marasmus senilis 17, erőszakos halálos eset 17, ebből gyilkosság és emberölés 3, öngyilkosság 5, baleset 9, kétséges 0 (—). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi közokmányokban. A múlt hó végén volt 2856 beteg, szaporodás e héten 926, esőkenés 879, maradt e hét végén 2903 beteg. B) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi április 2-dikától április 8-áig terjedő 14 héten a tisztifőorvosi hivatal közleményel szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 54 (57), diphtheria, croup 17 (12), hagymáz (typhus) 1 (4), kanyaró (morbilli) 119 (113), trachoma 6 (5), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), hőkhurut (pertussis) 22 (33), orbáncz (erysipelas) 21 (18), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 3 (0), ezenfelül varicella 28 (30).

* * *

— **Törvény a fürdőkről és az ásványvizekről.** A belügyminister egyetértve a kereskedelmi miniszterrel törvényjavaslatot dolgoztatott ki a magyar gyógyító fürdőkről és ásványforrásokról. A javaslatot legközelebb ismertetni fogjuk.

— **A 18. belügyászati congressus,** mely e hó 18-dikán kezdte meg tárgyalásait Wiesbadenben, **Korányi Frigyes** tanárt tiszteletbeli elnökké választotta. A tárgyalások sorát a pneumonia gyógyításáról szóló referatúmok képezték; mint referensek Korányi Frigyes és Pel (Amsterdam) szerepeltek. Ugy Korányi tanár nagyérdemű referáló előadásáról, valamint az egész congressus lefolyásáról legközelebb bővebb tudósítást közlünk.

— **Megjelent:** Nagy képes világtörténet 63. és 64. füzet, az előbbi a régi freskókat ismerteti, az utóbbi a nagy munka VI. kötetének első füzet, az **néprándorlás** történetét kezdi meg. Ára egy füzetnek: 60 fillér. — **J. Körösy:** The question of school-attendance and propagation of croup-diphtheria etc. London, 1900. — **Fodor Orszkár:** Fürdők és nyaralóhelyek. IV. évfolyam, 1900. Ingyen kiadás.

— **Elhunyt:** **Klempa István** dr. Budapesten, **Trebics Gyula** dr. Verseczen.

— **r. Gleichenberg gyógyfürdőben,** mely eddig is a leggondosabban vezetett gyógyfürdők közé tartozott, az idén is többrendbeli újítások lépnek életbe. A folyton fokozódó látogatottságnak megfelelőleg még egy új pneumatikus kabinetet rendeznek be, továbbá az eddig meglevő sósvíz-porlasztó berendezések mellé fenyős inhalatoriumot is állítanak fel; a vízvezeték is az eddiginél tovább terjesztik. A fürdőigazgatóság, a melynek vezetése alatt több szép fekvésű, egészséges és gondosan tartott villa épült, az e villákban kapható lakások felől, valamint egyéb viszonyokról a tudakozóknak szívesen ad kellő felvilágosítást.

Téli kúra Szt. Lukács-fürdő Budapest

Kénes iszapfürdők, természetes fürdő-medence. Begöngyölések iszappal. Kád- és gőzfürdők. Massage. Kútnő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

A „Krisztály” Szt. Lukács-fürdő savanyúvíz, mint kellemes üdítő ital ajánlatik

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. — Kútnő ellátás. — Telefon. — **Mérsékelt árak.** — Kivánatra prospektus.

Vízgyógyintézet bejáró és bennlakó betegek számára a **Herczel-sanatóriumban** (Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.) **Kuthy Dezsó** 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: Közkórházi Orvostársulat. (VII. bemutató szakülés 1900. márczius 28-dikán). 252. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (V. rendes ülés 1899. május 25-dikén.) 252 l.

Közkórházi Orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1900. márczius 28-dikán).

Elnök: **Bradách Antal**; jegyző: **Terray Pál**.

Laryngitis crouposa szövődése pertussissal.

Massanek Gábor: Két esetről számol be, a melyekben laryngitis crouposa és pertussis egyidejűleg volt jelen. Eltekintve attól, hogy ezen két betegség szövődése nagyon ritka: érdekes azon körülmény is, hogy a teljesen analog két esetben a pertussis teljesen ellenkezőleg hatott. Az egyikben a pertussis okozta erős és gyakori köhögés elősegítette a megglazult croup-hártyák kiköpését s így valószínűleg elősegítette a súlyos gégebeli folyamat meggyógyulását. A másik esetben ellenben, a melyben már a kezelés elején intubatoria volt szükség, a pertussis a tubus gyakori kilökését okozta, majd szükségessé tette a légesömet-szést, lehetetlenné tette a canule eltávolítását és végül a gyakori hányás folytán oly fokú elerőtlenedést hozott létre, hogy így közvetve a halálnak okozója lett. A pertussis ezen ellenkező hatásainak létrehozásában minden esetre fontos szerepe volt annak, hogy míg az első esetben a pertussis convulsiv stadiumának meglehetősen előrehaladott fokán kezdődött a croup, addig a másik esetben a pertussis göreszké szaka éppen akkor köszöntött be, a mikor a súlyos croupban szenvedett gyermeknek erőfentartásra, jó táplálkozásra a legnagyobb szüksége lett volna. Az első esetben a pertussis kórismézése elég könnyű volt, míg a másodikban, a melyben a tubus, majd a canule használata miatt a köhögési rohamok nem voltak jellegzők, csak akkor lehetett megállapítani a pertussis jelenlétét, a mikor már hányás lépett fel.

Canule-eltávolítás intubatio igénybevételével.

Massanek Gábor: Az 5 éves leánykánál laryngitis crouposa miatt eleinte intubatiót végeztek, majd tracheotomia vált szükségessé. A mikor a canule eltávolítására került volna a sor, ez a fejlődött granulatiok miatt nem volt végezhető. Ezért a decanulement támogatására az intubatiót vették igénybe, mint a mely eljárástól már mások is jó eredményt láttak. Érdekes, hogy az ilyen módon való decanulement eleintén nem sikerült, később azonban eredményre vezetett; továbbá, hogy a canule eltávolítása után a granulatiok maguktól visszafeljöttek. Említésre méltó végül az is, hogy a tubus 230 órai fekvés alatt sem okozott valami erősebb decubitust.

Lövés okozta többszörös bélsérülés.

Kuzmik Pál: A 36 éves férfit a bal hasfélen, a bimbóvonalban a köldök felett 2 harántujnyira, egy körülbelül 6 mm. átmérőjű lött sebbel hozták a kórházba. A hasüregbe hatoló sérülés megállapítása után azonnal hozzáfogtak a műtéthez, a melyet, minthogy a beteg csak röviddel ezelőtt költötte el vaecoráját, helyi érzéstelenítés mellett végeztek. Az anyagihiányt magabafoglaló 12 cm. hosszú metszéssel megnyitván a hasüreget, az előnyomuló és részben előhúzott bélcacsoson összesen 7, kissé zúzott szélű, előesett nyákhártyával bíró, 7—8 mm. átmérőjű folytonosság-megszakítást találtak, melyek körülbelül a jejunum egy méternyi hosszában voltak elhelyezve oly módon, hogy 6 nyílás a bélhuzam két oldalán egymással szemben volt, míg a hetedik anyagihiányt ellennyílását nem találták. Tekintettel arra, hogy a sérülések a bélen egymástól 20—25 cm.-nyire voltak, közben pedig a bélhuzam teljesen ép maradt, a belet nem csonkították, hanem csak a nyílásokat zárták el Czerny-Lembert-féle csomós selyemvarratokkal; a mesenterium sebeit szűcsvarrattal egyesítették. Ezután a hasüreget alaposan kiöblítették 3%-os langyos bór-oldattal és egyúttal keresték a löveget is, de eredmény nélkül. Végül kellő fertőtlenítés után elzárták a hasüreget, külön összevarrva a peritoneumot, az izmot és a bőrt, minthogy ily módon a per primam gyógyuló esetekben biztosabban vélik elkerülhetni a fejlődhető hasfali sérveket, másrészt pedig a hasfali kötőszövet-tályoggal gyógyuló eseteknél összehasonlíthatlanul nyugodtabbak lehetnek az iránt, hogy a beteg teljesen meggyógyulva távozott. Említésre méltó, hogy a löveg per vias naturales nem távozott és Röntgen-átvilágítással sem volt látható; lehetséges azonban, hogy a löveg mégis per vias naturales távozott és csak az ápoló személyzet figyelmét kerülte ki; lehetséges azonban az is, hogy a golyó a medenceze valamely oly helyén van eltkolódva, a mely hely még a Röntgen-sugaraknak sem hozzáférhető.

Súlyos roncsolásokkal járó tertiaer lues esete.

Huber Alfréd: Ismeretes, hogy a tertiariusmusnak egyik jellemző sajátossága a torpiditas; ezzel ellentétben a bemutatott esetben a tertiaer syphilit a laesio továbbterjedésének gyorsasága, a betegségnek

nagy mértékben kifejezett malignitása és az ezekből kifolyó súlyos roncsolások jellegzik. Az 58 éves nőbeteg egész arcbőrére in toto hegesen elváltozott; a hegesezés a jobb oldalon a fülig, a bal oldalon még a fül mögé is húzódik; utóbbi helyen elemi laesio is látható serpiginosusan tovakúszó tertiaer papulák és göbök alakjában. Az arcz bőrének hegesezése folytán a fülek mozgékonyasága korlátozott, a szemhéjak zsugorodottak, a szájrés szűkült. Az orr teljesen elpusztult, helyét kraterszerű mélyedés foglalja el. A homlokon és a fejtetőn néhány csontgumma, a szájrüregben több perforatio. A bal szem nagyfokú exophthalmust mutat, a retrobulbaris kötőszövetbe történt exsudatio következtében; a látható egyéb eltávózások (cornea mumificatioja stb.) csak másodlagos jelentőségűek; a jobb szem conjunctivitis a könnyvezető csatorna elzáródásának következménye. A test egyéb részein a bőr nagyobbfokú marantikus atrophiján és nagyfokú anaemián kívül nincs elváltozás. A therapia jodkalium adagolásában áll. Néhány hét előtt epileptiform rohamok jelentkeztek, a melyek azóta nem ismétlődtek; beteg azelőtt ilyenekben állítólag sohasem szenvedett. A betegnél látható összes roncsolások rövid két év alatt, a syphilitnek 38 évi lappangása után támadtak.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(V. rendes ülés 1899. május 25-dikén.)

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

Diaphragmaképződés a gégeben.

Zwilling Hugó: Az eset, melyet ezennel bemutatni szerencsém van, különböző szempontból érdekes, egyrészt beigazol egyes a tapasztalat által helyesnek bizonyult eljárások ezelszerűségét, míg másrészt vele kapcsolatosan elvi kérdések merülnek fel, melyek ez idő szerint még teljesen megoldva nincsenek. A rövid kórrajz a következő:

B. K. V. lengyel származású 21 éves napszámosnő arról panaszkodik, hogy néhány hét óta gyorsabb mozgásnál, de különösen éjjel csak nagyon nehezen bír lélegzetet venni. Két évvel ezelőtt öngyilkossági szándékból beretvával elvágta a nyakát, a szt. István-kórház egyik sebészeti osztályán légesömet-szést végeztetett rajta, a megejtett seb bevarratott, a canule négy hét múlva eltávolítottatott, s pár napra, miután a trachealis seb szintén begyógyult, egészségesen elhagyhatta a kórházat.

A középtermű, jól táplált, sápadt arcú beteg lélegzete ülés közben meglehetősen nyugodt, mozgás közben azonban csekély inspirationalis stridor hallható, hangja rekedt. Nyakán körülbelül 7 cm. hosszú és 1 cm. széles heg látható, mely a két m. sternocleidomastoideus között vízszintes irányban fut, a pajzsporc felső széle és a szakcsont között fekszik, azonban közelebb az elsőhöz. A pajzsporc contourjai jól kitapinthatók, a jobb pajzsporc felső széle és a szakcsont között, a jobb cornu majusnak megfelelően kemény resistens hely tapintható. A gyűrűporc karikája közepén, tehát egészen elül, kis besüppedés és mellette porcos keménységű hegyes kis kiemelkedés tapintható, ezen helytől kezdve lefelé, a légeső kellő közepén lefutó 7—8 cm. hosszú heg látható, mely heg a megejtett crico-tracheotomiának megfelel. A tükörrrel való vizsgálat mutatja, hogy a hangrés egy a normalis nyálkahártyához hasonló hártával van elzárva illetve fődve, hátul ezen hártában egy háromszögletes rés látható, melynek alapját az interarytaenoidalis redő képezi, a háromszög felső hegye a hangrés hátsó negyedének felel meg, a háromszög jobb- és balszára a kannaporcok hegyétől illetve oldalától veszi eredetét. Ezen résen át történik a lélegzetvétel. A hangképzésről később lesz szó. A hártá konfiguratioja a következő: az aryepiglottikus redők jól megkülönböztethetők, ott hol ezek az állangszalagokba mennek át, kezdődik a diaphragma, mely a leirt rés helyének kivételével, a másik oldali aryepiglottikus redőig terjed in continuo, úgy hogy azon benyomást nyerjük, hogy a két állangszalag elülső két harmadában összenőtt. Megerősíti ezen feltevéssünket még azon körülmény, hogy látható, hogy a petiolus epiglottidis fölött mellfelé kis háromszögletes vakon végződő hely van, melynek hegye szintén mellfelé néz, ezen háromszög magassága körülbelül 3 mm. A diaphragma a bal kannaporc contourjait követi, a porcot ily módon beborítja, egy erős köteg ép a Santorini-porc hegyéről veszi eredetét, és képezi a rés bal határát. A jobb oldala a háromszögletes résnek szintén a jobb kannaporc belső, inkább kifelé eső oldalából ered, a Santorini-féle porcot szabadon hagyva. A diaphragma belső része vékony, éles. A rés mélyében a jobb hangszalag hátsó része körülbelül a hangnyúlvány kiterjedésében látható. A bal hangszalag nem látható. Érdekes azon körülmény, hogy hangoztatásnál a diaphragma két oldala a középvonalban találkozik, így egy glottis spuriat képezve, azaz a diaphragma két szárnya, hátsó részében, hangszalagként mozog. Hogy a hangszalagok hangoztatásnál miképen functionálnak, az nem figyelhető meg. Csak az látható, hogy hangoztatásnál a diaphragmában meglévő háromszögletes rés záródik, a produkált hang rekedt, tompa; nevezetesen, hogy daczára a diaphragma odatapadásának a kannaporcokhoz, különösen pedig a bal kannaporcokhoz, ezek mozgása csak csekély mértékben van akadályozva. Kutasszal vizsgálva a diaphragmát találjuk;

hogya a felfelé görbített kutaszsal a résbe hatolva, felemelni iparkodunk a diaphragmát, az csak igen csekély mértékben sikerül. Az epiglottis meglehetősen merev, kutaszsal a petiolus táján meglevő leírt háromszögletes kis helyet, azt találjuk, hogy az vakon végződik. Nevezettek után felvehető, hogy a megejtett seb a géget úgy találta, hogy a membrana hyo-thyroidea átvágása után a nyeldekli alsó részében lett átmetstve és mindkét áhangszalag megsebezve. Következtethető ez az epiglottis merevségéből, a petiolaris részen látható hegből és a két áhangszalag összenövéséből keletkezett diaphragma alakjából. Kiemelendő hogy az összetapadás helye nem látható, semmiféle bemélyedés nincsen, nyálkahártya simaságú egyenletes, rendes színű membránal van dolgunk, mely az egyik oldalról a másikra átterjed. Csak a háromszögletes álglottist határoló rész vékony, kissé fibrosus. Igen valószínű, hogy a hangszalagok működése rendes, a leírt álglottis záródása hangoztatásnál onnét ered, hogy a diaphragma a kannaporczok hegyeihez odatapad s ezeket mozgásaiban követni kénytelen; felemlítettem már, hogy dacára ennek a kannaporczok mozgásaikban csak igen csekély mértékben vannak gátolva, kissé renyhébben mozognak. A hang rekedsége a leírt viszonyokból magyarázható. A légző rés szűkületek dacára látjuk, hogy a légszomj nem igen nagy, mint ily esetekben rendszeren bekövetkezik, a beteg hozzászokik a minimális levegőmennyiséghez. A később említendő gyógyeljárás következtében a rés annyira tágult, hogy a beteg most már alig panaszkodik légzési nehézségekről. Hogy ilyenmü öngyilkossági szándékból létrehozott sérülések után a légesömetstés mennyire indikált, bizonyítja ez az eset is (felemlitem Navratil e helyen bemutatott esetét is, melyben az anyaghiányt plastikával kellett pótolni); hogy ez még nyílt kérdés, mint Hoffmann is mondja, itt emelem ki. Hogy mily módon lehetséges ezen heges összenövéseket és az ezekből származó szűkületek képződését megakadályozni, erre a felelet igen nehéz. Hogy prima intentionál ez nem fog bekövetkezni, ezen feltevés igen valószínű, de mily módon érhető ez el? Szükséges lesz gyógyulás közben, ha az kivihető, a géget tűkörrel megvizsgálni és ily módon megkísérelni az összenövések keletkezését megakadályozni. A követendő gyógyeljárások hasonló esetekben első sorban a tágitás, mit Schrötter-féle csövekkel néhány hét óta végzek, s már is jelentékeny javulást értem el; másodsorban gondolni kell ezen esetben arra, hogy a diaphragmát ketté hasítjuk, vagy végül thyreotomiára és excisióra.

Lénárt: Miután úgy vettem észre, hogy itt csak az áhangszalagok vannak egymással összetapadva és ezen összetapadás csak egészen vékony hártával zárja el a gége üregét, úgy hogy olyan rés van, melyen át a gége alsó részéhez hozzá lehet férni, részemről nem a tágitást alkalmaznám, hanem eltávolítanám ezt a hártát, mely a légzés útjában áll és csak akkor tágitanék, ha a mélyben is van összenövés a két gégefél között. Ha sikerülne ezen hártá eltávolítása, akkor a tágitásra valószínűleg nem is lenne szükség, mert a nehézlégzést a hártá okozza.

Az összenövés azért jöhetett létre, mert a beretva megsértette a két áhangszalagot, a gége pedig a tracheotomia folytán abszolút nyugalomban volt, tehát a sebszélék könnyen összetapadhattak.

Baumgarten: Csatlakozom Lénárt nézetéhez: mivel a hártá vékony, fel kellene metszeni, de szükségesnek tartom a tágitást is oly értelemben, hogy vele a műtét után egy esetleges újabb összenövést meg tudjunk akadályozni.

Stipanits kérde, hogy az összenövés létrejötté vongalás okozta sérülés vagy granulatio következményének tudandó-e?

Zwillingger: Sondával konstatálni lehet, hogy a hártá vékony. Schrötter-tágitót itt azért alkalmazok, mert a beteg munkás; a ki dolgozni akar és az eredményel eddig meg vagyok elégedve; na ez marandó nem volna, akkor ketté hasítom a hártát. Osztom Baumgarten nézetét, hogy excisio után is szükséges lesz a tágitás. Az összenövés keletkezését illetőleg biztosat nem mondhatok; a beteget két hét óta látom, első ízben is oly állapotban volt, mint ma, kivéve, hogy ma a rés tágabb. Azt hiszem, hogy az összenövés az áhangszalagok sérüléséből keletkezett.

Gégetuberculosis műtét által gyógyult esete.

Lénárt Zoltán: A beteg a márczius 16-diki gyűlésen az operatio végrehajtása előtt be volt már mutatva. A gégeben az interarytaenoidalis tájon egy borsónyi, teljesen izolált, tumorszerű, ép hámborítékkal bíró infiltratio volt jelen, a mely phonationál bekelődött a hangszalagok közé, megakadályozva azoknak az érintkezését. A beteg hangja rekedt volt, beszédnél igen hamar kifáradt, a nyelés fájdalmat okozott.

Márczius 23-dikán előzetes cocainozás után a Krause-féle kettős curettel végrehajtotta a műtétet. Az infiltrált részt, a környező megvastagodott nyálkahártyával együtt mintegy 10 fillérvnyi területen az izomig és lejjebb közel a porzig kiirtotta s a műtétet csak akkor fejezte be, a midőn feltételezhetette, hogy minden kórosat sikerült eltávolítani. A kiirtott részeket alkoholba eltelve bemutatta.

A beteg kitünően tűrte a műtétet, a vérzés csekély volt s a gége az egész gyógyfolyamat alatt semmi reactiot nem mutatott, a beteg jól érezte magát, egyedül a folyadékot a bekövetkező félrenyelés miatt öt napon keresztül el kellett tiltani.

Jelenleg a gége hátsó fala teljesen sima, a hangszalagok phonationál és légzésnél szabadon mozognak, a hang erőteljes, nyelés zavartalan, a beteg a beszédnél nem fárad el oly gyorsan, az állandóan gyötrő köhögési inger megszűnt s a gégefolyamat úgy a subjectiv, mint az objectiv tüneteknél fogva gyógyultnak vehető fel.

Navratil: Ilyen műtétekről könnyen lehetne feltételezni, hogy jelentékeny reactioval és a sebek gümös fekélyesedésével járnak, a

tapasztalat azonban azt mutatja, hogy nagyobb reactio nélkül is jó eredménnyel lehet a gümös folyamatot intralaryngealiter operálni. A bemutatott esetben is szép és gyors hegesezés következett be.

A gégeresectiokról ráknál, gyógyult esetek kapcsán.

Navratil Imre. Bemutató négy gégerák esetéről referál. Mind a négynél gégeresectiot végzett teljes eredménnyel. Bemutató a gégerák gyógyítását operativ úton mintegy biztosra veszi, ha a kórszövettanilag is ráknak bizonyult baj kezdetleges szakában kerül operatio alá. Ily állapotban lehetnek esetek, bár ezek szerfelett ritkák, pl. kis helyre lokalizált rákdagok, a mélyeket endalaryngealiter lehet műteni; a legnagyobb rész azonban a rákos elfajulásnak gyökeres kiirtása által, partialis gégeresectio által lesz csak meggyógyítható.

Előadó határozott híve annak, hogy miután a főfeladat az, hogy minden kóros eltávolíttassék, a metszések csak ép szövetben történjenek, legalább 1 cm.-re a kórostól, ennél fogva nem tartja helyesnek, hogy úgynevezett tipikus műtéteket végezzünk, t. i. az egész vagy fél gége kiirtását, hanem úgy a kiújulás meggátlása, valamint a szerv épen maradt részeinek megkímélésével a beszéd és légzés szempontjából a gége szükségképi resectiojának végzését tartja egyedül helyesnek és célravezetőnek. Ezen operationak tulajdonítja ezen újabb négy eset gyógyulását s az előbbieket kapcsán a főlényt a tipikus műtéteket felett; ezen eljárásban, t. i. a korai operálásban és minden kóros eltávolításában, az ép gégerészek meghagyásával, a helyes útat és módot látja a gégeráknak gyógyításában. Bemutató végzi a gégekiirtást, ha a viszonyok követelik, de tagadhatlan, hogy az ilyen műtėti beavatkozás által nemcsak a beteg beszéde és légzése lesz jelentékenyen befolyásolva, hanem a súlyosabb beavatkozás folytán a legkörülményesebb sebkezelés mellett is könnyebben jön létre nyelési tüdőlob vagy sepsis, mert az ily előrehaladtabb stadiumában a bántalomnak a szervezet rendszerint nem képes kifejtetni azon kellő ellentállást, mely a sebgyógyulás lefolyására okvetlenül megkívánatik. Sokkal kedvezőbbek erre nézve a viszonyok a gégerák kezdetleges stadiumában, a hol a physikai erő még majdnem érintetlen és a hol a műtėti beavatkozás is enyhébb mioltánál fogva kedvezőbb lefolyást biztosít.

Már más alkalommal volt előadónak módjában nyilatkozni az iránt, hogy egy vagy két szakaszban, mikor és miért végzi a műtéteket. Egy szakaszban végzi akkor, ha kedvező a beteg ereje és semminemű szövődemény nincsen jelen a mélyebb légzőutak részéről (hörghurut, tüdőemphysema, esetleges szívántalom, arteriosclerosis stb.). Mindazon esetekben, a midőn ily complicatio esete fenforog, előadó a két szakaszban végzendő operálásnak híve; mert meggyőződött arról, hogy így biztosabba veheti az eredményt.

A légesömetstést lehetőleg a legmélyebb ponton végzi és erre nagy súlyt fektet, mert úgy a sebgyógyulásnál, mint a megmaradt szerv használhatóságára nézve a jövőben ez az eljárás az egyedül biztosítottat nyújtó. A légesömetstésnél nem chloroformoz, legfőkébb helybeli érzéstelenítést (Rahis-féle cocainozást vagy Schleich-féle infiltratiót) alkalmaz. A gége resectiojánál azonban mindig chloroformot használ és a Trendelenburg-féle canule-lal tömeszeli el a légesövet, melyet műtét után csak 2-3 ad nap eserél fel egy közönséges Luer-féle légzőcsappal. Az altatást nem a tölcseren át, hanem közvetlenül a légesőbe helyezett canuleön keresztül végzi. A géget nem egyesíti, hanem jodoformgaze-zel kitömi. A kötést naponként változtatja. Első egy-két nap a beteg nem nyel, 7-10 napig pedig mesterségesen lesz táplálva.

A gége resectioját a következőkép hajtja végre: minden esetben előbb felhajtja a géget annak hosszvonalában (*laryngofissio*, így nevezve előadó által 1865-ben), azután kitarva a gége belső üregét, pontosan megállapítja a bántalom kiterjedését. Most eleinte scalpellel, majd éles emelovel letolja a lágyrészeket a porczról a kóros határon túl és gondosan haladva a garat és bázisig körül, apró ollócsapásokkal eltávolítja a beteg részleteket. Azon van, hogy ha lehet, a gége másik feléből lehetőleg megtartson minden ép részt, mert ez a gége sebének gyógyulásánál mintegy hidat képezve, biztosítja a betegnek elég érhető beszédjét és légzését a szájon át, a minek következménye azon nagy előny, hogy a betegnél a canulet el lehet távolítani.

Az esetek, melyeket legutóbb operált, a következők:

I. Sz. G., 66 éves, földműves. Felvételt 1898. október 1-én. A bal hangszalag helyén bibireses fekélyző lepedékes dag van, mely az áhangszalagra is kiterjedt. A megfelelő gyűrűkannaizület kötött és a kannaporcz nyálkahártyája nagy fokban infiltrálódott, egyenetlen felületű, kisebb fokban kötött a jobb oldal, nyálkahártyája némileg duzzadt, egyébkép sima felületű. Nyaki mirigyek nincsenek megnagyobodva. Stenotikus légzés. A kóros kimetszett rész górsói vizsgálata carcinomát mutatott. Két nappal a felvétel után légesömetstés. A seb gyógyulása nem volt egészen sima. Bő nyákelválasztás és hurut zavarták és kifekélyesítették a légeső sebet, úgy hogy a gége resectioját csak 32 nap múlva végezhetette. A felhasításnál kitűnt, hogy a rákos elfajulás nemcsak a pajzsporczot, hanem azon túl lefelé a ligamentum conoid. és a cartil. cricoid. egy részét elfoglalta, valamint túlmént jobbra a középvonaltól néhány milliméterrel.

A beteg műtét után csekély hőemelkedést mutatott, mely másodnapra már engedett. Első 24 órában beteg nem kapott táplálékot, azután mesterségesen tápláltatott 7 napon át per os és részben per anum is. Kötésvaltoztatás mindennap. Első önálló nyelési kísérlet műtét után 9-dik nap, mely jelentéktelen kis félrenyeléssel elég jól sikerült, azontúl a beteg magától nyelt, eleinte összeállóbb, később híg ételt is. Folytonos javulás és erősbödés mellett a műtét utáni harmadik héten a

gége sebe teljesen meggyógyult, a gége üre szűkített a bal oldalon levő lágyrészek beesése következtében. A 4-dik hó végével, midőn a beteget a kórházból kibocsátotta, a jobboldali gyűrűkannaizület némi élénkebb mozgásakor a hangrés néhány millimetryre megnyílik.

A beteg 1899. január 28-dikán ily állapotban, de tetemesen meg-erősödve, saját kívánságára canullel a kórházból kibocsátatik.

Egy hónap múlva a beteg jelentkezett. A gégeben nincsen lényegesebb változás, a hangrés láthatni, főleg ha a beteg bedugaszolt canule mellett lélegzik. A hangrés bővítése szempontjából a jobb alhangszalagból egy jókora részt kimetszett, mely göreső alatt egyszerű megvastagodott nyákhártyának bizonyult. Előadó azóta a betegről kedvező híreket kapott.

II. eset. Sz. K., 53 éves, árvaszéki ülnök, első ízben 1898. november 20-án jelentkezett előadónál, midőn a beteg majdnem hangtalan volt; jobb valódi és alhangszalagján egy mogorónyi egyenetlen, dudoratos felületű, tetején kifeléyesedett, piszkos lepedékkel fedett, felhánt széli dag, a mely környezetétől el van határolva. A dag elől nem haladja túl a középvonalat, hátul szabadon hagyja a kannaporez tájkát, bár ez utóbbi teljesen kötött. A gége nyákhártyája belövelt és duzzadt, de különben más elváltozást nem mutat. Gégefedő ép. Nyaki és állalatti mirigyek nincsenek megnagyobbodva. Két nap múlva előadó intralaryngealis műtéttel a daganatot eltávolította. A kórszövettani vizsgálat rákot diagnosztizált. Mindamellett beteg állapota műtét után javult, de a javulás nem tartott sokáig, mert már 1 1/2 hó múlva a dag recidivált s ekkor elfoglalta az egész hangszalag hosszát.

Tekintettel a gyors kiújulásra, bemutató betegnek a gége resectioját ajánlotta. Ezt megelőzőleg 1899. január 26-dikán végeztetett a tracheotomia, február 13-dikán pedig a gégereseccio. Ezen esetben sikerült, nem lévén a rákos elfajulás oly nagy kiterjedésű, a gége jobb feléből egy részletet megtartani. Beteg a műtét után 24 óráig nem nyelt semmit, azután 10 napon át bázingsóval lett táplálva. Naponta kötés-változtatás, az egész lefolyás láztalan. Decanulement márczius 30-dikán, április 4-dikén gyógyultan távozik. Beteg, kit most már helyesen ilyennek nevezni nem lehet, a bemutatást előző napon mutatta magát előadónál. Az eredmény meglepő, a nyakon levő hegek kifogástalan külleműek, arczkifejezése a piros pozsgás életerőt tünteti elénk. A gége hangrése tág, kissé jobbfelé húzódtott, a légcső bal felső része kissé befelé domborodott. Légzése teljesen szabad. Hangja tisztán érthető.

III. eset. N. O., 50 éves, megyei főjegyző. Előadónál 1898. nyarán jelentkezett először, a baloldali hangszalag egyenetlen megvastagodásával és a megfelelő kannaporez-izület rögzítésével. Luest vagy tuberculosis ki lehetett zárni. Beteg műtétéről nem akarván hallani, tanninpor befűvészt rendelt előadó, erre némi javulás következett be és a beteg azzal egy ideig meg is volt elégedve; de miután a baj tovább fejlődött és a beteg hangját, sőt légzését is zavarta, folyó évi január 30-dikán újból jelentkezett előadónál stenotikus légzéssel.

Ekkor a bal valódi és alhangszalag helyét több apró és nagyobb göbésék foglalták el, melyek legnagyobb része kifeléyesedett. A megfelelő kannaporez nyákhártyája jelentékenyen beszűrődött, egyenetlen felületű. A jobboldali gégefél nyákhártyája belövelt, mérsékelten duzzadt, de sima felületű, gyűrű kannaizülete renyhe mozgású.

Fokozódó nehéz légzés miatt február 2-dikán tracheotomia, 10-dikén pedig gégereseccio, melynél sikerült a gyűrűporez egy részét és a baloldali gégefél egy kis hidaeskáját megtartani. A gégecső gyógyulását hátráltatta a közben jelentkezett légcső-tüdőhurut, mely félrenyelés útján jött létre. Mindennapi kötésre a beteg négy hét alatt visszanyerte nyelési képességét, erőben gyarapodott, hangja bedugaszolt canule mellett eléggé hallhatóvá lett. Az ötödik héten a gégefél belseje egészen meggyógyult, a külső seb a bal fél jelentékeny behorpadásával záródott. A hangrés hangoztatás alkalmával 3 millimetryre megnyílik.

A beteg nem várhatván be a decanulement-t azon utasítással utazott haza, hogy annak foganatosítása végett jelentkezék egy hó múlva.

IV. eset. B. B., 68 éves, fodrász. Felvételt 1899. április 10-dikén. A bal hangszalagon egyenetlen, dudoratos felszínű, szürkés lepedékkel fedett daganat. A baloldali kannaporezizület kötött, a nyákhártya fölött megvastagodott. Az áll alatti és nyaki mirigyek nem tapinthatók. A kimetszett rész carcinomát mutat. Január 10-dikén a daganat endalaryngealis eltávolított. Márcziusban kiújulás, mely a gége bal felét majdnem teljében elfoglalja. Április 12-dikén előrebocsátott tracheotomia után a kóros gégerész gégefelhasítással eltávolított egy ülésben, chloroform-narkosis alatt. Mesterséges táplálás nyolcz napon át, azontúl magától eléggé jól nyel. Mindennap kötés, hőemelkedés nélküli lefolyás, de a gyógyulási hajlam renyhe lévén, a külső seb kissé lassan gyógyul. A beteg különben jól érzi magát, jól nyel úgy folyékony, mint összeállt táplálékot. A gége szabad. Előadó a napokban szándékozik zárni a még nyitva levő gégecsövet.

Ezen négy eset bőven igazolja azt, hogy a primaer gégerák gyógyítható, ha azt korán kórismézve, tökéletesen kiirtjuk s hogy e célra legjobb, ha az előadó által ajánlott és végzett módon resecáljuk az ép szövetben a géget előrement laryngofissio után. Így a legtöbb esetben eltávolíthatjuk a canulet, a beteg elég érthetően beszélhet s a mi fő: visszaadjuk a beteget az életnek és előbbi hivatásának.

Baumgarten kérdi, hogy miért táplálták a beteget mesterségesen? A partialis resectiot rendesen olyan stadiumban szokás végezni, a mikor még csak a gége alsó részletén vannak elváltozások és ha ilyenkor a bázingsó meg nem sértik és a gégefedő ép, akkor folyadék nem jut a gégebe. Talán sipoly volt jelen?

Narratit: A bázingsó nem lett megsértve, ilyen nagy beavatkozás után azonban mindig fejlődik reactiv lob, melybe a gégefedő is bele lesz

vonva, annál is inkább, mert ezen esetek nem per primam gyógyulnak. Ha a reactiv lob beállott, könnyen állhat be félrenyelés. A műtét alkalmával ismételtén kitapintotta a bázingsót és környékét és teljesen épnek találta; sipoly itt jelen nem volt és a félrenyelés az epiglottis secundaer lobosodásától származott.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

2230/1900.

Biharmegye derecskei járásában levő hajdu-bagosi község közbizottságának, mely körhöz Hajdu-Bagos és Sáránd községek tartoznak, összesen 3204 lélekkel, a **körorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére pályázat hirdettek s a választás megtartására határidőül f. é. május hó 4-dik napjának délelőtti 10 órája Hajdu-Bagos községbe, mint a kör székhelyére, kitértik.

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 halottkémleli teendők teljesítéseért esetenként 80 fillér; látogatási díjak pedig nappal 80 fillér, éjjel 1 kor. 60 fillér, vényírás az orvos lakásán 40 fillér.

3. Sáránd községben — hova a körorvos a község által kiállítandó előfogaton hetenként kétszer tartozik átmenni — a látogatási díjak ugyanazok, mint Hajdu-Bagos községben.

Felhívom az ezen állásra pályázni óhajtokat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. és illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-ában előirt képességüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket alólirotthoz f. é. május hó 3-dikáig amnyival is inkább adják be, mert a későbbben érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Derecske, 1900. évi április hó 2-dikán.

3-3

Fráter Barnabás, főszolgabíró.

1721/1900. szám.

A nagyméltóságú m. kir. belügyminiszter úr 29,326/898. számú magas rendelete alapján Aradvármegye, eleki járás, **Medgyes-Egyháza** községben szervezett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása a következő: 1200 korona évi fizetés, ezenkívül az esetenkénti szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Megjegyeztetik, hogy mindaddig, a míg a medgyes-bodzási községközbizottsági körben — a melyhez eddig Medgyes-Egyháza is tartozott, — a jelenlegi körorvos működik, ezen körorvos szerzett jogai az 580/889. sz. belügyministeri rendelet értelmében épségben tartandók.

Ezen kikötés azonban a javadalmazásra befolyással nincsen.

Felhívatomak a pályázni kívánók, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében szabályszerűen felszerelt kérvényeiket alólirotthoz **főszolgabíróhoz** folyó évi május hó 5-dikéig terjesszék be.

Elek (Arad m.), 1900. évi április 17-dikén.

1-1

Jank János, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33-1951, kénsavas natron 6-6679, szénsavas mész 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 10-11° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomor-bántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérel stb.

Kitünő diaetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: **Med. Dr. REUSS VILMOS** A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban.

Javallat: Gégebetegségek, légzőszervi és emésztőszervi bajok. — Ellenjavallat: Tüdővész. Gyógymód: lúgos sós források: Constantin- és Emma-forrás; lúgos sós vasas-savanyú forrás: János-forrás; tiszta vasas-savanyú forrás: Klausen-Quelle, savó, tej (száraz táplálás), Kefir. Sós bevehetések: fenyőgöz-inhalatíók

GLEICHENBERG gyógyhely

(mindenik külön kabinetben), respirató-készülék, pneumatikus kamara. Édes-ásvány víz és pezsgő Calorisator-fürdők, fenyő- és aczélfürdők. Nagy víz-gyógyintézet. Terrain-kura. Nedves-meleg, portalan, széltelen levegő, erdős-dombos táj. 300 méter a tenger felett. — Prospectus és felvilágosítás ingyen. Lakás- és kocsimegrendelés a fürdőigazgatóságnál Gleichenbergben.

Saison: május 1-től szept. végéig.

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 közpórházak 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, Récezy Imre, Tauffer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kövesi Géza és Róth-Schulz Vilmos: Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kórodáról. A vizeleválasztás változásairól vesebántalmaknál. 255. l.

Schiff Ernő: Közlemény Konrad Márk dr. kir. tanácsos, a nagyváradi m. kir. bábaképezde igazgató tanárának szülészeti kórodájáról. Újabb adatok az újszülöttek haematológiájához. 258. l.

Rottenbiller Ödön: Adatok a gaultheria-olaj hatásához 112 eset kapcsán. 261. l.

Tárcza. *Filip Gyula*. 1755—56-diki erdélyi pestis története. 262. l. — *Löv Sámuel*. Az orvosi titoktartás életbiztosítási szempontból. 263. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Scholtz János*: A tabes és paralysis kórköztana. 263. l. — *Könyvismertetés. Angelo Celli*: Die Malaria nach den neusten Forschungen. 265. l. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Freudweiler*: A közhvényesomók lényege. (J-b.) — *Nils Sjöbring*: Mikroorganizmusokról daganatokban. (Zimmermann) — *Belgyógyászat. Maragliano*: A tuberculosisserum. (F-r.) — *Blumenfeld Félix*: Milyen legyen a tüdőgümős betegek táplálása. (F-r.) — *Lockwood*: Az appendicitis kórtanához és kezeléséhez. (Surányi Miklós) — *Babinski*: Hemispasmus esete. (—ts.) — *Klippel*: Diabetez insipidus tuberculosisban. (—ts.) — *Touche*: Kisagyvelői lágyulás (—ts.) — *Dufour*:

Tuberculosis polynuritis. (—ts.) — *Jacob*: A duralis infusioról. (Kövesi Géza) — *Sebészeti. Inganni*: A férfi húgyveső regeneratív képessége. (Reich Dezső) — *Esca*: Prostata hypertrophiánál fellépő vesevérzésekről. (Reich Dezső) — *Terrier*: Az appendicitisről. (Manninger) — *Renauld*: Az epeutakon végzett műtétek után jelentkező vérzésekről és azok kezeléséről. (Manninger) — *Szülészeti és nőgyógyászati. Martin*: Az újszülöttek köldökének kezeléséről. (Neumann Szigfrid) — *Winternitz*: Bakteriologiai vizsgálatok a körömfékek csirtartalmáról és fertőtlenítéséről. (Neumann Szigfrid) — *Emil Ries*: Incontinentia urinae különös oka és gyógyítása. (Kubinyi Pál) — *Kisebb közlemények az orvossággyakorlatra. Brük*: Erysipelas gyógyítása. — *Ostrowski*: Pertussis gyógyítása. 265—267. l.

Hetiszemle és vegyések. — A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — A gömörmegeyi közpórház. — A kolozsvári egyetemi klinika és a kolozsvári „Karolina” országos kórház. — A marosvásárhelyi országos kórház. — Áldor Lajos. — Terray Pál. — Elhunyt. — Megjelent. — Fonciéro pesti biztosítóintézet. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet. Gyermekgyógyászat. 2. sz.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kórodáról.

A vizeleválasztás változásairól vesebántalmaknál.

Irták: Kövesi Géza és Róth-Schulz Vilmos dr.-ok.

A diffus vesebetegségeknek egyik következményét a vesék átjárhatóságának csökkenése képezi szilárd molekulák számára. Korányi S. vizsgálatai megmutatták, hogy ez a „molekularis oliguria” felismerhető, ha a 24 órás vizelet mennyiségéből és fagyáspontjából kiszámítjuk a veséken keresztülhatoló szilárd molekulák számát.

Ép viszonyok között a vizeletnek fagyáspontsüllyedésével arányos osmosis nyomása rendszerint jelentékenyen nagyobb, mint a véré. Dreser¹ fejtegetéseinek alapján a vesék tetemes munkát végeznek, a midőn a vizelet osmosis nyomását növelik; ezen munkát Pauli² a vese vízfelszívó munkájának (Wasserresorptionsarbeit) nevezi. Korányi S. vizsgálatai bizonyítják, hogy a beteg veséknek ezirányú működési képessége csökken: a vizelet fagyáspontsüllyedése veseloboknál általában kisebb, mint ép viszonyok között („Hypostenuria”). Legújabbán Lindemann és M. Senator a molekularis oliguria és a hypostenuria fennforgását veseloboknál szintén megerősítették.

Bár az ép vesék rendszerint koncentráltabb vizeletet választanak el, azok bőséges vízfelvétel után oly vizeletek kiürítésére is képesek, a melyek molekularis töménysége a vérénél jóval alacsonyabb (Dreser). Híg vizelet ürítésének esetében a vesék vizelet elválasztó munkája felülmúlja a vízfelszívó munkát. Bőséges vízfelvétel alkalmával a vizelet molekularis töménysége —0.10°

¹ Dreser. Über Diuresis etc. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmak. 1892.

² Pauli. Über physikalisch-chemische Methoden u. Probleme. Wien, 1900.

fagyáspontig is esökkenhet. Korányi S.³ dolgozataiban már jelezte, hogy a diffuse megbetegedett veséknek nemcsak vízfelszívó, hanem vizeleválasztó képessége is többé-kevésbé szenved. Az ép vizelet fagyáspontja egyes esetekben —3° és —0.10° között ingadozik, a diffus ves megbetegedéseknél ellenben ezen határértékek mind szűkebb térre szorúlnak a bántalom foka és neme szerint. Ennél fogva a hypostenuria csak egyik megjelenési módja a vesék csökkent alkalmazkodási képességének, a mely utóbbinál fogva a vesék vizelet kiadása a szervezet szükségletei szerint változik. Az e helyen közlendő vizsgálataink célja azon rendellenességek feltűntetése, a melyek a diffus vesebántalmaknak különböző alakjainál a vese ama képességében mutatkoznak, hogy bő vízfelvétel után híg vizeletet választanak el.

Vizsgálataink menete a következő volt: a vizeletet 24 órán át négy órás részletekben gyűjtöttük s minden egyes részlet fagyáspontsüllyedését meghatároztuk; a következő napon a kísérleti egyén egy óra lefolyása alatt 1.8 liter Salvator-vizet ivott, minek utána a vizelet gyűjtését negyedórás időközökben fogantostítottuk és mennyiségét, valamint a fagyáspontját meghatároztuk. Egészséges egyéneken, kiknél a vesék ép voltáról meggyőződünk, nagyszámú vizsgálatokat végeztünk, a melyek közül a következőket közöljük.

A) Egészséges vesék.

	Idő	Mennyiség cm ³ -ek- ben	Fagyáspont- süllyedés		Idő	Mennyiség cm ³ -ek- ben	Fagyáspont- süllyedés
I. eset. Hemiplegia	12—4	379	1.13	II. eset. Neurasthenia	10—2	240	1.80
	4—8	130	1.69		2—6	255	1.72
	8—12	540	0.60		6—10	161	1.93
	12—4	226	1.22		10—2	131	2.18
	4—8	422	0.97		2—6	160	2.13
	8—12	230	1.35	6—10	120	1.91	

³ Berliner klin. Wochenschrift. 1899. N. 36.

	Idő	Mennyiség cm ³ -ekben	Fagyás- pont- súlyedés		Idő	Mennyiség cm ³ -ekben	Fagyás- pont- súlyedés
12-től 1-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/22	520	0.45	12-től 1-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/21	500	0.12
	2	465	0.28		1	444	0.11
	1/23	330	0.24		1/22	442	0.10
	3	215	0.28		2	46	0.78
	1/24	7	1.60		1/23	45	1.03
	4	127	1.09		3	60	0.60
III. eset. Arthritis chronica	12-4	120	2.11	IV. eset. Tabes dors.	8-12	175	2.23
	4-8	120	2.17		12-4	140	2.36
	8-12	140	2.00		4-8	165	2.27
	12-4	70	1.72		8-12	470	1.26
	4-8	420	1.33		12-4	150	2.32
	8-12	120	2.05		4-8	150	2.24
1-től 2-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/43	170	0.75	1-től 2-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/43	190	0.58
	1/23	160	0.15		1/23	270	0.45
	3/43	150	0.11		3/43	270	0.40
	3	196	0.10		3	420	0.35
	1/44	170	0.09		1/44	230	0.28
	1/24	160	0.10		1/24	400	0.26
3/44	120	0.14	3/44	390	0.30		

A fentebbi táblázat tiszta képet nyújt a vesék jelentékeny alkalmazkodó képességéről a vízfelvétel ingadozásaihoz. A vizelet fagyáspontsúlyedése bő folyadékfelvétel után gyorsan -0.10° -ra és még alacsonyabb értékre is esik. A híg vizelet elválasztása rendszerint 2-3 óra hosszát tart, azután a vizelet középtöménysége fokenként normalis határig emelkedik.

A következő adatok vesebetegekre vonatkoznak.

B) Nephritis parenchymatosa subacuta.

V. eset. Vizeletben sok fehérje és vér, szemcsés és hyalin hengerek, elzsírosodott vesehám. Börvizenyő, balgyomrocstúltengés, a vér fagyáspontsúlyedése oxygenátvezetés után 0.69° .

VI. eset. Vizelet jelentékeny mennyiségben tartalmaz fehérjét, szemcsés hengereket, elzsírosodott vesehámok, csekély börvizenyő.

	Idő	Mennyiség cm ³ -ekben	Fagyás- pont- súlyedés		Idő	Mennyiség cm ³ -ekben	Fagyás- pont- súlyedés
V. eset.	9-1	411	0.65	VI. eset.	10-2	122	0.94
	1-5	300	0.75		2-6	355	1.11
	5-9	175	0.72		6-10	264	1.24
	9-1	485	0.57		10-2	240	1.15
	1-5	590	0.60		2-6	214	1.27
	5-9	215	0.70		6-10	150	1.11
11-től 12-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/21	56	0.53	11-től 12-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/21	80	0.83
	1	13	0.78		1	14	1.18
	1/22	22	0.75		1/22	16	1.12
	2	27	0.87		2	15	1.15
	1/23	47	0.69		1/23	20	1.17
	3	52	0.73		3	35	1.08
1/24	40	0.68	1/24	20	1.22		
4	54	0.61	4	50	1.08		

C) Nephritis parenchymatosa chronica.

VII. eset. Nagyfokú albuminuria, szemcsés és hyalin cylinderek, börvizenyő. A vér fagyáspontsúlyedése: 0.62° . Uraemia nincs.

VIII. eset. A vizeletvizsgálat eredménye mint az előbbi esetben. A vér fagyáspontsúlyedése: 0.64° . (Uraemia nincs.)

IX. eset. Átmeneti alak zsugorodó vese felé. Csekélyebb albuminuria, balgyomrocstúltengés. Vér fagyáspontsúlyedése: 0.69° . (Uraemia nincs.)

X. eset, mint az előbbi. Balgyomrocstúltengés, csekély börvizenyő. Papilloretinitis, vizelet sok fehérjét tartalmaz; a vér fagyáspontsúlyedése: 0.60° , uraemiás jelenségek nincsenek.

XI. eset mint a IX.

	Idő	Mennyiség cm ³ -ekben	Fagyás- pont- súlyedés		Idő	Mennyiség cm ³ -ekben	Fagyás- pont- súlyedés
VII. eset.	10-2	460	1.00	VIII. eset.	9-1	154	0.83
	2-6	280	1.09		1-5	374	0.87
	6-10	190	1.11		5-9	504	0.86
	10-2	130	1.10		9-1	410	0.84
	2-6	230	1.04		1-5	435	0.81
	6-10	160	0.99		5-9	130	0.89
1/2-től 1-ig 1-8 l. Salvator-víz	3	205	0.47	11-től 12-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/21	170	0.53
	4	129	0.52		1	80	0.68
	1/25	57	0.72		1/22	51	0.74
	5	70	0.90		2	50	0.79
	7	110	0.94		1/23	66	0.72
	9	125	0.97		3	136	0.59
IX. eset.	10-2	695	0.99	X. eset.	12-4	120	1.36
	2-6	400	1.04		4-8	63	1.49
	6-10	495	0.76		8-12	62	1.42
	10-2	310	0.77		12-4	75	1.42
	2-6	535	0.75		4-8	94	1.46
	6-10	211	0.93		8-12	74	1.61
12-től 1-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/22	490	0.39	11-től 12-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/21	40	0.66
	2	220	0.35		1	34	0.68
	1/23	70	0.66		1/22	118	0.44
	3	100	0.40		2	51	0.61
	1/24	123	0.54		1/23	34	0.77
	4	90	0.60		3	62	0.73
1/25	80	0.64	1/24	23	0.94		
5	68	0.81					
XI. eset.	9-1	650	0.62	XI. eset folytat. 11-től 12-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/21	650	0.36
	1-5	461	0.68		1	42	0.53
	5-9	420	0.56		1/22	67	0.54
	9-1	412	0.45		2	80	0.43
	1-5	551	0.52		1/23	97	0.45
	5-9	493	0.62		3	96	0.44
			1/24	71	0.58		
			4	96	0.58		

Ezen számadatokból kitűnik, hogy a parenchymás veseloboknál a vesék képessége híg vizelet elválasztásra jelentékeny mértékben csökkent, az V. és VI. esetben pedig úgyszólván teljesen megszűnt. Ezen két esetben a hypostenuria is igen kifejezett, a minnek alapján a veseparenchymának nagyobb fokú elváltozására kell következtetni. Ezen utóbbi felvétel helyességét a klinikai lefolyás is igazolta.

Az V. esetben állandóan vérvezelés állott fenn, valamint jelentékeny börvizenyő, a vizelet üledékében szemcsés hengerek és vesehám bőven voltak találhatók s a beteg a hosszabb kórodai tartózkodás daczára épenséggel nem javult. Ezen tüneteken kívül a vér molekuláris töménységének jelentékenyebb emelkedése is a veseműködés súlyos zavarára utalt. Hasonló jelenségeket tüntet fel a VI. eset is, a melynél a bő vízfelvétel után a vizelet fagyáspontsúlyedésének értékeinél középértékben alig mutatkoznak $-0.10-0.22^{\circ}$ -nyi különbségek.

Ezen esetekkel szemben oly észleletekkel is rendelkezünk parenchymás veseloboknál, a melyeknél a vesék alkalmazkodó képessége a hígítást illetőleg részben megtartott. Ezen redukált hígító képesség azon körülménynek kifejezése, hogy ezen esetekben a specifikus mirigyelemeknek csekély fokú bántalmazottsága forog fenn, avagy ép veserészletek is vannak még, a melyek bár pótlólag működnek, azonban a csökkent vesepereabilitással szemben elégtelenek, ilyeneknek tekinthetők a VII., IX., X. és XI. esetek, a melyeknél a hypostenuria a fentebbi esetekkel ellentétben nem öltött nagy mérvet, míg a fagyáspontsúlyedés értékeinek különbségei a bő folyadékfelvétel után már jelentékenyebbek.

D) Nephritis interstitialis.

XII. eset. Elsődleges zsugorodó vese. Vizelet napi mennyisége: 1600 cm³, fajsúly: 1009, csekély albuminuria. Balgyomrocstúltengés, vér fagyáspontsúlyedése: 0.59° .

XIII. eset. Zsugorodó vese, arteriosclerosis; balgyomrocstúltengés, vizelet napi mennyisége körülbelül 2000 cm³, fajsúly: 1010, csekély albuminuria.

XIV. eset, mint a XIII. Vizelet napi mennyisége: 2130 cm³, faj-súly: 1011, vér fagyáspontsúlyedése: 0.62^o.

XV. eset, mint a XII.

XVI. eset, mint a XIII. Vizelet napi mennyisége: 3270 cm³, vér fagyáspontsúlyedése: 0.59^o.

XII. eset.	Idő	Mennyiség cm ³ -ekben	Fagyáspont-súlyedés	XIII. eset.	Idő	Mennyiség cm ³ -ekben	Fagyáspont-súlyedés
	10-2	280	1.48		9-1	253	1.76
	2-6	140	1.82		1-5	377	1.38
	6-10	100	2.00		5-9	294	1.17
	10-2	640	0.78		9-1	720	0.86
	2-6	280	1.24		1-5	235	1.16
	6-10	140	1.34		5-9	172	1.60
1-től 1-8 l. Salvator-víz	2	260	1.17	11-től 12-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/21	600	0.22
	1/43	200	0.40		1	351	0.14
	1/23	195	0.12		1/22	300	0.24
	3/43	100	0.13		2	180	0.33
	3	87	0.13		1/23	112	0.47
	1/44	86	0.5		1/24	34	1.14
					4	60	1.08
XIV. eset.	12-4	320	1.08	XV. eset.	10-2	165	1.10
	4-8	240	0.96		2-6	230	1.04
	8-12	220	1.02		6-10	120	1.19
	12-4	320	0.85		10-2	400	0.84
	4-8	720	0.80		2-6	420	0.79
	8-12	310	0.95		6-10	280	0.88
1-től 2-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/43	40	1.19	2-től 4-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/43	77	0.54
	1/23	22	1.28		1/23	3	0.39
	3/43	45	0.73		3/43	34	0.38
	3	97	0.38		1/24	70	0.42
	1/44	165	0.29		3/44	40	0.50
	1/24	240	0.29		4	35	0.44
XVI. eset.	8-12	500	0.63	XVI. e. folyt. 1-től 2-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/43	60	0.48
	12-4	500	0.63		3/43	178	0.29
	4-8	680	0.63		1/44	105	0.36
	8-12	740	0.56		3/44	98	0.40
	12-4	450	0.61		1/45	110	0.40
	4-8	400	0.61		3/45	82	0.56

Ezen vizsgálati eredmények kétségtelenül bizonyítják, hogy a zsugorodó vesének hígító képessége általában csekélyebb mértékben csökkent, sőt egyes esetekben, mint a XII. és a XIII.-ban, az ép viszonyoktól alig mutat eltérést. Ezen körülmény figyelemre méltó, minthogy a zsugorodó vesének azon képessége, hogy a vizeletet töményítse, a legtöbb esetben nyilvánvalóan, sőt egyesekben jelentékeny fokban csökkent, a mit az esetek legtöbbszörében fennálló hypostenuria bizonyít.

Végül néhány kísérletről számolunk be, a melyeket szív-betegeken végeztünk.

E) Kompenzált szív-bántalmak.

XVII. eset.	Idő	Mennyiség cm ³ -ekben	Fagyáspont-súlyedés	XVIII. eset.	Idő	Mennyiség cm ³ -ekben	Fagyáspont-súlyedés
	10-2	222	1.74		10-2	136	1.17
	2-6	82	2.15		2-6	558	0.75
	6-10	180	2.01		6-10	228	0.92
	10-2	120	2.30		10-2	108	1.75
	2-6	181	1.99		2-6	0	—
	6-10	252	1.91		6-10	122	1.93
11-től 12-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/21	190	0.50	11-től 12-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/21	784	0.20
	1	130	0.26		1	404	0.17
	1/22	265	0.19		1/22	384	0.18
	2	286	0.16		2	108	0.41
	1/23	228	0.29		1/23	112	1.30
	3	98	0.21		3	30	1.25
					1/24	34	1.20
					4	55	1.19

Ezen kísérletek szerint a vesék vízelválasztó energiája kompenzált szív-bántalmaknál épenséggel nem korlátolt, valamint a vizeletet megfelelőleg töményítő képesség sem.

Eltérő magatartást tanúsítanak a vesék inkompenzált szív-bántalmaknál:

XIX. eset. Insufficiencia valv. bicuspidalis et insufficiencia relativa valv. tricuspidalis c. stenosi ost. venosi sinistri.

XX. eset. Insufficiencia valv. semilunarium aortae; mindkettő az incómpensatio előhaladott állapotában.

XIX. eset.	Idő	Mennyiség cm ³ -ekben	Fagyáspont-súlyedés	XX. eset.	Idő	Mennyiség cm ³ -ekben	Fagyáspont-súlyedés
	10-2	48	1.48		10-2	110	1.73
	2-6	154	1.65		2-6	145	1.44
	6-10	156	1.81		6-10	138	1.62
	10-2	146	1.84		10-2	67	1.85
	2-6	133	1.60		2-6	150	1.62
	6-10	153	1.61		6-10	125	1.59
11-től 12-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/21	94	1.59	11-től 12-ig 1-8 l. Salvator-víz	1/21	49	1.12
	1	36	0.94		1	95	0.71
	1/22	94	0.78		1/22	74	0.98
	2	63	0.86		2	79	1.05
	1/23	35	0.99		1/23	61	1.16
	3	51	0.97		3	55	1.04
	1/24	45	1.30		1/24	42	1.33
	4	44	1.24		4	44	1.28

A megzavart compensatio időszakában tehát a vesék hígító képessége alászallott hasonló mértékben, mint a parenchymás és az interstitialis veselobok között álló átmeneti alakoknál. Az elsődleges zsugorodó vese és pangásos vese között azonban bizonyos tekintetben határozott különbség forog fenn: az előbbinél hypostenuria áll fenn, ellenben a pangásos vesénél, míg másodlagos elváltozások a vesében nem lépnek fel, a vizelet fagyáspontja normális marad, sőt esetleg rendellenes súlyedést mutat (Korányi). Ezzel szemben a zsugorodó vese bő folyadékfelvétel után híg vizelet elválasztására képes, míg a pangásos vese ezen tekintetben csekélyebb működést fejt ki.

Eredményeink könnyebb áttekintésére szolgáljon a következő táblázatos összeállítás:

Kórisma:	A vizelet fagyáspontsúlyedéseinek legkisebb értékei:
Ép vesék	0.09 ^o —0.26 ^o
Genuín zsugorvesék	0.12 ^o —0.38 ^o
Kompenzált szív-bántalmak	0.16 ^o —0.17 ^o
Nephritis parenchym. chron.	0.35 ^o —0.53 ^o
Inkompenzált szív-bántalmak	0.59 ^o —0.77 ^o
Nephritis parenchym. subacuta	0.83 ^o —0.87 ^o

A vesék működése tehát a zsugorodó vesénél egészen más, mint a parenchymás veseloboknál; az eltérés a szervezet folyadék-tartalmát szabályozó alkalmazkodási képesség különböző nagyságában nyilvánul; a zsugorodó vesénél az alkalmazkodás a vízfelvételhez táj határok közt történik, ellenben a parenchymás veseloboknál a bántalom súlyosságának megfelelőleg az alkalmazkodási képesség szűk határok közé szorul.

Legújabbán Lindemann⁵ kísérletet tett a parenchymás és szövetközi veselobok között jellegzetes különbségeket megállapítani a vizelet fagyáspontsúlyedése alapján; szerinte az előbbieknél a vizelet töménységének csökkenése tetemesebb lenne, mint az utóbbiaknál. M. Senator⁶ hajlandó Lindemann ezen felvételének helyességét elismerni.

Vizsgálataink azonban más eredményeket szolgáltatottak. A jellegzetes eltérés a parenchymás és az interstitialis veselobok között nem a vizelet fagyáspontsúlyedéseinek különböző fokában nyilvánul, hanem annak különböző változékonyságában.

A vizelet fagyáspontsúlyedése vesébántalmaknál három körülménytől függ: 1. A kóros folyamat localisatiójától és fokától, a melyek együttesen határozzák meg a vizelet molekuláris töménységének határértékeit; 2. a felvett folyadék mennyiségétől; 3. végül a veséknek szilárd anyagok számára még megtartott átjárhatósága nagyságától.

⁵ Lindemann. Die Concentration des Harnes und des Blutes etc. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 65.

⁶ M. Senator. Deutsch. med. Wechschrft. 1900 Nr. 3.

Minden vesebeteg ihatik annyi vizet, hogy annak a veséken át kiürülő része az azokon átjutó csökkent számú szilárd molekulákkal olyan oldatot képezzen, a mely a beteg vérével isotonias. Ez esetben a vesebántalom neme semminemű befolyást sem fog gyakorolni a vizelet fagyáspontsülyedésére. Ha azonban a nephritis beteg sokkal kevesebbet iszik ezen mennyiségnél, akkor a vizelet molekuláris töménysége az alkalmazkodásra még tág határok között képes zsugorodó vesénél tetemesen, míg a parenchymás veselobnál csekélyebb mértékben növekszik. Ez esetben tehát oly eredményeket nyerünk, melyek *Lindemann*-éival megegyezők. Ez gyakran megtörténik, ha nem is állandóan (mint *Lindemann* eseteiben sem), mikor a folyadékfelvételt nem befolyásoljuk. Ellenben, ha a nephritisben szenvedő egyén nagyobb mennyiségű folyadékot iszik, mint a mennyi isotonias vizelet elválasztásához szükséges, akkor már ellentétes eredmények mutatkoznak: ilyenkor a jobban alkalmazkodó, a zsugorodó vese sokkal higabb vizeletet választ el, mint a parenchymás nephritis.

Megemlítjük még, hogy betegeink legnagyobb részénél a venaepunctio útján nyert vér fagyáspontsülyedését is meghatároztuk. A fennebb közölt táblázatokban azon értékeket tüntettük fel, a melyeket a véren való oxygenátboacsátás után nyertünk. *Korányi S.* megállapította a veseelégtelenség befolyását a vér osmosis nyomására s állításai megerősítést nyertek *Richter* és *Róth* részéről is. Ha a vesék átjárhatósága szilárd molekulák számára alászállott s ha a permeabilitás ezen csökkenése csak részben pótolatik, úgy ez esetben a vér molekuláris töménysége növekedik s ennél fogva fagyáspontsülyedése a 0'56-ot meghaladja. A veseelégtelenség ezen következménye, a mint szintén *Korányi S.* vizsgálatai bizonyítják, kimaradhat vagy legalább is bizonyos mértékben kevésbé kifejezett lehet, ha oly mennyiségű víz tartatik vissza, hogy ez által a szilárd molekulák abszolút mennyiségének növekedése daczára a vér molekuláris töménységének emelkedése megátoltatik (hypalbuminaemia, vizenyő), avagy ha a fehérje anyagcsere oly mértékben csökken, hogy a belőle származó kis számú szilárd molekula kiürítésére a beteg vesék is elégségesek, avagy végül, ha a kóros veserészletek helyett az épek pótlólag működnek. Természetesen ezen különböző befolyásoló körülmények a legkülönbözőbb fokban és a legkülönbözőbb változatokban állhatnak fenn egymás mellett is.

A mint már *Korányi S.* kifejtette, a vér osmosis nyomásának emelkedése semmiesetre sem tekinthető az uraemia okául; tapasztalatai szerint a vér osmosis nyomása fokozott lehet uraemia nélkül is, viszont uraemiánál egyes esetekben normális értékek találhatók. Ezen felfogással ellentétben *Lindemann* szerint a vér osmosis nyomásának emelkedése az uraemiánál fennálló kóros állapotnak jele volna. Eseteinkben a vér fagyáspontsülyedése 0'59—0'69 között ingadozott s ezek közül egy esetben sem észleltünk uraemiás jelenségeket. Ezen esetek, valamint a *Korányi S.* által közölték bizonyítják, hogy a vér osmosis nyomásának épenséggel nem szükséges normálisnak lennie, ha uraemiás jelenségek nem forognak fenn, mint *Lindemann* állítja. Hogy a vér osmosis nyomásának növekedése egymagában uraemiát nem idézhet elő, ezen állítás helyességét a *Korányi S.* által, valamint az általunk eszközölt vizsgálatakon kívül *M. Senator* esetei is igazolják, a melyek közül a következőket emeljük ki:

inkompenzált bal visszeres szájadék szűkület: $\delta = 1'099^{\circ}$ (!)
 „ aortabillentyűk elégtelensége: $\delta = 0'636^{\circ}$
 továbbá szövethözti veselob uraemia nélkül: $\delta = 0'665^{\circ}$.

Ellenben két izben δ értéke enyhébb uraemiás jelenségek mellett csak 0'558^o, két más uraemiás betegnél pedig 0'587^o és 0'59^o volt.

A *Korányi S.* által megállapított és részünkről a higitási kísérlettel kiegészített eljárás a vesék működési képességére vonatkozólag a következő felvilágosításokat nyújtja:

1. A vizelet 24 órai mennyiségéből és fagyáspontsülyedéséből a molekuláris diuresis nagysága mérhető és kifejezett esetekben felismerhető a molekuláris oliguria.

2. A vér fagyáspontsülyedésének megállapítása felvilágosítást nyújt, vajjon a molekuláris diuresis az anyagcsere folyamán képződött eltávolítandó szilárd molekulák kiürítésére elégséges-e? Azon esetben, ha a molekuláris diuresis az anyagcserehez viszonyítva elégtelen, a vér molekuláris töménysége emelkedik.

3. A hyposthenuria a vesék vízfelszívó erejének csökkenését és 4. a higitási kísérletnek negatív eredménye a vizeletválasztó képesség alábbszállását jelzi. Ezen két utóbbi jelenség egymás mellett azt bizonyítja, hogy a vesék csak a rajtuk áthaladó szilárd molekulák számával többé vagy kevésbé szorosan arányos vízmennyiség kiválasztására képesek és így vízkiválasztó működésükben nem alkalmazkodnak, mint rendszeren, a vízfelvitelhez, hanem a vízkiválasztás maximumát a vesék permeabilitása szilárd molekulák iránt szabja meg. Ezen tény jelentőségét vízi betegség létrejötténél *Korányi S.* fejtette ki.⁷

A vese higitó képességét illető vizsgálataink eredményei a következőkben foglalhatók össze:

1. A parenchymás veseloboknál a vesék vizeletválasztó ereje a kóros folyamat fokának megfelelőleg csökkent.

2. A zsugorodó vesénél a higitási képesség részben, sőt egyes esetekben tökéletesen megtartott.

3. Hasonló viszonyok forognak fenn szívbetegek veseműködésénél is, a míg a compensatio teljes.

4. Pangásos vesénél bő vízvás után olyan eredmények mutatkoznak, mint a vesegyulladás átmeneti alakjainál parenchymás és interstitialis gyulladás között.

Közlemény Konrád Márk dr. kir. tanácsos, a nagyváradai m. kir. bábaképezde igazgató tanáranak szülészeti kórodájáról.

Ujabb adatok az újszülöttek haematológiájához.

II. közlemény.

Közli: *Schiff Ernő* dr. gyermekorvos Nagyváradon.

(Folytatás.)

Hogy az individualis értékingadozások mily mérvűek, az legjobban kifog tűnni, ha szembe állítjuk ezen ingadozások maximális és minimális határait az egyes életnapok szerint, a midőn azon eredményhez jutunk, hogy a fajsúlyértékek ingadoznak a különböző vizsgált egyéneknél:

	Maximum	Minimum	
az 1-ső életnapon	1'0895 és	1'0641 között;	különbözet = 0'0254
a 2-dik	1'0868 és	1'0636	„ = 0'0232
a 3-dik	1'0817 és	1'0575	„ = 0'0242
a 4-dik	1'0869 és	1'0606	„ = 0'0263
az 5-dik	1'0818 és	1'0609	„ = 0'0209
a 6-dik	1'0791 és	1'0607	„ = 0'0184
a 7-dik	1'0766 és	1'0581	„ = 0'0185
a 8-dik	1'0751 és	1'0560	„ = 0'0191
a 9-dik	1'0748 és	1'0553	„ = 0'0195
a 10-dik	1'0809 és	1'0533	„ = 0'0276
Középtértékben:	1'0813	1'0590	= 0'0223

Ezen számadatokból az tűnik ki, hogy: 1. az individualis értékingadozások az egész első 10 életnap folyamán fennállanak; 2. hogy az ingadozások értékkülönbségei az első 4—5 napon nagyobbak, mint a következőkön. (Kivételt csak a 10. nap látszik képezni.) Tekintetbe véve, hogy ezen adatok minden tekintetben normalis viszonyokat mutató újszülöttektől nyertek, a gyakorlati következtetés csak az lehet, hogy ha valaki egy újszülöttet az első 10 életnap valamelyikén a vér fajsúlya tekintetében egyszeri vizsgálatnak vet alá, úgy általánosságban a vér fajsúlyát 1'0813 és 1'0590 értékek határán belül normalisnak kell tekintenie. Nagyon természetes azonban, hogy ezen értékingadozások határain belül azon abszolút értékek lesznek az egyes életnapokra nézve a valósághoz legközelebb állók, melyek a vizsgálati adatok között a legnagyobb számban vannak képviselve. Hogy a különböző nagyságú abszolút értékek az egyes életnapokon az összes vizsgált esetek között minő számarányban voltak képviselve, azt a következő összeállítás világosan mutatja. (Megjegyzendőnek tartom, hogy az összehasonlítás alapjául szolgáló adatok a fenti táblázatban közölt napi átlagos értékekből vannak véve.)

⁷ Berlin. klin. Wochenschrift. 1899. 36. sz.

Fajsúlyértékek.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	életnapon.
1·0800-on felül	9	3	2	1	1	0	0	0	0	1	esetben
1·070—1·080 között	12	19	18	21	22	18	9	11	6	3	"
1·060—1·070 "	6	9	8	9	8	12	14	10	14	11	"
1·050—1·060 "	0	0	1	0	0	0	2	3	3	5	"
Esetek száma:	27	31	29	31	31	30	25	24	23	20	"

Ezen összehasonlító táblázat már világosabban mutatja a fenforgó viszonyokat, mert ime az tűnik ki, hogy a vér fajsúlya az első 10 életnap alatt nagyban és egészben 1·080—1·060 között ingadozik, hogy az első 6 nap alatt az 1·070—1·080 közötti fajsúlyértékek vannak túlsúlyban, ellenben a 6—10. életnap folyamán az 1·060—1·070 közötti értékek. Az 1·080-on felüli értékek főleg az első életnapon fordulnak elő s pedig az összes eseteknek körülbelül egy harmadában, azontúl az ötödik napig csak elvétve, később pedig egyáltalában nem; viszont az 1·060-on alúli értékek csak a 7. életnaptól kezdve mutatkoznak fokozódó számban ugyan, de az összes esetekhez mérten még mindig csekély arányban.

Az értékingadozások másodsorban — mint említettem — az ugyanazon egyénnél folytatólagosan végzett vizsgálatok eredményeinek egymásutánjában mutatkoznak, a mi röviden abban áll, hogy a vér fajsúlya a megszületés pillanatától kezdve szabálytalanul bár, de a 10-dik életnapig fokozatosan csökken. Hogy a csökkenés mértéke behatóbban legyen elbíráható, fel fogom tüntetni először az értékesökkenés fokát az első és tizedik napi fajsúlyértékek különbözőzetei által, s másodsorban a csökkenés fokát egyik napról a másikra. Az 1—10-dik napi értékesökkenés megállapítása ezéjából a következő táblázatban összeállítom azon egyes esetek átlagos 10 napi értékesökkenését, melyek mindegyike a születés pillanatától kezdve teljes 10 napon át lett vizsgálva.

N é v	A vér fajsúlya az		Különbözet
	első életnapon	tizedik életnapon	
Tóth	1·0751	1·0670	0·0081
Nagy	1·0752	1·0736	0·0016
Löwy	1·0778	1·0586	0·0192
Házi	1·0713	1·0565	0·0148
Citrom	1·0668	1·0579	0·0089
Áron	1·0836	1·0705	0·0131
Nagy	1·0677	1·0618	0·0059
Szepessy	1·0770	1·0655	0·0115
Marton	1·0748	1·0641	0·0107
Klein	1·0780	1·0677	0·0103
Juhász	1·0838	1·0671	0·0167
Pataki	1·0757	1·0650	0·0107
Hajdú	1·0641	1·0560	0·0081
Szűcs	1·0686	1·0686	—
Kiss	1·0740	1·0637	0·0103
Középértékben:	1·0742	1·0642	0·0100
Különbözet: 0·0100			

Az első és tizedik napi vér fajsúly közötti különbség tehát 0·0100. Az összes eseteket magába foglaló fenn közölt táblázatban az első napi átlagos érték 1·0760, a tizedik napi 1·0652 lévén, így a különbség 0·0108-at tesz ki, tehát a fentebb látható különbséggel a 4-dik tizedesig megegyező. Az újszülött vérenek fajsúlya tehát az első tíz életnap folyamán összesen 0·010-et csökken, átlag véve tehát naponként 0·001-et; ugyanezen eredményhez jutunk akkor is, ha a napok egymásutánjában mutatkozó értékkülönbséget átlagát vesszük, a mint azt a következő összeállítás mutatja:

az 1. és 2. nap vér fajsúlya között a különbség	0·0019
a 2. és 3. " " " "	0·0014
a 3. és 4. " " " "	0·0006
a 4. és 5. " " " "	+ 0·0003
az 5. és 6. " " " "	0·0015
a 6. és 7. " " " "	0·0026
a 7. és 8. " " " "	+ 0·0003
a 8. és 9. " " " "	0·0018
a 9. és 10. " " " "	0·0016
Középértékben:	0·0012

E szerint szabály gyanánt mondhatjuk, hogy az újszülött vérenek fajsúlya az első 10 életnap folyamán egyik napról a másikra átlagban 0·001-del, tíz nap alatt összesen 0·010-del csökken.

Bár az összes esetekből levont átlagos napi értékek is mutatják, de még jobban kitérnek az egyes esetek vizsgálati adataiból, hogy a vér fajsúlyának a csökkenése legnagyobb az első három nap folyamán, attól kezdve pedig csekélyebb.

A vér fajsúlyának az első tíz életnap folyamán mutatkozó tetemes csökkenése újból csak azt bizonyítja, a mit már az újszülöttek véresejtszáma vonatkozó vizsgálataim alapján is találtam, hogy t. i. az újszülött vére az első életnapok alatt bizonyos lényeges átalakuláson megy keresztül, a mi azt az előrehaladottabb korban mutatkozó vérösszetételtől lényegesen megkülönbözteti, a mennyiben *Schmaltz, Peiper*,¹ *Traugott*² és *Hammerschlag*³ szerint egészséges egyének vérenek fajsúlya egyénenként hosszabb időn át ismételt vizsgálatok mellett is meglehetősen állandó. *Hock* és *Schlesinger*⁴ nagyobb gyermekeken végzett vizsgálataiknál az egyszerű megállapított fajsúlyértéket heteken és hónapokon keresztül állandónak találták, a miből és az előző vizsgálóknak felnőttekre vonatkozó adatai alapján azt a physiologiai törvényt állítják fel, hogy: „das spezifische Gewicht des Blutes ist bei gesunden Individuen (Kindern) ziemlich constant; es unterliegt nur geringen physiologischen Schwankungen, und ändert sich auch während längerer Zeiträume nicht erheblich“. Továbbá: „Wir müssen demzufolge als eine Eigenschaft des lebenden Blutes dessen Bestreben ansehen, seine Dichte constant zu erhalten.“

A midőn az előzők alapján a vér fajsúlyának az első tíz életnap folyamán bekövetkező csökkenését úgy általánosságban, mint részleteiben kétségtelenül beigazoltunk kell tartanunk, előttünk áll a kérdés, milyen hatások közreműködésének kell ezen jelenséget tulajdonítanunk?

A kérdés megválaszolása egyelőre csak részleges lehet. Előrebocsátottam ugyanis ezen fejezet bevezető részében, hogy addig, míg az újszülöttek vérösszetételének másnemű sajátosságaira vonatkozó s folyamatban levő vizsgálataim befejezést nem nyernek, a fajsúly ingadozásainak oki momentumait alapjában nem világíthatom meg kellőleg, miután csupán a vér fajsúlyának meghatározása még folytatólagos vizsgálatoknál is csak megközelítő betekintést enged a viszonyokba. Egyelőre tehát meg kell elégednem azzal, hogy reámutassak azon eddig ismert physiologiai hatásokra, melyek az újszülöttek világra jötte és az azt követő első időben életbe lépve, a vér fajsúlyának változatait okilag némi mértékben megvilágíthatják.

A változások, melyek az újszülött szervezetében a megszületés alatt s bizonyos ideig utána életbe lépnek, nagyban és egészben a következők. Első sorban tekintetbe jö a foetalis vérkeringés megzavarása a születés tartama alatt, tehát azon időben, midőn a méhlepény fokozódó leválása következtében a foetalis vérkeringés mint olyan akadályozott, az extrauterinalis vérkeringés pedig még nem indulhatott meg; másodsorban a vérkeringés teljes átalakulása azon pillanatban, midőn a magzat megszületvén, önálló légzés által az extrauterinalis vérkeringést megkezdi; harmadszor tekintetbe jönnek azok a változások, melyek az éppen megszületett magzat peripherikus véredényrendszerében a testnek hirtelen beálló nagyfokú lehűlése folytán mennek végbe, a mint azt az ide vonatkozó pontos hőmérséki vizsgálatok igazolják. Végre tekintetbe veendő a megszületés után beálló per- és respirationalis vízvesztés, valamint a vizelet- és székiürítés által szenvedett folyadékvesztés, szemben a tápfelvételnek rövidebb-hosszabb ideig fennálló teljes hiányával.

Hogy az újszülött vér fajsúlyának kezdetbeli magas volta, valamint annak többé-kevésbé rohamos csökkenése az első tíz életnap folyamán mennyiben függ össze eme imént vázolt hatásokkal, továbbá, hogy mily arányban részesednek ezen hatások a kérdésben levő jelenség előidőzésében, annak kellő megvilágítása ezéjából röviden foglalkoznom kell eme hatások lényegével.

A mi első sorban a foetalis vérkeringésnek a szülés folyamata alatt történő megzavarását illeti, a viszonyok következőképen

¹ *Peiper*. Das specif. Gewicht d. menschlichen Blutes. Centralbl. f. klin. Medicin 1891. 12. sz. 219. l.

² Idéve *Lyonnét* művében: De la densité du sang. 69. l.

³ *Hammerschlag*. Über eine neue Methode zur Bestimmung d. specif. Gew. d. Blutes. Wiener klin. Wochenschr. 1890. 52. sz. 1018. l.

⁴ *Hock u. Schlesinger*. Hämatologische Studien. Kassowitz's Beiträge z. Kinderheilk. Neu Folge II. 1892. 6. l.

állanak. A szülés második időszakának beálltával a mindinkább erősbödő méhösszehúzóások alatt a méh izomelemeinek összehúzóásai a méhlepény anyai részének vérkeringési zavarát idézik elő, ugyanakkor megkezdődik lassanként a méhlepény leválása is, emehatányok együttesen hátráltatják a magzat vérenek decarbonisatióját. Minél gyorsabban megy végbe a szülés, vagyis minél rövidebb ideig tart eme vérkeringési zavar, annál gyorsabban fognak annak következményei a magzat megszületése után megszűnni. Kisebb fokú, tehát rövid ideig tartó ilyen vérkeringési zavarnál már egy felületes bőringer — minő az extrauterinalis lég hőmérsék — is elegendő lesz a légzési centrum reflex izgatására, s egynéhány mélyebb lélegzetvétel után a vérkeringési zavarok meg fognak szűnni. Ámde, ha a szülés folyamata többé-kevésbé elhúzódó, ha tehát a szülés alatt fellépő vérkeringési zavar már jelentékenyebb, úgy a magzat vérenek desoxydatioja a megszületés pillanatában már legalább is oly fokú lesz, hogy a magzat az asphyxiának kisebb fokával fog a világra jönni. Végre hosszú tartamú születésnél az ez alatt a magzat szervezetében fejlődő vérkeringési zavarok már oly nagy fokot érnek el, hogy a magzat az asphyxiának legkifejezettebb tüneteivel fog megszületni, úgy hogy áltánosságban azt kell mondanunk, hogy az újszülött a szülés tartama szerint változó mértékben ugyan, egészben véve azonban mindig az asphyxiának alapját képező vérkeringési zavar kisebb-nagyobb fokával születik meg. Emé vérkeringési zavar pedig tudvalevőleg lényegében vérpangásban áll; hogy pedig pangásos folyamatoknál, különösen, ha emé pangási folyamat aránylag rövid idő alatt fejlődik ki, a vér fajsúlyának emelkedése áll be, azt számos ide vonatkozó vizsgálati adat bizonyítja. Így *Lloyd Jones*¹ kísérletileg mutatta ki, hogy az újjvég strangulatioja által előidézett passiv congestionalis strangulált részből vett vér fajsúlyja már 1—2 perez alatt tetemesen emelkedik. Így egyik kísérleténél a strangulatio előtti vérfajsúly 1'0566-ról a strangulatio után 5 perez alatt már 1'061-re emelkedett. Ő ezen jelenséget annak tulajdonítja, hogy a visszerek vére a pangási folyamat következtében a szövet közötti üröknek vérsavót ad át, minek folytán a relativ vérsétszám emelkedik és ezért emelkednek egyúttal a vér fajsúlyja is, a mely véleményének következő határozott szavakkal ad kifejezést: „but of the fact, that passive congestion causes the specific gravity of the blood in the congested part to be higher, than in the same part when in an incongested state, there is, i am convinced, no room for doubt“. Idült pangási folyamatoknál — a legtöbb vizsgálati adat szerint — szintén emelkedettnek bizonyult a vér fajsúlyja. Így tetemes fajsúlyemelkedést talált *incompensatio*val járó szívbántalmaknál *Bamberger*.² *Traugott*³ szerint a cyanosissal járó megbetegedéseknél a vér fajsúlyja általában emelkedett. *Hock* és *Schlesinger*⁴ cyanosissal járó congenitalis szívbíllentyűbántalmak 3 esetében szintén emelkedett vérfajsúlyt találtak. *Peiper*⁵ kiemeli, hogy éppen a cyanosissal járó szívbántalmaknál találta a legmagasabb fajsúlyértékeket. Ugyanezen eredményhez jutott *Siegl*,⁶ *Lyonnét*⁷ és *Jahn*⁸ is.

Joggal feltehetjük tehát, hogy a magzat szervezetében a szülés alatt fellépő pangásfolyamat egyrészt a vér alakelemei relativ számának emelése, másrészt a vérsavónak a szövetközötti ürökbe való átjutása által a vér fajsúlyának tetemes kezdetbeli emelkedését eredményezheti, a mihez valószínűleg még hozzájárul az is, hogy a vérben a vérkeringési zavar hosszabb tartama mellett, a hiányos vagy teljesen felfüggesztett kiküszöbölés folytán bizonyos oxydationalis termékek halmozódhatnak fel.

Hogy a kezdetbeli magas vérfajsúlynak tényleg az asphyxiának alapját képező vérkeringési zavar lehet az előidéző oka, azt legjobban bizonyítja előttem egyrészt azon körülmény, hogy a legmagasabb értékeket éppen az asphyxiában született újszülöttek-

nél találtam, másrészt, hogy a mennyiben az első vizsgálat nem éppen a megszületés pillanatában történt, a magasabb értékeket annál gyakrabban láttam képviselve, minél rövidebb idővel a megszületés után lett az első vizsgálat végezve, s hogy ezen magas értékek már aránylag rövid idő alatt (12 óra), a mely rendszeren két egymást követő vizsgálat között eltelt, jóval nagyobb mértékben esökkentek, mint a következő ugyanazon időközben ismételt vizsgálatoknál. Így például egy esetben (*Juhász*, lásd a tabellát) este 6 órakor, 3 órával a megszületés után az első vizsgálatnál talált 1'0814 fajsúly a következő napon délben 1'066-ra szállott alá. Egy másik esetben (*Házi*) közvetlen a megszületés után (reggel 7 ó. 30 p.) a vér fajsúlyja 1'0750 volt, u. a. napon este 7 órakor már csak 1'0677, és hogy ezen jelentékeny esökkenés tényleg a jelzett körülményre vezethető vissza, bizonyítja az, hogy a fajsúlyértékek a további vizsgálatok folyamán állandóan 1'0677 alatt állottak. Egy harmadik esetben (*Mózes*) a megszületés pillanatában (reggel 7 ó. 10 p.) a vér fajsúlyja 1'0786 volt, u. a. napon este 7 órakor már csak 1'0711. Ilyen példát számosat idézhetnék még az általam vizsgált esetek közül, világos bizonyítékaul annak, hogy a kezdetbeli feltűnően magas vérfajsúly tényleg a szülés alatt fellépő vérkeringési zavar folyamánya. Nem lehetetlen, hogy azon jelenség, miszerint a kezdetbeli túl magas, nevezetesen 1'080-on felüli vérfajsúlyt főleg az átlagon felül fejlett újszülötteknél találom gyakrabban feljegyezve, a fenn vázolt körülményre vezethető vissza, miután a priori valószínű, hogy a túlfejlett magzat születési időtartama, már a mennyiben egyéb mellékkörülmények közre nem játszanak, hosszabb, mint az átlagon alul fejletteké. Ha ugyanis a vizsgált eseteim vérfajsúlyát illető értékeket a fejlettség foka szerint külön csoportokba foglalom, úgy az tűnik ki, hogy míg nyolcz 3500—4300 grammig terjedő testsúlyú újszülöttnél 4 esetben, tehát az esetek 50%-ában van az első vizsgálatnál 1'080-on felül álló fajsúlyérték feljegyezve, továbbá tizenegy 3000—3500 grammig terjedő testsúlyú újszülöttnél ugyancsak 4 esetben, tehát az esetek 36'4%-ában, addig nyolcz olyan esetben, a hol a testsúly csak 2000 és 3000 gramm között ingadozott, egyetlen egy esetben, tehát az eseteknek 13'5%-ában találtam 1'080 kezdetbeli vérfajsúlyt. Sajnálom, hogy miután az általam vizsgált esetekre vonatkozó szülészeti naplók legnagyobb részben hiányzanak, nem tüntethetem fel pontosan időértékekben, hogy mennyiben hat közre a kezdetbeli magas vérfajsúly előidézésénél a szülés időtartama. Annyi azonban már a fenn mondottakból is kétségtelen, hogy a megszületés utáni túl magas vérfajsúly főleg az említett körülmény által van előidézve.

A megszületés után közvetlenül az első lélegzetvételek megindultával a foetalis vérkeringés átmev az extrauterinalis vérkeringésbe. A tüdők fokozatos kitágulásával megnyílnak a pulmonalis végágai, több vért kap a bal pitvar, úgy hogy e miatt a nyomás a bal pitvarban annyira fokozódik, hogy a valv. foram. ovalis elzáratik, tehát a communicatio a két pitvar között lassanként megszűnik; a bal pitvarból a bal gyomrocsba bejutott nagyobb mennyiségű vérnek az aortába való juttatására a bal gyomrocsnak nagyobb nyomással kell dolgozni, az aortában e miatt támadt nagyobb nyomás kövteztében a ductus Botalli szerepe is fokozatosan megszűnik, egy szóval az ütteres nyomás fokozódik. Mindezekon kívül az első lélegzetvételek megindultával a mellüri negatív nyomás is közrehat a vérkeringés élénkítésében, a mennyiben elősegíti a visszereknek a jobb pitvarba történő kiürülését, a visszeres pangás tehát lassanként kiegyenlítődik, s így lassanként bekövetkezik a vér fajsúlyának fokozatos esökkenése is.

Hogy közvetlen a megszületés utáni első időben a vér fajsúlyja oly feltűnően magas, abban kétségkívül némi szerepe lehet azon körülménynek is, hogy az újszülött teste a megszületés után közvetlenül nagyfokú lehülésnek van kitéve. Ez a lehülés *Eröss*¹ vizsgálatai szerint már 5—6 perezcel a megszületés után kezdődik s átlag egy óra alatt eléri maximumát. A mennyiben pedig *Grawitz*² vizsgálatai szerint a lehülés a peripherikus vér- edényrendszer szűkítése folytán a vér concentratioját, tehát fajsúlyát is fokozza, így természetesen ezen körülmény is hozzá-

¹ L. c. pag. 11. és 12.

² *Bamberger*. Ueber d. Anwendbarkeit der Oertel'schen Heilmethode bei Klappenfehlern d. Herzens. Wiener klin. Wochenschrift 1888. N. 1. Pag. 1.

³ Idézte *Lyonnét* művében. Pag. 112.

⁴ L. c. Pag. 12 és 13.

⁵ L. c. Pag. 223.

⁶ *Siegl*. Über d. Dichte d. Blutes. Wiener klin. Wochenschrift 1891. Nr. 33. Pag. 609.

⁷ *Lyonnét*. De la densité du sang. Paris. 1892. Pag. 121.

⁸ *Jahn*. Über die Schwenkungen im specif. Gewicht d. Blutes. Inaug.-Dissert. 1891. Pag. 19.

¹ *Eröss*. A külső hőmérsék befolyása a csecsemők szervezetére. Akad. értekezések XIV. kötet V. szám 1884. Pag. 87. és 88.

² *Grawitz*. Klinische Pathologie d. Blutes. Berlin 1896. Pag. 5—6.

járulhat a megszületés utáni magas vérfajsúly előidézéséhez. Egy órával a megszületés után kezd a lehülés kiegyenlítődni úgy, hogy átlag 9 óra alatt az elszüvedett hőveszteség teljesen helyre lesz pótolva (Eröss), ezen időszak alatt tehát már e részről is elő lesz mozdítva a kezdetbeli magas vérfajsúlynak alászállása.

(Folytatása következik.)

Adatok a gaultheria-olaj hatásához 112 eset kapcsán.

Közli: *Rottenbiller Ödön* dr. operateur, trencsén-tepliezi uradalmi fűrdőorvos.

(Folytatás.)

Poorter volt az első, ki salicyl tartalmát felfedezte. *Cahours* pontos kémiai vizsgálatok után megállapította synthesisét. Lényegileg nem egyéb, mint salicylsavas methylester, $C_7 H_5 O_3$ vagy $C_7 H_5 O_3 CH_3$, más szóval salicylsav, a melyben egy atom H egy methyl molecule által van helyettesítve.

222^o-nál szétválasztható. Maga a methyl-salicylat vagy methylsalicylsav szintelen, igen erős, nem kellemetlen szagú, vízben kevésbé, de alkoholban és aetherben kitünően oldható. Sűrűsége 1:180. Vasat tartalmazó sók vörös színűvé festik. Alkoholos oldataiból koesonyásan kiüllepíthető. Natrium hozzáadására alkoholra és salicylsavas natriumra bontható el; utóbbit megint sósavval összehozva, hideg vízzel, majd alkoholban való kimosás után megkapjuk a *kristályos salicylsavat*.

Az olajnak hatalmas antiseptikus tulajdonságait legelőször a francziák használták fel a sebészeten. *Gosselin* és *de Bergeron*¹ megelőző állatkísérletek után (subcutane is!) megállapítva, hogy nem mérgező, nem mérges és nem izgat: kétféle oldatát használták. A gyengébb (Nr. II.) 5 gr. gaultheriával, 100 gr. alkohollal és 50 gr. H₂O-val, az erősebb ellenben (Nr. I.) 250 gr. gaultheriával, 100 gr. alkohollal és ugyanennyi (100 gr.) vízzel készült.

A priori feltételezni lehetett volna persze, hogy ezen antiseptikus oldatok csak az alkoholtartalom miatt voltak bacteriumölő természetűek, de a két szerző azt találta, hogy ugyanezen oldatok gaultheriatartalom nélkül csak öt napig voltak képesek a frissen kibocsátott vér rothadását megakadályozni, míg gaultheriával elegyítve 25 napig is meg volt akadályozva a vér elbomlása.

Amerikában a szer valóságos theriaka; főleg az ízületi gyuladásoknál alkalmazzák, bár dús tannintartalmánál fogva, mint adstringens, főleg makaes nyári hasmenéseknél szintén kiterjedten alkalmazásba kerül.

Francis Kinnigutt (New-York, Hóp. St. Luke) közölte először tudományos alakban fertőző ízületi gyuladással elért kedvező eredményeit. Főleg mint antisepticumot dicséri s a leghatásosabb salicylkészítménynek tartja. Gyorsan egymásután, kis adagokban adja. Tapasztalatai szerint gyorsan távozik a szervezetből, de hatása tartós. Középnapi adagja 8 gm. Különösen kiemeli, hogy sohasem látott kellemetlen mellékhatásokat, *semmiféle gyomortünetet* alkalmazásánál. Egyenlő súlyrész olajjal keverve külsőleg is alkalmazta, még pedig kiváló eredménnyel (liniment anodin).

Hasonlóan kitünő eredményekről referál csakhamar *Seclye* New-Yorkból.

Európában legelőbb a francziák kezdték használni, sőt *Cadéac* és *Meunier*² már összehasonlító tanulmányokat tesznek a synthetikus úton előállított, és a természetesen nyert olaj hatása között. Adataik annyiban meglepőek, hogy szerintük a természetes gaultheria-olaj állatoknál görcsokozó, míg a vegyi úton előállított ilyen hatások nem mutatkoznak.

*Buchholz*³ szerint erősebb a salicylsavnál, energikusabb bactericid természeténél fogva.

Lannois és *Linossier* mindenütt ott ajánlják, a hol a salicylsavas natrium vagy a salicylsav nem válnak be, vagy a hol a betegnél mutatkozó kellemetlen gyomortünetek ellenjavallják adagolását. Mindkét szerző külsőleg alkalmazza s különösen ki-

¹ V. ö. Arch. gén. de méd. Janvier 1881. és Bulletin de thérap. t. C. p. 335. o. 1884.

² Lyon méd. 1889. 628. o.

³ *Husemann*, *Arzneimittellehre* 316. o.

emelik, hogy idült esetekben is kitünő hatású. Kellemetlen mellékhatásokat nem láttak soha.

Wessinger, *Sydney*, *Le Gendre*, *Combemale*, *Randolph*, *Dison* és *Lemoine* szintén csak jót mondhatnak e szerről.

*M. B. W. Taylor*¹ dicséri hatását a *kankós* ízületi fájalmaknál; 40 cseptől 80-ig emelte fel adagjait.

Pribram szintén dicséri s főleg chronikus ízületi gyuladásoknál és *arthritis deformans*-nál óhajtja alkalmazását percutane. Belsőleg sohasem adagolta.

Az egész idevágó irodalomban csak két esetben tudunk káros hatásáról meggyőződést szerezni. Előre kell azonban bocsátanunk, hogy Amerikában a közfelfogás szerint abortív hatású.

Ilyen czélből 30 gm.-nak egyszerre való bevétele után az ezt követő 15-dik órában beállott a halál.² A másik esetben szintén igen nagy mennyiségű olaj elfogyasztása után a heves gastritis halálhozó volt.³

Pinkham esetében a bonczlelet gastritis acutissima-t állapított meg s folyós fekete vért találtak nagyfokú vérbőséggel a vesékben.

Iparkodtam lehetőleg az egész gaultheria-irodalomra kiterjeszkedni s azt hiszem, semmi fontosabb és lényegesebb közlemény nem került el figyelmemet. Látnivaló, hogy majdnem kizárólag amerikai és francia orvosok foglalkoztak vele, sőt vegyi sajátságait és összetételét is ők ismertették, de majdnem minden szerző *egyhangúlag* dicséri alkalmazását, kitünő hatását az úgynevezett *idült ízületi gyuladások* eseteiben. S hogy kiterjedtebb alkalmazást mégsem nyert, hogy a német irodalom is alig, a magyar orvosi irodalom pedig *Bókay*⁴ tanár vénygyűjteményétől eltekintve, egyáltalán nem említi: okát abban keresném, hogy átható, nem éppen mindenkinek kellemes szaga és csipős íze belső adagolását a minimumra szorították. A francziák nagy előszere-ttel adagolnak minden gyógyszerkészítményt percutane, innen ottani elterjedése; míg az amerikaiak körében panacea hírében álló jó tulajdonságai sokat használhattak általános, kiterjedt alkalmazásának.

A prágai egyetem belgyógyászati professora *Pribram*⁵ az ízületi bántalmakról irt nagy monographiájában egy egész oldalt szentel az „*Oil of Wintergreen*” méltatásának, s végül oda nyilatkozik, hogy a sokizületi, úgynevezett idült (csúzos) alaknál *külsőleg* alkalmazva igen jó hatásúnak találta. Belső használatáról nem nyilatkozhatik, nem lévén tapasztalatai ezen irányban. *Nothmangel* szintén igen dicséri, de alkalmazásának hátrányát, általában elterjedésének akadályait az olaj kellemetlen ízében keresi. Mióta azonban a szer gelatina tokocskákban kerül forgalomba, e bajon is segítve van, s ma már a szer további, tágabb és szélesebb körben való elterjedésének mi sem áll útjában! A forgalomba hozott szer a növényből sajtolta s *nem* a synthetikus úton előállított olaj.⁶ Tartozom annak a magyarázatával, hogy ma már nincs hatás tekintetében a kettő között különbség s így a fennebbieken elmondott és állatkísérletek alapján talált adatok a modern kémiai és technológiai eljárások mellett tárgyaltanok. Helyén valóban találtam *Senator* adataival csak itt foglalkozni, ki egy-némely esetében fülzúgást, nehéz hallást, fejfájást, sőt deliriumhoz hasonló cerebralis tüneteket is látott alkalmazása után. *Senator* közleménye 1885-ből eredő s azt hiszem, hogy nem optimismus csupán részemről, ha ezt is úgy magyarázom, mint a fennebb már idézett *Cadéac* és *Meunier*-féle állatkísérleteket, tudniillik hogy azelőtt az olajat még nem tudták oly tökéletesen kivonni a növényből, mint ma, s így görcsokozó, kellemetlen hatásait idegen alkatrészek, az olaj kinyerésénél a készítménybe került fertőzőanyagok idézték elő. Ennek a pharmacologice is megindokolható pendantja a ricinus-olaj hatása. Mindnyájan tapasztalatból ismerjük a ricinus-olaj kellemes, enyhe hashajtó tulajdon-

¹ Rev. sc. méd., 1888. t. XXXII. 574. o.

² *Pinkham*, Rev. sc. méd. t. 92. o.

³ *Potter*, *Handboock of. Mat. Medica* etc. 229 l. („3 j.“ death by violent gastritis (?)).

⁴ *Bókay Árpád*, *Vénygyűjtemény*, II. kiadás.

⁵ *Alfred Pribram*, *Der acute Gelenkrheumatismus* etc. Wien, 1899. 468. oldal.

⁶ *Hazslinszky* készítményeihez a jó nevű német *Schimmel*-gyár előállította természetes olajat használta.

ságait s mégis vannak az irodalomban mérgező esetek, melyek nyilván az olajba jutott ricintől illetve ricinsavtól feltételezvék.

Eleve várnom és tudnom kell igen tisztelt kartársaim mindenesetre alapos ellenvetését s ez fűrésztött betegeimre vonatkozik. *Meg kell magyaráznom, hogy a gaultheria hatását és a fürdőkét hogyan tudom különválasztani, eredményeimet összegezgetni, illetve jó sikereimet a gaultheria hatásának rovására írni.*

Betegeim legnagyobb része kivétel nélkül sokizületi úgynevezett idült gyuladással került a *trenséntepliezi kénes fürdőbe*.

A vérkeringési viszonyok megjavítása, mondjuk fokozása és az elválasztó mirigyek működésének serkentése, a balneoterápia főfeladata minden arthritissnél. Mindkét feladatot elérhetjük pedig a melegnek helybeli és általános alkalmazásával is. Minél magasabb a hőmérsék s minél állandóbb, annál gyorsabb a vérkeringés a bőrben, s annál kifejezettebb az izzadás is; ez által a mélyebben fekvő testrészekben is megváltoznak a vérkeringési viszonyok s ennek közvetlen eredménye a felszívódás megindulása.

A hévvizek — általában — sikeresen használhatók az idült polyarthritikus megbetegedéseknél. Általános s legfőbb szabály azonban minden fürdői kezelést beszüntetni hevesebb, vagy subacut tüneteknek észlelése után. A fürdőkezelés, főleg kezdetben nagy óvatosságot igényel, mert rendes és megszokott tünet, hogy főleg az úgynevezett idült esetekben már az első néhány fürdő után heves kínzó fájdalmak szoktak fellépni, a mi bizonyára a fokozott vérnyomásnak s a szövetek duzzadásának eredménye. Ha a fürdők hatását izzasztás szempontjából jobban ki akarjuk aknázni, úgy a beteg a fürdő után takaróba, pokróczokba kerül.

Betegeinknél főleg a fájdalomcsillapító hatást s az izzasztást, helyesebben a bő izzadást vártuk a gaultheriától s ez mindenkor promptul bekövetkezett. Említettük, hogy a legóvatosabb balneoterápiás kezelés mellett is az általános vérkeringési viszonyok megváltozása miatt a legtöbb esetben fájdalomosság illetve fokozott fájdalomosság mutatkozott s ezeknek coupirozására a legrégibb, a legmakacsabb esetekben is igen jó eredménnyel adagoltuk a gaultheria-olajat. Ugyancsak az elválasztó mirigyekre gyakorolt jó hatása, a bő izzadás, mindenkor beállott, ha ilyen hatásra törekedtünk, sőt beállott este akkor is, ha a beteg fürdője után már reggel pokróczozva lett.

Betegeinknél *állag 5 hétig* tartott a thermalis kezelés, s bár úgy hisszük, sokkal rationalisabb lenne az átlagos hat heti kezelés, ennek kivitele oly nehézségekbe ütközött, hogy legtöbbször le kellett róla mondanunk. Nem vagyunk hívei a rohamos, gyors egymásután való fűrésztéseknek, ha nem szeretjük az első hetekben a rövidebb ideig (10—15 perczig) tartó s harmad-, legfeljebb másodnaponkinti fűrésztéseket, időt akarván adni az amúgy is megviselt szervezetnek némi regenerálására.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

Az 1755—56-diki erdélyi pestis története.

Egykorú források után.

A mult idők járványait megbízható kútforrások alapján tanulmányozni, lefolyásukat követni, az ellenük való védekezés módját és eredményeit figyelemmel kíséreni: hálás feladat, mert történeti érdekeségen kívül tanulsággal jár a jelenre is és sok oly tényről ad felvilágosítást, a melyeknek a valósághoz hí megismerése figyelmet érdemelhet és tekintetbe jöhet azon eljárásoknál is, melyeket az államok ma a járványos betegségekkel szemben követnek.

Készséges örömmel fogtam tehát a feladathoz, a melylyel főnököm, Rigler tanár úr megbízott s a melynek célja volt megismertetni a hazai és főleg az erdélyi pestis-járványokat, azon egykorú, és a mi a fő, hiteles kútfők nyomán, a melyeknek oly tekintélyes számát, mint azt Kolozsvárott találni alkalmam volt, talán alig lehet másutt tartózkodó kartársaimnak módjában.

Feladatomnak fennebb ismertetett s általános szempontból is hálás voltát csak öregbíti az a közismereti körülmény, hogy az új évszázad küszöbén innen is, onnan is oly hírek érkeznek, a melyek egyáltalán nem alkalmasak arra, hogy higgyük, miszerint a mult századok réme, az Indiában immáron 7-dik éve dühöngő pestis elkerül bennünket.

Igaz, hogy az indiai pestis tanulmányozására a legközelebről érdekelt angolokon kívül több törekvő európai állam — köztük tudva-

levőleg Ausztria is — kiküldötte szakértőit, a kik tapasztalataikat terjedelmes és alapos jelentéseikben közölve, mindenkinek hozzáférhetővé tették oly ismeretek megszerzését, a melyeknek egy esetleges európai pestis-járványnál a védekezni kénytelen államok hasznát vehetnék.

Egy körülményt azonban nem szabad figyelmen kívül hagynunk. S ez az, hogy a vilájjárványokat okozó betegségek támadásuk, terjedésük, lefolyásuk és elmúlásuk tekintetében sok és lényeges különbséget mutatnak a különböző éghajlatok alatt. Ebből pedig az következik, hogy azok a védelmi szabályok, a melyek pl. Indiában minden tekintetben jóknak és hatásosoknak bizonyultak, nem alkalmazhatók teljes összességükben nálunk.

Következik tehát a fentemlítettékből az is, hogy hasznos dolog megismerni, hogy ugyanazon járványos betegség itthon miként folyt le a multban s ebből okulni a jövőre.

Ezért gondolom, hogy nem végeztem haszon nélküli munkát akkor, midőn a kolozsvári egyetemi és középiskolai¹ könyvtárakat átkutatva, a talált egykorú, másoknak talán nehezen vagy épen nem hozzáférhető munkákban feljegyzett tapasztalatokat nem engedem át a feledés homályának, hanem azokat közismeretűvé teszem.

* * *

Az 1755-diket megelőző utolsó pestis-járvány 1737-ben dühöngött Magyarországon és 21 évig pusztította hazánk lakosságát. Az ország legnagyobb részében 1741-ben már elaludt, de Pestmegyében ugyanezen évben újra vehemensen kitört és onnan széthurcolva még 1743 végén is lappangott az ország némely vidékein, míg végre teljesen megszűnt.² Úgy látszott, hogy az ország végleg megszabadult ettől a pusztító rémtől. A hit azonban csalókanak bizonyult, mert 1753-ban ismét felütötte a fejét. Ez év január 2-dikán a helytartó tanács rendeletet ad ki, a melyben a Lengyelországgal határos megyéket utasítja, hogy határainkon éberül őrizkedjenek, nehogy a pestis újra behurcoltassék, mely már a Moldova és Lengyelország határán levő *Choczimban*³ pusztit. Ugyanezen hónap 15-dikén a helytartó tanács 42 napi vesztégzár rendel el a Lengyelországgal, Moldovával és Török-Oláhországgal szomszédos megyék határain és utasítja a határszéli megyéket, hogy a járvány állásáról neki időről időre jelentést tegyenek, sőt ha a szükség úgy parancsolja, külön futár által is. Az erdélyi parancsnokoló tábornokot, *Wallist* már 1752 december 29-dikén felszólítja, hogy különösen az Oláhországból és Moldovából átvezető gyalogutakat tartsa figyelemmel.⁴ A beérkezett jelentések szerint a chozimi járvány nem terjedt, sőt megszűnni is látszott, ezért 1753. április 2-dikán, illetve május 21-dikén kelt helytartótanácsi rendelettel a zár feloldatott és a kereskedelem ismét megengedettett Máramaros, Bereg, Ugocsa, Szatmár, Ung, Szepes, Sáros, Abauj, Zemplén, Arva, Bihar megyékben.

1754-ben azonban újra jött a hir, hogy a határon kitört a pestis és pedig Macedoniában, Seresben, a hol akkor a legtöbb gyapotot termelték s a mely vidékkel ennél fogva a nyugati országok élénk kereskedelmi összeköttetésben állottak. Ennél fogva a helytartó tanács 1754. márczius 18-dikán Bács, Baranya, Arad, Csanád, Csongrád és Békés megyéknek elrendelte, hogy határainkon minden alkalmas eszközzel őrködjenek és a megye egészségi állapotáról időről időre jelentést tegyenek a helytartó tanácsnak. 1754. június 20-dikán a közlekedést Máramaros határán teljesen megszüntetik és pedig az okból, mert az erdélyi *Commissio Sanitatis* 1754. június 5-dikén kelt felterjesztésében jelentette, hogy miután Oláhországban minden valószínűség szerint már van pestis, a contumáciát elrendelte a vulkáni, vöröstornyai és a tömösi utakon. Ezen intézkedés értelmében: 1. Egyetlen külföldi sem eresztendő be Erdélybe, még a vesztégzár kiállása után sem. 2. A hazatérő erdélyi lakosok contumácia alá vetteknek, a mely hat hétig tart. Ezen idő alatt 14 naponkint a vesztégzár intézet más-más osztályába tétetnek át; az egyes osztályok tagjai sem a többi osztályokéival, sem az erdélyi lakosokkal nem érintkezhetnek. 3. Senkinek sem szabad Oláhországba menni. 4. Sem árúk, sem élelmi szerek sem Oláh-, sem Törökországból nem hozhatók be. 5. A contumáciában levők naponta kétszer megvizsgáltatnak; betegen senki be nem vétetik; a ki pedig a vesztégzár intézetben megbetegednék, azt rögtön szigorúan elkülönítik és a betegségről a Sanitatis Commissionnak jelentést tesznek. 6. A contumáciát elhagyók ruháit jól ki kell szellőztetni és a mi közüle kimosható, alaposan kimosni. 7. Az árúk a rendelkezés szerint purifikálандók.⁵

A fenyegető veszély folytán a helytartó tanács 1754. július 4-dikén a magyar királyi udvari kamarát is felkéri, hogy saját hatáskörében hasonlóan intézkedjék a járvány behurcolása ellen.⁶

Mindezek daczára 1755. vége felé bejutott a pestis a tömösi vesztégzár intézetbe. A helytartó tanács november 27-dikén kelt rendelete, a melyet az Erdélylyel szomszédos megyékhez intézett, azt írja, hogy a pestis október utolsó napjaiban tört ki a tömösi vesztégzár intézetben. Chenot szerint az első eset azonban már október első napjaiban észleltetett. Gregorius Márton nevű örmény kereskedő volt ez, a ki a Fekete-tenger mellől utazott haza Bécsbe, a hol családja lakott. 1755. szeptember 30-dikán érkezett Tömösre, a hol a contumáciát ki akarta tölteni. Október 6-dikán estefelé borzongás lepte meg, melyhez

¹ Kath. és ref. főgym.

² Fekete L. A magyarországi járványos és ragályos kórok rövid története. Debreczen, 1874. p. 53.

³ Linzbauer. Codex Sanitario-Medicinalis Hungariae. Budae, 1852. Tom II. Nr. 385.

⁴ Linzbauer. Tom. II. Nr. 386.

⁵ Linzbauer, Tom. II. Nr. 400.

⁶ „ „ „ Nr. 401.

erőtlenység, fej- és keresztáji fájdalom, hasmenés, szívszorogás csatlakozott. Másnap saját kívánságára eret vágta rajta, a mit türhetetlen égés érzete és zavartartság követett. Október 9-dikén 64 éves korában meghalt. Jobb fültömiregye meg volt dagadva.

Ezzel az örménnyel utazott még három kereskedő; kettőnek a sorsáról csak annyi van feljegyezve, hogy az egyik október 20-dikán, a másik október 22-dikén egészségesen visszautazott Oláh földre.

A harmadik egy bukaresti kereskedő, Radul André, október 12-dikén megbetegedett. Rázó hideg lepte meg, másnap jobb fültömiregye megdagadt, fájdalmas lett és kistökü zavarodottság lépett fel nála. Ennek daczára lóra ült, hogy visszatérjen Oláhországba; mivel pedig sok pénz volt nála, egy ápolót adott mellé kísérőnek, a ki öt nemesak a határig kísérte, a mint parancsolva volt, hanem Sinaiba a kórházba is — körülbelül 6 mérföldnyire Tömöstől —, a hol a kereskedő meg is halt.

Ez az ápoló magára hozta a kereskedő ingóságait s ezekkel együtt a pestist is. Hazatérte után másodnapra hat éves gyermekét kirázta a hideg, 19-dikén petecsek léptek fel nála, 21-dikén meghalt. Csaknem hasonló módon halt meg az ápolónak még három gyermeke pestisben; mindeniken volt petecs és bubo, sőt kettőn közülük carbunculus is. Ő maga egészséges maradt november 5-dikéig, midőn pestisben szintén megbetegedett, de kigyógyult.

A helytartó tanács fenn idézett rendelete erélyes intézkedéseket tartalmaz a járvány elharapódzásának megállítására. A tömösi vesztglő intézetbe kirendelt *Frenck* physikust és egy seborvost. Elrendeli, hogy *Tunkörs* község és a többi helységek, a hol az említett vesztglő intézeti szolgál — névszerint *Butzu János* —, kinek három gyereke pestisben meghalt, ennek anyósa, továbbá *Veres István* és *Német András* kocsisok, a kik *Radul André* kereskedőt *Sinaiba* kísérték, tartózkodtak: azonnal körülzárassanak. Lakóik az ország többi lakóival való érintkezésben teljesen meggátlandók. A kordon rendes katonaságból alakítandó, a melyet 42 napi contumacia kitöltése nélkül senki, halálos büntetés terhe alatt át nem léphet. A lakók egészségi állapotáról pedig időnkint jelentés tétessék a helytartó tanácsnak.¹

Ezen szigorú intézkedéseknek meg is volt a hatásuk, mert a járványt sikerült az említett helységek szorítani, a melyekben összesen 22 egyén betegedett meg, 11 halálesettel. November végére a járvány megszűnt és többé ezen községekben ki sem újult.²

Filep Gyula dr.

közegészségtani tanársegéd a kolozsvári egyetemen.
(Folytatása következik.)

Az orvosi titoktartás életbiztosítási szempontból.

Válasz *Grósz Emil* megjegyzéseire.³

Grósz Emil, kinek avatott tolla már sok orvostársadalmi kérdést megvilágított, az orvosi titoktartásról irt cikkemet figyelmére méltatta. Tisztelt barátomnak ezért köszönettel tartozom; csak azt sajnálom, hogy cikkemre nem érdemleges választ irt, hanem megelégedett azzal, hogy az országos orvos-szövetség határozatainak megokolását, melyet már ismertünk, újból közzétegye.

A megokolás egészen *Brouardel* álláspontjára támaszkodik. De *Brouardel* sem csalahatalan. Az ő intransigens felfogását — tudtommal — csak Franciaországban respectálják; Németországban, Ausztriában, Olaszországban, Oroszországban el nem fogadták. Az orvosok és orvosszövetségek ezen országokban részint egyenesen másképp határoztak, részint külön határozatok nélkül másképp cselekszenek.

Azt mondja *Grósz*, hogy ethikai kérdésekben nincs helye a megalkuvásnak. Szívesen elfogadom ezt a tételt, bár, a ki ilyen merev álláspontra helyezkedik, könnyen az ú. n. „Principienreiterei“ hibájába esik. Vegyük tehát a megalkuvás nélküli ethikát. Mindnyájan valljuk: a titoktartás ethikai kötelesség. De hogy van-e felmentés ezen kötelesség alól, ez a vitás kérdés. Franciaországban azt tartják, hogy nincs, másutt meg azt, hogy igenis van. Mihelyt pedig a felfogás vitás, már jogosult az a kérdés, melyet cikkemben felállítottam: hogy t. i. miért kell nekünk épen a francia ethikához alkalmazkodnunk? miért ne legyen elég jó nekünk az az ethika, a melylyel pl. a német és osztrák orvosok nagyon jól tudnak boldogulni?

Ezen kérdésre szeretnék akár *Grósz* barátomtól, akár mástól kielégítő választ kapni.

Grósz megjegyzései semmiképp sem ingatták meg a következő nézeteimet:

1. A titoktartás kérdése nem aktuális; a közönség annak bolygatását nem sürgeti; az idevágó esetek megbírlását az orvosok belátására és lelkiismeretére lehetne bízni.

2. Nemesak a nagyfontosságú életbiztosítási üzlet rendes ügymenetének, hanem az orvosok érdekeinek is a conciliáns német álláspont sokkal jobban megfelel, mint *Brouardel* szigorú tana.

Budapesten, 1900. április 24-dikén.

Löv Sámuel dr.

¹ Linzbauer, II. 420.

² Chenot I. c. p. 4.

³ L. Orvosi Hetilap ez évfolyamának 16. számát.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A tabes és paralysis kóroktana.

Közl: *Scholtz János* klin. gyakornok.

Irodalom. 1. *Adamkiewicz*: Ueber traumatische Tabes. Berlin. kl. W. 1899. 23—24. sz. 2. *Ballet*: Lesion des cellules cérébrales dans la confusion mentale. Progr. méd. 1898. 27. 3. *Binswanger*: Beiträge zur Pathogenese und differentiellen Diagnose der progressiven Paralyse. Arch. f. path. Anat. CLIV. 4. *Buchholz*: Ueber Verbreitung d. Dementia paralytica in d. Reg. Bez. Cassel etc. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 1899. LVI. 1—2. f. 5. *Buchholz*: Die Verbreitung der Paralyse im Aufnahmebezirk der Marburger Klinik. Münch. med. W. 1899. 1. 6. *Ballet*: Les lésions cérébrales de la paralysie générale étudiées par la méthode de Nissl. Ann. méd. psych. 8. Sér. T. VII. p. 448. 7. *Crété*: La paralysie générale de la femme et paralysie générale conjugale. Paris, 1899. 8. *Collotti*: Syphilis et folie. Arch. de Neurol. 1899. 46. 9. *Croqui*: Du rôle de l'hérédité dans l'étiologie de la paralysie générale. Journ. de Neurol. 1899. 6—7. 10. *Donadieu-Lavit*: Tabes et traumatisme. Arch. de Neurol. 1899. 40. p. 328. 11. *Dobrotworsky*: Herzfehler als ätiologisches Moment der Psychosen. Neurol. Centrbl. 1899. 19. 911. 1. 12. *Decenter u. Benders*: Zwei Fälle von Dementia paralytica und Kopfrauma etc. Neurol. Centrbl. 1899. 18. 13. *Etienné*: Paralysie générale chez un adulte, unique manifestation parahéréditaire syphilitique. Revue Neurol. 1899. 8. 14. *Erb*: Die Therapie des Tabes etc. Zeitschr. f. Nervenheilk. XI. k. 15. *Fischer*: Ueber Psychosen bei Herzkranken. Zeitschrift f. Psych. 54. p. 1048. 16. *Gottschalk*: Tabes und progr. Paralyse bei Ehegatten. Würzburg, 1899. 17. *Gerlach*: Untersuchungen über Ganglienzellenveränderungen etc. Neurol. Centrbl. 1899. 3. sz. 18. *Greidenberg*: Ueber Paralyse progressiva bei dem weiblichen Geschlecht. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1899. 191. 1. 19. *Greidenberg*: Ueber die allgemeine Paralyse der Irren bei Frauen. Neurol. Centrbl. XVII. 8. sz. 20. *Guttman*: Tabes dorsalis und Syphilis. Zeitschr. f. klin. Med. 1899. XXXV. p. 242—270. 21. *Gianelli*: Un caso di paralisi progressiva in un bambino e taboparalisi nulla madre. Ref. Neurol. Centrbl. 1899. 18. 22. *Goldbach*: Beiträge zur Kenntniss der traumatischen Neuro-Psychos. Diss. Berlin. 23. *Hoch*: General paralysis in two sisters, etc. Journal of nerv. and ment. disease. 1897. 24. *Homén*: Contribution à la question de syphilis tabes. Rev. neurol. 1899. 18. füzet. 25. *Iladik*: Sur la paral. génér. des femmes. Rev. neurol. 1899. 4. sz. 26. *Homén*: Un fait relatif à l'étiologie syphilitique du tabes. Rev. neurol. 1899. 16. f. 27. *Hermanides*: Syphilis und Tabes. Virchow's Arch. 148. sz. 28. *Homén*: Kleiner Beitrag zur Syphilis-Tabes-Frage. Neur. Cbl. 1899. 10. sz. 439. 1. 29. *Kron*: Ueber Tabes dorsalis beim weiblichen Geschlecht. Deutsch. Ztschr. f. Nervenheilk. 1898. XII. 3—4. 30. *Klein*: Casuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica und Pseudoparal. Inet. Schmidt Jahrb. 264. k. 31. *Kuhn*: Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von Lues in der Anamnese von Tabischen und nicht Tabischen. Arch. f. Psych. 1908. XXX. f. 3. 32. *Klippel*: Les paralysies générales progressives. Nr. 11. de l'Oeuvre méd. chirurgical. 33. *Kuhn*: Häufigkeit des Vorkommens von Lues. Dissert. Berl. 34. *Kalischer*: Ueber erbliche Tabes. Berlin. klin. W. 1898. 18. sz. 35. *Kende*: Die Pathologie des Tabes. Ztschr. f. klin. Med. Bd. XXXVII. 1—2. (Magyarul is.) 36. *Lalou*: L'étude du tabes chez les deux conjoints. Thèse du Paris. 1898. 37. *Lammers*: Ein Fall traumatischer Tabes. Centrbl. f. inn. Med. 1898. 30. sz. 38. *Loewenfeld*: Tabes und körperliche Überanstrengung. Centrbl. für Nervenheilk. u. Psych. 1898. Jumi. 39. *Lenhke*: Ein Fall von Tabes dorsalis nach Unfall. Arch. f. Unfallheilkunde. III. k. 1. 40. *Marandon de Montgel*: Le diagnostic différentiel de la paralysie générale et de l'alcôolisme paralytique. Revue d. Méd. 1898. Février, p. 109. 41. *Müller*: Ein Fall von progressiver Paralyse bei Mutter und Kind. Allg. Ztschr. f. Psych. LV. 151. 1. 42. *Mendel*: Welche Veränderungen hat das klinische Bild der progr. Paralyse etc. Wiener med. Presse. 1898. 48. sz. 43. *Meschéde*: Paralytische Geistesstörung nach Trauma. Allg. Ztschr. f. Psych. LV. 481. 1. 44. *Müller*: Statistische Betrachtungen über allg. Paralyse. Ztschr. f. Psych. LIV. f. 1027. 45. *Mingazzini*: Ueber die infantil-juvenil. Form der Dement. paralyt. Monatschr. f. Psychiatr. u. Neur. 1898. VIII. k., 73. f. 46. *Mendel*: Tabes und multiple Sclerose in ihren Beziehungen zur Trauma. Deutsche med. W. 7. sz. 47. *Marandon de Montgel*: Du reflexe patallaire étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale. Ann. méd. psych. 8. Sér. T. VII. f. 196. 48. *Marandon de Montgel*: De la mort aux trois périodes de la paralysie générale. Gaz. hebdom. 65. sz. 49. *Näcke*: Die sogen. äusseren Degenerationszeichen bei der progressiven Paralyse der Männer etc. Allg. Ztschr. f. Psych. LV. k. 557. 1. 50. *Nonne*: Dementia paralytica als einziger Ausdruck hereditärer Syphilis bei einem 12jährigen Kinde. Mittheil. aus d. Hamburger Staats-Krankenanstalten. 1899. II. f. 65. 1. 51. *Nonne*: Zusammenkommen von Tabes dorsalis und Gumma cerebri. Deutsche med. W. 1899. 26. sz. 52. *Nonne*: Ein Fall von Tabes dorsalis incipientis mit gummoser Erkrankung der Hirnsubstanz. Berl. klin. W. 1899. 15—17. sz. 53. *Obersteiner*: Die Pathologie der Tabes. Berl. kl. W. 1898. 42. sz. 54. *Purves*: General paralysis of the insane during adolescence with notes of three cases. Brain 1898. 55. *Pick*: Tabes mit Meningitis syphilitica. Separatabd. aus der Festschrift zu Ehren von F. Pick. 1898. 56. *Peters*: Du rôle de l'alcôol dans l'étiologie de la paralysie générale. Gaz. méd. Belge. 1898. 20. sz. 57. *Raecke*: Paralyse und Tabes bei Eheleuten. Monatschr. f. Psych. und Neur. 1899. 4. f. 266. 1. 58. *Rothwell*: Die Stigmata der Syphilis des Nervensystems. Heilkunde 1899. III. évfolyam 8. f. 447. *Raymond*: Tabes juveniles et tabes hereditaire. Progr. méd. 32. 1898. 60. *Ruge und Hüttner*: Ueber Tabes und Aorteninsufficienz. Berl. kl. W. 1898. 35. sz. 61. *Reckzeh*: Tabes dorsalis und Nierenaffectionen. Diss. Berlin. 62. *Riley*: A summary of the symptoms in sixty-one cases of locomotor ataxia, with additional remarks. Journal of nervous and mental disease. XXV. k. 679. 1. 63. *Saporito*: Paralyse juvenile avec syphilis héréditaire. Annales médico-psychologiques, août 1898. 26. 1. 64. *Seeligmann*: Zur Aetiologie und Therapie der progressiven Paralyse. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1898. XIII. 65. *Silax*: Ueber tabische Sehnervenatrophie mit Skioptikondemonstration. Berl. kl. W. 1890. 39. sz. 66. *Spregeler*: Beitrag zur Statistik etc. Allg. Zeitschrift f. Psych. 1899. LVI. 5. f. 752. 1. 67. *Speyr*: Paralyse und Syphilis. Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1899. XXIX. évf. 5. sz. 129. 1. 68. *Steinach*: The aetiology of general paralysis. Med. Rec. Decz. 17. 69. *Schaiber*: Zur Tabes-Syphilis-Frage. D. m. W. 1898. 38. sz. 70. *Stewart*: General paralysis of the insane during adolescence with notes of three cases. Brain XXI. k. 39. 1. 71. *Sollier*: Un cas de paralysie générale juvenile d'origine héréditaire-syphilitique. Ann. méd. psych. 8. Sér. T. VII. 124. 1. 72. *Stewart*: Cause et signification de l'accroissement de la paralysie en Angleterre et dans le pays de Galles. Ann. méd.-Psychol. 1899. juillet—août. 126. 1. 73. *Thomson et Welsh*: Cas de paralysie générale infantile. British. Med. Journ. Avril. 1899. 74. *Touche*: Syphilis et tabes. Presse médicale. 15. mars 1899. 75. *Tumpowski*: Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der Tabes dorsalis. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. X. kötet. 76. *Trümmer*: Tabes nach Trauma. Berl. kl. W. 1899. 7. f. 77. *Thomas*: Statistik

Hopkins Hospital . . . Münch. Med. W. 1899. 33. sz. 1095. 1. 78. *Virchow*: Berl. kl. W. 1898. 31. sz. 79. *Wickel*: Casuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri diffusa und Dementia paralytica. Arch. für Psych. 1898. XXX. kötet.

A tabes kóroktanának kérdése, mely mint a salakjától még meg nem tisztított érez áll előttünk manapság, már hosszú idők óta lelkes forrongásban tartja a kutatók nagy részét. Sok adatot és érvelt hordtak össze a tudomány kohójába, hogy ezek által az érez megtisztuljon, de mindez ideig sikertelenül. Mintegy 3 év előtt a kissé kialakult félben levő kohót Moszkvában (az internat. congress-on 1897-ben) újra lángra lobbantották; de mintha a tűz, melyet a különböző állapoton lévők heves védelme szított, egymást semmisítette volna meg; mert az érez ott sem szabadult meg holt súlyától. És azóta ismét megindult a munka, mindenféle sokan fáradoznak és hordják össze az anyagot, hogy a czelhoz közelebb vezessenek. Ez utóbbiak munkásságát akarom rövid áttekintésben megvilágítani.

A számításba vehető okok egész skáláját veszik igénybe ezen kutatók is, de az egyesek azért mégis több-kevesebb határozottsággal a *Möbius*, *Fournier*, *Erb*, *Leyden*, *Virchow* és újabban *Edinger* által kiűzött zászlok köré csoportosulnak. De míg az egyes csoportok tagjai a tapasztalatukból merített érvek döntő súlya alatt felesküsznek saját zászlojukra és híven követik azt, mert meggyőződésük, hogy az igazsághoz vezérlőket, addig a mások zászliját ép oly határozottan lerántják, érvekkel porba, sárba dönteni igyekeznek és mint tévútra vezetőtől, elfordulnak. De lássuk az adatokat.

Kuhn előrement luesre összehasonlított 214 tabeses és 600 más különböző idegbeteget. A tabeseknél 5-ször nagyobb százalékszám felelt meg az előrement luesnek, mint más idegbetegeknél. Ezen tény bizonyítja, mely nem lehet a véletlen játéka, hogy a luesnek igen lényeges szerepe van a tabes aetiologiájában. Ő a statistikát tartja azon egyedüli módszernek, melylyel a tabes és lues közötti törvényszerű összefüggést és egymásutániságot kipuhatólni lehet. Elismeri, hogy nem mentes minden hibától ezen módszer, de annál megbízhatóbbá tehetjük, mennél számosabb tabeses és ezzel párhuzamosan nem tabeses beteget vizsgálunk meg egyenlő szempontokból.

Ellenben *Nonne* figyelmeztet arra, hogy sok nehézségbe ütközik a kórelőzmény pontos kipuhatólása, mert még az is, a ki a luest jól ismeri és *sine ira et studio* kutatja az előzményeket, az is figyelmen kívül hagyhat egyet-mást. Ismeretes, hogy lezajlott luesre mily nehéz sokszor a férfiaknál, de kiváltképpen a nőknél biztos jeleket találni.

Tumpowski 257 esetet közöl (226 férfi, 31 nő). Ezek közül 100-nál (38-9%) biztosan kimutatta a luest, 51-nél (19-8%) meg volt a valószínűség ennek felvételére. Az első csoport esetei között volt 12 olyan, a melyeknél más kóros és a tabesre befolyással bíró kör-ok is szerepelt (öröklés, meghülés, alkohol). Ez adatok alapján *Erb* álláspontját fogadja el, a ki a tabes létrejöttét az esetek többségében a luesnek tulajdonítja, de az összefüggés magyarázatától tartózkodik.

Silex 54 tabeses látóidegatrophiás esetét közli. 44 esetben (81-5%) luest talált. *Erb* álláspontján van, de felemlíti, hogy ezen esetekben antilueses kúrára sohasem látott javulást.

Oppenheim is erőlyesen a mellett kardoskodik, hogy az antilueses kúra oly esetekben, a hol a tabes biztosan megállapított, határozottan káros. Figyelmeztet a tabes dorsalis és lues spinalis közti differenciál-diagnostikai nehézségekre.

Nonne 17 esetet közöl; 9 esetben tabesbeteg nőknél volt kimutatható luesük, míg 5 esetben a tabeses nők férjei voltak biztosan kimutathatólag fertőzve. Egy esetben túleröltetés szerepelt csupán (betegpótlás folytán kimerülés); két esetben tabes a házastársaknál és mindkettőnél orvos által megállapított lues. Őt esetben nőknél tabes, luesnek minden gyanuja nélkül; még a férjeknél sem volt arra gyanú. Véleménye az, hogy vannak tabeses esetek, a melyeknél a lues nem szerepel és ezért nem helyezkedik *Möbius* álláspontjára, ki minden tabest lueses eredetűnek mond.

Obersteiner ismételtelen kifejezést ad azon véleményének, hogy a tabesbetegek többségének volt luese.

Kron 41 tabeses asszonytól 44%-ban talált luest. Más okok, mint meghülés, testi megerőltetés, trauma egészen háttérbe szorultak. Adatai bizonyítják, hogy a tabes kitorése sokkal korábbi oly esetekben, a hol előzőleg erőlyes higanykezelés történt. Adatait a szabók beteggyűléstől vette.

Touche 23 tabeses betege közül 12-nek volt luese. Ezen 12 esetben a tabes igen különböző időben tört ki. Szerinte a lues előkészítője a tabesnek, de hogy annak késői vagy korai megjelenésére mily befolyással van, az nagyon kérdéses.

Homén egy általa megfigyelt esetet közöl és ezzel kapcsolatosan nézetét is kifejti. A lues praedisponáló ok gyanánt szerepel a tabesnél, azonban az még bizonytalan, hogy a szülők luese is játszhatik-e szerepet a tabes létrejöttében.

Reckzeh tabeses eseteket közöl, melyeknél chronikus nephritis is jelen volt és úgy véli, hogy ezek oki összefüggésbe hozhatók és mind a kettőnek létrejötténél a luesnek lényeges szerep jutott.

Ruge és *Hüttner* 138 tabeses közül 12 esetben (8-7%) szívbillentyű bántalmat találtak. A szívbántalom csak a tabesnek teljes kifejlődése után jelentkezett. Közülük 5 esetben biztosan kimutatható volt az előzetes lues, míg 6 esetben csak a valószínűséget lehet feltételezni. Nézetük az, hogy ilyen esetekben mind a tabes, mind pedig a szívbántalom oka a lues.

Az eddig felsorolt szerzők a luesnek határozott befolyást engednek a tabes létrehozásában, de mint látjuk, ezen befolyásnak különböző fokozatait állítják fel.

Ezenkívül találunk az utolsó két év irodalmában két esetet, hol a beteg megfigyelése mellett a bonczolás is megejthető volt. *Nonne* egy tabes incipiens-esetet bonczolt és ott a központi idegrendszer specifikus tertiar syphilitisét találta agygunna alakjában. *Pick* egy 28 éves asszonyt vizsgált kezdődő tabessel és az autopsia meningitis chronica syphilitica kórképét tárta elébe. Ezen esekély száma a bonczolatra került és lueses elváltozást mutató tabeses eseteknek, épen nem alkalmas *Virchow* nézeteinek megdöntésére, ki kórbonczolati tapasztalatok alapján határozottan tagadja az összefüggést a lues és tabes közt.

A veleszületett dispositionnak is vannak hívei. Igy *Riley* mintegy összeköti ezen kórokat az előbbivel, mert 61 esetből arra következtet, hogy a tabes létrejöttére két ok kell, úgymint az organikus praedispositio — vagyis a veleszületett csekély ellenálló képesség — és a szövetekben keringő toxin, mely lehet syphilitis, Hg és Pb. *Kalischer* közöl egy esetet, hol az 51 éves anyának 20 év alatt lassan fejlődő tabese volt, míg 27 éves fiánál 1 év alatt gyorsan fejlődött ki a tabes. Lues sem az anyánál, sem a fiánál nem volt, úgyszintén ideges terheltég sem volt a családban.

Homén-nek esete egy 22 éves tabeses egyénről szól, kinek apja luesen ment keresztül, hemiplegiát kapott és erős ivó volt, ellenben anyja állítólag egészséges. A betegnél lues vagy más egyéb ok nem volt. Kisebb tábori képeznek a luest tagadók.

Schaiber luesrel erősen fertőzött vidékeken és országokban praktizáló orvosok feljegyzéseit közli a tabesre vonatkozólag. Igy Közép-Ázsia, Japán, Hercegovina, Abessinia, Arábia igen erősen van fertőzve syphilitissel és mégis a tabes a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Ezen adatokból arra következtet, hogy a lues nem lehet az egyedüli vagy főoka a tabesnek.

Guttmann 111 tabes esetet közöl a *Leyden* klinikáról. Ezek közül 64-9%-ban nem volt lues, míg 35-1%-ban volt. Ezenkívül egy nagy életbiztosító társaság adatai közül keresi ki a tabeseket és ezeknél kutat lues után. 25 tabest talált, de lues egyenél sem volt, pedig ezen intézetnél igen pontos adatokat gyűjtenek és így minden további aggodalom nélkül felhasználja azokat. *Leyden* álláspontján van, ki azt mondja, hogy a luesnek semmi köze sincs a tabeshez, dacára, hogy sok tabesnek volt luese. Kórokok szerint: infectiosus betegségek és chronikus mérgezések leginkább szerepelnek; kisebb számban okoznak meghülés és átmedvesedés tabest; még csekélyebb jelentőségű a trauma, valamint nem nagy szerepe van a hereditásnak. A túleröltetés csak mint kiváltó ok szerepel.

Vannak, kik a traumának adnak nagyobb szerepet a tabes létrejötténél. *Trommer* két esetben látott trauma után tabest. Az első esetben a sérült oldalon jóval erősebben kifejlődtek a tünetek, mint a túloldal. Egyéb okot nem talált. *Lembke*-nek is volt egy esetben traumás eredetű tabeses betege. *Lammers* esetében egy 49 éves erdőmunkás lábára egy nagy tuskó esett és ezután fejlődött ki lassan a tabes. *Donadieu-Lavit* esete a következő: egy 3 év óta tabesben szenvedő beteg alszóra súlyosan megsérült, mire hosszabb ideig kellett feküdnie, gyógyulás után egyáltalában nem tudott járni, míg rövid 3 hónappal azelőtt, ataxiásan bár, de járt.

Mendel 9 esetet közöl, melyekben trauma szerepel a kórelőzményben. Két esetben csak a trauma után jelentkeztek a tabes első tünetei, de itt egyéb okok is felvehetőek voltak. Véleménye szerint kétségs, hogy csak a trauma okozhat tabest, de valószínűnek tartja, hogy gyorsító hatása van.

Edinger-nek is akadtak hívei, a ki a túlságos kifáradást tartja a tabes okozójának, s azt patkányokon be is mutatta. Ezenkívül a dispositionnak, luesnek és egyéb mérgeknek stb. enged befolyást. *Loewenfeld* közöl egy ilyen esetet. Egy könyvkötő évek óta hajtott lábával egy nehéz papírvágó gépet és tabest kapott. Más okot nem tudott felvenni. Véleménye az, hogy egyes esetekben a kimerülés is lehet primaer oka a tabesnek. Ebben a csoportba tartoznak részben *Kendének* esetei is. (Magyarul is megjelent.) Ellenben *Kron* a megerőltetést, mint aetiologiai momentumot tabesnél teljesen elveti, mert 134 betegnél, kik közül 65%-ot éven keresztül kezelte a varrógépet, egyáltalában nem talált tabest.

Utóljára emlitem *Adamkiewicz*-et, ki mintegy kettévágta a gordiusi csomót oly módon, hogy szétosztotta a tabeses betegségeket kórokaik szerint és így megkülönböztet, 1. közönséges vagyis legelterjedtebb tabest, 2. a traumás tabest és 3. syphilitis tabest. Ezen elkülönítést sok évi tapasztalat érlelte meg benne és ezen különböző tabesalakoknak kórbonczolati és klinikai képét körülírja és megállapítja differenciális diagnostikai jeleiket.

Vajjon ki jár ezen felsorolt bűvárok között az igazi úton: ez utóbbi-e, vagy pedig az előbbiek-e? ezt ma még nem lehet eldönteni.

A paralysis progressiva kóroktanának kérdése ép oly vitás és kevésbé tisztázott, mint a tabes aetiologiája. *Collotti* ezen kérdés mai állását következőleg jellemzi: a paralysis aetiologiájára nézve igen eltérők a vélemények. A psychiaterek egyik csoportja azt hiszi, hogy a syphilitis okozója a paralysisnek: egy másik csoport visszautasítja ezen oki összefüggés lehetőségét és szerintük ez csak esetleges összetalálkozás a két különböző bántalomnak. Egy másik csoport véleménye az, hogy a syphilitis nem hoz létre paralyssit, hanem egy más elmebajt, melynek kitorése, időtartama és különböző jelenségei egészen hasonlítanak ahhoz és ez a pseudoparalysis generalis. Végre az utolsó években felmerült egy újabb vélemény, mely a syphilitist tartja úgy a pseudoparalysis, mint a valódi paralysis progressiva okozójának.

Az utolsó két évben megjelent ily irányú közleményekben a szerzők jelentékeny része a lues mellett foglal állást. Egyesek mint egyedüli kórokat állítják oda a luest, míg mások kisebb-nagyobb szerepet ruháznak reá. (Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Die Malaria nach den neuesten Forschungen.

Von Angelo Celli, Director des hygienischen Institutes der Universität Rom. Übersetzt von Dr. Fritz Kerschbaumer in Wien. Urban & Schwarzenberg, 1900.

A Behring szerkesztette „Beiträge zur experimentellen Therapie“ második füzetét alkotja az a jeles munka, melyről az alábbiakban meg akarunk emlékezni. Angelo Celli egyike azoknak a búvároknak, a kiknek a malariát illető újabb ismereteink oroszlanrészt köszönhetjük és valóban örülnünk kell, hogy ezen újabb ismereteink áttekinthető, részletes összefoglalására éppen ő vállalkozott. Celli két főrészt osztja munkáját: az egyik a malaria epidemiológiájával foglalkozik, a másik a váltóláz prophylaxisát tárgyalja.

Az első rész a malaria történelmével kezdődik, majd a betegség geographiai elterjedését ismerteti, kimutatva azokat a gazdasági károkat is, a melyeket okoz. Részletesen tárgyalja ezután a váltóláz aetiológiáját, különös súlyt helyezvén a malaria-parazitáknak a moszkító testében való fejlődésére s szaporodására és azokra a lehetőségekre, melyek között az ember malariás fertőződése megtörténhetik. Azután áttér a váltólázra való hajlamosság okainak ismertetésére és a malaria ellen való immunitás kérdéseinek fejtegetésére, a melyeket szintén igen bőven tárgyal.

Mindezek alapján azután munkája második részében a váltóláz prophylaxisával foglalkozik. Celli szerint a malaria prophylaxisának sarkpontja: a küzdelem a szúnyogok ellen, a melyek a váltóláz fertőzést közvetítik. És minthogy a váltóláz ember plasmódiumokban bővelkedő vére, vérszívó szúnyogok testébe kerülvén s itt a malaria-paraziták tovább fejlődését eredményezvén, ez úton a további ragályozásnak forrásává lesz: Celli szükségesnek tartja, hogy a malariás betegeket elkülönítsék. Az elkülönítés pedig úgy történjék, hogy a beteget olyan helyre vigyék, a hol nincsenek malariaterjesztő szúnyogok. Ha olyan anyagot sikerülne felfedezni, a melynek bőrre való kenése a szúnyogcsípéstől megóvná az embereket, nem volna szükség a malariás beteg izolálására. De a meddig ilyen kenőcsünk nincs, szükségesnek mutatkozik a malariás betegek elkülönítése; ez az izolálás pedig addig tartson, a meddig a betegek vére és lépenedve a malaria csírától meg nem szabadul. Részletesen foglalkozik a szerző a malariára praedisponáló különböző momentumokkal és az ezek ellenében lehetséges intézkedéseket ismerteti. Behatóan tárgyalja azokat a különféle laboratoriumi vizsgálatokat is, a melyek a moszkítóölő anyagokkal történtek. (A laboratóriumban e szempontból legjobban bevált a chrysanthemum-virág és a valerianagyökér porából, valamint a larveid nevű anilinfestékből összetett „Zanzolina“ nevű por.) Műve befejezéseül az olasz malaria-irodalmat közli a szerző, a melyből kiviláglik, hogy az olasz orvosok az utolsó húsz esztendő alatt e téren ugyancsak élénk irodalmi munkásságot fejtettek ki.

A ki a malaria aetiológiájára és prophylaxisára vonatkozó, nagyérdekű újabb felfedezésekről áttekintést akar szerezni, az Celli munkájának nagy hasznát veheti.

Aujesky dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A köszvényesomók lényege. Freudweiller nyulakon végzett kísérleteiből azt következteti, hogy a szövetekbe lerakódott natriumbiurat vegyi alkotánál és az élő szövetre gyakorolt mérgező hatásánál fogva a szövetekben nagyfokú reactív gyuladást idéz elő, mely gyuladást beszűrődéshez, a környező szövetek megdagadásához vezet. Valószínűtlen, hogy, a mint azt Ebstein, Noorden és Klemperer hitték, a kristály lerakódást szövetelhalás előzi meg, mert míg egyrészt a natriumbiurat tökéletes elhaláshoz vezetett, addig másfelől anatómiailag teljesen ép szövetekben is találtak tüllakú kristályokat. A köszvényes csomók visszafejlődésénél, a mint azt Noorden is gyanította, egész bizonyosan *phagocytasejtek* szerepelnek és semmi támpontunk nincs azon felvételre, hogy a szövetnedvek részéről egyszerű fizikai vagy vegyi behatások távolítanak el a húgysavas kristályokat. A hiány pótlása a körülvevő szövetből centripetális sarjadzás útján történik, míg egyidejűleg a gócot egy szívós, rostos tok veszi körül. (Deutsches Archiv f. klin. Med. 63. kötet, 3—4. f.)

J—b.

Mikroorganizmusokról daganatokban ezimen értekeznek Nils Sjöbring. A daganatok aetiológiáját tárgyaló szerzők a szövettani fixáló eljárásokkal rögzített szöveteken belül fekvő oly alakzatokat irnak le, melyeket, mivel az eddig leirt sejttállapotok, sejtdegenerációk közé nem sorolhatók, a szövetektől különbözőeknek, parazitáknak tekintenek, bár egyesek ezen formákat is specialiter daganatsejteknek előforduló külön típusú degeneratív viszonyok által előidézetteknek tartják. A szerzők egy második csoportja az aetiologia kérdését *átoltások* útján akarja tisztázni. Emberi daganatoknak állatokra történt átoltása bármily csekély számban volt is pozitív, mégis a parazitaer eredet megdönthetetlen bizonyítéka. Carcinomának emberről emberre vagy állatról ugyanazon állatfajra történt átoltása és sejtjeinek biológikus magatartása, a felnőtt és embryonális szövetek trans- vagy implantatioja által nyert eredményekkel egybevetve, csakis symbiotikus parasitismus felvétele által magyarázható.

Parazitáknak daganatokból való *kitenyésztesítéséről* igen kevés adattal birunk. Olasz szerzők újabb blastomycetákat tenyésztettek ki rosszindulatú újképletekből. Ezen saccharomyces és torulafajok tengeri malacokba oltva újképlet képződéssel járó chronikus fertőző betegséget

idéztek elő. Az újképletek azonban nem valódi daganatok; nem egyebek, mint gombatelepek, reactiv kötőszöveti burjánzás által körülvevő. Mint-hogy a pathogen blastomyceták jó része nem emberi daganatból izolált és minthogy a daganatok sejtzárlatai s közöttük alig van, vagy csak igen felületes a hasonlatosság: az egész blastomyceták-kérdés igen problematikus. A daganatsejteken belül leirt úgynevezett blastomyceták ép oly kevésé hasadó gombák, mint a mint némely bélcarcinomában leirt coccidiumcysta nem coccidium és a rhophaloecephalus carcinomatosus, nem gregarina. Mindmegannyain rhizopoda-alakzatok.

Állatokban élő protozoák, gregarinák, coccidiumok, sarco-, myxo- és haemosporidiák, amoebák több évi tüzetes áttanulmányozása után oda jutott, hogy azt állíthatja, hogy nincs közöttük egy olyan organismus sem, mely a daganatok sejtzárlatainak csak némiképp is megfelelné. A daganat-paraziták nem tartoznak egyetlen eddig parasitáknak leirt állat- vagy gombafaj csoportjába.

Szerző oltási kísérleteit daganatszövettel házinyulakon, kutyán és tengeri malacokon végezte intraperitoneal és subcutan. A mi a tumorképződést illeti, kísérletei mind negatív eredménnyel végződtek. A kísérleti állatok cachexiában pusztultak el. Az implantált tumordarabok kötőszöveti reactiv burjánzáson kívül, mely körülöttük fejlődött, nekrobiotikus estek áldozatul. A nekrobiotikus és élő szövet határán sok extra-, részint intracellularis fekvésű csoportokba elhelyezett, erősen safranophil-testecskéket találni, melyek teljesen megfelelnek a Paget-féle betegségnél leirt sejtzárlatoknak. A kötőszövetben Russel-féle fuchsin-testecskék nagy számban fordulnak elő. Daganatok szövettanában implantatioja által tehát nem kapott megbízható bizonyítékot a rosszindulatú tumorok parasitaer természetét illetően.

Különféle daganatokból a használatos táptalajokon végzett tenyészési kísérletei nem vezettek eredményhez. Steril ascites folyadékban amoeba kinézésű alakzatok fejlődtek. Egy theoretikus okoskodás révén általa készített táptalajon (8%-os pepton-gelatina, 1.5% conc. vizes kaliszappan-oldat emberi zsírból készítve, 1% szőlő- vagy nádcukor, esetleg 50% steril ascites folyadék) a daganatokból rendszerint sikerült parazitákat izolálni. Bakteriumok táptalaján rendszerint nem tenyésznek meg, bár bacillus pyocyaneus és streptococcusok fertőzés előfordult. A bőr carcinomáit kivéve, különböző carcinomákból (mamma, gyomor, méh, ovarium, végbél), sarcomákból, ovarialis cystomákból, strumákból, uterus myomákból mindig pozitív eredménnyel volt képes organismusokat kitenyészteni. Minden daganatból, úgy látszik, csak egy fajta izolálható. A rendes fixáló és festő methodusokkal az izolált mikroorganizmusokat vizsgálni nem lehet, mert oly labilisak, hogy osmium gőzök behatására is apró törmeléké esnek szét. Vizsgálatuk csakis függő esepben lehetséges. Az organismusok minden kétséget kizárólag rhizopodák. A legváltozatosabb formákkal bírnak, melyek bár egymás között számtalan átmeneti alakot mutatnak, mégis három főcsoportba oszthatók: 1. amoeboidformák (változó alakúak, mozgási képességgel), 2. rhizopoda-képletek (spirális mono- és polythalamis formák, actinophryshez hasonló spirális és globigerin typusok, páncélszerű képződés nélkül), 3. involutios alakzatok. A daganatokban leginkább az amoeboid formák fordulnak elő az involutios formákon kívül. Mikroorganizmusaival oltási kísérleteiket 8 esetben végzett, 4-szer pozitív eredménnyel. A többi esetben is keletkeztek localiter terimenagyobbodások, melyeket azonban igazi tumorokkal összefüggésbe hozni nem lehetett.

A pozitív négy eset a következő:

I. Mammacarcinomából izolált mikroorganizmus 14 napos tenyésztésénél subcutan beoltása által 3 hónap alatt az injectio helyén diónyi újképlet keletkezett, mely carcinoma cylindrocellularenek bizonyult s mely a faggyúmirigyekből s hajtüszökből vette eredetét.

II. Ugyanezen oltási anyaggal subcutan oltott egérben az oltás helyén 2 hónap multán nekrobiotikus anyaggal telt kölesnyi, többretegű hámmal borított cysta keletkezett, melynek falából atypikus hámburjánzás volt kimutatható a környező szövetbe.

III. Cystoma colloides ovariból izolált organismus 1 hónapos culturájával oltott 4 egér közül egy intraperitonealis fertőzés után leneseányi multilocularis colloid cystomát kapott, mely az epididymisből indult ki s az egész hasürbe disseminálódott.

IV. Ugyanezen anyaggal subcutan oltott egy másik egér az oltás helyén egy epithelialis faggyúmirigy-adenomának bizonyult tumort kapott. Valószínűleg ezen organismusoknak sok pathogen és nem pathogen speciese van (a himlő előidézője, a mint azt kísérleteiből állíthatja, szintén rhizopoda). (Centralblatt für Bakteriologie, 17. kötet, 129. l.)

Zimmermann dr.

Belgyógyászat.

A tuberculosis ellen saját antitoxinos serumát ajánlja ismét *Maragliano*. Tengeri malacok és nyulak életben maradtak, ha a fertőzés előtt 6 órával, vagy azzal egy időben kaptak védőserumot, míg a kontrollállatok 2—3 nap mulva biztosan elhaltak. Tuberculinallal kevert serumát tüdőveszes emberekbe fecskendezve, azok láztalanok maradtak. Egészséges és gümőkórságos betegeken is a befecskendés új antitestek képzésére vezet. Serum teljesen ártalmatlan, 40 cm³ után sem látott semmiféle kellemetlen mellékhatást. A serum a tuberculosis-bacillus növekedését, valamint szaporodását megakadályozza. A serumba oltott tuberculosis-bacillusok 20 nap mulva tenyésztő talajba és állatokba oltva nem voltak képesek fertőzni. (Berliner klinische Wochenschrift, 1899. 49. szám.)

F—r.

Milyen legyen a tüdőgümős betegek túltáplálása? Ezen kérdésre felel *Blumenfeld Felix* a német orvosok és természetvizsgálók müncheni vándorgyűlésén tartott előadásában. A túltáplálásnál arra fek-

tetendő súly, hogy a betegeknek izom- és necsak zsírszövet képződjék. Másszóval a betegek erősödjenek meg, elhízás nélkül. Ezen czél a gazdagoknál az által érhető el, hogy a súlyt inkább a szénhidrátokra és zsírokra fektetjük, miután a vagyonosok táplálkozása húsban úgys nagyon dús; a szegényorsók kevesebb kenyeret és hüvelyes növényt, de több fehérjét és zsirt egyenek. A táplálásnak vannak határai; ha a zsírszövet nagyon túlteng, a betegek erős hizásnak indulnak, a táplálás már nem czélszerű, sőt egyenesen ártalmas. Ilyenkor abba hagyandó, különösen, ha a szívelzsirosodás tünetei fenyegetnek, a betegek nehezen mozognak, könnyen izzadnak, nehezen lélegzenek. (Berl. klin. Wochenschrift 1899. 49. sz.)

Az appendicitis kórtanához és kezeléséhez szolgált adatokat Lockwood. 53 esetben végzett szövettani vizsgálatot kiirtott feregnyújtványokon és eredményeiről következőkben számol be. Esetei között voltak olyanok, melyeknél szorosan vett roham nem is előzte meg a műtétet és melyeket klinikailag colica appendicularis név alatt szoktunk ismereteni. A feregnyújtvány makroszkopialag teljesen épnek látszott, azonban góreső alatt kitűnt, hogy lumene leváolt hámsejtekkel, detritussal és nyákkal volt kitöltve, melyben kristályos alakulatok és egész tömege a különféle mikroorganizmusoknak voltak beágyazva. A mikrographikus felvétel mutatja, hogy a nyákhártya már felületesen ki volt fekélyesedve és a bakteriumok $\frac{1}{2}$ mm. mélységre hatoltak az appendix szövetébe egészen az izomrétegig, sőt a subserosus nyirokürök is ki voltak töltve bakteriumtömegekkel. Appendicitis catarrhalisnak kórismézett esetekben több ízben úgy találta, hogy bár a feregnyújtvány körül összenövés nem volt, de úre ki volt töltve vérrel és bakterium tömegekkel, hegesen meg volt szűkülve és nyákhártyája ki volt fekélyesedve. Szerző nézete szerint mindaddig, míg a klinikailag jóindulatúnak látszó appendicitis egész bizonyossággal nem tudható olyannak kórbonczatani tekintetben is, a korai műtétnek nemcsak jogosultsága, de szükségessége is fennáll. Operált oly eseteket, melyekben 15 évi nyugalom követte az első rohamot és a második roham oly természetű volt, hogy vitális indicatio alapján kellett a műtétet megejteni. És ha számbavesszük azt — mondja szerző —, hogy mily egyszerűek a viszonyok egy könnyű esetben, a mikor is a műtét nem nehezebb, mint egy ki nem zárult sérv radikális műtété, nem habozhatunk sokáig; de minden esetben elengedhetetlen követelmény a feregnyújtvány gyökeres eltávolítása. (The Lancet 1900. I. 4. sz.)

Súrányi Miklós dr.

Hemispasmus esete. Babinski baloldali hemispasmus esetét közli, melyben a m. sternocleidomastoideus és trapezius torticollist hoztak létre és ehhez a bal kar és láb spasmusa is járult. (Rev. neurol. 1900. 3. sz.)

Diabetes insipidus tuberculosiban. Klippel magas lázzal járó tuberculosus folyamán hirtelen fejlődött és azzal párvonalosan haladó diabetes insipidus észlelt. (Revue neurol. 1900. 3. sz.)

Kisagyvelői lágyulás 2 esete, melyeket Touche közöl, kórjelzési szempontból érdekes. Az elsőben a kis agyvelő alsó részén székelt a lágyulás a két art. cerebell. posteriof. területén és a sclérose en plaques-hoz igen hasonló kórképet hozott létre: nystagmust, skandáló beszédet, intentios reszketést és merevgőresös paraplegiát. A második esetben a kisagyvelő felső részének lágyulása, mely a vermis superior és a kéreg szomszéd részét elpusztította, choreás mozgásokat eredményezett. (Revue neurol. 1900. 3. sz.)

Tuberculosis polyneuritis ritkább esete a Dufour által leírt, a mennyiben csak érzés-zavarral, nevezetesen fájdalommal járt. (Revue neurol. 1900. 3. sz.)

Az agyvelő atrophias sclerosisa, a mely a bal homloki és halántéki lebenyeket foglalta el, Sévieux és Farnarier közlése szerint szövaktságra és süketségre vezetett. (Rev. neurol. 1900. 3. sz.)

A duralis infusioról, melynél a Quinke-féle punctioval lebocsátott liquor cerebrosinialis helyébe különböző gyógyszeres folyadékok fecskendeztetnek, tanulmányt közöl Jacob. Az előzetesen végzett állatkísérletek szerint az infusio lassan végzendő, mert az erős nyomás alatt behajtott folyadék agnyomási tüneteket okoz. A gerinczagy alsó részében végzett duralis infusional a folyadék rövid idő alatt a kisagyig feljut. A kibocsátott liquor cerebrosinialis helyébe hasonló, esetleg nagyobb mennyiségű folyadék vihető a subarachnoidalis úrbe, a honnan az oldott anyagok a központi idegrendszer által felvételnek, mielőtt végleg kiürítettének. A mi a duralis infusioi javait illeti: használhatók a központi idegrendszer, az agy- és gerinczagy-burkok olyan mű megbetegedéseinek, a melyeknél óhajtandó, hogy a gyógyító anyag a kórosan elváltzott szövettel minél előbb érintkezésbe jöjjön, így tetanusnál, a központi idegrendszer syphilisénél, meningitis különböző alakjainál. Másodsorban alkalmazhatók különböző neurosisoknál (epilepsia, chorea stb.), végül pedig oly betegségeknek, melyeknél különböző tekintetekből szükséges a sensitiv működés hatályon kívül helyezése. Szerző tetanus egy esetében a tetanus-antitoxint duralis infusio alakjában alkalmazta; a beteg meggyógyult. Myelitis két esete közül az egyikben 0.05%-os jodkali-oidat duralis befecskendezésére javulás állott be. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1900. 3. sz.)

Kövesi Géza dr.

Sebészet.

A férfi húgyveső regeneratív képességét illetőleg egész sorozatát a kísérleteknek végezte Injann. A kutyákon végzett igen érdekes kísérleteknek eredményei nagyjában a következők: A húgyveső kisebb-nagyobb részletének regeneratioja kísérleteileg elérhető. Megújul a nyákhártya és a cavernosus rész, az izomfalnak ilyen megújulása azonban nem észlelhető. A regeneratio a húgyveső esonkjából indul ki

és a katheter által képezett alap fölé mintázódik. A cavernosus réteg az endothel proliferatiojával indul meg. A réteges epithelből először egyrétegű epithel képződik, mely az újonnan képzett cavernosus réteget befedi, igen gyors magoszlás és sejtszaporodás által azután többrétegű epithel jó létre. A húgyveső különböző rétegeinek megújulása függ a műtétet követő reactiótól, minél kisebb ez, annál gyorsabban fejeződik be. Ha a húgyveső egy kis részletét egy mesterséges bőr alatti csatornába átültetjük, akkor a húgyveső az új falaihoz tapad, meg-nagyobbodik és az új menet falát egészen kibéleli, így a normalis húgyveső szerkezetére és működésére emlékeztető húgyveső teremthető. (Deutsche Zeitschrift f. Chir. 54. kötet, 3—4. füzet) Reich Dezső dr.

Prostata hypertrophiánál fellépő vesevérzésekről értekezett Escat (Marseille) a francia urológiai egyesület mult év október 21-dikén tartott ülésén. Klinikai szempontból már 1896-ban megjelent dolgozatában tárgyalta ezen vérzéseket, azóta tanulmányozhatta e vérzések lényegét két autopsián. A vesevérzések, a melyeket a hólyagból származó vérzések tökéletesen elfedhetnek, a húgyutak arteriosclerosis által feltételezve, a hólyag hosszas kitágulása, katheterismus vagy hólyagmet-szés által előidézett gyors kiürítés vagy infectio által származott haemorrhagikus pyelonephritis által idézettek elő. A veséket számtalan miliaris abscessus lepte el, a kelyhek és vesemedence véralvadékkal kitöltöttek voltak. A vesék ezen részvétele magyarázza meger a gyógy-kezelés gyarló eredményét vérző prostatikusoknál. Némi sikerrel jár a katheter állandósítása, a véralvadékok eltávolítása, rendszeres mosások, (Comptes rendues de l'assoc. franc. d'urolog. Paris, Octave Doin, 1900. 135. oldal.)

Reich Dezső dr.

Az appendicitisről szóló előadásában Terrier beszámol azon nézetekről, melyek ma a feregnyújtvány gyuladásának tanáról általánosokká kezdenek válni. Abbeli reményét fejezi ki, hogy az aetologia és a kórkép között fogunk kapni oly összefüggést, mely az operatív beavatkozás mikoriságát, illetve a prognosis felállítását lehetővé fogja tenni. Némi útmutatást és reményt nyújt erre vonatkozólag több új ezikk, mely az appendicitis legsúlyosabb alakjainál, a foudroyans septikus appendicitisnél anaerob bakteriumokat ír le. Ez alakoknál a geny rendkívül bűzös is volt. A beosztást illetőleg 4 alakot különböztet meg, bár minden e fajta beosztást önkényesnek tart, mert a klinikai képből fel nem ismerhetők. Ez alakok: 1. az appendicitis simplex, 2. a periappendicularis tályoggal, 3. a genyes általános peritonitissal, és 4. a septikus peritonitissal járó alak. Utóbbi kettő különválasztása illusorius. A műtét indicatioját a diagnosis megállapításának pillanában látja, mert, úgymond, semmi eszközzel sem vagyunk képesek a baj lehető lefolyását előre meghatározni. Másrészt a műtét annál könnyebb, minél korábban operálunk.

A műtét methodusokra nézve két főbemetzést különböztet meg: egy ferde és egy verticalis metszést. A ferdek közé sorolja a többek között a Roux, Sonnenburg, Mac-Burney-féle metszést, a verticalisak közé a Schüller, Battle-, Kammerer-féle. Utóbbiak a rectus oldalsó szélén hatolnak be, lényegük abban állván, hogy a rectus mellső s hátsó hüvelyét külön hasítják fel, s az ép rectus e varratok közé tolják be; utóbbi eljárások ajánlatosak az egyszerű appendicitiseknél, a rectus ellátó idegszal, valamint az epigastrica megkímélhető. A geny-déssel járó appendicitisnél csakis a Poupert-szalaggal párhuzamos Roux-Sonnenburg-féle metszés ajánlható. (Revue de chirurgie, 1900. 1. sz.)

Manninger dr.

Az epeutakon végzett műtétek után jelentkező vérzésekről és azok kezeléséről. Hosszasan fennálló epepangás mellett a májnak oly degeneratív változása keletkezik, mely a cholaemia ismert képe mellett a máj insufficienciaját bizonyítja. Rég ismeretesek ama vérzések, melyek véretek falának elfajulása által orrvérzések, bőr alatti vérzések alakjában jelentkeznek. Egy eddig elhanyagolt alakjára a vérzéseknek hívja fel figyelmünket Renauld, ki az irodalomból és saját észleléseiből állított össze néhány esetet. Az ilyen régen fennálló epepangásos egyéneken végzett különböző műtét után (cholecystotomia, cholecho-tomia, cholecysto-enterostomia) oly utóvérzések keletkeztek, melyek minden kezelés daczára az úgy is már elgyengült s vérszegény betegek halálát okozták. S ez utóvérzéseket májinsufficiencia tünetének mondja, ez állítását bővebben meg nem okolva.

A therapiának első sorban prophylacticusnak kell lennie. Tekintve hasonló esetben a diagnosis nehéz voltát (a szóba jöhető kórképek a következők: icterus catarrhalis chronicus, carcinoma valv. Vateri, carcinoma duet. biliarium, carcinoma pancreatis és végül epekő) s tekintve, hogy a legtöbb esetben epekő az oka e pangásnak, a korai műtét indikált. Ha 2—3 hónapi fennállás után az icterus, a máj objectiv lelete nem változnak, műtét döntse el a végleges diagnosit s a therapiát.

A tényleg bekövetkező vérzés ellen legjobbnak bizonyult — ha a vérző eret nem sikerül lefogni vagy thermocauterrel a vérzést el-állítani — ferripyrim 18—20%-os oldatának befecskendezése az epehólyagba, illetve ezzel impraegnált gaze-zel való kitömés. Megkísérleendő még gelatinabefecskendezés: e mellett hypodermoklysisekkel — physiologikus konyhasó-oldattal — küzdünk az anaemia tünetei ellen. (Thèse de Nancy.)

Manninger dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Az újszülöttek köldökének kezeléséről, illetőleg ennek egy új módjáról értekezik Martin greifswaldi szülészstanár. Első sorban a köldökzsinórt a szokott módon leköti, majd az anya ellátása után az időközben megfűrésztött s leszártított újszülött köldökére egy nedves gaze-compress helyez; ezután a bőr szélén egy sterilizált selyemszálat vezet a köldök körül, azt erősen megszorítja s végül e felett 1—1 $\frac{1}{2}$ cm.

magasságban az időközben megtüzesített, közönséges égető vassal (Brennscheere) a köldökzsinórt keresztül égeti. Az eljárás szerző szerint abszolút biztos, a vérzést teljesen csillapítja. A pörk egy száraz gázecikkal borítandó s egyébként a szokott kötással látandó el. Utóvérzés szerző eddig ép oly kevésbé látott, mint köldökmegbetegedéseket; az újszülött rendszeresen fürösztethető. Az égetési pörk hatása meglepő: már a 2. napon a bőrködök teljesen a hasbőr niveaujára süllyed s a 4-5., ritkán a 6. napon a pörk a ligaturával együtt leválik; a bőrdő teljesen fedi a köldököt, úgy hogy alig marad vissza egy gombostűfejnyi sarjadzó felület. Szerző mindezek alapján ez eljárást, melyet eddig 30 esetben próbált ki s melyre a bábákat is könnyen lehet tanítani, melegen ajánlja. (Berliner klin. Wochenschrift, 1900. 8. sz.)

Neumann Szigfrid dr.

Bakteriologiai vizsgálatok a körömkefék csirtartalmáról és fertőtlenítéséről. Miután kételyek merültek fel az iránt, hogy a műtétknél s szüléseknél használt keféink csirmentesekké tehetők, Winternitz tanár feladatát tűzte ki e kérdést pontos bakteriologiai vizsgálatok alapján megfejteni s kísérleteinek eredményeit a következő pontokba foglalja össze: 1. A kefék, ha azok fertőzve voltak is, csirmentesekké tehetők, ha őket 1%-os soda-oldatban 10 percig főzzük, a mit a kefék tetszés szerinti ideig eltűnnek, a nélkül, hogy tönkre mennének. Feltétele ennek azonban az, hogy a kefékbe ne jutottak legyen oly ellenállású csirok és sporák, a melyek ezen eljárás által tönkre nem tétetnek, a mi különben rendes körülmények között alig szokott előfordulni. 2. A kifőzött kefék, ha azokat 1%/o sublimat-oldatban tartjuk, sterilek maradnak. (Berliner klin. Wochenschrift, 1900. 9. szám.)

Neumann Szigfrid dr.

Incontinentia urinae különös okát és gyógyítását közli Emil Ries Chicagoból, melyhez hasonlótl nem talált az irodalomban. A férj penise gépszerűsége következtében támadt heg által erectio közben hátra és fel volt hajlítva s ez volt az oka, hogy a coitus per urethram ment végbe, a minnek a nőnél incontinentia lett a következménye. Ezt ő úgy gyógyította meg, hogy a kiproaerált urethrárt 1800-kal elcsavarva, nyílását magasabbra, a clitoris alá implantálta oly módon, hogy a clitoris alatt egy vízszintes metszést ejtett s az e közt és a húgyvesnyilást körülvevő metszés közti szövethidat késsel alávájtta, alatta áthúzta a felszabadított húgyvezetést s annak nyílását a magasabb helyen, a felső metszési vonalban silkwormmal kiszegte. Az eredmény teljes volt. (The American Journal of Gyn. and Obstet.)

Kubinyi Pál dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Erysipelas gyógyítása. Bruck 247 erysipelas-esetet kezelt ichthyollal és pedig oly jó eredménnyel, hogy azon kijelentésre érzi magát feljogosítva, hogy az erysipelas ellen eddig ajánlt szerek közül az ichthyol a legjobb. A megbetegedett helyet először 60-70%-os alkoholba mártott vatta-gomolykával jól megtisztítja, ezután 15-30%-os ichthyol-vaselin-kenőcsöt dörzsöl be oly módon, hogy a dörzsölést a beteg helyen túl 3 ujjnyival kezdi. A betegség súlyossága szerint a bekenést 4-6 óránként ismétli, a mikor is az előzőleg felkent ichthyol-réteget nem mossa le. Csak a mikor teljesen befejeződött a betegség, mossa le az illető helyet 60-70%-os alkohollal. Kötést nem alkalmaz. (Jeshenedelnik, 1899. 28. sz. Ref. Therapie d. Gegenwart, 1900. február.)

Pertussis ellen Ostronski a phenocollumot ajánlja, a mely ugyan nem specificum, de az egész lefolyást mégis kedvezően befolyásolja, a rohamokat megrovídi, számukat csökkenti. A szert a gyermeknek kivétel nélkül jól tűri. 1 éves korig 1%-os, 2 éves korig 1 1/2%-os, 2 éven túl 3%-os oldatot ad következő módon: Rp. Phenocollum hydrochlorici 0.5-3.0. Decocti althaeae 90.0; Syr. cerasorum 10.0. M. D. S. 2 óránként egy kávéskanállal. (Wratsch, 1899. 39. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év tizenötödik hetében (1900. április 8-dikától április 14-ig.) következők voltak: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elveszülte 481 gyermek, elhalt 366 egyén, a születések tehát 115-el múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 34.5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 27.8, az egy éven felüli lakosságnál: 20.3, az öt éven felüli lakosságnál: 17.8. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 0, morbilli 5, scarlatina 5, variola —, cholera asiatica —, typhus abdominalis —, febris puerperalis —, influenza 2, egyéb ragályos betegségek 7, meningitis 10, apoplexia 7, eclampsia 10, szervi szívbaj 18, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 83, tuberculosis pulmonum et phthisis 81, diarrhoea et enteritis 8, gastro-enteritis 5, rák és egyéb újképlettek 12, ezek közül méhrák 1, morbus Brightii et nephritis 6, rachitis 3, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 32, atrophia et inanitia 1, marasmus senilis 12, erőszakos halálozást 16, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 5, baleset 9, kétséges 2 (—). **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hó végén volt 2903 beteg, szaporodás e héten 822, csökkenés 911, maradt e hét végén 2814 beteg. B) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi április 9-dikétől április 15.-éig terjedő 15 héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 46 (54), diphtheria, croup 17 (17), hagymáz (typhus) 1 (1), kanyaró (morbilli) 77 (119), trachoma

9 (6), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 12 (22), orbáncz (erysipelas) 12 (21), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1 (3), ezenfelül varicella 30 (28).

— **Egyetemi alkalmaztatások.** A budapesti t. egyetem orvostudományi tanári kara f. é. április 24-dikén tartott VIII. sz. ülésében egyetemi alkalmazást nyertek a következők: *Marikovszky György* dr. az általános kór- és gyógytani intézet gyakornoka ugyanoda tanárségédnek; *Poór Ferencz* dr. a bőrkórtani intézet díjtalan gyakornoka ezen intézethez; *Péteri Ignác* szigorló orvos a gyógyszerintézetéhez; *Nagy Pál* 10 féléves orvostanhallgató az általános kór- és gyógytani intézethez díjazott gyakornokká megválasztották. *Pesthy István* dr. a II. kórboneczti intézet díjazatlan gyakornoka; *Gobbi Károly* dr. a fogászati intézet díjazatlan gyakornoka; *Maár Mihály* szigorló orvos a törvényszéki orvostani intézet díjazatlan gyakornoka állásukban egy további évre meghagyattak.

— **A gömörmegei közkórházban** az 1899. év folyamán — mint azt *Löcherer Tamás* dr. igazgató kimutatásából olvassuk — 1201 egyén nyert ápolást, járólóg pedig 1078 egyén kapott 1862 rendelést. Műtétet 125 esetben végeztek. Osztályvezető orvosok voltak: *Szabó Károly* dr., *Kármán Aladár* dr.

— **A kolozsvári egyetemi klinikákon és a kolozsvári „Karolina” országos kórházban** az 1899-dik év folyamán — mint azt *Engel Gábor* dr. egyetemi tanár és kórházigazgató kimutatásából olvassuk — 2584 beteg nyert ápolást, járólóg pedig az öt klinikai osztályon 15,193 kezeltetett. A sebkezelés 673, a szemkezelés 117 nagyobb műtét végeztetett. Az ápolási napok száma 69,906 volt.

— **A marosvásárhelyi országos kórházban** — mint azt *Marosi Kálmán* dr. kórházi igazgató kimutatásából látjuk — az 1899. év folyamán 1789 egyén nyert ápolást. Összesen 94 nagyobb műtétet végeztek. Osztályos főorvos volt: *Kozma Jenő* dr., másodorvos *Hintz Elek* dr., segédorvos *Nyerges Gábor* dr.

— **Áldor Lajos** dr. karlsbadi fürdőorvos és mint ilyen a magyar kir. államvasutak orvosi tanácsadója gyakorlatát Karlsbadban ismét megkezdte.

— **Terray Pál** dr. egyetemi magántanár május 1-től Muzeum-utca 9. sz. alatt lakik.

— **Elhunyt: Szabady Ferencz** dr., Udvarhelymegyei tiszti főorvosa április 19-dikén 68 éves korában Székely-Udvarhelytől.

— **Megjelent. M. v. Lenhossék.** Prof. Dr. Victor (Géza) v. Mihalovics (1844—1899). Nekrológ. Klny. az „International. Monatschrift f. Anatomie u. Phys. 1900. Bd. XVII. Heft 1. és 2.-ből. — *Navratil Imre* tanár: *Sebészeti adatok* stb. Budapest 1900. — *Čačkorič* dr.: *Rad sbora liecnika kraljevina Hrvatske i Slavonije etc.* Zagreb 1899.

— **Foncière, Pesti biztosító-intézet.** A Foncière, Pesti biztosító-intézet ezidei rendes évi közgyűlést ez évi április 30-dikán fogja megtartani. Az intézet által a múlt évre vonatkozólag közzétett zárszámlából a következő számadatokat veszszük át. A törlekés levonása után fennmaradt múlt évi díjbevételek az *elemi és balesetbiztosítási ágazatokban* 8,597,515 korona, 18 fillér és az *életbiztosítási ágazatban* 2,487,413 korona 52 fillér, összesen 11,084,928 korona 70 fillér rúgtak, míg a későbbi években esedékes díjkötelezvények és díjváltók állománya a tűz- és balesetbiztosítási ágazatban 19,397,080 korona 15 fillér értéket képvisel. Az *életbiztosítási ágazat* összállománya a lefolyt üzletévben 59,178,308 korona tőkére emelkedett. A készpénz-díjartalékok és díj-átmozgatók az *életbiztosítási ágazatban* 14,238,575 korona 60 fillér és az *elemi és balesetbiztosítási ágazatokban* 2,672,323 koronát tesznek ki. Az *életbiztosítási ágazat* készpénz-díjartalékának szaporodása az előző évivel szemben emélfogva 831,416 korona 84 fillérre rúg. Különösen felemlítenő még, hogy a nyereségrészesedéssel biztosítottak ama csoportja, kiknek kötvényei a nyereség évenkénti felosztása mellett kizárólag halálesetre szólnak, az évi díj 10 százalékát tevő osztalékban részesül, míg a biztosítottaknak 1896-ban megnyílt ama csoportja, melynek kötvényei a nyereség három évenkénti felosztása mellett, vegyes tőkebiztosításról szólnak. 1899. december végével az *évi díjnak 68 2/3%-át tevő osztalékokat élvez.* Az intézet tőkéi, ide nem értve a képviselőségeknél különvő pénzkészletet és a képviselőségek és ügyfeleknél fennálló követelési egyenlegeket, következőkép vannak elhelyezve: Pénzkészlet az intézet központjában 236,584 kor. 16 fillér, hitelintézeteknél és takarékpénztáraknál levő követelésekben 2,442,099 kor. 26 fillér, az intézet budapesti és bécsi tehermentes házaiban 3,363,717 kor. 96 fill., állampapírokban vasúti elsőbbségi kötvényekben és óvadékképes záloglevelekben 8,370,439 kor. 59 fill., tárczabeli váltókban 229,597 kor. 32 fill., jelzálogkölesönben 18,172 kor. 10 fill., az intézet életbiztosítási kötvényeire adott kölcsönökben 2,085,800 korona. Az 1898-diki 192,812 kor. 68 fill. veszteségi egyenleg teljes leírása után fennmaradt 1899-diki *nyereségből* részvényenként 8 korona osztalék kifizetése fog indítványba hozatni.

Téli kúra Szt. Lukács-fürdő Budapest

A „Krisztály” Szt. Lukács-fürdő savanyúvíz, mint kellemes üdítő ital ajánlatik

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. — Kétféle ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Kénes iszapfürdők, természetes fürdő-medence. Begöngyölések isza ppaal. Kád- és gőzfürdők. Massage. Kütinő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1900. április 23-dikén.) 268. l. — Budapesti kir. orvosegyesület. (XVII. rendes ülés 1900. április 21-dikén.) 268. l. — Közkórházi Orvostársulat. (VIII. bemutató szakülés 1900. április hó 4-dikén.) 269 l. — A XXI. német balneológiai congressus. 270. l. — Szegei orvosegyesület. (XII. szakülés 1900. február 14-dikén.) 270. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1900. április 23-dikén.)

Elnök: **Than Károly**, jegyző: **Heller Ágost**.

Orvosi érdekű értekezések voltak:

1. **Jendrassik Ernő** székfoglaló értekezését mutatta be: *Klinikai és élettani adatok a járás tanulmányozásához* cím alatt.

Előrebocsátva a **Weber** testvérek (1836) első kísérleteit, felemlíti **Carlet**, **H. Vierordt**, **Gilles de la Tourette**, továbbá **Marey**, majd **Braune** és **Fischer**, **Londe**, **Richer** és **Marinesco** vizsgálatait s ezek után áttér saját módszerének ismertetésére. Ezen módszerrel 1895 óta dolgozik, felvételeit diffúz napvilágításban meztelen alakokon eszközölte egy század mp.-nyi exponálással. A vizsgálandó egyént fekete háttér mellett járatta s bizonyos megszakításokkal eszközölve a felvételeket álló lemezre a járó alakról, járásának különböző szakairól nyert így igen tiszta képeket. Ezen alakokat egymásutánban sorakoztatva, a járásról klinikai képeket is szerkesztett és megállapítva az alsó végtagnak koordinátáit, a járás lefolyásáról tanulságos görbéket szerkesztett. Gyűjteményében 52 egyénről mintegy 1400 egyes alakja van s ezeket, valamint a csoportosított képeket bemutatta. Ezen tanulmány az élettani viszonyok között bizonyos egyéni eltéréseket tüntetett fel, továbbá alkalmat adott a cipő befolyásának a járásra való tanulmányozásához. Kiderült ezen felvételekből, hogy az egyoldali megtámasztás ideje a test súlyvonalának megfelelően egyenlő a hátulsó és elülső lépési szakban. A kóros esetekben az alsó végtag irányvonalainak megszerkesztése teljesen új adatokat hozott napvilágra s az egyes járási alakoknak pontos részleteit engedte megfigyelni. Ezen vizsgálati módszer végre alkalmas a hibás járás alakok bemutatására is. A kóros eltérések részletezése csakis az ábrák egyidejű megfigyelése mellett lehetséges.

2. **Högyes Endre** r. tag mutatta be **Aujeszký Aladár** dr. értekezését „*A natrium lygosinatumnak hőcsökentő és antibakterikus hatásáról*“, melyet közölni fogunk.

3. Ugyancsak ő jelentette, hogy a **budapesti Pasteur-intézet** 1899. évi statisztikája — melyről multkori jelentésében még teljesen be nem számolt — ma már lezárható.

Magyarországból az 1899-dik év folyamán 1679 egyén jelentkezett veszettség ellenes védoltásra. Ezek közül összesen 8 egyén, tehát 0.47% kapta meg a veszettséget. A 8 közül azonban 6 részint később jött, részint nem kaphatott elegendő védoltást és csak két eset tekinthető olyannak, a mely teljesen befejezett védoltás dacára megkapta a veszettséget: azaz a halálozás a teljes védoltást kapott 1673 magyarországi veszett ebmarott között 0.11% volt.

A védoltást nem kapott és az intézetben meg nem jelent magyarországi veszett vagy veszettségre gyanus ebmarottak közül 23-an, ha pedig ezen tökéletlen védoltásos eseteket is hozzászámítjuk, 29-en haltak el veszettségben.

A halálozási arány tehát a magyarországi védoltottak közt az elmúlt 10 év folyamán következőleg ingadozott:

1890) : 1.01%	1895 : 0.25%
1891) : 1.18%	1896 : 0.13%
1892 : 1.18%	1897 : 0.47%
1893 : 0.64%	1898 : 0.18%
1894 : 2.76%	1899 : 0.11%

Budapesti királyi orvosegyesület.

(XVII. rendes ülés 1900. április 21-dikén.)

Elnök: **Bókay János**; jegyző: **Dieballa Géza**.

A bélbeli rothadásról, különös tekintettel az epe antiseptikus hatására.

Wenhardt János: Ha végig tekintünk azon nyilatkozatokon, a melyeket az epe antiseptikus hatásáról klinikusok, bakteriologusok és physiologusok tettek, akkor a legnagyobb ellenmondásokra akadunk. Mivel pedig az epe antiseptikus hatása szerves összefüggésben van a bélbeli kémiai folyamatokkal, a melyek elsőrangú szerepet játszanak a szervezet háztartásában, azért tette előadó a jelzett kérdést vizsgálata tárgyává.

Bevezetésképen felsorolta mindazon tényezőket, a melyek a bélbeli rothadásokra és erjedésekre befolyást gyakorolnak. Azután, mielőtt rátért azon kísérletekre, a melyek kapcsán a vizelet aether-kénsavaiból következtettek a bélbeli rothadások fokára, ezen vizsgálati eljárást a szükséges kritikának vetette alá.

Miután kimutatta, hogy a szóban forgó kérdés csakis a szervezeten kívül fejthető meg, az in vitro végrehajtott kísérleteket sorolta fel, megemlítvén egyszersmind ezen vizsgálatok hiányát is.

A saját kísérleteit a következőképen hajtotta végre: különböző

mikrobák fejlődését hol tiszta, hol epealkatrészekkel kevert húslevesben figyelte meg. Különös súlyt fektetett arra, hogy az epealkatrészek csakis oly koncentrációban legyenek a húslevesben, a melyben az ember vékonybelében előfordulnak.

Ezen vizsgálatokból kiderült, hogy a különböző epealkatrészek a mikrobák faja szerint változóan hatnak. Ritka esetekben teljesen elnyomják a baktériumok fejlődését, máskor hatástalanok, többnyire azonban kisebb-nagyobb mértékben hátráltatják azoknak elszaporodását.

Donáth Gyula: Szólv is azon véleményen van, hogy általában túlozzák a gyomor, valamint az epe antiseptikus hatását; **Bunge** hangsúlyozta, hogy a gyomornedvben a sósavnak van szerepe az emésztésnél és a rothadás meggátlásánál; azonban gyomornedv nélkül is lehet emésztés, mint ezt a kutyával való kísérlet is igazolta, melynek a gyomrát kiirtották s az állat öt évig élt. Ugyanez áll az epéről, mely nem képes a rothadást meggátolni, mert tudjuk, hogy a legrothadóbb folyadék. Az epesavaknak sem kell túlságos hatást tulajdonítani, miután tudjuk, hogy epesipolyoknál, hol epe nem jut a bélbe, nincs feltünőbb rothadás.

Nem is a rothadás meggátlása a főfeladata a sósavnak és epének, hanem inkább a belsejtek működésére hatnak, melyek maguk is képesek a rothadást meggátolni.

Chudovszky Móricz: Hasműtétek esetében, hol az epe nem ömlik egész mennyiségében a duodenumba, határozottan észlelhető, hogy ez a bélműködésre igen hátrányos. Gyomorbélszájadék képző műtéteknél (pylorus szűkületek, pylorus daganatok esetében) észlelték ezt, hol a gyomorbél-szájadék nem működött kellőképen, s az epe nem ömlött a duodenumon keresztül az éhbélbe, a mikor is a bélműködés nem volt zavartalan, ezért a sebészek oly műtéti modorokat alkalmaztak, hogy neesak a gyomortartalom jusson a bélbe, hanem az epe is a duodenumból a jejunumba.

Húsz ilyen gyomorbél-szájadékképző műtetet végeztek **Réczey** klinikáján, melyek között négy ilyen szempontból igen érdekes eset volt. Egyik esetben a beteg a 12—13. napon béldiphtheria tünetei közt halt el: a beteg literszámra hányta az epét; a boncolásnál kiderült, hogy epe nem került a bélbe, s ennek tulajdonították a béldiphtheria kifejlődését.

A második esetben az egyén tuberculotikus volt ugyan, de ilyen fekélyek a bélben nem voltak; itt is epehányás, hasmenés lépett fel, minek egyik okát abban keresték, hogy epe nem jutott a bélbe.

A harmadik esetben pylorus resectionál szintén felléptek hasmenések epehányással, a beteg meggyógyult.

A negyedik esetben egy gyermeknél epehányáshoz hasmenések társultak, belső bélelzáródás miatt operálták.

Ezen négy esetből azt következtetni szölv, hogy az epe akár directe, akár indirecte, de antiseptikusan hat, s így valahányszor gyomorbél-szájadékképző műtet végeztetik, oly eljárást kell használni, melynél az epe a bélbe jusson.

Hirschler Ágoston: A gyomornedv sósavtartalmának az erjedést gátló hatás szempontjából nagy jelentőséget nem tulajdonít. Ha a gyomor mozgató ereje rendes, ez a gyomornedv hiányos emésztő képességében rejlő működési zavart kiegyenlíti. **Noorden** anaciditás hydrochlorica több esetében, melyben a gyomor mozgató működése kifogástalan volt, azt találta, hogy a táplálék kihasználása a bélben rendszeren ment végbe. Felszólv is több esetet észlelt, melyben idült gastritis kapesán a gyomor nyálkahártyájának sorvadása, atrophia mucosae seu anadenia ventriculi fejlődött ki és a táplálék a bélben mégis jól kihasználtatott, sőt testsúlygyarapodás mutatkozott mindaddig, míg a gyomor mozgató ereje rendes maradt.

Azon vizsgálatok, melyeket felszólv 1886-ban végzett **Hoppe-Seyler** vezetése alatt a bélothadásra vonatkozólag, azon ma már általánosan elfogadott tényt derítették ki, hogy fehérjékkel együtt adva a táplálékban szénhidratokat, ezek a fehérnyerohadást a bélben esökkentik.

E vizsgálatokra felszólvót **Hoppe-Seyler** indította, a ki felemlítette előtte, hogy e themára a gondolatot **Billroth** azon észleletéből merítette a 80-as években, hogy bűzös sebeket cukorral behintve, a sebek szagtalanokká váltak, oly tény, melyet a sebészek a cukorkötések alakjában hasznosan érvényesítettek. A szénhidratok fehérjerohadást gátló hatásának az orvosi gyakorlatban bőven veszik hasznát; különösen a gyermekgyógyászok karolták fel felszólvót ezen tapasztalását gyermekek bélhurutjának diietetikus gyógyításában.

Felszólvót sajnálja, hogy előadó jelen alkalommal nem foglalkozott azon kérdéssel, sikerülhet-e, szükséges-e a bélothadást esökkenteni.

Habár a bélbaktériumok az emésztési folyamat végbemegetésének nélkülözhetetlen kellekét nem képezik, azt kell hinnünk, hogy a bélothadás az élettani folyamatok keretébe sorolandó. A bélbaktériumoknak mind behatóbbá váló ismerete a béldesinfeció kérdését hozta felszínre, melynek kiművelésében különösen **Bouchard** szerzett érdemeket. Tőle indult ki a bélantiseptis neve alatt szereplő gyógyítási irány, melynek befolyása alatt mind újabb és újabb, gomba módjára szaporodó vegyi szer lett ismertette.

Kétségtelen tény, hogy közülük sok kémiai és physicalis szem-

pontból megfelel a bélantisepticum követelményeinek, gyakorlati alkalmazásuknak azonban azon körülmény vet gátat, hogy oly töménységben nem alkalmazhatók, hogy bakteriumölő képességük vagy a bakteriumok productumainak hatástalanlása tétele számbajöhetne.

A bélrothadásra a táplálék minőségén kívül befolyással van az étkezés beosztása is. Adrian, Gebhardt (Klug intézetében) kimutatták, hogy a fractionált táplálás a táplálék kihasználását kedvezőbbé teszi. A fractionált táplálásnak a bélrothadást csökkentő befolyása kétség-telenül a bélbeli felszívódás kedvezőbb viszonyaiban leli magyarázatát.

Azon kísérletek, melyek oda irányultak, hogy a bélrothadást a táplálék sterilizálásával csökkentsék, sikertelenek maradtak.

Wenhardt János: A mi Donáth megjegyzését illeti, azt hiszi szóló, hogy nem jó azon orvostörténelmi nevezetességű kutyára hivatkozni, mert a boncoláskor kitiűnt, hogy a gyomra nem volt egészen kiürítve. Ezzel egyidejűleg Czerny és Kaiser egy másik kutyának is extirpálták a gyomrát, de úgy, hogy a duodenumot a cardiával összevarrták, de ez az állapot csakhamar el is pusztult. Chudovszky felszólalásához nem igen fűzhet reflexiókat, mert sebészethez nem ért. Csak azt akarja megjegyezni, hogy azon esetekben a hasmenést nem az epének a bélben való hiánya okozta, mert az epehiánynak éppen az ellenkező, t. i. székrekedés szokott a következménye lenni. Talán bélhurut fejlődött az operatio után. A mi végül Hischler hozzászólását illeti, kettőt akar megjegyezni. A gyomrot nem említette szóló episdoként, hanem mint szorosan a tárgyhoz tartozót. Ugyanis fel kellett sorolnia mindazon tényezőket, amelyek befolyással vannak a bélbeli rothadásokra és erjedésekre. Ezért elkerülhetetlenül, nem pedig episdoként rá kellett térni a gyomor antiseptikus szerepére is. A bél desinfectiójáról szánt-szándékkal nem beszélt, mert a mai előadása tárgyát csakis a bélbeli rothadások pathológiája képezte, nem pedig egyszersmind a therapia is.

Közkórházi Orvostársulat.

(VIII. bemutató szakülés 1900. április hó 4-dikén).

Elnök: Mutschenbacher Béla; jegyző: Terray Pál.

A hypertrichosis kór- és gyógytanáról.

Havas Adolf dr.: A szörzet lepörkölés, bedörzsölés, leborotválás és epilatio általi eltávolítását tárgyalja, majd áttér a vegyi úton ható, a szörzsálat szétroncsoló ú. n. depilatoriumokra, kritikailag azok előnyeit, illetőleg hátrányait fejtegeti. Miután előadó szerint mind e gyógy-módok csak a szörzsálat, tehát a bőr felületen kiemelkedő szörzrészletet teszik tönkre, a hajkészítő elemet, a hajszemölcsöt, a papilla pillit ellenben sértetlenül hagyják, a kívánalmaknak nem felelhetnek meg. Használva a landó és maradandó értékkel tehát csak azon gyógyeljárás bír, mely a hajszemölcsöt teszi tönkre. Ilyen első sorban az elektrolysis. 5–10 milliampérenyi villamos áramot 1/2–1–2 percig hagyunk behatni, mi által a hajszemölcsbe vezetett tű végén a szövethedvek szétbomlanak, maró aljak és gázok fejlődnek, a melyek vegyi és mechanikus úton — a szövetelemek szétfeszítése által — a papilla pillit és annak közvetlen szomszédságát tönkreteszik, sorvasztják. Ezen eljárás a megtámadott szörzsálat kb. 70%-ában biztos eredményt nyújt, ott többé szörzsál nem nő, az eljárás tehát kitűnő, de hátránya, hogy rendkívül fárasztó, hosszadalmas, nagy kézbeli ügyességet igénylő.

A második gyökeres gyógy mód a Röntgen-sugarakkal való gyógykezelés. Előadó behatóan tárgyalja a Röntgen-sugarak alkalmazásánál keletkező ártalmakat, a sugarak hatásmódját s azután Röntgen-sugarakkal kezelt három esetről tesz jelentést. Általánosságban kijelenti, hogy a radiographiát csak a legnagyobb óvatossággal mellet szabad alkalmazni, hogy az egyes expositioik csak rövid ideig, 10 percig tartók legyenek, hogy mihelyt a bőr reactioja mutatkozik, az eljárás a reactio eltűnéséig beszüntetendő, hogy a gyógyeredmény megítélésében a legnagyobb skepsissel kell eljárni és hogy végre ezen gyógy mód még annyira a kísérletezés stadiumában van, hogy csak elodázhatlan és leg-ritkább esetekben, a beteg előzetes felvilágosítása után alkalmazassék.

Schein Mór: A hypertrichosis oktatánál illetőleg meg kell különböztetnünk direct és indirect okokat. Közvetett ok forog fenn, ha menstruationális zavarok okozták a hypertrichosist, direct ok az universalis hypertrichosisra vonatkozólag, ha a lanugok nem hullanak ki, a partialis hypertrichosisra pedig a bőr növése és pedig fordított arányban: minél jobban van kifejlődve a bőr, annál kisebb a hypertrichosis. A röntgenézéssel szólnak is vannak tapasztalatai, s mondhatja, hogy ezen eljárásnak van jövője.

A XXI. német balneologiai congressus.

Frankfurt M. m., márczius 9–13.

A német balneologiai társulat sem vonhatta ki magát a congressusok vándor szelleme alól — két év előtt első ízben vándorolt, még pedig Bécsbe — s a kellemest a hasznossal ez idén Frankfurtban kötötte össze, főleg tekintettel arra, hogy éppen Hessen-Nassau fürdőhelyekben legdúsabb német tartomány.

A congressus a „Senkenbergianum“-ban ülésezett. Ez szinte kis egyetem számba megy, egyetemi jelleg nélkül. A híres Senkenberg alapítványainak köszöni létét, tanintézeteket, könyvtárakat tart fenn, tanárokat fizet stb. Német városokban gyakrabban találkozni dús hagyományokból élő tudományos intézményekkel, melyek a polgárok tudományos érdekeiről s anyagi jólétéről egyaránt tesznek tanúságot.

Németországban a tanári cím is létezik — egyetem és tanszék nélkül. Ilyenről bir például a frankfurti kórház sebész-főorvosa

Rehn, Különbön Frankfurtban igazi professor is van: v. Noorden Berlinből jött át s a pavillonrendszerű, óriási „Städtische Krankenhaus“ belgyógyászati osztályát vezeti. Ide húzódott vissza Weigert is, végre Ehrlich, a kinek intézetét („Königliches Institut für Serumforschung und Serumprüfung“) az állam a Berlin melletti Steglitzből Frankfurtba tette át; az intézet új czime: Institut für experimentelle Therapie.

A kórházi berendezésről említésre méltók: a súlyos járványoknak (cholera, pestis stb.) szánt külön fertőző pavillon, mely ideiglenesen fertőző gyermekbetegségeknek szolgál; ugyancsak járványoknak szóló, az udvarban felállított bádó-barakok (előnyük a könnyebb fertőtlenítés, hátrányuk azok hideg, zord volta s nehéz szellőztethetése); a pazar fényből s őrü kényelemmel berendezett sebész osztály, márványból s fayence-ból álló műtő s kötöző termekkel (a fertőző osztály el van különítve, külön műtő, kötöző s külön kötszer-fertőtlenítő termekkel bir); a belgyógyászati osztálynál említést érdemelnek a tüdőbetegeknek szolgáló verandaszerű fekhelyek, melyek a kórtermek keskeny oldalán, illetőleg végén vannak elhelyezve. Hasonló fekhelyekkel a hallei belklinikai is föl van szerelve.

Ezen tüdőbetegeknek készült szabad fekhelyek szemlélgetése közben, melyek szűk s elégtelen voltak mellett is a kertből, illetőleg telekből sok helyet elvesznek, azon gondolatom támadt: hogy tulajdonképpen célszerűbb volna nagy városokban térszűke miatt a fekhelyeket tüdőbeteg részére a fedélzeten, a padlás helyén elhelyezni. A levegő ott tisztább, a légáram szabadabb, a zaj kisebb, a napsugár intenzívebb stb.; a tér pedig külön pénzbe sem kerül! Az ilyen nagyszabású fekhelyen a földszint és I., sőt II. emelet betegeit felhúzó segélyével igen kényelmesen el lehetne helyezni.

A nép-sanatoriumok időszakában élve, talán nem fölösleges, ha a hivatott körök figyelmét a fekhelyek kérdésének ezen megoldási módjára felhívni bátorodom.

A „kísérleti gyógytani intézetben“ sok érdekeset láttunk. Ehrlich maga kalauzolta a vendégeket s lelkesen demonstrált. Az intézet czime sokkal általánosabb, mint tulajdonképeni jellege. Csak azzal foglalkoznak — hiszen a steglitzzi intézet, mint serum-ellenőrző statio látott napvilágot, — a mi bacteriummal s serummal összefügg. De más irányban az intézet viszont helyesen van elnevezve, a mennyiben a sok kórtani kérdésben a gyógytani a vezérlő tendentia. Nagy állatokkal alig dolgoznak, itt-ott kecskével, többet tengeri malaczezzal s házi nyúlal, leg-többet egerekkel és epruvettával.

Láttunk — a control-állatok tetemeinél — diphtheritis, erysipelas s tetanus ellen sikeresen oltott víg egérsereget. Hallottuk az elméleti s gyakorlati bacteriologia legactualisabb, de egyszersmind legelvonottabb kérdéseit mesteri ékesszólással tárgyalni: miként kellett állandó serumegységet teremteni s miként lehet ezen egység alapján bármely serum egységértékét megállapítani; hogyan lehet serumot élely-s vizmentes üvegekben befroasztva, évekig változatlan értékben conserválni. Áttértünk a toxin s antitoxin kérdésre, a lényeges s lényegtelen, de más irányban néha alkalmatlan alkatrészekre. Igen érdekesek voltak a „Reagensglas-Probleme“: a toxin s antitoxin egymásra való hatását, kísérleti állatok megtakarításával, epruvettákban is lehet sikeresen vizsgálni. Vizsgálatai anyagának higitott vér s tej szolgálhat. Amott a vörös vérszövetek teljes oldódása vagy épségben való maradása, itt a tej meg-vagy meg nem alvadása a hatás s ellenhatás, méreg s ellenméreg, a közbombosítás sikerének vagy hasztalanságának próbaköve. Szó volt a színes reactiokról s a szervek fajlagos megbetegedéséről, kigyó-, növény- s bacillisméreg analog vonásairól stb. Rendkívül érdekes volt látni, hogy bizonyos méreg az állatban csak a perichondriumot festi meg — kékre, más az egér diaphragmáját — feketére, más méreg ismét csak a vese papilláit teszi beteggő s zsugor-vesét csinál stb. Mily titkos világ és a sok tudás mellett mennyi sejtetem!

A kórház bőrgyógyászati osztályán — főorvosa Herxheimer — is több említeni valót láttunk: így arsen intravenosus befecskendése által (1–20 milligramm pro die) elért fényes gyógyeredményeket lichen ruber planus s acuminatus, mycosis fungoides, psoriasis s súlyos sarcomákánál (!). Lupus ellen pyrogallol-lal (10–100% orthoformmal keverve) értek el szép eredményeket, dermatitis herpetiformis egy makacs esetben natrium salicylicum használt. Mint sui generis megbetegedést kiterjedt chloracetint láttunk, mely bizonyos gyári munkásoknál előfordulhat s minden kezelésnek ellentáll.

Más városokban látott kórházi berendezések közül Münchenben a „Krankenhaus München links der Isar“ „mechanisch-hydratisch“ osztályáról szabadon alkalmilag néhány szóval megemlékeztem. Az intézet létesítése körül nagy érdemeket szerzett Rieder tanár, a ki az intézetnek élén is áll. Czime „Centralbad“, de hydrotherapián s gyógyszeres fürdőkön kívül tökéletes inhalatio s mechanotherapeutikus berendezésekkel is bir.

A mintaszerű, technikai részletekre ki nem terjeszkedhetvén, csak annyit mondhatok, hogy fényesebb fürdőberendezéseket s aránylag szűk téren oly sokoldalú balneophysikalis intézetet magán s fürdőhelyeken sem láttam. Ha ez kórházi tulajdont képez s az egyetem véd-szárnya alatt áll, a tény annál örvendetesebb, mert az eddig negligált s néha megvetett balneophysikalis iránynak úgyszólván törvényes elismerése. Nem keresünk többé minden üdvöt a patikában. A balneologia halad s Németországban, úgy mint nálunk, épen a pharmacologia tanárai azok, a kik vezetnek.

*

A congressust Liebreich, a német balneologiai egyesület elnöke nyitá meg, utvala a balneologusok szaporodó tekintélyére s sokszor irányt adó működésére. Óhajta, hogy lelkesedésünk a tudomány iránt, mely egyre fokozott követelményekkel áll elő, soha se lankadjon.

Kisch (Marienbad) bizonyos női bajoknak a szívre való befolyását tárgyalja, a tárgyról szóló monographiája ismeretes.

v. Noorden (Frankfurt) a vízelvonás indicatioival fogyasztó kúráknál

foglalkozik. A vízelvonás mérhető sikere csak viztelenítéssel alapszik, nem pedig zsirtalanítással. A fokozott zsírelégés vagy zsírnecrosis vízelvonás által (Oertel, Schweninger) nem igazolt elmélet. A vízelvonás leginkább a szív szempontjából van megfelelő esetekben javulva, mert munkáját megkönnyíti. A vízelvonás indirekt az által is hat, hogy az étvágy lejjebbzállításával a tápfevéltet esökkenti; kedvező befolyása van a sokszor kellemetlen izzadás enyhítésére, végre, mert gyors fogyást von maga után, suggestív irányban kitartásra bírja a beteget.

v. Reinach (Frankfurt) a *Taunus geológiai viszonyairól* értekezik. *Pariser* (Homburg) az *idült nervosus diarrhoea*t osztja be csoportokba s ezek különféle kezeléséről szól.

Frey (Baden) a *hideg és meleg légdouché* hatását tárgyalja. Készüléke, mely 90 cm. magas, 70 cm. széles, villamos vezetékkel összekötve óránként erős áramban 4000 köbméter — 10 — + 200 C. hőmérsékű levegőt képes szállítani. A kezelési módot *aërotherapiának* nevezi.

Schott (Nauheim) *szívbántalmakról diabetikus alapon* értekezik. Szerinte diabetesnél ideges szívbántalmak, szívgyengeség gyakoriak, de idült szívizom-lob s billentyűbántalmak is előfordulnak.

Lenné (Neuenahr) a *diabetes* ismert kezelésével foglalkozik.

Hughes (Soden) azon befolyást tárgyalja, melyet az *ásványvizek a vér osmotikus nyomására* gyakorolnak. *Van t'Hoff* tana szerint fel kell venni, hogy fürdőben a vér osmotikus nyomása változik, a mi a vörös vérszövetek terime-változásában kifejezést nyer. Közönséges vízfürdők esökkentik, ásványfürdők fokozzák az osmotikus nyomást.

Abbée (Nauheim) szerint *arterio-sklerosison alapuló angina pectoris-nál* a coronararteriák bizonyos kivülről gyakorolt nyomás által jobban lehet kitágítani.

Schuster (Nauheim) *emésztési zavarok folytán fellépő különböző szírvizségeket* felszívódás útján létrejövő autointoxicációval magyaráz.

Groedel (Nauheim) az *idült vesebetegségek balneotherapiájáról* szól; jó eredményeket csak nem nagyon előrehaladott vesezugornál látott; előrehaladott vesezugornál s másnemű veseloboknál az eredmények nem voltak kielégítőek.

Leber (Homburg) a *vesebetegségek kezelését* tárgyalta *szénsavas szulfidokkal*.

Winternitz (Bécs) kis bőröndben szállítható *douche-készüléket* demonstrált; a hajtóerőt kis szénsavtartány szolgáltatja.

Scherk (Homburg) előadása: *enzymhatás s ivókúra* a különböző ivókúrák hatását osmotikus áramlásra s elektrolitikus dissociációra vezeti vissza. Az előadás inkább általános szempontokat hozott, mint részletes magyarázatokat.

Liebreich *pharmakodjainikus segédesszközökről* szövezt a *tüdővész kezelésében*. A klimatikus kezelés mellett ne felejtjük, hogy bizonyos szerek által egyrészt a szövet-sejteket erősíteni, másrészt fertőtlenítés által a bacillusokat gyengíteni lehet. Kár, hogy a fertőtlenítő szerek egyszersmind a sejteket is tönkreteszik. Azért tanácsos néha indirect úton eljárni. Tudjuk például, hogy a mustárolajnak rothadási bacteriumokra is nagy fertőtlenítő hatása van, csak hogy egyenesen a szövetbe fecskendezve mérges hatásának bizonyul. Ezért előadó gümösen fertőzött tengeri malaczkokba a mustárolaj alkatrészeit — myrosint s myrosinsavas kalit — külön-külön fecskendezte be. És az így kezelt állatok tényleg tovább éltek.

Kähler (Kreuznach) a *gyermekmenhelyek jelentőségét* tárgyalja a tuberculosis-prophylaxis szempontjából. A vitában *Liebreich* felemlíti, hogy Németországban a tehének 75 százaléka gyöngykóros s hogy a vaj 28 perzentjében tuberculosis-bacillust talál. A tejet főzés által ártalmatlanná lehet tenni, nem úgy a friss vajat. Azért a mandolajjal készült vajnak (*Michaelis*) jövője lehet.

Steiner (Prága) *Soden s Homburg forrásviszonyaival* foglalkozik. Utóbbi helyen a forrásokat az által tette kiadóbbakká, hogy egy talajvíz+ elvezető csatornát elzárván, nagyobb hydrostatikai nyomást teremtett a forrásokban.

A discussióban *Lepsius* (Stuttgart) veszélyesnek mondja *Steiner* azon tételét, hogy a talajvíz a gyógyforrásokra döntő befolyással bír. Ezek L. szerint a talajvíztől teljesen függetlenek. Ezen két szélső állítást *Winkler* (Neudorf) összeegyeztetvén, nagyon helyesen azt mondja, miszerint mélyből jövő nagy hőmérsékletű forrásokra a talajvíz nincsen befolyással, ellenben felületesen fekvő hideg forrásokra igenis befolyással lehet. Ezen tétel *Weisz* Pöstyénben tett tapasztalatokkal igazolja, a mennyiben a Vágszigeten fekvő 60° C. meleg források a Vágfolyó s a talajvíz velejáró gyakori s nagyfokú ingadozásaitól évszázadokon át teljesen érintetlenek maradtak. A fontos kérdéssel különben *Liebreich* ajánlatára külön bizottság fog foglalkozni.

König (Frankfurt, ezentúl Greifswald) a *villamoság s anyagközi viszonyról* szól. Azelőtt azt hittük, hogy valamely oldatban az „electrolitikus” folyamat az áramnak köszönhető. Újabb vizsgálatok szerint minden oldat eleve electrolytice dissocálva van, s ezen úgynevezett ionok részint tövelegesen, részint nemlegesen vannak villamossággal töltve s tudnak megfelelő bevitt villamossággal mintegy anyagszerűen egyesülni. Olyformán maga a test is villamosan töltött ionokból áll, és *Nernst* ráutalt, hogy az ionoknak a testben való eltolódása, a testben töménységi változatokat von maga után. Előadó végre (kísérletileg) mutatja, hogy *Röntgen-* s *Becquerel-*sugarak befolyása alatt a levegő is — különböző gyorsaságú — ionokra szétesik.

Frankenhäuser (Berlin) az *electrochemikus tünetek gyakorlati jelentőségével a balneotherapiában* foglalkozik. Hig. kalium-sóoldatba áztatott vattagomolyt tesz electrode s a kísérleti egyén bőre közé, a mire rövid idő alatt a testben levő chlornatriummal electrolytikus cserehatás állván be, a lúg képződése folytán az illető bőrrezt fölött erős étető jelenségek mutatkoznak.

Foss (Driburg) a *vérgázoknak a balneotherapiában való szerepéről* szólva, a következő tételre jut: valamely hideg fürdő szénsavtartalma annak hideg hatását leszállítja; meleg (28° R.) szénsavfürdő contraindicált. Egyéb, igen meleg fürdőknél esetleg mutatkozó kellemetlen tünetek leküzdésére éleny-belégzéseket ajánl. Hideg élenyes vízfürdőt nem ajánl, mert kihagyó pulzust, apnoét stb. csinál.

Weisz (Pöstyén) ajánlja, hogy a fürdők mentő szekrényében élenytömlőt is helyezzünk el, azonban a meleg fürdőtől való félelmet, a mit előadó az által, hogy kivételes példákat hordott össze, szintén növelni látszik, túlzottnak mondja; ő bajt szófogadó betegnél, élenybelégzés nélkül is, sohasem látott.

Beissel (Aachen) a forrásvédelemmel foglalkozó *internationalis hydrologiai bizottság* ténykedéséről referálva, bizottságot ajánl, mely a németországi viszonyokat tanulmányozza.

Loebel (Dorna) az *arterio-scleroris moorfürdővel való kezeléséről* értekezik.

Langenbartels (Nauheim) berendezést tárgyal, mely a csőrendszer átalakítása s a szénsavas víz egyenletes lökésektől ment vezetése által az erős szénsavas thermalfürdőknél javítani képes.

Blum (Frankfurt) bizonyos *fémeknek az emésztő szervek általi felvételéről*; szől vizsgálatával megállapította, hogy nevezetesen az ólom nem a vesék, hanem az emésztő szervek útján jut felvételre. A vitában *Liebreich* a tételt elfogadja, de nem ért egyet előadó therapeutikus következtetéseivel.

Weisz (Pöstyén) az *idült üzleti csúsz határkérdéseivel* foglalkozik. Utalva a külsőleg rokon alakokra (köszvény stb.) oda concludál, hogy tapasztalatai s a tudomány mai állása szerint az idült csúznak a heveny soküzleti csúztól való különválasztása nem indokolt. Előadó új vizsgálati eljárását is demonstrálja.

Schütze (Kösen) *myxoedema* folyton rosszabbodó esetét izzasztó fürdőkkel s érvágásokkal teljesen meggyógyította.

Müller de la Fuente a *menstruációs rendellenességek fürdővel való kezelését* tárgyalta.

Rothschild (Soden) *fürdőhely s constitutio* czimrel értekezett. A régi beosztás (erethikus, torpid, erős, gyenge constitutio stb.) elavult. *De Giovanni* alapján előadó a test s testrészek *következő méretarányai* szerint 3 morphologiai typut különböztet meg, melyek közül mindegyik különböző megbetegedésre hajlamos s más-más fürdőbe való.

A congressus hat ülésben végezte el sorrendjét. A választmányi üléseken, melyeken e sorok írójának is mint „Gruppenvorsteher für Ungarn” szerencsése volt részt vehetni, a tiszteletbeli tagok kérdésével s a kitűzendő, a Hufeland-Gesellschaft által 1000—1000 márkával díjazandó pályakérdésekkel foglalkoztak. Tiszteletbeli tagoknak választottak — tekintettel Frankfurtura — két hírneves frankfurti orvost: *Ehrlich-t s Moriz Schmidt-et*; pályakérdéseknek pedig a következő két kérdést tűzték ki: 1. *Thermikus és erőművi ingerek befolyása a szívre s vérkeringésre*. 2. *Ivókúrák befolyása a vérrre*.

Weisz Ede dr., pöstyéni fürdőorvos.

Szegedi orvosegyesület.

(XII. szakülés 1900. február 14-dikén.)

Elnök: **Faragó Ödön**; jegyző: **Falta Marcell**.

(Vége.)

A függőérdrag kóroktanáról.

Goldschmidt György: Fejtegeti az aneurysma aetiologiáját, taglalja az a. spontaneum különféle alakjait, érintve egyszersmind az a. spuriumot és mixtumot. Majd rátér az a. fejlődésének módjára és annak okaira, melyek közt csúsz, köszvény, néha pedig iszákosság vagy bujakór szolgáltatják az aetiologiai mentumot, míg a másik tényezőt az a. képződésére maga a szív, főleg a túltengedett szív, képezi. Az a. nagyságára nézve kiemeli, hogy az a. aortae gyermek-, sőt emberfejnagyságú lehet, az aorta ascendens szívburtok belül eső része azonban inkább megreped, sem hogy nagyobb terjedelmet öltene.

Az a. növekvése lassú és évek kellenek többnyire, míg az in vivo felismerhető, miért is fiatalabb korú egyéneknek gyéren található; férfiaknál gyakoribb, mint nőknél, mivel előbbieknél terhesebb munkát végeznek.

Az a. leginkább az aortán található.

Az a. következményeit érdekes casuistica kíséretében tárgyalja, kiemelve a működési zavarokat, az atrophiat, a porczok és csontok usurálását. Egyik esetében rekedtség, később hangtalanság állott be, a vagusra az A. aortae részéről gyakorolt nyomás miatt. Egy másik esetével, melynél a bonczolás is megejtetett, bizonyítja, hogy a porcz ellentállási képessége nagyobb, mint a csonté: a csigolyatestek a hasi aorta a.-ja által usuráltattak, míg a köztük fekvő porcz teljesen sér tetlen maradt. Legérdekesebb azonban egy, csak több évi fejlődés és kezelés után felismert a.-ja a hasi aortának, melynél endarteritis folytán oly nagy embolus képződött, hogy az arteria axillaris általa eldugult, a mi 24 óra alatt az egész jobb karnak elhalását eredményezte.

Kovács József: Kérdi, hogy az utolsóknak leirt esetben figyelembe vétett-e a radialis és cruralis közt a hullámok időbeli eltérése. Véleménye szerint az axillarisnak nem emboliája, hanem thrombosisa volt jelen.

Goldschmidt György: Az ütőérhullámok időbeli viszonyára ez alkalommal nem figyelt. Hogy embolia volt és nem thrombus, bizonyítja a jobb karnak 24 óra alatt történt elhalása.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT.

Szerkeszti BÓKAY JÁNOS tanár.

TARTALOM. Bókay János dr.: Közlemény a budapesti „Stefánia”-gyermekkorházából. Adat a Baccelli-eljárás értékének megítéléséhez, az echinococcus-tömlő gyógykezelésénél (Echinococcus pleurae). — Grósz Gyula dr.: Közlemény a pesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekkorházából. Hét hónapos csecsemőn keletkezett invaginatio műtét által gyógyult esete. — Loewy Leó: Közlemény a budapesti „Stefánia”-gyermekkorházából. A kanyarófertőzés korai tünetei. — Deutsch Ernő dr. s Faludi Géza dr.: Közlemények a budapesti „Stefánia”-gyermekkorház Röntgen-laboratóriumából. — Irodalomszemle: I. Könyvismertetés. — II. Lapszemle. — Vegyesek.

Közlemény a budapesti „Stefánia”-gyermekkorházából.

Adat a Baccelli-eljárás értékének megítéléséhez, az echinococcus-tömlő gyógykezelésénél (Echinococcus pleurae).

Bókay János dr. egyet tanártól.¹

Körülbelül három éve annak, hogy „A Baccelli-eljárás értéke a gyermekek máj-echinococcusánál” ezimel rövid közlést tettem², melyben három esetem lefolyásáról számoltam be, hol gyógybeavatkozás céljából a Baccelli-féle punctiót vettem alkalmazásba. Eseteimben az eljárás, melyet Baccelli, a kiváló olasz klinikus 1887-ben irt le először³ s 1894-ben a római nemzetközi orvos-congresszuson ismertetett újból, teljesen bevált s három észleletemből én a következő conclusiókat vonhattam le:

a) A Baccelli-eljárás három esetben káros hatással a szervezetre nem volt.

b) Az echinococcus-tömlő mindhárom esetben csakhamar a befecskendés után kisebbedni kezdett s néhány hét lefolyása után a tömlő jelenléte már nem volt constatálható.

c) A tömlő kiújulását nem észleltem.

Örvendek, hogy ezen két közlésemről az európai sajtó mellett az amerikai szaksajtó is tudomást vett (Jacobi),⁴ de miután, tudtommal, a gyermekorvosok közül ezután sem kísérlette meg senki az eljárást, egy csak legújabbán észlelt esettel (ezúttal echinococcus pleurae) ismét a nyilvánosság elé lépek, hogy a Baccelli-eljárás sikerét, nagy gyakorlati fontosságát újból demonstráljam.

Esetem a következő:

K. J., 5 éves fiú. Felvétetett a budapesti „Stefánia”-gyermekkorházba 1899. július 17-dikén.

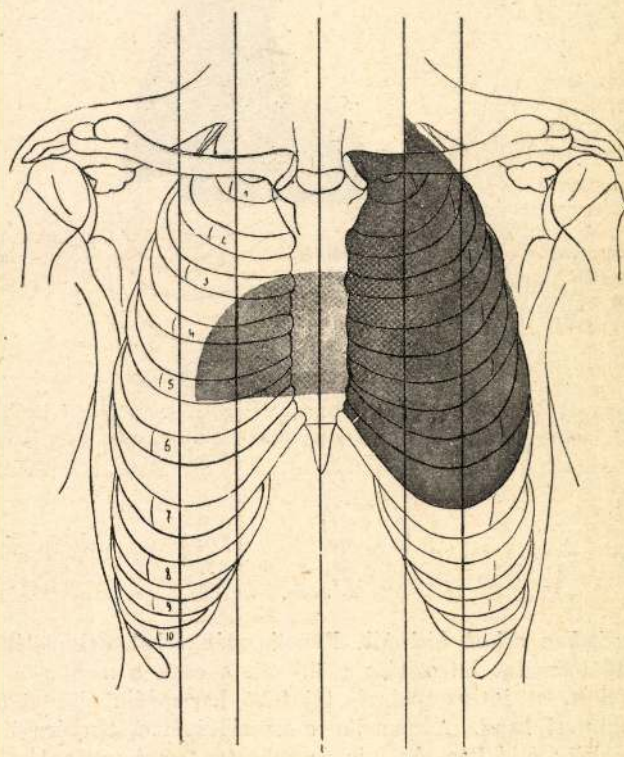
Szülei és három testvére állítólag egészségesek. A gyermek egy év előtti időig mindig egészséges volt, a mikor pertussis után mellhártya-, majd fél év előtt tüdőgyulladást állott ki; 4-5 hó előtt constatálták nála, hogy bal mellkasfelében folyadék van, melynek mennyisége azóta állandóan gyarapszik. Láza eleinte volt, de az utóbbi időben elmaradt; gyakran és kissé izgatottan köhög. Étvágya jó; soványodás feltűnő. Egy hó előtt morbilli. Állítólag kutyával sohasem játszott. Kórházunkba empyema thor. gyanújával küldetett, esetleges műtét végett. Felvételekor következő a jelen állapot:

Mérsékeltlen fejlett, erősen lesoványodott fiúgyermek, kinek esontrendszere lefolyt angolkór jeleit mutatja. A bőr színe rendes, a zsírszövet megfogyása miatt mindenütt könnyen ráncokba szedhető. A mellkas bőrén bal oldalt mérsékelt visszérhálózat látható. Látható nyálkahártyák kissé halványak. Száját többnyire kissé nyitva tartja, s beszéde is orrhangú.

A mellkas egészben véve elég jól alkotott, belégzésnél azonban bal fele észrevehetően visszamarad; ugyanígy a bordaközök is elödomborodók, míg jobboldalt eléggé kifejezettek; hasonlóképpen a kulcsfeletti és -alatti árkok baloldalt inkább kitöltöttek. A légzés egyébiránt rendes, hasi jellegű, alig dyspnoëtikus; száma percenként 44. A szívcsúslökés a scrobiculumban látható

és tapintható; szív működés kissé felmagasztalt; ütélökés szabályos, elég telt, száma percenként 112.

Kopogtatásnál az egész bal mellkasfél felett mindenütt igen intenzív, absolut tompa kopogtatási hangot nyerünk, mely úgy mellül, mint hátul s a hónaljban is kimutatható. Jobboldalt úgy hátul, mint mellül teljes éles, nem dobos a kopogtatási hang, mely mint ilyen a jobb parasternális vonalban a 4. borda felső, a bimbóvonalban a 6. borda alsó, a mellső hónaljvonalban a 8. borda alsó széleig áll fenn; e határoknál kezdődik a szív-, illetve májtompulat. Hátul a hátsó hónaljvonalban a 10. borda felső, a lapockavonalban a 11. borda felső széléig teljes, éles, nem dobos a kopogtatási hang. A szívtompulat erősen jobbra és lefelé helyezett. Az absolut szívtompulat felső határa a 4. borda felső széle, jobbfelé a sternum jobb széle, balfelé a tüdő fölött



1. ábra.

nyerhető tompulattal összefolyik; a relativ tompulat jobbfelől csaknem a jobb bimbóvonalig tart (lásd 1. ábra).

Hallgatódzásnál a jobb tüdő felett mindenütt rendes puerilis a légzés, míg baloldalt légzés úgyszólván absolute nem hallható. A szív és nagy edények fölött a hangok tiszták, kellően ékeltek. A has nem puffadt. A léptompulat a mellkasi tompulattal összefolyik; mélyebb belégzésnél a lép a bordaív magasságában tapintható, megnagyobbodva azonban nincs. A májtompulat a bimbóvonalban a bordaívet egy harántujnyival haladja meg. A hasi szervek működése rendes.

Felvételekor láztalan; közérzet kielégítő.

Felvétel napján az esti órákban az osztályos segédorvos próba-punctiót végeztet, a bal hátulsó hónaljvonalban, a 6-7. borda között: a punctio eredménye teljesen tiszta, átlátszó folyadék. Már ekkor is feltűnt a nyert folyadék tökéletes tisztasága, valamint az, hogy e folyadék nagy nyomás alatt ürült, úgy hogy

¹ Minden jog fentartva.

² Arch. f. Kinderheilk. 1897.

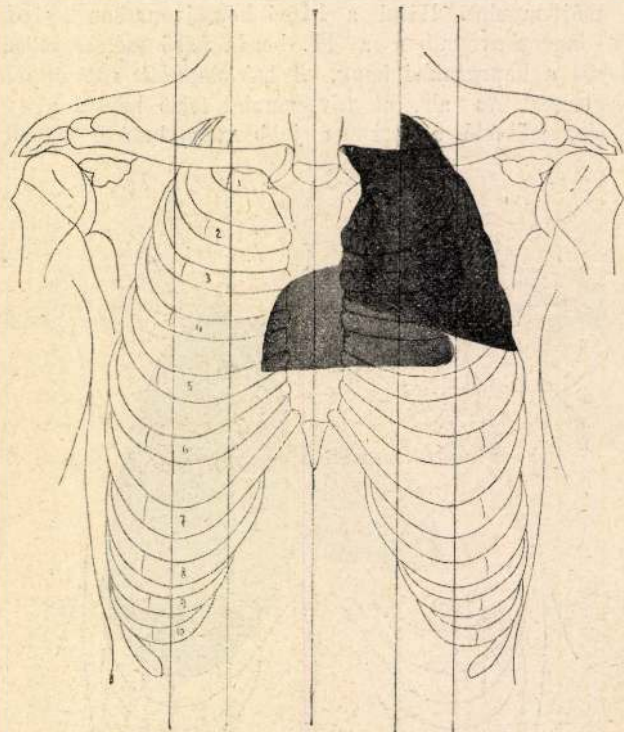
³ Riform. med. 1887.

⁴ Therapeutics of infancy and childhood. II. Edition. Philadelphia 1898.

a fecskendő magától telt meg, szívóhatása igénybevétele nélkül. Mindazonáltal az osztályos orvos exsudált savónak tartotta a nyert folyadékot (a csak 2—3 köbcm.-nyi folyadék pontosabb vizsgálatra nem volt felhasználható) és belsőleg natr. salicylicumot rendelt.

Másnap csekély (38°6') láz.

Felvétele után egy héttel a physikalís vizsgálati lelet teljesen ugyanaz; jó közérzet mellett láztalan, a légzés mérsékelten nehezített, a vélt mellhártya-izzadmány nem csökkent. Ezért, a nyomás-viszonyok megváltoztatása céljából, a mellkas részleges csapolását határozta el, melyet július 26-dikán Potain készülékével végre is hajtottam. Ez alkalommal 370 köbcm. átlátszó, szintelen folyadékot szivattyúztam ki, a melyet csak igen apró, légbuborékokhoz hasonló testecskék tettek zavarossá. A folyadék már egyszerű megtekintésre is *echinococcus-tömlő* jelenlétére utalt s a részleges vizsgálat kétségtelenné tette e felvétel helyességét. A folyadék fajsúlya 1010, kémhatása közömbös; *konyhasótartalma jelentékeny, ellenben fehérnyét csak élenysző nyomokban tartalmaz*; Trommer próbájával ezúkor benne ki nem mutatható. 12 óra múlva tetemes üledék képződött; *ebben görcsö alatt úgy egyes echinococcus-horgok, mint ritka szép scolex-csoportok igen*



2. ábra.

nagy számban voltak láthatók. Punctio után a bal mellkasfél felett nyerhető tompulat intenzitása csökkent, s csak a mellkasfél felső része fölött, az interseapularis táj felső harmadáig abszolút tompa a kopogtatási hang. A punctio szomszédságában tenyérnyi területen csekély fájdalom, pir és subcutan emphysema lépett fel, mérsékelt láz kíséretében; beteg sokat köhög, *de köpete nem véres*. A láz, valamint az emphysema subcutan 3 nap alatt visszafejlődött s a köhögési inger is ritkábban jelentkezett.

Augusztus 3-dikán mellül a III. bordaközéig, hátul a lapocszögletig terjed az abszolút tompulat; e határokon alul tompult dobos a kopogtatási hang. Auscultationál hátul gyengült légzés, mellül, de különösen a hónaljban hörgei légzés hallható.

Augusztus 4-dikén Baccelli-féle műtét. A bal hónaljban a IV—V. borda között a Luer-féle üvegfeccskendővel 30 köbcm., az előbbi punctióknál nyerthez teljesen hasonló folyadékot bocsáttottam ki; a folyadék ismét oly nagy nyomás alatt állott, hogy a fecskendő magától telt meg; utána körülbelül 20 köbcm. 1‰-es átszűrt sublimat-oldatot fecskendeztem be. E beavatkozást 5 napig tartó lázas mozgalom követte, 39°20' maximummal; a lázon kívül azonban sem más általános, sem helybeli reactio nem mutatkozott. A beteg közérzete is állandóan kielégítő.

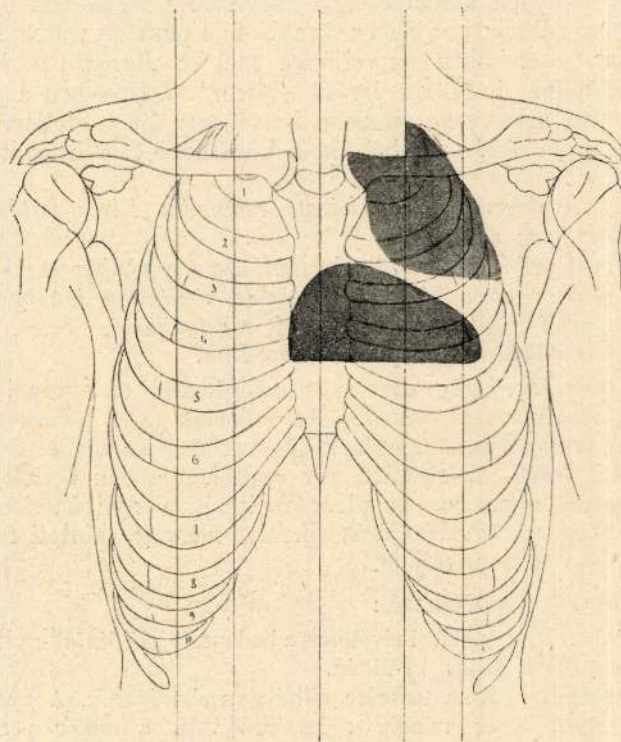
Augusztus 11-dikén a tüdő physikalís lelete a következő: Az egész bal mellkasfél felett tompa a kopogtatási hang, mely

csak hátul, a scapula közepétől aláfelé válik tompult dobossá. Hallgatódzásnál a bal tüdő felett mindenütt hörgei légzés, a hónaljban alól amphorikus légzés hallható. A jobb tüdő felett rendese a viszonyok. Beteg állandóan láztalan.

Augusztus 30-dikán három héttel a Baccelli-punctio után, mellül a 3. bordaközéig, hátul a lapoczközti tájon az V. háti csigolya magasságáig eléggé intenzív a tompulat, innen aláfelé a VIII. borda alsó széléig tompult, lejjebb dobos a kopogtatási hang; hallgatódzásnál a lapoczközti alsó harmadától lefelé kissé amphorikus légzés még hallható. A szív kis mértékben dislocált; a szív-tompulat részben a tüdő felett nyerhető tompulattal összefolyik, jobbfelé a sternum jobb szélét 1 cm.-rel haladja túl; szívésűslökés a bal bimbóvonalban (lásd 2. ábra). Szer nélkül marad.

Szeptember 2-dikán II. Baccelli-műtét. Az interseapularis tájon az V—VI. bordák magasságában megejtett próbapunctio negatív volt; a középső hónaljvonalban a II. bordaközben azután 30 köbcm. halványsárga, zavaros híg folyadék bocsáttatott ki és körülbelül 20 köbcm. 1‰-es sublimat-oldat fecskendeztetett be. A beteg e műtétet minden reactio nélkül jól tűrte.

Folytonosan láztalan állapot mellett ezután a mellkas physikalís viszonyai fokozatosan javultak. Szeptember 11-dikén a bal



3. ábra.

csűcs fölött úgy mellül, mint hátul erősen tompult dobos a kopogtatási hang, míg a hónaljban kifejezetten dobos színezetű és csak kevéssé tompult kopogtatási hangot nyerünk. A tompulat egyre kisebbedik s szeptember 30-dikán már nemesak a hónaljban, de a csűcs fölött is, úgy mellül mint hátul erősen dobos színezetű a tompult kopogtatási hang; e területen gyengült, egyebütt rendes puerilis légzés hallható. A szív-tompulat dislocatiója már ki nem mutatható; felfelé a II. bordaközéig, jobbfelé a szegyesont jobb széléig terjed, balfelé pedig a szívésűslökés helyéig, mely a IV—V. borda között, valamivel a bimbóvonalon túl tapintható. Közérzet és étvágy jó; alig köhög.

Október hóban a physikalís vizsgálati lelet úgy a tompulat kiterjedését, mint annak intenzitását illetően ismét lényeges javulást mutat, *úgy hogy e hó végén mellül már csak igen gyengén tompult a kopogtatási hang, hátul pedig a lapoczközti tövisétől lefelé a scapula csűcsát egy cm.-nyire meghaladva kapunk kissé tompult hangot*. Az egész tüdő fölött csak érdes légzés hallható, néhány ropogó szőrtyzörejjel. A szív-tompulat határai rendese. Állandóan láztalan (lásd 3. ábra).

E csekély tompulati eltérés is csakhamar feltisztult és november 6-dikán mellül tompulat már egyáltalán nem mutatható ki; hátul a scapula fölött még kevéssé tompult a kopogtatási hang.

Ugyanez volt a vizsgálati lelet, midőn a beteget novem-

Közlemények a budapesti „Stefánia“ gyermek-kórház Röntgen-laboratóriumából.
Deutsch Ernő dr. s Faludi Géza dr.-tól.

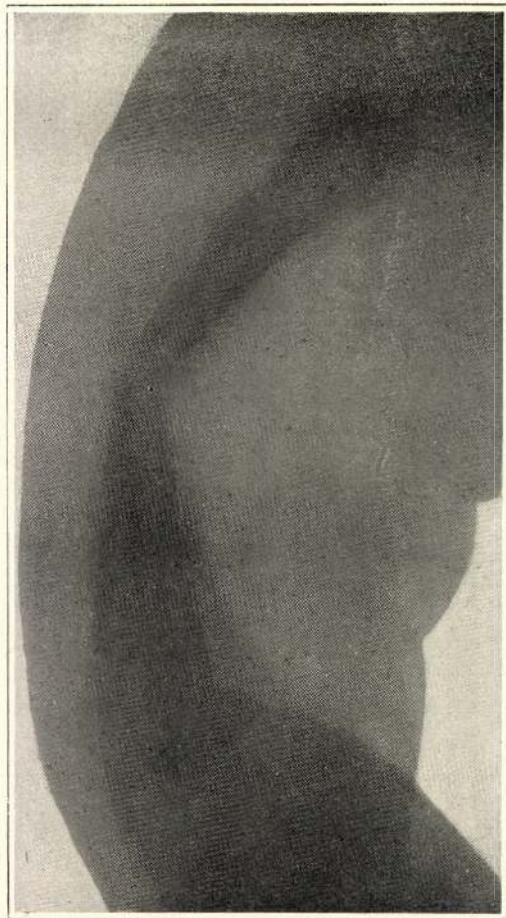
I. tábla.



1. ábra.



3. ábra.



2. ábra.



4. ábra.

Date	Description
1917	Jan 1
1917	Jan 2
1917	Jan 3
1917	Jan 4
1917	Jan 5
1917	Jan 6
1917	Jan 7
1917	Jan 8
1917	Jan 9
1917	Jan 10
1917	Jan 11
1917	Jan 12
1917	Jan 13
1917	Jan 14
1917	Jan 15
1917	Jan 16
1917	Jan 17
1917	Jan 18
1917	Jan 19
1917	Jan 20
1917	Jan 21
1917	Jan 22
1917	Jan 23
1917	Jan 24
1917	Jan 25
1917	Jan 26
1917	Jan 27

ber 26-dikán, tehát $4\frac{1}{2}$ havi kórházi kezelés után elbocsátottam a kórházból; a beteg testsúlya ez idő alatt több mint 3 kg.-mal gyarapodott.

Imént részletezett esetemben *elsődleges pleura-echinococust* vettem fel, tehát a burkonytömlő egy oly localisatióját supponáltam, mely irodalmi ismereteink alapján a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. (Neisser¹ az irodalomból összegyűjtött 983 echinococcus-eset között elsődleges echin. pleurae-t csak 17 esetben, vagyis az észleletek $1\cdot73\%$ -ában talált.) Az igaz, hogy az echin. pleurae kísérő tünetei, mint a szerzők által általában hangsúlyozott oldalszegzés, dyspnoë, kinzó köhögés esetemben csak alig volt található, a vizsgálati folyadék minősége s a kopogtatás és hallgatódzás által szolgáltatott tünetek azonban oly kifejezetten voltak, hogy kétség ahhoz egyáltalában nem férhetett, miszerint intrathoracikus elhelyezései echin.-tömlővel volt dolgunk. Tüdő-echinococust a kinzó köhögés-inger és véres kiköpés hiánya folytán véltem kizárhatónak, bár jól tudom, hogy a tüdő- és pleura-echinococcus között tünettanilag éles különbséget tenni a legtöbbször alig lehetséges.² Elsődleges pleura-echinococcus felvételére jogosított azon körülmény, hogy a többi szerveket, így különösen a májat az észlelési idő alatt teljesen intactnak találtam. Esetemben a peték valószínűleg a nyirkpályák útján jutottak a pleura felületére, és pedig intra-pleuralisan, a pleura visceralis és pl. parietalis közzé s így indult meg a tömlő fejlődése, valószínűleg felülről lefelé haladó irányban. Azon körülmény, hogy az első *Baccelli*-punctio után mérsékelt s a beteget alig zavaró pneumothorax fejlődött,³ azt látszik mutatni, hogy a tüdő compressiója a hossz tengelynek megfelelőleg következett be s a fecskendő tüje a beszűrőskor alveolust sértett.

A *Baccelli*-punctio ezen esetemben is bevált, a decursusból ugyanis kétségtelenül kiviláglik az, hogy a javulás első tünetei a sublimat-injectiót követőleg kezdtek jelentkezni s a javulás gyors előhaladása különösen szembetűnővé vált a második befecskendés után. Esetem tehát, bár betegemet gyógyultnak ma még nem tekinthetem, újabb bizonyítéka a *Baccelli*-eljárás sikerességének s az első eset az irodalomban annak bizonyítására, hogy az eljárás nemcsak máj-echinococcusnál, hanem a burkony-tömlő intrathoracikus localisatiójánál is sikerre vezet. Gyakorlati értéke ezen csekélyke műtétnél még inkább nyer akkor, ha szem előtt tartjuk, hogy általa feleslegessé tettünk egy kétségtelenül igen beható, komoly, véres műtétet. Azon körülmény, hogy *Cornil* és *Gibier*, valamint *Schede* intrathoracikus echinococcusnál exitus lethalist láttak egyszerű punctio után,⁴ a *Baccelli*-eljárás értékét nem kisebbítheti.

Közlemény a pesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekkórházából.

Hét hónapos csecsemőn keletkezett invaginatio műtét által gyógyult esete.⁵

Grósz Gyula dr. kórházi főorvostól.

Az intussusceptionnak laparotomia által gyógyult esetét úgy diagnostikai, mint therapeutikai szempontból tartom érdekesnek a bemutatásra.

Az eset a következő:

A kissé gyengén fejlett és táplált 7 hónapos leánycsecsemőt anyja f. hó 6-dikán d. e. hozta a Bródy Adél-gyermekkórház belgyógyászati rendelésére azzal az anamnesissel, hogy körülbelül egy hét óta nincsen széke. Eleinte az anyja ennek a körülménynek nem tulajdonított semmi fontosságot, miután azonban a bemutatás előtt 5 nappal, azaz f. hó 1-én d. u. a

gyermeken, a ki addig mindig egészséges volt és jól szopott, hirtelen nagyfokú nyugtalanságot vett észre, a gyermek sokat sirt, kedvetlenül szopott, időnkint hányt, a következő napon orvoshoz fordult. Az orvos hashajtót rendelt a gyermeknek, a minek azonban semmi hatása nem volt, sőt ellenkezőleg: a gyermek folyton nyugtalankodott, több ízben — a tápfelvételtől függetlenül is — hányt; a hányadék ekkor már sárga színű volt, nyilván bélsárhányás. Márczius 3-dikán délben először vette észre az anyja, hogy a gyermek végbeléből *tiszta higan folyó vér ürül*; ez a reakövetkező napon ismétlődött. A makacs hányás és székszorulás ismételt orvosi rendelésre, hashajtó adagolására sem szűnt meg. Ily körülmények között látta az asszony elérkezettnek az időt, hogy gyermekkorházunkat keresse fel.

Bemutatáskor a gyermek láztalan, hőmérséke $37\cdot2^{\circ}$ C., arca halvány, szemei becsettek, a pulsusa gyenge, könnyen elnyomható, szapora, meg nem számlálható. A mérsékelt rachitikus gyermek nyelve kissé bevont, a vizsgáló asztalon eléggé nyugodtan fekszik; hasa mindenütt egyenletesen elődomborodó, igen feszes, fölötté mindenütt mély dobos a kop. hang, resistentia — a jelentékeny meteorismus miatt — sehol nem tapintható. Végbélvizsgálatnál körülb. 8 cm.-nyi magasságban henger alakú, legömbölyített, kissé tömött, bélrészletnek imponáló test tapintható, melynek közepén az ujj csücsát magába fogadó bemélyedés érezhető; a képlet maga minden oldalról szabadon körül tapintható. A vizsgáló ujj eltávolítása után a végbélből tiszta, híg vér ürül.

Ezek után a *diagnosis* kétségtelen volt. A makacs székszorulás, a hányás, időnkint bélsárhányás, a véres váladék a végbélből — ez a három *cardinalis symptomája az intussusceptionnak*. Ehhez hozzájárul még a végbélvizsgálatnál talált lelet, a mely kétségtelenül tette azt, hogy az intussusceptumnak itt kell lennie. (*Henoch* ezen utóbbi tünetre figyelmeztet; ő neki csak 2 ízben volt alkalma az intussusceptumot így kitapintani.)

Ily körülmények között, miután a *diagnosis* kétségtelenül vált, továbbá tekintettel arra, hogy az invaginatio keletkezése már 5 nappal ezelőttre volt visszavezethető, a mire a márczius 1-én fellépett hirtelen nyugtalanság-, makacs hányás- és az azután észlelt véres váladékból kellett következtetnünk, az azonnali foganatosítandó laparotomiát hoztam javaslatba. Az azonnali laparotomiát pedig azért hoztam javaslatba a nélkül, hogy egyéb beavatkozást kísértsek meg, nevezetesen beöntéseket vagy insufflatiót, mert attól kellett tartanom, hogy az 5 napon át fennállott invaginatio következtében *esetleg* valamely bélrészletnek necrosis fejlődött már, a mely bélrészletnek átszakadása ily manipulatio mellett természetesen elkerülhetetlen lett volna.

A laparotomiát rögtön a felvétel után *Alapi Henrik* egyet. m. tanár hajtotta végre. A műtét leírását ugyancsak *Alapi* barátomnak köszönhetem.

A chloroform-narcosisban megejtett vizsgálat alkalmával a harántremese lefutásának megfelelő, közepével épen a linea albat metsző, körülbelül 8 cm. hosszú kolbászszerű terimenagyobbodás tapintható. Laparotomia a köldök alatt a közép-vonalban. A tumor felszínre hozatik, mire kiderül, hogy tipikus ileo-coecalis invaginatio van jelen, mely az ileum alsó részletétől leterjed a flexuráig. Az invaginatum lehetett 30 cm. hosszú. Sok bajt okozott a felfúvott és minduntalan előtölülő vékonybélkaecok kihúzása. A sebnek compresssekkel való zárása után a műtő megkísérettette az invaginatiót a vékonybélben, annak belépési helyén gyakorolt húzással megoldani.

Még erősebb húzás is eredménytelen volt. Midőn azonban az invaginatum alsó végét, a vastagbélben át körül fogva igyekezett a műtő kitolni, egy pár, mindig feljebb gyakorolt fogással feltűnő könnyen sikerült az egész behüvelyezett részt kifejteni. Desinvaginatio után az egész részlet sötétpirosnak mutatkozott ugyan, helyenkint kezdődő és erőművileg szétválasztott összetapadás jeleivel, minthogy azonban mindeztől fénylő volt, a műtét a beleknek a hasba való visszahelyezésével és a hasseb bevarrásával befejeztetett. A műtét 12 perczig tartott. Közvetlen a műtét után 200 cm. konyha-

¹ A. Neisser. Die Echinococccen-Krankheit. Berlin, 1877.

² Riedinger. Verletzungen u. Krankh. des Thorax. Deutsche Chirurgie.

³ Az augusztus 11. és 30-dikán jelzett amphorikus légzést én legalább hajlandó vagyok kisebbfokú pneumothorax fejlődésének betudni.

⁴ Riedinger. l. c.

⁵ Bemutatás a budapesti kir. orvosegyesület 1900. márczius hó 22-én tartott ülésén.

sóoldat-infusio, mely a délután folyamán még kétszer ismételtetett, összesen 600 cem. folyadékot kapott.

Délután a gyermek elég jól volt, szopott, nem hányt. Hőmérséke este 39.4° volt; pulsusa 140 percenkint, telt és feszes.

Másnap — márczius 7-dikén — reggel hőmérsék 38.2° , gyermek jól szopik. Reggel 8 órakor volt első széke; bő, sárgás-barna, hig, igen bűzös, kevés genytsikokkal kevert; 10 órakor ismét volt széke, a mely már világosabb színű volt, még mindig kevés genyet tartalmazott és igen bűzös volt. Hőmérsék este: 37.8° ; pulsus: 120.

A lefolyás ezután teljesen zavartalan volt, a gyermek rendszeren és jól szopott, nem hányt, székürülése is majdnem rendes volt: 1—2-szer naponta majd sárga, majd sárgászöldes, pépes, kissé túros; a gyermek állandóan láztalan volt. A seb per primam gyógyult. A gyermek a műtét után tíz nappal teljesen gyógyult állapotban bocsáttatott el a kórházból.

T. orvosegyesület!

Az intussusceptio a gyermekkorban nem tartozik éppen a gyakran előforduló betegségek közé, a mennyiben gyermek-kórházunkban körülbelül 3 év alatt összesen 22,640 betegre esik 5 bélelzáródás esete, a mi 0.02% -nak felel meg. Az 5 bélelzáródás közül volt 4 invaginatio esete. Az invaginatio legnagyobb része általában véve, a mint ismeretes, a csecsemőkorban fordul elő. Az általunk észlelt 5 eset szintén mind 1 éven aluli gyermekre vonatkozik: egy gyermek volt 5 hónapos, 2 gyermek volt 6 hónapos, 1 hét és 1 nyolcz hónapos. Az 5 bélelzáródás eset közül csakis a most bemutatott gyermek gyógyult meg; a többi 4 közül csak 2-nél végeztetett laparotomia, 2-nél pedig a műtétől el kellett állanunk, a mennyiben a gyermekek teljesen collabált állapotban hozattak a kórházba.

A másik 2 esetben, a melyeknél laparotomia végeztetett, a következőket találtuk a műtét alkalmával (*Alapi* dr. leírása szerint).

1. Az egyik esetben a tájékozás a belek puffadsága folytán annyira volt nehezítve, hogy csak eventratio után sikerült a csaknem karvastagságú invaginált bélrészletbe való belépés helyét fölfedezni. A desinvaginatio húzás segítségével csak kis részben sikerült. Az invagináló vastagbélben ejtett 5—6 cm. hosszú bemetszésnél kitűnt, hogy 1. kétszeres intussusceptio van jelen és 2. hogy az egész invaginált bélrészlet üszkösödésnek indult. Az üszkösödött bélrészlet resecáltatott. A műtét $\frac{5}{4}$ órai tartam után befejeztetett; a narkosisból felébredt gyermek már collabálva volt és dacára az alkalmazott konyhasó-infúciónak és aether-befecskendezéseknek másfél órával később meghalt.

2. A másik esetben a desinvaginatio részben húzás, részben alulról gyakorolt nyomás által elég könnyen sikerült; a kihúzott bél nem volt üszkös, azonban falai körülbelül 10 cm. hosszú részen a caecum táján annyira meg voltak vastagodva, hogy a permeabilitás kérdésesnek mutatkozott. Az e helyen alkalmazott rövid próbabemetszés azt mutatta, hogy a bél átjárható; e metszés bevarrásával és a hasseb varrásával a műtét befejeztetett. A műtét időtartama 25 perc volt. A műtét után 8 órával a gyermek meghalt.

Azon 2 esetben, a melyek bonczolás alá kerültek, a következőket találtuk: Az egyik esetben ugyanis egyszerű invaginatio ileo-colica volt jelen és a desinvaginatio könnyen sikerült. A másik esetben az ileum alsó részének körülbelül 25 cm.-nyi darabja egy diverticulum Meckelii által volt strangulálva. Ha ezen két eset eléggé korán, azaz nem collabált állapotban került volna észlelésünk alá, akkor mindkét esetet operatio által — a legnagyobb valószínűséggel — meg lehetett volna menteni.

A mi az intussusceptióknál alkalmazott különböző gyógy-eljárásokat illeti, azokra ezen bemutatás keretén belül ki nem terjeszkedhetem, s ezúttal csakis a *laparotomia indiatiójának* kérdésével kívánok röviden foglalkozni. Az irodalomból tudjuk, hogy vannak ugyan esetek, a melyek *spontán* gyógyultak, a nélkül, hogy bármiféle beavatkozás történt volna, sőt olyan esetek is vannak leírva, a melyekben az invaginált és necro-

tizált bélrészlet eltávolítása után teljes gyógyulás állott be; ezek azonban felette nagy ritkaságok.

A különböző nem-véres beavatkozásoknál (beöntések, insufflatiók, az intussusceptum mechanicus repositiója) a veszély az, hogy előre sohasem tudjuk, vajjon az intussusceptum egyáltalában redukálható-e, vajjon nincsen-e már összetapadás az intussusceptum és az azt fedő hüvely között, a melynek erélyes felszabadítása a legnagyobb veszedelmet okozhatja. A veszély természetesen növekszik akkor, ha az intussusceptum már nekrotizálva van. Tekintetbe véve ezen körülményeket, továbbá tekintettel arra, hogy a laparotomia által elért eredmények az utolsó évtizedben mind jobbak lettek, kötelességünk ezen operatív beavatkozást javaslatba hozni mindazon esetekben, a melyekben már más beavatkozás sikere kérdésessé vált, mint a mi esetünkben, a hol az invaginatio már több mint 5 nap óta fennállott.

Ha az utolsó évtizedben megjelent ezirányú közleményeket áttekintjük, azt találjuk, hogy majdnem az összes szerzők egybehangzólag odanyilatkoznak: miszerint *egészen friss esetekben* a reduktió kísérleteket próbáljuk meg, ha ezen kísérletek azonban sikertelenek, *azonnal* fogjunk a laparotomiához.

Úgy hiszem, nem lesz érdektelen néhány irodalmi adat közlése. Nagyon behatóan foglalkozik ezen kérdéssel *Wichmann*,¹ a ki 1870—1895-ig 976 esetet gyűjtött össze és dolgozott fel monografice. *Wiggin*² 103 esetet gyűjtött össze; ezek közül 39 esetet kezeltetett beöntéssel és insufflatióval, 16 gyógyult (41%) és meghalt 23 (59%); 64 esetben végeztetett laparotomia, ezek közül gyógyult 21 eset (32%) és meghalt 43 (68%). *Barker*³ az University College Hospitalban 1877—1893-ig kezelt összes invaginatio-eseteket gyűjtötte össze, a melyek gyermekeknél fordultak elő: számszerint 25; ezek közül gyógyult 13 és meghalt 12. A kezelés abból állott, hogy előbb reduktió kísérletek történtek és beöntések alkalmaztattak, és ha ezek sikertelenek voltak, az operatiohoz fogtak. 18 operált közül 11 meghalt és 7 meggyógyult; 8 operatio nélkül kezelt közül meghalt 1. Megjegyzni azonban, hogy műtetre rendszerint csak súlyos, igen kedvezőtlen állapotban lévő esetek kerültek.

*Eccles*⁴ a St. Bartholomews Hospitalban 1891—1896-ig kezelt 40 invaginatio esetéről referál, a melyek kizárólag gyermekeknél keletkeztek. A kezelés volt: insufflatiók, csőrök, külső manipulatio és laparotomia. 3 eset különös kezelés nélkül maradt, ezek közül 2 gyógyult; 1 eset külső manipulatio által lett kedvezőleg befolyásolva; 4 esetben alkalmaztak insufflatiót, ezek közül 1 halt meg; 5 eset beöntésre és 1 eset beöntésre és insufflatióra gyógyult. 25 esetben végeztek laparotomiát, ezek közül 7 gyógyult.

Igen fontos *Naunyn*⁵ kijelentése, a ki a korán végzett laparotomiák mellett kardoskodik. Szerinte az 1. vagy a 2. napon végzett laparotomiák a legjobb eredményt adják, már a 3. napon végzett laparotomiák gyógyulási százaléka 70% -ról 34% -ra süllyed.

Közlemény a budapesti „Stefánia“-gyermek-kórházból.

A kanyarófertőzés korai tünetei.⁶

Irta *Loewy Leó*, I. segédorvos.

A kanyarót, mely már az ókorban is ismeretes volt, az orvosirók rendszeren más heveny fertőző küteges kórokkal tévesztették össze, főleg variolával, melyet a morbilli súlyosabb

¹ „Ueber Darminvagination.“ Kopenhagen 1895.

² „Infantil intussusception, a study of the hundred and three cases treated either by intestinal distention or laparotomy and a report of two cases.“ Med. Record. 18. Jan. 1896.

³ On some cases of acute intussusception in children. Brit. med. Journal. 17. Febr. 1894.

⁴ „On analyses of a second series of forty cases of intussusception.“ Barthol. Hospit. Rep. XXXIII.

⁵ „Ueber Ileus.“ Grenzgebiete I.

⁶ Előadott a budapesti kir. orvosegyesület 1899. évi november 25-dikén tartott ülésén.

alakjának tartottak s morbus névvel jelölték meg s habár kanyarómegetedések járványszerűen már a XVI-dik században fordultak elő (a *Forestus* által leirt 1580-diki brabanti járvány, valamint az 1670-diki londoni járvány, melyet *Sydenham* ismertetett), e betegség mint önálló kóralak csak ezután lett elismerve. Mai ismereteinkre alapvető megfigyeléseket *Panum* dán orvosnak köszönhetünk, kinek alkalmá nyílt 1846-ban a Faroë szigeteken rendkívül értékes észlelésekre. A Faroë szigeteken 65 éven át kanyarómegetedés egyáltalában nem fordult elő s így a járványnak Kopenhágából oda történt bevitelekor ott alig volt ember, a ki még az előző járvány idejében szerzett volna mentességet, miáltal néhány hónap alatt e szigetek 7782 lakosa közül több mint 6000 ember betegedett meg e kórban. A szigetek szétszórta fekvése, a nem veszély nélküli közlekedés ezek között, a lakóházak egymásközi távolsága s a lakosság félelme a fertőzéstől mind oly tényezők voltak, melyek lehetővé tették, hogy a fertőzés továbbterjedésének módja és ideje minden egyes esetben pontosan meg volt állapítható. A *Panum* által nyert adatok mutatták, hogy a fertőzés és a kanyarós bőrkiütés jelentkezése között 13—15 nap mulik el s az ő pontos észlelései azóta számos járványban nagyszámú észlelő által nyertek megerősítést. Annál csodálatosabb, hogy ezen gyakori fertőző küteges bántalomnak létezik egy már pusztá szemmel is megállapítható állandó tünete, mely a kutatók figyelmét néhány év előtti időig teljesen elkerülte, egy tünet, mely miként látni fogjuk, nemcsak lehetővé teszi a kanyaró diagnosisának biztos felállítását, hanem fölülte fontos azon okból is, mert oly időben tanuskodik kanyarófertőzés megtörtént volta mellett, a midőn alkalmas módon még hatalmunkban áll e rendkívül ragályos betegség továbbterjedésének gátat vetni.

Annak okát, hogy a szóban forgó korai tünetet, mely *Henry Koplik* által 1896. decemberében az „*Archives of Pediatrics*”-ben leirtva, addig nem ismerték, talán abban kell keresnünk, hogy a kanyarónál a szájrőben jelentkező nyákhártyakütég, az úgynevezett enanthema sem lett eléggé pontosan tanulmányozva. *Willan* a kanyaró prodromalis szakának 4-dik napján látta úgy az enanthema, mint a bőrkiütés felléptét, *Heim*, a kitünő német észlelő e század elején már a láz jelentkezésének második napján ismerteti az enanthemát, *d'Espine* s *Trousseau* is pontosan ismerik a kanyarófertőzés ezen korai jelét, de ezen ismeretek csak hamar feledésbe mentek. *Ziemssen-Krabler* az enanthemát csak kivételesen találják s *Barthez-Rilliet* sem tekintik a belső kütéget állandó tünetnek. *Rehn* 1868-ban, majd *Monti* újra felhívják a figyelmet ezen a kanyaró prodromalis szakában jelentkező tünet fontosságára s a későbbi észlelők megerősítették a belső kütég diagnostikai fontosságát. Úgy az eddig felsorolt szerzők, valamint a nagy belgyógyászati kézikönyvek s tankönyvek enanthema elnevezése alatt csak a bőrkiütést megelőző foltos pirt irták le, mely a garat hátfalán, az uvulán s szájpadvéken, a lágy szájpádon s kivételesen a kemény szájpádon is fellép, de egyikük sem ismerteti azon cyclikus lefolyást, mely az enanthema s exanthema között létezik s ezért *Koplik* különösen felhívja a figyelmet azon tényre, hogy a belső kütég (enanthema) éppen tetőfokát éri el, a midőn a bőrön az exanthema kezd mutatkozni s terjedni. A midőn pedig a kanyarónál a bőrkütég virágzásban van, a torok nyákhártyáján levő eruptio kezd visszafajlódni, úgy hogy a nyákhártyakütég már régen eltűnt, midőn a bőrkiütés elhalványult. Tény, hogy a gyermekgyógyászati kézikönyvekben az enanthema s exanthema közti viszonyról nem találunk pontos említést, míg *Bókay* tanár a „Belgyógyászati kézikönyve” számára irt kanyaró cikkében ezen cyclikus viselkedésre reámutat. A belgyógyászati s gyermekgyógyászati tankönyvekben, kivéve a később behatóan tárgyalandó helyeket, nem is találjuk felemlítve a kanyarónál a pofa belfelületének nyákhártyáján mutatkozó kivirágzásokat, melyeket *Koplik* ír le következőképen: A kanyarófertőzés korai stadiumában, a midőn a kanyarómeget invasiója óta 24—48 óra mult, a szemhéji kötőhártyák gyengébb vagy kifejezettebb belöveltségét látjuk, melyet könnycsurgás kísér s ugyanakkor csekély, vagy mérsékelt lázas hő-

emelkedés van jelen. Ha ezen időszakban, melyben kütég még nem áll fenn, sőt sokszor annak még gyanuja sem merült fel, a beteg torkát megtekintjük, néha, de nem minden esetben látunk néhány foltot a lágy szájpádon, máskor a torkot csak pirosnak, belöveltnak találjuk. A pofa nyákhártyáján azonban, valamint az ajkak belfelületén kivétel nélkül kifejezett eruptiót találunk. Ez kicsiny, szabálytalan alakú halványvörös foltokból áll, melyek mindegyikének közepén erős világítás mellett egy kicsiny kékes-fehér pontocska látható. Ezen vörös foltok a közepükön levő kékes-fehér pontokkal absolute pathognomonicus értékűek s úgy tekinthetjük őket, mint a bőrkiütés előfutárjait. Ily vörös udvartól környezett kékes-fehér foltok néha csak kis számmal, hat vagy több látható, máskor, kifejezett esetben az egész buccalis nyákhártya belfelületét takarhatják, azonban sohasem láthatók a kemény vagy lágy szájpádon. Ha ezen kékes-fehér pontok vörös foltos háttérükön kifejlődésük tetőpontját érik el, sohasem válnak opákká, mint a soortepek s sohasem folynak össze plaque-á. E pontocskák nem nagyobbodnak s mindenkor megtartják pontszerű jellegüket. A bőrkiütés virágzási szakában a száj nyákhártyájának említett eruptiója elveszti discret foltos jellegét s a háttér intenzív diffus belöveltségbe megy át, melynek felületén számtalan kékes-fehér pontocska látható. A buccalis eruptio visszafajlódik, mialatt a bőrkiütés még virágzásban van s a nyákhártya visszakapja rendes küllemét sokkal előbb, mintsem a kütég a bőrről eltűnt volna. A kanyaró ezen korai tünete néha oly esetben volt jelen, melyben a kanyaró többi rendes kísérő tünete oly csekély mérvben volt kifejezve, hogy orvosok *Koplik* diagnosis helyességében, t. i. kanyarós kütég fejlődésében kételkedtek. A későbbben csakugyan fellépett bőrkiütés minden esetben megerősítette az ezen korai tünet alapján felállított diagnosis correctségét. *Koplik* végül felhívja a figyelmet e tünet differential-diagnosticus jelentőségére a kanyaró prodromalis szakának megkülönböztetésére vörheny, aphták, rubeola, influenza s urticariától.

Nézzük most, hogy *Koplik* ezen cikkének megjelenése előtt mely szerzők foglalkoztak már ezen buccalis enanthemával, mennyiben egyezik meg leírásuk a fenti ismeretessel és hogy birtak-e tudomással e korai tünet kórismészeti, differential-diagnosticus s prophylacticus fontosságáról.

*Jürgensen*¹ kanyaró cikkében olvashatjuk, hogy dr. *N. Flindt* a dán „Sundhedsscollegium”-hoz küldött jelentésében ezeket írja: „Am Abend des zweiten Fiebertages zeigt sich... auf der vorderen Fläche des weichen Gaumens und auf dem hintersten Theil des harten Gaumens, auf der übrigens normal gefärbten Schleimhaut ein Exanthem. Dasselbe besteht aus runden oder mehr unregelmässig geformten, hellrothen, nicht ganz scharf umschriebenen Flecken, welche sich kaum über die Fläche der Schleimhaut erheben... Ein ganz besonderes Aussehen bekommen sie durch zahlreiche kleine, weisslich schimmernde, punktförmige, scheinbar bläschenartige Bildungen, welche im Centrum der kleinen rothen Flecken stehend, mit diesen zu unregelmässigen Gruppen angeordnet sind. Man sieht und fühlt die kleinen miliaren Bläschen über die Umgebung hervorrage.” Hasonló halvány miliaris kiemelkedő képleteket a szemhéji kötőhártyákon s a következő napon a pofa nyákhártyáján is látott a zápfogakkal szemközt fekvő nyákhártyán; aznap vagy következő napon lépett fel a kütég az arczon.

Ha a *Flindt* által ily módon leirt apró miliaris hólyagcsákat, melyeket ő a lágy szájpád mellső s a kemény szájpád hátsó része, majd pedig a szemhéji kötőhártyákon is észlelt, azonosaknak tartanók a *Koplik*-féle foltokkal, bár ezt azért nem teszszük, mert a lágy s kemény szájpádon hasonló miliaris hólyagcsákat (duzzadt nyákmirigyeket) más bántalmaknál, mint scarlatinánál, diphtheriánál, angina catarrhalisnál is volt alkalomunk látni morbillin kívül — s ez okból csak a buccalis és labialis fehér pontszerű eruptiót illetnök a *Koplik*-féle foltok elnevezésével —, még akkor sem *Flindt* volna azon érdem,

¹ Nothnagel: Spezielle Pathologie und Therapie.

hogy ezen nyákhártyafoltocskák diagnosticus jelentőségére, mint a kanyaró megbetegedés állandó korai tünetére reámutatott volna.

Hasonló megítélés alá esnék nézetünk szerint *Bohn* leírása, a ki a *Gerhardt*-féle Handbuch der Kinderkrankheiten számára írt kanyaró cikkében következőket mondja a szájbéli enanthemáról: „Die gleiche fleckige Röthe zeigt sich schon früher an der Conjunctiva palpebralis und *Gerhardt* war der erste, welcher sie bei allen rechtzeitig untersuchten Fällen laryngoscopisch auch am Kehledeckel und Kehlkopfs-Eingange und nicht minder innerhalb des Larynx nachwies. Wie auf der Mundschleimhaut, waren dazwischen gestreut griesähnliche weisse Körnchen, mit Flüssigkeit gefüllte Drüsen.“

Létezik továbbá egy közlemény, mely ezen körtünet pontos ismeretét, sőt fontosságának felismerését *Koplik*-tól függetlenül *Nil Filatow*-nak tulajdonítja. *Slawyk* ugyanis „Über das von *Koplik* als Frühsymptom der Masern beschriebene Schleimhautexanthem“ című cikkében, mely a Deutsche med. Wochenschrift 1898 Nr. 17. számában jelent meg, jegyzetben hozzát teszi, hogy alkalma nyílt *Filatow*-nak a fertőző betegségekről írt művének harmadik orosz eredeti kiadásába betekintést nyerni, a melyben *Filatow* 1895-ben azt írja, hogy utóbbi időben kanyaró prodromalis szakában a betegek buccalis nyákhártyáján és az ajk belfelületén fehéres pontszerű foltokat észlelt, melyek alapján kellő időben eszközölt elkülönítés mellett a kanyarónak kórházi infectio általi terjedését meg tudta gátolni. *Filatow* művének 1897-ben megjelent, a második orosz eredeti után készült fordítása ezen észleleteket még nem említi fel, sem a *Filatow*-féle gyermekbetegségek semiotikája, mely a negyedik eredeti orosz kiadás correcturaiveiből fordított magyar nyelvre¹ s azzal egyidejűleg jelent meg, ezen buccalis enanthemával nem foglalkozik.

Comby Rougeole cikkében, mely a *Grancher-Comby-Marfan*-féle Traité des Maladies de l'enfance- (Paris 1897) ban jelent meg, a kanyarónál található buccalis enanthemára vonatkozólag következőket mondja:

„Il suffit d'écarter les lèvres des enfants, pour voir que le gencives sont gonflées rouges, parfois violacées, sans être ni fongueuses, ni saignantes. Dans la plupart des cas elles sont revêtues d'un enduit épithélial opalin ou blanchâtre, très mince, très facile à détacher avec l'ongle et ne rapellant que de loin les fausses membranes. J'ai insisté sur cette stomatite erythémato-pultacée des rougeoleux et sur sa valeur au point de vue du diagnostic différentiel dans les cas douteux. Sans doute elle n'est pas propre à la rougeole, on la retrouve dans la scarlatine, dans la grippe et dans d'autres maladies aiguës.“

Kétségtelen, hogy a *Comby* által leírt stomatite erythémato-pultacéennek elnevezett szájmegbetegedés, mely opák vagy fehéres, igen vékony, körömmel könnyen leválasztható epithelialis hártya képében mutatkozik, nem bírt differential-diagnosticus szempontból fontossággal, de nem is azonos a *Koplik*-féle foltokkal, sőt ezekkel semmiféle kapcsolatba sem hozható. Ilyen hártyaszerű vagy fátolszerű fehéres lepedék a pofa nyákhártyáján, leggyakrabban azonban a foghúson, főleg a foggyökök táján, mely a nyákhártya legfelső hámrétegeinek felületen elhalása s leválása által okoztatik, mely könnyen letörülhet s alatta csak alig, vagy éppen nem belővelt nyákhártyát találunk, nemesak kanyarónál, hanem más fertőző betegségeknél, vörhenynél, typhusnál, croupos tüdőlobnál, de még közönséges catarrhalis stomatitissnél is előfordul, másrészt a *Koplik*-foltok hasonló viselkedést, tudniillik összefolyásra való hajlamosságot és könnyű letörülhetőséget sohasem szoktak tanúsítani.

Koplik cikkének megjelenése óta következő szerzők tettek ez irányban kutatásokat, s mind megerősítették e tünet értékes voltát.

*Slawyk*² a berlini Charité-kórháznak *Heubner* tanár veze-

¹ *Filatow*: A gyermekbetegségek kórisméje és tünettana, therapeuticus útmutatóval. Fordította: Demjanovich Emil dr. Budapest, 1896.

² *Slawyk*. Über das von *Koplik* als Frühsymptom der Masern beschriebene Schleimhautexanthem. Deutsch. med. Wochenschr. 1898. Nr. 17.

tése alatt álló osztályán 52 kanyaróval felvett beteg közül 45-nél találta az úgynevezett *Koplik*-féle foltokat (86.5%), míg a többi 7 beteg közül 5-nél pontos vizsgálat a betegek súlyos állapota miatt nem volt kivihető; ő sohasem látta e kórjelt más betegségben szenvedő gyermeknél. A foltok fennállási tartamát 6—7 napra teszi, egy esetben kivételesen 9 napig állottak fenn. Kórházi járvány ideje alatt, melyben 32 gyermek betegedett meg, e tünet alapján eszközölte az elkülönítést. A bőrkiütés egyes esetekben 6 nappal követte a buccalis enanthema fellépését.

*Knöspel*¹ *Ganghofner* tanár prágai gyermekklinikáján 41 kanyaróval felvett betegnél látott *Koplik*-foltokat; a betegek közül 20 e körtünet alapján vétetett fel a bőrkiütés fellépése előtt. A bőrkiütés egy esetben 5 nap mulva, hat esetben 4 nap, három betegnél 3 nap, háromnál 2 s négy betegnél 1 nap mulva következett be. Ezekon kívül 43 ambuláns betegnél látott *Koplik*-foltokat s az ez alapon felállított diagnosis mindenkor bevált.

*Walter Lesser Carr*² newyorki orvos 107 kanyaró-beteget vizsgált s a vörös folt centrumában fekvő kékesfehér petyeket a kezdődő kanyaró becses jelének mondja.

*Henry Fruitnight*³ New-Yorkban a kanyaró-esetek 90%-ában látta a *Koplik*-tünetet, melyet rubeolától való megkülönböztetésre használt fel kanyaró- s rubeola-járvány egyidejű fellépése alatt.

Guttmann a New-York Medical Journal 1898. okt. 15-diki számában a *Koplik*-tünetet a kanyaró egyedüli pathognomicus prodromál tünetének tartja, *Henry E. Tuley* a *Koplik*-foltok elnevezése helyett „a kanyaró buccalis eruptióját“ ajánlja.

Hazánkban tudtommal eddig csak *Havas Leó* kartárs tett közlést, mely az Orvosi Hetilap 1899. szept. 21-diki számában jelent meg, s mely 16, a magánygyakorlatban észlelt kanyaró-esetere vonatkozik. Szerző csak 1 esetében nem találta meg e foltokat. Három családban egymásután több gyermek betegedett meg s itt alkalma volt a *Koplik*-tünet fellépését a prodromalis tünetek kezdetén észlelni. *Havas* kartárs azonban éppen úgy mint *Knöspel* is felemlíti, hogy néhányszor hártya- vagy fátolszerű lepedéket is látott a foghúson, 1 esetben pedig a buccalis nyákhártya alsó árkának egész hosszában. Bár ezen hártyaszerű lepedék kanyarós betegnél is előfordulhat, nem áll semminemű összefüggésben a mindenkor önállóan fellépő és hártává soha össze nem folyó *Koplik*-féle foltokkal s *Havas* és *Knöspel* ezen észlelete megfelel a *Comby* által leírt „Stomatite erythémato-pultacée“-nek, mely, miként *Comby* is említi, éppen nem pathognomicus jel kanyaróra.

Végül saját észleléseinkre térünk át.

A budapesti Stefánia-gyermekekórházban, hol a *Koplik*-féle foltokat kanyaró-eseteinkben 1898 nyara óta többször észleltük, *Bókay* tanár megbízásából 1898. november elseje óta rendszeresen tanulmányoztuk s 1899. november elsejéig nemcsak az ambulantiára behozott, vagy a fekvő osztályra felvett kanyaró-betegeket vizsgáltuk *Koplik*-féle foltok jelenlétére, hanem a nyilvános rendelésre más betegség miatt behozott összes járó betegek szájürét vizsgáltuk, tekintet nélkül arra, hogy azokról kanyaróra gyanús tünetet emlitenek-e fel, vagy sem. Ezen egy évi megfigyeléseinkből eredő adataink feldolgozásával engem bizott meg *Bókay* tanár, kinek ezért e helyen is őszinte köszönetet mondok.

Az egy év alatt kórházunk ambulantiáján megfordult 17,000 beteg közül 179 ambuláns kanyaró-beteget találunk, kik közül 4-nél a kúteg már néhány nap előtt lefolyt s így a *Koplik*-foltok ezeknél már nem is voltak várhatók. A megmaradt 175 kanyarós beteg részben a prodromalis, részben az eruptiós és floritiós szakban állott. A 175 beteg közül nem találtunk *Koplik*-foltot összesen 11 betegnél. A kanyaró prodo-

¹ *Ludwig Knöspel*. Über das *Koplik*'sche Frühsymptom bei Masern. Prager med. Wochenschr. 1898 Nr. 41—42.

² *Walter Lesser Carr*. (New-York). A report on cases of measles. Transactions of the Americ. Pediatr. Society 1898. Volume X. p. 194.

³ Lásd a discussiót *Forchheimer*: The enanthem of German measles című előadása után. Transactions of the American Pediatric society. 1898. Volume X. p. 127.

malis szakában állott 92 beteg, ezek közül *Koplik*-tünet nem lett megállapítva 3 esetben. A kanyarós bőrkiütés a betegek behozatalakor fennállott még 83 esetben, ezek közül *Koplik*-tünetet nem találtunk 8 betegnél. A nyolcz beteg, a kinél *Koplik*-tünetet nem találtunk, dacára annak, hogy a küteg a törzsön vagy a végtagokon még virágzásban volt, bár az arczról már eltűnt, a belső kiütés (enanthema) tünetét sem mutatta már. E 8 beteg közül a küteg 2-nél 2 nap óta, 3-nál 3 és 3-nál 4 nap óta állott fenn s ezen eseteink is bizonyítékát szolgáltatják azon ténynek, hogy úgy az enanthema, mint a *Koplik*-foltok előbb múlnak el, mint a bőrkiütés.

Hogy a prodromalis szakban álló 3 betegnél sem lett a *Koplik*-tünet jelenléte megállapítva, magyarázatát talán abban találja, hogy gyéren álló s kevés *Koplik*-folt nem kitűnő világítás mellett a figyelmet elkerülhette, sőt esetleg a diagnosis felállításában tévedés foroghat fenn.

A kórház kanyaró-osztályára felvett betegek száma 75 volt, ezek közül 9-nél nem találtunk *Koplik*-tünetet. Az esetekből 2 levonandó, mert a kanyarós küteg náluk néhány nap előtt lefolyt s a betegek laryngitis subglottica tüneteivel kerültek felvételre; náluk, mint előrelátható volt, *Koplik*-tünet nem volt található. A fennmaradt 73 beteg közül 41 a *Koplik*-foltok alapján, már a prodromalis időszakban vétegett fel a kórház kanyaró-osztályára s valamennyinél a bőrkiütés 1—5 nap múlva jelentkezett. Szám szerint

2	esetben	1	nap	múlva	
21	"	2	"	"	
15	"	3	"	"	
2	"	4	"	"	
1	"	5	"	"	lépett fel az exanthema.
41					

Harminczkét betegnél a felvétel a küteg kitérésre vagy virágzás szakában történt, ezek közül 5-nél *Koplik*-foltok nem találtak. *Koplik*-tünetet nem találtunk 2 gyermeknél, kinél a kanyaró-küteg 2 napja virágzott s az arczról már lett, továbbá 3 oly betegnél, kinek a küteg már 3 nap óta állott fenn s úgy az enanthema, mint a kiütés az arcz bőrén már nem volt jelen. Nem találtunk *Koplik*-foltot egy laryngitis crouposával a diphtheria-osztályra felvett betegnél, kinél 2 napon át tartó mérsékelt fokú általános hurutos tünetek után morbilli papulosihez hasonló küteg lépett fel, miért is e beteg a kanyaró-osztályon elkülönített, a nélkül, hogy enanthema vagy *Koplik*-tünet lettek volna fellelhetők. Ezen esetet jelenlegi ismereteink alapján morbilliszerű serum-exanthemának vagyunk hajlandók betudni. De nem tudjuk magyarázatát adni egy két éves leánykánál tett negatív észleletünknek, kinél csak 1 nap előtt kitért s különösen a törzsön virágzásban levő kifejezetten morbillosus kütegnél sem enanthemát, sem buccalis fehér foltocskákat nem voltunk képesek fel találni.

A *Koplik*-tünet megjelenésének időpontjára vonatkozó adataink egyrészt azt látszanak bizonyítani, hogy a prodromalis láz fellépésének első-második napján már kimutatható, másrészt, hogy ezen tünet a kórházunk kanyaró osztályára már meglévő *Koplik*-tünettel felvett betegeknél még 1—6 napig állott fenn. Szám szerint a *Koplik*-tünet tartamára vonatkozó adataink mutatják, hogy

2	esetben	még	1	napig	
22	"	"	2	"	
30	"	"	3	"	
9	"	"	4	"	
2	"	"	5	"	
1	"	"	6	"	voltak fellelhetők a

Koplik-féle foltok.

Ha ezen úgy a fekvő osztályon, mint ambulanter kezelt morbilli eseteinket tekintjük, úgy azt találjuk, hogy a *Koplik*-féle kórjel a kanyaró fellépésének megbízható s állandó korai tünete, mely előfordulásakor a kanyaró fejlődésének biztos pathognomonicus jele.

Észleléseinket összehasonlítva azon szerzők nyilatkozataival, kik e tárggyal foglalkoztak, megerősíthetjük, hogy:

1. A *Koplik*-foltok előfordulási helye a pofa belfelületének nyákhártyája, a Stenon-vezeték kiszáradása körüli táj s leggyakrabban az alsó s felső praemolaris s első molaris fogakkal szemközt fekvő pofanyákhártya; továbbá az ajkak s különösen az alsó ajak belfelületének nyákhártyája. Nem észleltük a *Koplik*-foltokat a kemény vagy lágy szájjpadon, vagy azon helyeken, hol a morbilli enanthema különben még elő szokott fordulni (uvula, arcusok, tonsillák s garathátfal).

2. A *Koplik*-foltok színe tejfehér, alakjuk kerekded, kissé a felszín fölé emelkedők, nagyságuk tüszúrásnyi, *Slawyk* szerint 0.2—0.6 mm.-nyiek, de az 1 mm. átmérőjű folt nagyságát sohasem érik el. A pontszerű pettyek színét s alakját helyesen jellegzi *Slawyk*, midőn azokat „hingespritzter Kalk“-hoz hasonlítja, csak nagyságuk nem oly differáló, mintha mész-oldatot ecsettel szétfreccsentettünk volna. 3. A *Koplik*-foltok száma kevéssé kifejezett esetben egy-egy oldalon 4—6 pontból áll, rendszeren körülbelül 20 különálló fehér pontot látunk a pofa belfelületén egy-egy oldalon, kivételesen azonban a pettyek oly sűrűn állhatnak s szétterpesztett szájnál a fog-sorok közti tért és az ajkak belfelületét annyira ellephetik, hogy számuk a 100-at is jóval meghaladja. Mindazonáltal az egyes fehér foltocskák mindenkor önállóak maradnak, összeolvadásuk, egybefolyásuk nagyobb plaque-á sohasem észlelhető. 4. A buccalis eruptio fellépése 1—6 nappal a küteg kifejlődése előtt történik, tetőpontjukat akkor érik el, midőn az exanthema az arczon kezd mutatkozni, visszafejlődésük pedig megindul, mialatt a bőrküteg még virágzásban van; ekkor a pettyek laposak, gyérebbek lesznek, leválnak s egészen eltűnnek, még mielőtt az exanthema elhalványodott volna. 5. A vizsgálat kivételének módját illetőleg legezészerűbb, de határozottan kívánatos is, hogy jó világítás mellett vizsgáljunk, mert különben az apró tüszúrásnyi foltok a figyelmet könnyen elkerülhetik. Tanácsos ezért a beteget napfény mellett, az ablakkal szemközt ültetve vizsgálni, vagy Auer-égő vagy villamos világítás mellett közel a fényforráshoz hozni. Spatulát a beteg szájjúgába helyezve, azt oldal felé húzzuk. Előnyös a *Koplik* s *Slawyk* által ajánlott azon módszer is, hogy a pofa nyákhártyáját a szájjúgába beakasztott hüvelykkel kifelé húzva s mutatóujjunkkal az arcz bőrét befelé nyomva a pofa nyákhártyáját kifordítjuk. Lámpavilágítás sárgás fénye mellett az apró pettyek felismerése csaknem lehetetlen. A vizsgálatnál oly esetben, midőn csak kevés folt van jelen, azok felismerését megkönnyíti, ha a pofa belfelületét, mely a rajta tapadó nyálkától fényes s tükröző, puha vászondarabkával, vagy vattával előbb letöröljük, utóbbi azután tűzre dobjuk. A tapadó nyálka letörlése által felvilágosítást nyerünk majd azon kétes esetekben is, hol tejalvadéokra gyanakszunk, bár ennek alakja szabálytalan s nagyobb. Összetéveszthetők volnának a *Koplik*-foltok még soor-telepekkel, bár ezek nemcsak a pofa nyákhártyáján s az ajkakon, de főleg a nyelven s szájjpadon is fellelhetők, jóval nagyobbak, opákok s görcső alatt jellegzetes fonalakat s spórákat mutatnak. A *Koplik*-foltok görcsői vizsgálata eddig még nem lett kellőleg művelve; az eddigi vizsgálatok eredményei szerint, melyekhez részről is hozzájárulhatok, kitént, hogy a csipeszszel a nyálkahártya niveau-jából vérzés nélkül eltávolított pettyek görcső alatt számos lapos nagy magvú hámsejtet mutattak, melyek részben még épek, részben elzsírosodtak vagy szemcsésék, ezenkívül detritus s számos bakterium található, mely bakteriumok közül azonban eddig jellegzetes s állandóan jelenlevő bakterium megállapítva nem lett.

Áttérhetünk végül a *Koplik*-tünet diagnosticus s differential-diagnosticus, továbbá prophylacticus jelentőségének méltatására. A kanyarós kütegnél korai szakában a vörhenytől, különösen annak variegált alakjától, himlőtől, rubeolától, typhus exanthematicustól, influenzától, gyógyszeres, serum- s septicus kütegektől való megkülönböztetése sok nehézséggel járhat. *Fürbringer* s *Leube* is elismerik, hogy a kanyarónak vörhenytől való elkülönítése néha legyőzhetetlen akadályokkal járhat.

Az anamneszticus adatok mérlegelése, az általános hurutos tünetek jelenléte vagy hiánya, a bőrkiütés fellépése s minő-

sége, a málnanyelv, a lázmenet egyes esetekben a kórisme felállításához nem a kellő mérvben járulnak hozzá s ha csak nem akarjuk bevárni a későbbi lefolyást, a hámlást s esetleges szövődmények fellépését, szükségünk lesz oly jelre, mely a kétes kórismét eldöntse. Egyike a legtapasztaltabb régi practicusoknak, az öreg Heim, e század elején kimondta, hogy nem ismer e 2 kórfolyamatnál más teljesen megbízható állandóan jelenlevő tünetet, mint a jellegzetes szagot. Mig vörhenynél Heim szerint bizonyos hasonlatosság áll fenn azon büzzel, melyet hússal táplált ragadozó állatok ketrece közelében találunk, addig kanyarónál az első 7 napon át édeskés szagot észlelt, mely frissen tépett lúdtollak szagára emlékeztette. Később e szag savanyúba megy át. Ismeretes hasonló észlelet a hasi hagymázra vonatkozólag. Irigylésre méltó az olyan orvos, a kinek oly finom szaglási érzéke van, mint az öreg Heimnek volt, de miután ezt általánosságban nélkülözni vagyunk kénytelenek, ezért az elkülönítő kórisme felállításánál kétes esetben igen jó szolgálatot fog tenni a *Koplik*-tünet jelenléte.

A valódi himlőnek elkülönítése kanyarótól a korai szakban nem sikerül sem a helyi tünetek alapján, vagyis a kiütés jelentkezési módja s a nyákhártyaküteg útján, de még a súlyos általános jelenségek alapján sem, mert a heveny toxicus tünetek súlyos kanyarónál is felléphetnek. A lázmeneten kívül, mely a variola eruptiója után csökken, míg kanyarónál fennáll, a keresztváji fájdalmak értékesíthetők himlő mellett. Itt is a *Koplik*-foltok mint korai tünet jól értékesíthetők.

Legkönnyebb a kanyaró összetévesztése rubeolával, mert itt csak az általános hurutos tünetek enyhébb foka s a gyorsan muló enanthema szól e 2 fertőző kór egyidejű epidemikus fellépése alatt rubeola mellett. A *Koplik*-tünet itt is a diagnosis eldöntésénél segíthet. A kanyaró elkülönítése typhus exanthematicustól, influenzától, septicus s gyógyszeres kütegektől biztosan eszközölhető, positiv *Koplik*-tünet mellett. Végül még a morbilliseru serum exanthemat említjük fel, mely diphtheria elleni védő vagy gyakrabban gyógyoltás után léphet fel, az ettől való megkülönböztetés is könnyen eszközölhető ezen biztos differential-diagnosticus tünet segítségével.

Az előadás kitűzött keretét nem akarván túllépni, csak néhány szóval kívánok befejezésül reautalni a *Koplik* tünet¹ prophylaktikus jelentőségére. Ha tekintetbe vesszük, hogy kanyaró-megbetegedés különösen gyengébb s tuberculosis

¹ Az orvosegyesületben tartott ezen előadáshoz *Genersich* egyetemi tanár úr volt szíves hozzászólani s kijelentette, hogy hazánkban ezen *Koplik* által leírt s méltatott buccalis enanthema már a hetvenes években ismeretes volt. Nevezetesen bold. *Wagner* tanár, kitűnő belgyógyászunk a kanyarónak ezen tünetét ismerte s előadásaiban hallgatóinak demonstrálta. Sajnos, hogy e tünet ismerete csak élőszóbeli közlés s nem irodalmi úton maradt fenn.

Néhány héttel ez előadás megtartása után *Gerhardt* a *Jahrbuch für Kinderheilkunde* L. kötetének 4-dik füzetében (1899.) „Zur Geschichte der Munderkrankung Masernkranker“ czimén közleményt tett közre, melyben a *Koplik*-foltok elsőbbségi jogát *Reubold*nak, illetve *Rinecker* tanárnak juttatja. *Reubold* ugyanis a *Virchow*-Archiv 7-dik kötetében „Beiträge zur Lehre von Soor“ czimű cikkében írja: „Etwas Analoges sah ich bei einer Masernepidemie während des Winters 1853/4 an der Poliklinik dahier, in Betreff einer Stomatitis-Form, über welche mein Vorstand, Herr Professor *Rinecker* in den diesjährigen Sitzungen der physikalisch-medizinischen Gesellschaft bereits berichtet hat.“ „Es trat nämlich 1—2 Tage vor dem Erscheinen der Eruption eine Affection ein, die im Ganzen 3—5 Tage dauernd, meist nur die Lippen und die den Lippen entsprechenden Zahnfleischpartien, seltener die Zungenspitze einnahm, die mit Schmerz, Röthung, Schwellung der Theile einherging, und die ein dünnes, mehr oder weniger fest haftendes Lager einer weisslichen-griesslichen, kaum je kleine Fetzen bildenden Masse absetzte, welche abfiel, ohne Ulceration zu hinterlassen. Unter dem Mikroskope zeigte sich diese Masse als reichliches Epithel, theils im Zerfalle, theils in seinen Modificationen der Schleim- und Eiterkörperchen, aber ohne Spur von Pseudomembran oder Pilzbildung.“ „Überdies ist diese morbillöse Stomatitis bei ganz kleinen Kindern, oder bei solchen, die noch keine Zähne haben, nicht gesehen worden, während sie sonst bei mindestens 70 Fällen constant vorhanden war.“

Úgy látszik tehát, hogy *Rinecker* az első, ki a kanyaró ezen buccalis enanthemáját ismerte, de ha többé-kevésbé pontos leírása a tünet azonosságát igazolja is, mégis *Koplik*ot illeti meg azon érdem, hogy a kanyaró ezen korai tünetének diagnosticus, differential-diagnosticus s prophylacticus fontosságára a figyelmet felhívta.

Loewy dr.

esirait magukban hordó, vagy az arra való hajlamossággal bíró szervezetekre mint alkalmi ok, mint előidéző körülmény szokott szerepelni, hogy a kanyarónak gyakori szövődményét képező bronchopneumoniák a gyengébb szervezetű vagy chronicus betegségekben szenvedő gyermekeket áldozatul szedik s körülbelül a megbetegedettek egy harmada pusztul el ezen szövődményben, továbbá, hogy az első két életévben a kanyaró-megbetegedés előre nem látható súlyos lefolyást vehet, — minden ezen okoknál fogva nem helyeselhetjük azon könnyelműnek látszó álláspontot, melyre számos szülő helyezkedik, kik egy gyermekük kanyarós megbetegedésénél a többi, a családban levő gyermekeket nem különítik el, azon czélzattal, hogy azok is mielőbb e betegségen túlessenek. Nekünk orvosoknak kötelességünk a szülőket felvilágosítani ezen gyakran könnyű lefolyású, de súlyossá is válható kórfolyamat esetleg végzetes következményeiről s a kanyaróban megbetegedett gyermekek korai elkülönítése által e betegség további terjedésének útját állani. Ezen feladatunkat meg fogja könnyíteni a *Koplik*-tünet.

Közlemények a budapesti „Stefánia“-gyermekórház Röntgen-laboratóriumából.

Deutsch Ernő dr. s *Faludi Géza* dr.-tól.

A magyar orvosi szaklapok mai napig *Röntgen*-fényképek rendszeres közlésével nem foglalkoztak. A „Stefánia“-gyermekórház *Röntgen*-laboratóriumából kikerült fényképek sorozatos közlésével, e nagybecsű vizsgálati módszer széles körben való terjesztéséhez kívánok hozzájárulni. Törekedni fogunk arra, hogy bemutassuk a *Röntgen*-fényképek fontosságát a gyermekgyógyászati diagnostika terén. Öszinte köszönettel tartozunk *Bókay János* tanárnak, ki a képek közlésére buzdított s a „*Gyermekgyógyászat*“-ban számukra tért nyitott.

I. Tábla. (Lásd melléklet.)

1. ábra. Normális czombesont. (6 hetes fiúgyermek.)
2. ábra. Infractio rachitica femoris. (1½ éves fiúgyermek.)
3. ábra. Fractura femoris recens. (2 éves fiúgyermek.)
4. ábra. Fractura male sanata femoris. (6 héttel a törés után, 1¾ éves fiúgyermek.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Benjamin Pérez Avendano. Crup, Tubage de Larinx. (Buenos Aires 1899. 119 oldal.)

Pérez Avendano Benj. a croup- és intubációról spanyol nyelven írt és Buenos Airesben megjelent orvostudori értekezésében első sorban a croup háttünetét adja, majd a therapeutikus eljárások közt behatóan ismerteti az *O'Dwyer*-féle intubációt. Egyúttal sikerült ábrák kíséretében a különböző, forgalomban levő intubációs műszereket mutatja be, melyek számát ő is szaporítja saját intubációs etui-jével. Szájterpesztőnek esavarmenettel táguló éket alkalmaz; intubator és extubator gyanánt ugyanazon műszer szolgál; a tubus ferde metszlettel végződik, kihatadása lejjebb foglal helyet, mint az eredeti *O'Dwyer*-félének és — a mit szerző módosítása fölényül tekint — a tubus intubatio közben sem zárja el teljesen a légcső lumenét. Az intubatio irodalma részleteiben van ismertette az egyes kérdések kapcsán és szerző ismételtelen felmenti a budapesti „Stefánia“-gyermekórházból e tárgyat illetőleg megjelent dolgozatokat; különösen kiemeli az itt gyakorlatban levő fonalbennhagyás előnyeit. Az igen díszesen kiállított dissertatiót több kórtünetet ismertetése fejezi be.

Schatz dr.

Arnold Brass dr.: *Das Kind, gesund und krank.* (Osterwieck. 340 old.)

E számos ábrával illusztrált könyv a szülőknek, s főképp a tanítóknak van szánva, akik otthon, majd éveken át az iskolákban a gyermekek egészségével kell, hogy törődjenek. A könyvnek egyik fele az egészséges, a másik fele pedig a beteg gyermekkel foglalkozik. Az első részben kiterjed a gyermek intrauterin életétől a fanosodás időszakáig mindama tényezőkre, melyek annak egészségére befolyást gyakorolhatnak. Részletesen tárgyalja ezért a gyermek testének minden egyes részét, külön-külön fejezetben, úgy bonczani, mint élettani szempontból s tanulságosak azok a bonczati ábrák, melyek a laikus emberek szá-

mára kissé száraz magyarázatok könnyebb megértése czéljából elég nagy számmal vannak a könyvhez mellékelve. Nagy kár, hogy a gyermekek diätetikájával egyáltalában nem foglalkozik. A könyv második fele a gyermekbetegségeket tárgyalja, s útbaigazításokat, tanácsokat ad az egyes betegségek felismerhetőségére vonatkozólag. Figyelmezteti őket az egyes bántalmak természetére nézve s közismert házi szereket, vagy egyes esetekben általa felállított kis formulákat ajánl prophylaktikus használatul. Különös figyelemmel vannak tárgyalva az iskolabetegségek s a fertőző bántalmak. De azért nem csekély fáradságot igényelt az összes gyermekkori betegségeknek ily tudományos alapokra fektetett, népies modorban való megírása sem. Felhívja a szülők és a tanítók figyelmét a gyermekkor egyik legfontosabb időszakára, a fanosodásra, s bő tanácsal látja el őket, az ekkor szerezhető bántalmak elkerülése czéljából.

Bauer Lajos dr.

II. Lapszemle.

C. Hochsinger: **Észrevételek a járványos fültőmirigy-gyulladásra vonatkozólag.** (Wiener medic. Woch. 1899.)

Hochsinger ezen czím alatt az 1896. év őszén és 1898. tavaszán Bécsben uralkodott parotitis epidemica-járvány alkalmával által észlelt néhány ritkább szövödményt közöl.

Első helyen említi egy *nephrit. acut. haemorr.* és *uraemia* esetét, midőn a 7 éves gyermeknél a parotitis 11. napján heves fejfájás, hányás, olyguria, véres vizelet ürítése és a szemhéjak oedemája jelentkezett.

A vizelet fehérjetartalma mérsékelt mennyiségű (0.14%) volt. Görcső alatt sok fehér és piros vérsajt, valamint hyalin, szemcsés és hámcylinder nagy számban volt látható. A vesegyulladás 4-dik napján uraemikus tünetek léptek fel: teljes anuria eszméletlenséggel, mely állapot 3 napig tartott. Az eset 6 hét múlva gyógyulással végződött.

H. 9 az irodalomban felemlített hasonló esetről tesz említést, köztük *Eichhorst*, *Henoch*, *Baginsky* észleleteiről. A veselob minden egyes esetben a parotitis klinikai tüneteinek lezajlása után jelentkezett; a két betegség kezdete közt eltelt időtartam 5—15 napot tett ki.

További H. által leirt ritka eset egy ugyanazon egyének több ízben megbetegedése fültőmirigy-gyulladásban. Egy 11 éves gyermeki úgy az 1896-diki, mint az 1898-diki járvány alkalmával átszenvedte a parotitist; az utóbbi fültőmirigy-gyulladás a gyermek kanyarója alatt lépett fel.

Nem rendes jelenség parotitisnél 2 hétnél tovább tartó lappangási időszak.

Hochsinger két esetében $3\frac{1}{2}$ hét volt az incubatio tartama az átlagos 2 hét helyett. *Clement Dukes* 6 esetben észlelt 20 napnál tovább tartó incubatiót. *Dukes* szerint mint maximum 24 napra terjedő a lappangási időszak.

H. 2 esetben kanyaró és fültőmirigygyulladás kifejlődését látta egy és ugyanazon gyermeknél. Ezen két eset közül az egyikben a parotitis az exanthema 4., másikban annak 5. napján lépett fel. A légzőrbe mindkét esetben a kiütés 4. napján újabb emelkedést mutatott, mely az intercurrentis parotitisben lelta magyarázatát. *Varicella* és *parotitist* körülbelül egy időben látott fellépni *Hochsinger*, midőn a parot. 2 napra az arcon látható első hólyagoska után köszöntött be.

Mint vegyes fertőzést *parotitist influenzával* ír még le H. Eseteiben a lázas szak alatt, vagy az üdülés szakában az influenzát már kiállott gyermekek betegedtek meg fültőmirigy-gyulladásban; 3 esetben egészen biztos volt a két betegség együttes fennállása; az influenza lázas szaka nem volt a parotitist megelőző prodromalis láz, mert a légutak kiterjedt hurutja is fennállott.

Perényi Vilmos dr.

Basch: **A köldökfertőzésről.** (Jahrb. f. Kinderheilk. L. Bd.)

Basch a köldökfertőzés kérdésével foglalkozván, 15 egészséges újszülött köldökén végzett bacteriologikus vizsgálatokat. Minden esetben a csont mummificálódását kísérő rothadási gombák mellett virulens *staphylococcus*okat talált. Egy kísérleti sorozatban újszülött kutya, házi-nyúl és tengerimalaczk kölykök köldökzsinór csomkjára a jövő leválási helyen *staphylococcus-culturákat* dörzsölt be és az így kezelt köldökzsinórt vagy szabadon hagyta, vagy száraz, illetve nedves kötással fedte be. Egy esetben sem sikerült ez úton sem a köldök gyulladását, sem általános infectiót előidézni. Ugyanezen bouillon-culturából $\frac{1}{10}$ — $\frac{2}{10}$ cm³ véredényekbe fecsendezve, tengeri malaczozt 24 órán belül megölt. Egy-két napos állapotknál a köldökcsomkót ollóval levágta és összemarczangolta, ezután a sebfelületet *staphylococcusokkal* fertőzte. Körülírt köldöknekrózis, avagy fekélyződés volt e beavatkozás következménye. Ily irányban folytatott kísérletei alapján azon nézetet vallja, hogy a köldök a köldökűtőterek elzáródása által infectiókkal szemben védettebb területet képez. Csatlakozik *Bednar* és *Widerhofer* nézetéhez, mely szerint az arteritis umbilicalis mindenkor helybeli folyamat marad s sohasem vezet általános pyaemiához. Miután *Raudnitz* kísérletei szerint a köldökzsinór és a hasúri véredények között nincs lymphanastomosis, az infectio ez úton való tovább vezetéseinek lehetősége esleik. Ha azon álláspontra helyezkedünk, hogy primaer arteriitisnek csak azon eseteket vesszük, melyeknél a genyedésben az egész edényfalzat részt vesz és így az elzáródás adta természetes védelmet leküzdí, úgy a primaer

arteriitis umbilicalissal ép oly ritkán fogunk sepsis esetén találkozni, mint a phlebitis umbilicalissal. Nem lehetetlen, hogy az egyébként obliterált köldökűtőer szájadékánál található kisebb genygyülemet nem a fertőzés kapujának, de a máshonnan kiindult sepsis egy localisatiójának kell tekintenünk. *Widerhofer*, *Czerny*, *Moser* ezen pyaemicus metastasisokat valószínűleg a bélhuzamból kiindult sepsissel hozzák összefüggésbe. A köldökűtőer elzáródása ugyanúgy történik, mint a véredényeké alakítás esetén. Ezen elzáródás könnyebb létrejöttéhez a véredény teltsége is befolyással van és így már ezen szempontból is ajánlatos csak a köldökzsinór lüktetésének megszüntetével, azt lekötni. A köldökűtőer kezelését illetőleg azon álláspontra helyezkedik, hogy leghelyesebb azon fedőkötés, mely a gyors beszáradás lehetőségét előmozdítja; tehát steril, hydrophil gazelebe nybe burkolt köldökűtőernek néhány réteg ily kötőanyaggal kell a hasfalhoz rögzíteni. A fűrésztésnek az utóbbi időben sokat szellőztetett kérdését a köldökűtőer sorsára nem tartja nagy befolyásúnak, a mennyiben egyrészt az átvedesedett köldökűtőer fűrésztés után jól leszárítható, másrészt a kötőanyagokba erősen beburkolt s a körlégtől elzárt köldökűtőer száraz mummificálódásának eshetőségei is rosszak. Állatkísérletek tesznek arról is tanúságot, hogy a köldökűtőer vöngélődésének a köldökűtőer létrejötténél nem igen jut szerepe.

Torday dr.

V. Hutinel: **A „couveuse“ használatáról.** (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. 1899. XII.)

A költőkészülék a koraszülöttek hypothermiáján kívül, más tüneteket nem képes előnyösen befolyásolni. Inficiált koraszülöttekre a „couveuse“ bebizonyítottan káros befolyással van. Ha az érlelő készülékbe helyezett koraszülött hőmérséke a 37 fokot elérte, a készülékből eltávolítandó. Egészséges levegővel bíró, teremben álló, könnyen desiniciálható couveuset használjunk (szerző saját készülékét alkalmazza intézetében). Utolsó kimutatása 14% halálozást tüntet fel.

Deutsch Ernő dr.

Spolverini: **A purpura primitiva kóroktana és kórszármazása.** (Annales de Médecine et Chir. infant. 1899.)

Spolverini a purpura primitiva aetiologiája és pathogenesiséről irt értekezésében kísérleti adatok alapján azon álláspontra helyezkedik, hogy az intestinalis zavarok és a purpura eruptiók között összefüggés van. Klinikus tapasztalatok bizonyítják ugyanis, hogy bélhuzambeli zavarok, melyek kezelés esetén sem javultak, esetleg egyéb complicatiók mellett olykor purpura eruptiók által is voltak kísérve, melyek némelykor hevesebbek voltak a bántalom kezdetén, mint lefolyása folyamán. A kísérletek tettek arról tanúságot, hogy a bántalom kezdetén a pathogen bacillus coli bár kevésbé virulens, erősebb hatékonyú toxint termel s ezért ekkor a purpurás tünetek praedominálnak. Majd virulentiája növekedtével a bélhuzambeli zavarok tüneteinek lépnek előtérbe; egyidejűleg a toxicitás csökkentével a purpurás jelenségek visszafejlődnek. A kísérletekből megérthető, hogy a purpurás eruptiók miért lépnek fel esetleg időközönként, a mennyiben szerző megfigyelt azokról, hogy úgy mint a toxinok kiválasztásához, termelésükhöz is bizonyos idő szükséges. A purpura azonban nemcsak toxamiának következménye, hanem szükséges, hogy létrejöttéhez praedisponáló momentumok is legyenek, mely körülmények főképp a véredények szöveti elváltozásaiiban és bizonyos idiosyncrasiában állanak. Tünetileg, aetiologice és pathogeneticen nagy a rokonság a purpura és a polymorph erythema között. Valószínű, hogy a felszívódott toxinok, a központi agyidegrendszerre gyakorolt befolyás útján idézik elő a véredények beidegzésével és táplálkozási viszonyainak megváltozásával járó zavarait.

Torday dr.

Th. Heller: **Fáradtságmérő gyenge tehetségű tanulóknál.** (Wr. Mediz. Presse 1890. 11., 12. és 13. sz.)

Heller elismeri, hogy helyes dolog ugyan az iskola hygienikus kellékeiről gondoskodni, de sokkal fontosabb az oktatás hygienéjéről gondoskodni. Az iskolának a tanulóval szemben támasztott igényei alkalmazkodjanak annak szellemi és testi tudásához. Erre azonban nincsenek tekintettel és ez szülte a túlterhelés kérdését. A túlterhelés nem egyéb mint az elfáradás eredménye, vagyis jobban mondva: az által keletkezik, hogy nincs meg a helyes viszony elfáradás és pihenés között. Ha mi ugyanazt a szellemi munkát követeljük egy erőteljes, idegerős egyéntől s ugyanazt egy gyenge, ideges egyéntől, akkor a munka eredménye talán ugyanazt lehet mindkét esetben, de az elfáradás az utóbbi egyénnél sokkal intenzívebb mint az előbbinél, a ki a munka folytatása esetén is talán megtartja munkaképességét. A tapasztalás mutatja, hogy a gyenge tehetségű gyermek pihenés tekintetében hátrányban van a jó tanulóval szemben. A gyenge tanuló jobban veszik igénybe a házi feladatai, a házi oktatást, jobban mondva a korrepetálást ritkán bízzák hivatásos pedagógusra, többnyire alkalmi pedagógus végzi azt, u. m.: szülők, testvér, tanuló stb. Így azután a gyenge tanuló nem veszi hasznát a pihenésre szánt időnek, sőt új ok áll elő, mely a gyermek elfáradását növeli. Az elemi iskolai tanítás, mely rendes viszonyok közt nem terhel túl a gyermeket, a szellemileg nem normális gyermekre nézve túlterhelést okozhat. Ebből az következik, hogy a gyenge tehetségű tanuló oktatásánál arra kell törekednünk, hogy az amúgy is

gyenge agyvelőt ki ne merítsük. *Griesbach* eljárása arra képesít bennünket, hogy az elfáradás fokát is megállapíthassuk. *Heller* 6 fiút vizsgált meg ezen methodussal, mely tudvalevőleg nem egyéb mint aesthesiometerrel való vizsgálat, a midőn elfáradás esetén a körző két végét egynek érezzük, holott ha nincs elfáradás, akkor két körzőhegyet érzünk. Ezen vizsgálatból kiderült, hogy gyenge tehetségű tanulóknak nem való azon tanítás, mely 5 órán át egyhuzamban folyik; a szabad délután nem szünteti meg egészen az elfáradás tüneteit. A tanítási leczkék tartama ne legyen hosszabb egy fél óránál, az órák közti szünetek czélszerűek, a 3. és 4. óra közti szünet félórát tartson, az utolsó (4. vagy 5.) tanóra könnyebb tantárgy teendő, délutáni órák szellemi munkára igénybe ne vétessenek. Ha ezen követelményeknek eleget teszünk, akkor a tanítás sokkal nagyobb sikert mutathat föl, mint a mostani tanítáznál. Szellemi munka után a testi munka igen fárasztó. Különösen vonatkozik e szabály a szertornázásra, mely a számtannál is jobban fáraszt. Ha ellenben a tanulók a szellemi megerőltetést kipihenték, akkor a kézi ügyesség és kertő munka nem fárasztanak túlságosan.

Schuschny dr.

F. Regnault: Az angolkóros koponyáról. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1899. XII.)

A szerzők javarésze azon hiszemben van, hogy az angolkóros koponyának körfogata nagyobb a rendesnél. Pontos mérések kimutatták, hogy ez tévedés, mely a rendes körfogatú koponyának a kicsiny arez s testhez való arányításából ered. Az angolkóros gyermek hosszas fekvés által lelapítja tarkóját és így koponyája brachycephae lesz. A gerincoszlopnak a koponyaalapra való nyomása által keletkezik a platybasia.

Deutsch Ernő dr.

VEGYESEK.

Azon tisztelt kartárs urak, kik a világkiállítás alkalmából Párisba szándékoznak menni s ott a gyermekgyógyászat czéljait szolgáló intézeteket is kívánják megtekinteni, bizonyára szívesen fogadják a következő, tájékoztatásukra szolgáló sorokat.

Párisban kizárólag a gyermekgyógyászatnak van szánya két nagy kórház és egy lelenzház. A legnagyobb közülök az *Hôpital des Enfants malades*, melyet már a mult (XVIII-dik) század utolsó évtizedében alapítottak, mely Európa legrégebb gyermekkórháza. Az *Hôpital des Enfants malades* a Rue de Sévres 149-dik száma alatt található s 651 ágyra van berendezve. Itt tartja gyermekgyógyászati előadásait a tanszék képviselője *Grancher* tanár kedden s szombaton d. u. 4 órakor. Előadásaiban helyettesíti Mr. *Marfan*, ki a chargé de cours czímet viseli. Klinikai tanársegéd *Zuber* dr. (chef de clinique); mellé rendelt segéd *M. Hallé*. A kórházi visit ideje naponként d. e. 9 órakor kezdődik. Klinikus anyaga a *Bouchut*-teremben fekvő fiú- s a *Parrot*-teremben fekvő leánybetegek, e heveny betegeken kívül idült betegek s 8 csecsemő elhelyezésére szolgál a *Husson*-terem. Consultatio napja hétfő. *Grancher*-n kívül még 5 kórházi főorvos tart rendelést s visitet e kórházban. Ezek *M. Descroizilles*, ki szombaton d. e. 9 órakor tartja előadását, s naponként d. e. 8 $\frac{1}{2}$ órakor visitjét a *Salle Blache*-ban. *M. Comby* kedden és szerdán d. e. 9 órakor tartja klinikus cursusát a *Salle de Chaumont*-ban. *M. Moizard* szerdán és szombaton tart előadást a betegágyánál. *M. D'Heilly*-nek klinikus cursusa kedden van a betegágyánál s consultatiós napja csütörtök d. e. 9 órakor a *Salle Gillette*-ben. A ragályos betegek a két *Trousseau*-pavillonban vannak elhelyezve, mindegyikben 14 ágy áll, s 5 év óta ki lettek bővitve két szárnyal, összesen 10 ágygyal. A diphtheria osztály főorvosa *Sevestre* dr. Kanyarós s vörheny-betegek nem bírnak külön pavillonnal, hanem a *Guersant*-pavillon 2-dik emeletén fekszenek. A kanyarós s vörheny osztály fölötti felügyeletet a főorvosok egy évi cyclusban felváltva gyakorolják. *Moizard* felügyelete alatt áll továbbá a kétes betegek számára fentartott 18 ágy is.

A gyermeksebészeti tanára Pr. *Lannelongue*. Szerdán s pénteken d. e. 9 $\frac{1}{2}$ órakor ad elő a betegágyánál. Szombaton d. e. 10 $\frac{1}{2}$ órakor pedig tanársegédje *Villemain* dr. (a kórházak sebésze) tart rendelést sebészi eseteknek. *Lannelongue* hétfőn, kedden s csütörtökön tart ambulantiát; fekvő anyaga a *Salle Giraldés*, *Salle Bonvier*, *Salle Baudeloque* és *Salle Balfosban* van elhelyezve. A kórház másik sebész főorvosa *M. Brun*, ki szerdán és pénteken d. e. 10 órakor tart ambulantiát idült sebészi s orthopaedicus bántalmakban szenvedő gyermekeknek, kiket a *Salle Molland* és *Billegrainben* helyezhet el.

A második nagy párisi gyermekkórház az *Hôpital Trousseau* a rue de Charenton 89. száma alatt található. Ez is kizárólag gyermekeket fogad be s 596 ágygyal van felszerelve. Főorvosai: *M. le dr. Josias*, ki a *Salle Barrier*-ben fekvő fiú s a *Salle Blache*-ban fekvő leánygyermekeknek belgyógyászati visitjét d. e. 8 $\frac{3}{4}$ órakor tartja, s hétfőn és csütörtökön rendel. *Variot* főorvos osztályát a *Salle Lugol*, *Triboulet* és *Salle Bazin* képezi, hol d. e. $\frac{1}{2}$ 10 órakor tartja belgyógyászati visitjét. Heveny eseteknek szerdán és szombaton rendel, kedden pedig idült bőrbetegeknek. *M. le dr. Netter* a *Salle Archambault*, *Bouvier* és *Salle*

Gillette-ben tart d. e. 8 $\frac{3}{4}$ órakor visitet, belgyógyászati rendelése kedden és pénteken van. A sebészeti osztálynak, mely a *Salle Denonvilliers*-t, s a *Salle Giraldés*-t foglalja magába, *M. Kirmis on* a főorvosa. Visit ideje d. e. 8 $\frac{1}{2}$ óra. Sebészeti rendelés hétfőn, szerdán, csütörtökön s pénteken van. A service de chirurgie vezetője *M. Broca*, kórházi segédje *M. le dr. Boulay*. Idült sebészeti bántalmakban szenvedő beteget a *Salle Legendre*-ben és a *Salle Vallex*-ben fekszenek.

A fertőző betegek számára külön pavillonok szolgálnak. Diphtheriás betegek a pavillon Bretonneau 52 ágyára vehetők fel. Osztályos főorvos *Richardière*. A vörheny s kanyarós osztályon a szolgálatot a belgyógyászati főorvosok cyclusban váltakozva teljesítik. Ez idő szerint *Josias* dr. a 40 ágyra berendezett vörhenyosztály főorvosa, míg a Pavillon d'Alligre-ben fekvő 53 kanyarós beteg *Variot* ellenőrzésére van bízva. Külön osztályt képez s külön személyzettel bír a *Josias* felügyelete alatt álló hőkhurut-osztály, végül a pavillon de Douteux-ben 16 ágy a kétes fertőző bántalmak részére van fentartva.

Ezen két nagy gyermekkórházon kívül megtekintésre méltó a párisi lelenzház, *Hospice des Enfants Assistés*, mely a rue Denfert-Rochereau 74. száma alatt fekszik, 792 ágygyal bír. Belgyógyászati főorvosa *M. Hutinel*. Osztályát képezik a *Salle Archambault* és *Vallex*. Ambulantiáját a Pavillon Pasteurben tartja. Visit ideje 8 $\frac{1}{2}$ órától 10 óráig tart délelőttönként. Gyermekgyógyászati rendelés bejáró betegek számára naponként d. e. 9 órától kezdve tartatik hétfőn, szerdán s pénteken belbetegeknek, s kedden, csütörtökön és szombaton sebészi s orthopaedicus bántalmak számára. E pavillon bejárata a rue Denfert-Rochereau 76-dik száma alatt van. A sebészeti osztály főorvosa *M. Jalagnier*, betegeit a *Salle Giraldés* és *Bouvier* fogadja be. Itt is külön pavillonok vannak a fertőző bántalmakban szenvedő csecsemők s gyermekek elhelyezésére. A lelenzházakkal kapcsolatban áll egy telep a Szajna melletti Châtillon-sous Bagneux-ben, a hová az atrophicus és lueticus csecsemőket telepítik ki.

Loewy dr.

— A párisi „*Hôpital des Enfants-Malades*“ két elkülönítő pavillonját a diphtheria és kanyaró számára f. é. február 8-dikán nyitották meg nagy ünnepélyességgel, *Loubet* köztársasági elnök jelenlétében. A két pavillon a Montparnasse-boulevard és Cherche-Midi-út szögletén fekszik.

— A turini egyetemen *Biagini Alberto* és *Mendi Enrico* doctörök szakunkból magántanárként neveztetek ki.

— *Cervesato*, a paduai egyetemen a gyermekgyógyászat ny. rendes tanára ugyanezen minőségben a bolognai egyetemre neveztetett ki.

— A New-Yorkban megjelenő „*Archives of Pediatrics*“ szerkesztésétől *F. M. Crandall* visszalépett s helyette *Walter Lester Carr* dr. vette át a szerkesztést.

— *Bouchut*-utcának kívánják a párisi orvosok, *Descroizilles*, *Sevestre*, *Moizard* és *Comby* által megindított mozgalommal az „*Hôpital des Enfants-Malades*“ szomszédságában levő utcát elneveztetni. A községtanács kétségtelenül meg fogja adni ezen elismerést, az intubatiót kezdeményező jeles gyermekorvos, nagyérdemű honfia emlékének.

— *Uj könyvek*. *L. Richon*. Étude de la paralysie diphtérique. Nancy, 1899. — *Marie Benninghofen* und *Emilie Ludwig*. Das Buch der jungen Mutter. Stuttgart. — *Eva Werner*. Pflege und Ernährung des Kindes im 1. und 2. Lebensjahre. Berlin. — *Verhandl.* d. 16. Versamml. der Ges. f. Kinderheilk. in München. Wiesbaden, 1900. — *Bulletin* de la société de pédiatrie de Paris. 2 année. — *I. Comby*. Formulaire thérapeutique et prophylaxie des maladies enfants. 3 éd. Paris. — *E. Weill*. Précis de médecine infantile. Paris, 1900. — *G. M. Tuttle*. Diseases of children. London, 1900. — *Pennato*, *Papini* e *Zerghinz*. Le cerebropatie spastiche infantili. Udine, 1900.

— *Uj „Dissertatio“-k s új „Thèse“-k*: *S. Bogoras*. Zur Kenntniss der Zuckerkrankheit im Kindesalter. Berlin, 1899. — *A. Bub*. Zur Kasuistik der angeborenen Aortenstenose. München, 1899. — *S. Busch*. Beitrag zur Radikaloperation der Nabelschnurhernien. Berlin, 1899. — *F. Callomon*. Untersuchungen über das Verhalten der Fäcesgährung bei Säuglingen. Breslau, 1899. — *I. Perkel*. Zur Kasuistik der Masern im Krankenhaus. Berlin, 1899. — *O. Prüssen*. Über einen Fall von primärer Tuberculose etc. München, 1899. — *H. Engelken*. Metastasierende embryonale Drüsengeschwulst der Nierengegend im Kindesalter. Heidelberg, 1899. — *A. Michel*. Statist. Erhebungen über die Todesfälle von Gastro-Enteritis infantum, 1891–98. Bern, 1899. — *A. Zielinska*. Über die Differential-Diagnose zwischen dem Diphtherie- und dem Pseudo-diphtherie-Bacillus. Bern, 1898. — *H. Rosenthal*. Multiple Missbildungen bei einem Neugeborenen. München, 1898. — *I. Guilaïne*. Contribution à l'étude des kystes hydrotiques du foie chez l'enfant. Paris, 1899. — *L. Richon*. Étude sur la paralysie diphtérique. Nancy, 1899. — *I. M. Rapin*. Contribution à l'étude de la cirrhose alcoolique chez l'enfant. Nancy, 1899. — *P. I. Dellile*. De la bronchopneumonie chez les enfants. Bordeaux, 1899. — *I. Solelis*. Du vomissement périodique chez les enfants. Paris, 1899. — *A. Bantigny*. L'acné ponctuée chez l'enfant. Paris, 1899. — *L. Bluzat*. L'empyème double chez l'enfant. Paris, 1899.