

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kézmárcsny Tivadár, 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.

Tauszk Ferencz: Közlemény a székesfővárosi jobbparti szegényházból. A haemoglobinuria viszonya a vesékhez. 707. l.

Ráskai Dezső: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumból. Lithiasis-esetek. 710. l.

Hudovernig Károly: Közlemény az elme- és idegkórtani klinikából. (Helyettes igazgató: Moravcsik E. Emil dr. egyet. ny. rk. tanár.) A házastársak tabeséről. 712. l.

Tárca. Bálint Rezső: A Schönow-ház. 714. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Ostermayer Miklós: A sérvsebészet az utolsó években. 715. l. — *Könyvismertetés. Győry Tibor:* Morbus hungaricus. 716. l. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Klein:* Az emberi bélsár baktériumai. (Dalmady Zoltán.) — *Kirstein:* Baktériumok életképessége az igen kis eszpekben és porszemcséken. (Dalmady Zoltán.) — *Hügszervi betegségek. Gossner:* Subcutan gelatina-injectiók hatása vesekéhegyvérzés eseté-

ben. (Ráskai.) — *Itey:* A gyermekkori phimosis-operatiók contraindicatioi és a cystitis gyakorisága. (Ráskai.) — *Börkörtan. Robin és Dalché, Champetier de Ribes, Doyzi, Lerédde, Kaposi, Du Castel:* Pruritis vulvae. (Póór F.) — *Stark:* Az arsen mellékhatása. (Póór F.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Bilhaut, Tison, Tourlet:* Fersan. — *Achwelediani:* Noma esete. — *Folyóiratok átnézete.* 717–718.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Darányi János dr. szobra. — Kintetés. — Kinevezések. — Uj tisztiorvosok. — A budapesti VII. kerületi orvostársaság. — Az orvos felmondási ideje. — A budapesti orvosklub. — Lakás-változtatás. — Megjelent. — Herczel dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 718. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat. — A budapesti kir. orvosegyesület dermatológiai és urológiai szakosztálya.

Melléklet. Zoltán Béla Capsulae Contra Taeniamja.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi jobbparti szegényházból.

A haemoglobinuria viszonya a vesékhez.¹

Irtá: *Tauszk Ferencz* egyetemi m. tanár, a székesfővárosi jobbparti szegényház rendelő orvosa.

A haemoglobinuria és haematuria fogalma hosszú időn keresztül tévesen alkalmaztatott és a két bántalom egymással ismételtén össze lett tévesztve. Bizonyos, hogy a haemoglobinuria leírt esetei között sokszor a haematuria foglal helyet vagy fordítva és csak az újabb buvárkodás eredményének tekinthető, hogy a haemoglobinuria fogalmát egyesek a haematuria fogalmköréből minden körülmények között kivenni óhajtják. Szoros viszonyban áll a haemoglobinuria és haematuria körképével az albuminuria is, melynek a buvárok túlnyomó része a haemoglobinuria körképének magyarázatánál sokkal inkább hajlandó szerepet betudni, semmint a haematurianak. Sokszoros azon kaptam, mely a haemoglobinuria, haematuria és albuminuria jelenségeit egymással viszonyba hozza és leginkább nyerünk tiszta képet ezen a haemoglobinuria lényegét magyarázó viszonyokról, ha azon irodalmi adatokat veszszük szemügyre, melyeket *Chrostek* kitünő monographiájában összehordva találunk.

Harley azon két esetre vonatkozólag, melyet *Rayer* közölt, valószínűnek tartja, hogy haematuria esetei voltak. *Defér* egy esetét, melyben a beteg borzongás, az ágyéktájra localizált fájdalmak kíséretében véresen színezett vizeletet ürített, *intermittáló nephritisnek* tekinti. *Elliotson* pedig *intermittáló haematuriaról* beszél. Az első klinikailag biztosan észlelt eset *Dresslertől* származik, ki

¹ Az „Ung. Med. Presse“-nek Korányi Frigyes 50 éves orvosmunkájának jubileumára kiadott ünnepi számában németül közölt dolgozat után.

a véresre színezett vizeletben vörös vérszöveteket sohasem volt képes találni. Még *Harley* is, ki mint első tekintette a roham alatti vizeletben kimutatható festenyt oldott vérfestenynek, „*intermittáló haematurianak*“ mondja az esetet, de megkülönbözteti a közönséges haematuriatól. A vizeletben szemcsés cylindereket talált. *Gull* egy esetet közöl, melyet „*intermittáló haematurianak*“ mond, miután szerinte a vizelet haematint és nem vért tartalmaz. *Dickinson* *intermittáló haematuria* név alatt oly esetét közli, melyben vérszövetek nem találtak és melynél a vizeletben található vesehengerek és epithel alapján arra következtet, hogy a vér a vesékből származik. *Hassal* ezen kóralakot „*téli haematuria*“ ezímen irta le és a vérfesteny a vörös vérszövetek szétroncsolásából származtatja. *Pavy* „*paroxysmalis haematurianak*“ mondja. A vesék állandó megbetegedését nem hajlandó feltételezni. *Grenhow* a bántalom lényegét a vér megváltozásában keresi és a vesék localis kóros megváltozását csak másodlagos tünetnyeknek tekinti. *Wichham Legg* a vizeletben kimutatható festenyt haemoglobinnak mondja és a bántalom természetét illetőleg azon nézethez hajlik, hogy az egy vesebántalom. *Lichtheim* visszautasítja azon feltevést, mint ha a bántalom lényegét a vesék affectioja vagy azok fluxiv hyperaemiaja képezhetné.

Mackenzie a kórkép létrejötténél a veséknek jelentékeny szerepet tulajdonít. *Murri* szerint a vér a vesékben pang és az ez által feltételezett nyomásnagyságbódás a glomerulusokban eredményezné ott a vörös vérszövetek tönkremenetelét és a fehérje átlépését. *Rosenbach* újból azon régi feltevést eleveníti fel, hogy a megbetegedésnek a vesék bántalmazása képezi alapját és a kérdést, vajjon a haemoglobinuria a vesék primaer bántalmazásán alapul-e vagy pedig egy már a keringő haemoglobin által okozott veseizgalommal állunk-e szemben, biztosan eldönthetőnek nem tartja. *Cohnheim* ezen feltevést ellenzi. *Murri* egy későbbi dolgozatában ideges befolyáson alapulónak tekinti a vese pangás következményeképen fellépő vizeletmennyiség esökke-

nést a fajsúly emelkedésével és fehérje fellépésével kapcsolatosan. *Lépine* a paroxysmalis haemoglobinuria két alakját különbözteti meg: egyiknél a jelenségek haemoglobinaemia következményét képezik, a másiknál a vesék bántalmazása szolgáltatja az alapot, tehát haemoglobinuria haemoglobinaemia nélkül. Ő a vesébántalmat beteginél excessusok után fellépő haemoglobinuriának tudja be. *Boas* bizonyos tüneteket veseelégtelenségből magyaráz. *Southey* egy egyénnél haemoglobinuria mellett intermittáló haematuriát látott. Hasonló észleleteket tettek *Mahomed* és *Barlow*. *Heurot* beteginek vizeletében epefestényt talált. *Rosenbach* szerint a vesék addig választják ki a festénytől megfosztott fehérjét, míg a vér annyira elárasztott oldott haemoglobintól, hogy a vesék is igénybe vétetnek annak kiválasztására. *Maragliano* ismét a veséknek is nagyobb szerepet tulajdonít. *Ralfs* szerint functionalis albuminuria és haemoglobinuria között csak fokozati különbség áll fenn. *Herringham* mellékesnek véli, hogy a vizeletben csak oldott haemoglobin, vagy vörös vörsejtek is találtak-e? Szerinte haematuria, albuminuria és haemoglobinuria között jelentékeny az összefüggés. *Charpentier* esetében a rohammentes időközökben időnként fehérje lépett fel. *Robin* a vesékben tételez fel elváltozásokat, de e mellett általános disponáló okoknak is kell lenniök. A tünetek egy vesecongestion alapuló vese-functio csökkenésre utaltak. Betege intra vitam latens maradt nephritisben szenvedett. *Bastianelli* egyik beteginél albuminuriát látott néha haemoglobinuria nélkül. Ő az albuminuriát nem tekinti veseelváltozásoktól függőnek, hanem physiologikusnak. *Prior* az albuminuria okát első sorban a haemoglobinuria okozta vérkeringési zavarokban, másodsorban magában a haemoglobinaemiában (a húgycsatornácskák eltömszelése és vegyi inger) keresi. *Bristowe* és *Copeman* rohammentes időben is láttak albuminuriát, szintúgy *Rossoni* egyik esetében. *Hayem* a haemoglobinuria egyik csoportjánál azt találta, hogy az albuminuria a haemoglobin eltűnte után is fennáll, míg a másiknál a haemoglobinnal egyidőben a fehérje is eltűnik. *Delabrosse* a vesék localis elváltozását tételezi fel. *Chvostek* esetében ép és változott vörös vörsejteket, pigment szemecskéket, számos hyalin szemcsés és epithel hengereket talált, spectroscopice a haemoglobin mellett methaemoglobint. *Boas* szerint a vesebeli elváltozások a vörös vörsejtek destructioja által vannak feltételezve. *Chvostek* azonban reflectorikus úton létesülő vérkeringési zavaroknak is szerepet tud be. Amylnitrit által coupirozott esetekben a vizeletben fehérje volt jelen. *Maragliano* azért tulajdonít a veséknek szerepet, mert nincs összhangzásban a vér haemoglobintartalma a vizelet haemoglobintartalmával. Különbözik a heves ágyéktáji fájdalmak is a mellett szólanak.

Nem akarunk e helyen annak részletezésébe bocsátkozni, hogy mi a haemoglobinuria lényege, vagy hol megy véghez a vér alakelemeinek destructiv folyamata. *Korányi Sándor* ez irányban folytatott vizsgálatai erről több tekintetben nyújtanak felvilágosítást. *Korányi* érdekes kísérlete a következő: Egészséges ember véréből először a vörsejtszámlálásnál szokásos kőzhős konyhasó-oldattal, másodsorban a haemoglobinuriás roham alatt vett vér centrifugált (és vörsejtmentes) savójával hígította, azután a vörös vörsejtek számát mindkét hígításban meghatározta. Az eredmény az első számlálásnál 4.600,000, a másodiknál pedig 3.400,000 volt. Ebből következik (a rohammentes időben, mint arról meggyőződtem, a két számlálás között nem volt számbavehető különbség), hogy a vérsavó haemoglobinuriás roham alatt a vörös vörsejteket oldja, és ezt az oldó hatást még a vér nagy mértékben fokozódott osmosis nyomása sem képes ellensúlyozni.

Fel akarom említeni, hogy *Chvostek* és előtte mások a veséknek ezen destructio folyamatban jelentékeny szerepet tudnak be, sőt szerintük egyes esetekben ez kizárólag a vesékben folyik le. A haemoglobinuria lényege tisztázott, és paroxysmalis alakja annyira szembetűnő, hogy a kórisme már akkor volt felállítható, midőn a vizelet még nem képezte spectroscopikus és göcsövi vizsgálat tárgyát. Hosszú időn keresztül pedig fogalmához tartozott, hogy a vizeletben a spectroscopikus elváltozások mellett vörös vörsejtek és vesealakelemek kimutathatók ne legyenek. De ép a fenti irodalmi összeállításból kivehető, hogy kifejezett paroxysmalis haemoglobinuria esetében, melyek a klinikai és spectroscopikus feltételek összes jelenségeit magukon viselték, a vizelet oly tulajdonságokat mutat, melyek kóros vesék közreműködését

kétségtelenné teszik. De ezen irányban egyesek következtetései még messzebbre menők, midőn paroxysmalis haemoglobinuriához sorolják azon eseteket is, hol a klinikai tünetek kíséretében albuminuria lép fel a jellegző spectroscopikus elváltozások nélkül. Tehát haemoglobinuria tulajdonképpen haemoglobin jelenléte nélkül.

Kiváncosnak látszott a több tekintetben ellentétesen állított viszony tisztázása, mely a haemoglobinuria és vesék között fennáll. Az I. belklinikán észlelt két eset — melyek egyikénél ezen észlelet évekre terjedt — alkalmasnak látszott ezen viszony tisztázásához adatokat szolgáltatni.

Az egyik eset egy 42 éves, jól fejlett, különben magát egészségesnek mondó férfira vonatkozott, kinél aetiologice malaria és ismételt kiállott, állítólag ulcus molle emelendő ki. A bántalom 8 év óta áll fenn. A másik eset 5 éves gyermekre vonatkozott, kinél aetiologice semmiféle terhelő momentum kimutatható nem volt és kinél a bántalom 2 év óta állott fenn. Felnőtt betegünk szervezetét a physikalis vizsgálat teljesen épnek mutatta, míg a gyermeknél súlyos anaemia jelenségei észlelhetők. Mindkét beteg a bántalom kórokát és lényegét illetőleg nagy hasonlatosságot mutat. A paroxysmalis haemoglobinuria biztosan ki volt váltható, ha a betegeket hideg hatásának tettük ki, akár úgy, hogy hidegben hosszabb sétát tétettünk, akár úgy, hogy hideg lábfürdőt alkalmaztunk. Kivált ez utóbbi mód volt alkalmas vizsgálatunk keresztülvitelénél. Az első helyen említett betegnél rohamot oxal-sav belső adagolásával is sikerült kiváltani — a mire *Korányi S.* hivta fel a figyelmet —, de az ily módon nyert vizeletre alanti következtetéseinknél figyelemmel nem voltunk.

A paroxysmalis rohamok mindkét betegnél a szokott egyöntetű képet mutatták: általános rosszullét, borzongás, az arcz és végtagok elhidegülése, ágyéktáji heves fájdalmak, cyanosis, igen sokszor icterus, láz (38°–40°).

A kórisme criteriumát a roham alatt vagy közvetlen utána ürített vizelet vizsgálata szolgáltatja, mely a jellegző sötétbarna-fekete elszíneződést, a spectroscopikus vizsgálat pedig a haemoglobinra jellegző elváltozásokat mutatta.

Mindkét betegnek minden roham alkalmával ürített vizelete — és ilyen rohamokat a két betegnek félbenszakításokkal csaknem 1 évig tartó megfigyelése alatt számtalanszor volt alkalmunk észlelni — a vesék megbetegedésével határozott, kifejezett összefüggést mutatott. A haemoglobintartalmú vizelet savi kémhatású, fajsúlya 1022–1028, kevés vagy közép mennyiségű fehérjét tartalmazott; vér rendszerint vegyileg is kimutatható. Górcső alatt ép és széteső vörös vörsejtek, vesehámszejtek, amorph festenyörögsék, gyér hyalin és finoman szemcsés hengerek láthatók. Hogy a vesék megbetegedése a haemoglobinuriás roham alatt megvan, azt kétséget kizárólag mutatják *Korányi Sándor* észleletei, melyek ugyanezen esetre (felnőttre) vonatkoztak és fontosnak tartom azok részletesebb ismertetését: „Betegnél december 3-dikáig nem volt roham. A vizelet qualitative rendes. Feltűnő $\frac{A}{NaCl}$ változékonysága. Vér rendes. Vér és vizelet közötti összefüggés rendes ($m = \mu$). E napon 0.20 gm. oxal-sav adagolása után roham lépett fel. $\frac{3}{4}$ 1-kor feketés-piros, bő haemoglobin- és fehérjetartalmú vizelet ürítették, csekély számú vörös vérttestecsel, sok alaktalan törmelékkel és finoman szemcsés cylinderrel. Következő reggel a vizelet csekély haemoglobin tartalmú.

Decz. 4-dikén $\alpha = 1220$, $A = 1.71^\circ$, $a = 34.0$. $\frac{A}{NaCl} = 1.74$.

$\delta = 0.70^\circ$, $\mu = 0.52$, $m = 0.68 = \mu + 0.16$.

A vizelet csekélyebb mennyiségű, a molecularis diuresis csökkent. A vese működési elégtelensége együtt járt a vér osmosis nyomásának nagyfokú emelkedésével és konyhasótartalmának csökkenésével. A vizelet a vérhez viszonyítva igen chlórdús volt ($m > \mu$), tehát a haemoglobinuriánál a roham alatt a vér alkatanak nagyfokú és olyan változása van jelen, mely a veseműködés elégtelenségének tökéletesen megfelel.

A vesék megbetegedésére utaló jelenségek a haemoglobinuria beállásával határozott összefüggést mutatnak. Az albuminuria eseteinkben sohasem előzte meg a haemoglobinuriát. Egy alkalommal felnőtt betegünk hideg lábfürdő alkalmazása előtt ürített

vizelete idegen alkatrészekre megvizsgáltatván, teljesen negativ eredményt adott. A lábfürdő tartama alatt a roham beálltát klinikailag jelző stadiumban ürített vizelet — midőn a beteg már borzongásról panaszkodott, végtagjai elhidegültek — sem haemoglobint, sem albument nem tartalmazott. Eseteinkben akkor, ha nem állottunk egy előzőleg lefolyt roham utókövetkezményeivel szemben, az albuminuria mindig a haemoglobinuria után lépett fel. A haemoglobinuria mindig kevéssel megelőzte az albuminuriát, de a fordított viszonyt sohasem volt alkalmunk észlelni.

Igen fontos azon észleletünk, hogy a haemoglobinuriás vér savója a vörös véresejtekre a klinikai tünetek kezdetén már akkor bir oldó hatással, mikor még sem haemoglobinuria, sem albuminuria a vizeletben kimutatható nem volt.

Némely szerző előbb látta a fehérjét, mint a haemoglobint. *Prior* úgy magyarázza a fehérje előbb való megjelenését, hogy a vérnyomás csökkenése a vesékben hirtelen létesül, miáltal a vesehám hirtelen kiszorítatik, holott a keringő haemoglobin kezdetben a máj által feldolgoztatik. Magyarázható volna a fehérjének ezen előző kimutathatósága úgy is, hogy az egy előző rohamnak még utókövetkezménye. De tekintve több szerző határozott, megbízható állítását, hogy albuminuria tényleg megelőzi a haemoglobinuriát, az a priori nem tűnik lehetetlennek, ha a physiologikus és egyáltalán az albuminuria sok feleségét vesszük szemügyre és ha ebből túlmesszemenő következtetésekre nem vagyunk hajlandók. Mi a vesék állapotának megítélésénél az albuminuriát a cylinduriától különválasztjuk. De a fent bőven részletezett irodalmi adatok egyikében sem találtuk felemlítve, hogy a vese alakelemeinek megjelenése előzné meg a haemoglobinuriát. Már pedig az utóbbit tekintjük a veseparenchyma tényleges kóros elváltozásának kritériumaképpen. Hajlandók vagyunk elismerni, hogy a haemoglobinuria kóroktanában oly fontosnak tartott circulatorialis zavar az esetek egy részében a praeparoxysmalis albuminuria létrejöttében szereppel bir. *Murri* szerint a vasomotorikus központ abnormis kimerülése folytán a környi edények rendellenes összehúzódása jön létre, a mi a belső szervek következményes vérbőségét vonja maga után. Oszítja ezen nézetet *Chvostek*. Ebből magyarázzák a vizelet mennyiségének csökkenését, concentratiojának emelkedését, előbb az albuminuria és csak azután a haemoglobinuria fellépését.

Mi ezekből csak a concentratio emelkedését vagyunk képesek igazolni, mely eseteinkben a roham hatása alatt 1016—1022-ről 1022—1028-ra emelkedett, a nélkül, hogy ezen tény magyarázatába bocsátkoznánk. Feltehető, hogy a pangás eredménye az, és pedig oly pangásé, mely a vesének mélyebb structuralis elváltozását nem vonja maga után. De azon vizeletet, melyet a rohammal kapcsolatban eseteinkben észlelni alkalmunk volt, pangásból magyarázni lehetetlen. Ez eddigi klinikai ismereteinkkel ellenkező. A vizelet a veselob összes jellegző tüneteit viseli magán és könnyen érthető a tévedés, hogy egyik betegünk egy külföldi kórházban — a kórházi bizonyítvány tanúsága szerint — nephritis haemorrhagica kórismével gyógykezeltetett.

A vizelet képes, melyet a beteg a haemoglobinuriás roham alatt ürít, mely eseteinkben acute lépett fel, a kórismét nephritis acuta haemorrhagicára vagyunk kénytelenek tenni, mely a vesék kiterjedtebb bántalmazását tételezi fel, mint azt tisztán circulatorikus zavaroknál látni alkalmunk van. A haemoglobinuria tehát nephritis acuta haemorrhagicával áll szoros viszonyban. Míg a kimutatható haemoglobinuria kezdete a nephritis acuta haemorrhagica kezdetét megelőzi, a két rendbeli elváltozás időbeli lefolyása igen eltérő. Kivétel nélkül a nephritis tartama meghaladja a haemoglobinuria tartamát. A vérsavó véresejtoldó hatása már megszűnt régen, midőn a vizelet még mindig mutatja a veselob jellegzetes tüneteit. Sokszor a haemoglobinuriás roham után félórával ürített vizeletben haemoglobin többé ki nem mutatható, de a fehérje és vesealakelemek még szaporodtak. Általában véve a nephritis képe a rohamtól számított mintegy 24 óra alatt szokott fokozatosan visszafejlődni. Fel-nőtt betegünk október 31-dikén este hat órakor kifejezett klinikai tünetek kíséretében 200 gramm sötétvörös vizeletet ürít, mely nem zavaros, fajsúlya 1031, gyengén savi kémhatású, 2‰ fehérjét tartalmaz, vér a kalilugpróbával kimutatható; göreső alatt ép és zsgorodott vörös véresejtek, néhány fehér véresejt, sok amorph

szemese, veseepithel, gyéren hyalin- és szemesés cylinderek. Spectroscopikus vizsgálatnál a jellemző elnyelési csikok.

Este 9 órakor 80 kem. vörös-sárga, kissé zavaros vizeletet ürít, fajsúly 1028, savi kémhatású, 2‰ fehérjét tartalmaz; vér kalilugpróbával kimutatható. Göresői lelet előbbivel azonos. Spectroscopice haemoglobin ki nem mutatható.

Éjjel 12 órakor. 250 kem. vizeletet ürít, világos-sárga, savi kémhatású, fajsúly 1025, gyengén zavaros, 1‰ fehérjét tartalmaz; vér kalilugpróbával többé ki nem mutatható. Göresői lelet előbbivel nagyjából azonos, de a vörös véresejtek száma jelentékenyen esökkent.

November 1. reggel 3 órakor. 120 kem. vizeletet ürít, világos-sárga, savi kémhatású, fajsúly 1025, gyengén zavaros, fehérje 1‰-n alól. Göresői lelet mint fent.

Reggel 6 órakor 70 kem. vizeletet ürít. Lelet előbbivel azonos.

Reggel 9 órakor 120 kem. vizeletet ürít, világos-sárga, tiszta, savi kémhatású, fajsúly 1023, fehérje 1‰-n alól. Göreső alatt igen kevés vörös véresejt, veseepithel és cylinder látható.

Déli 12 órakor 220 kem. vizeletet ürít, mely előbbi lelettel egyező.

Délután 3 órakor 50 kem. vizeletet ürít, világos-sárga, savi kémhatású, fajsúly 1023, fehérjét nyomokban tartalmaz. Göreső alatt a sedimentált vizeletben csak hosszas keresés után sikerült 1—2 vesealakelemet feltalálni.

A délután 6 órakor, az éj folyamán, a másnapon különböző időközökben és külön felfogott vizeletben sem fehérje, sem alakelemek ki nem mutathatók.

Ez természetesen csak egy példa akar lenni fenti állításunk igazolására. De ennek kapcsán még ki akarjuk emelni, hogy eseteinkben az albuminuria sohasem haladta túl a vese alakelemeinek megjelenését. Legyen az albuminuria bármilyen csekély, annak tartama alatt vese-alakelemek tartós keresés mellett mindig fellelhetők. Általánosságban mondható, hogy a haemoglobinuriás roham intenzitása és tartama egyenes viszonyban van a nephritis acuta haemorrhagica súlyosságával és időbeli lefolyásával. Észleltünk elégszer eseteket, hogy haemoglobinuriás újabb roham előbb beállott, semmint az előző okozta nephritis tüneteinek visszafejlődtek volna. Így betegünk december 3-dikán két ízben: 12 óra 45 perczkor és 1 óra 30 perczkor ürített 200 és 350 kem. haemoglobinuriás vizeletet. A december 5.-én déli 1 órakor ürített haemoglobinmentes vizeletben fehérje és vesealakelemek még kimutathatók voltak; ez nap délután 4 órakor új haemoglobinuriás roham. Könnyű rohamok után az albuminuria néha már 2—3 óra mulva megszűnik és talán ilyen különböző esetekre szól *Hayem* felosztása. Ezen két eset óta, melyre vizsgálataim vonatkoznak, még további két paroxysmalis haemoglobinuria esetét volt alkalmam hosszasan észlelhetni és a viszonyok teljesen egyezőknak mutatkoztak.

Fontos kérdés, hogy a paroxysmalis haemoglobinuria ki nem fejlődött alakjai miképpen viselkednek a vesékhez. Ennek felvetése annyival is jogosultabb, mert egyes hypothesisai a haemoglobinuriának elengedhetőnek tartják a fogalom lényegéből a haemoglobin kimutathatóságát. Fent említettük, hogy *Ralfs* functionalis albuminuria és haemoglobinuria között fokozatos átmenetet vesz fel, mely nézetéhez közel áll *Herringham* feltevésével, és ezen irány kinövésének kell tekintenünk azt, midőn egyesek paroxysmalis haemoglobinuriáról szólnak ott, hol a vizeletben haemoglobin ugyan nem, de fehérje kimutatható. Eseteinkben igen gyakran volt alkalmunk olyan stadiumot észlelni, hol a klinikai tünetek a paroxysmalis roham bekövetkezését jelezték. A betegek elhalványultak, borzongásról, a jellegző fájdalmakról panaszkodtak, végtagjaik elhidegültek, itt-ott kisebb hőemelkedések voltak észlelhetők, de a vizeletben sem haemoglobin, sem fehérje, még pedig nyomokban sem volt kimutatható. Az ilyen eseteket talán helyesebb ki nem fejlődött paroxysmalis haemoglobinuriának, semmint a haemoglobinuria atypikus alakjainak mondani. Utóbbira csak akkor volnánk feljogosítva, ha a haemoglobinuria kórtani lényege annyira tisztázott volna, hogy abban az oldott állapotban levő haemoglobin kimutathatóságától elállhatnánk. Nem akarjuk állítani, hogy talán nem léteznek esetek, hol az albuminuria a haemoglobinuriától eltérő módon léphet fel, semmint két, klinikailag jól észlelt esetünkben. Nem akarjuk kétségbe vonni *Chvostek* állítását,

hogy amylnitrit által coupirozott esetében a klinikai tünetek mellett a haemoglobinuriát teljesen pótolta az albuminuria. De nincsenek ok, hogy az ilyen eltérő eseteket a haemoglobinuria fogalomkörébe erőszakoljuk.

Kiegészíthetem a fenti adatokat egy a szegényházban észlelt esettel, mely azt is igazolni látszik, hogy a haemoglobinuria évek hosszú során át fennállva nephritis chronicát eredményezhet, melynek körképében a haemoglobinuria alárendelt jelentőségű. Egy 76 éves ember nephritis chronica súlyos körképével bal szív hypertrophiával kerül észlelésem alá. Anamnestice olyan tüneteket említ, mely évtizedeken keresztül fennállott paroxysmalis haemoglobinuriára mutat. Időnként haemoglobinuria nyomokban, a paroxysmalis haemoglobinuriának mérsékelten kifejezett klinikai tüneteitől kísérve. A beteg vizelete állandóan világossárga, savi, fajsúly 1013—1015, közepmennyiségű fehérjét tartalmaz, góreső alatt vesehámszövetek, gyéren hyalin és szemeses cylinderek. Néha minden kimutatható ok nélkül, máskor hideg behatására, többször hideg lábfürdő alkalmazására vagy oxalsav adagolására, a betegnek többé-kevésbé kifejezett rosszullete mellett, csak elvétve borzongás és néhány tízednyi hőemelkedéstől kísérve, a vizelet sötétsárga vagy világosbarna, fajsúlya 1020—1026, sok fehérje, hyalin és szemeses cylinderek, vörös vesejtek, vesehámszövetek nagy számban és nyomokban haemoglobin. A vizelet 24 óra lefolyása alatt rendszerint régi képét visszanyerte. A haemoglobin hatása alatt az idült veselob mulékonyan a heveny lob képét öltötte.

Sajnos, hogy bonczolat nem történt.

Mi számos összhangzó észleletünkről kivonatolva ezekben számoltunk be. Azt hisszük, nem vagyunk más következtetésre jogosítva, mint hogy az albuminuriát, mint a nephritis acuta részjelenségét, a haemoglobinuria következményes kísérő tünetének tekintjük. Az albuminuriát a haemoglobinuria elméletében értékesíteni akarni ez idő szerint korai volna.

Végeredményeinket a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A haemoglobinuria első tünete a vérelváltozás, mely a savó fokozott vérszótoldó hatásában áll és nyilvánul.
2. Praeparoxysmalis albuminuria fel nem vehető.
3. A vizelet concentratioja roham előtt emelkedik, a mi lehet pangásos és lehet csekély albuminuriával kapcsolatos, de soha cylindruriával vagy haematuriával roham előtt összekapcsolva nincsen.
4. A haemoglobin megjelenését mindig követi a veseparenchyma olyan elváltozása, mely nephritis acuta haemorrhagica névvel jelölhető és mely nyilván haemoglobinnak és tönkrement vörös vesejteknek a vesékre gyakorolt direct hatásának eredménye. A vizelet és vér fagypontjának vizsgálata a veseműködés elégtelenségét mutatja.
5. A nephritis körképe mindig hosszabb tartamú, mint a haemoglobinuriáé.
6. A nephritis acuta haemorrhagica (postparoxysmalis) tartama és súlyossága arányban van az azt kiváltó paroxysmalis haemoglobinuria súlyosságával.
7. Az egyes veselobos rohamok visszafejlődése rendszerint teljes, de észlelhetők esetek, hol a veselob körképe a következő haemoglobinuriás roham beálltáig eltart.
8. Több észlelet a mellett szól, hogy a haemoglobinuria okozta veseizgalmak évek hosszú során át ismétlődve idült veselobhoz vezethetnek.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából.

Lithiasis-esetek.

Közli: *Ráskai Dezső* dr. műtőorvos.

Ezen dolgozat a budapesti kir. magyar tud.-egyetem 2. számú sebészeti klinikumán 1880. évtől 1899. végéig műtét tárgyát képezett húgyhólyagkő-esetekről ad áttekintést és vonja le következtetéseit a meglevő körtörténetek és kögyűjtemény alapján.

Ha az így feldolgozásra került anyag nem is mondható túlságosan nagy, és ha eseteink relatív kis számánál fogva statisztikai szempontból talán nem is nyújt egyik-másik tekintetben,

így a megbetegedés földrajzi elterjedése, endemikus fellépte, a köképződési theoriák, egyes műteti eljárások esélyeinek bírálata tekintetében annyit felvilágosítást, mint akár egy, akár több sebészi osztály együttes közleményeinek sok százra menő esete, mindamellett a kevés, de változatos kórformák ismertetéséből és bírálatából lesűrhető igazságok is tudományos értékkel bírnak.

E közlemény 56 esete a betegek illetőségét (nem születését) tekintve az egész országból származott; mindamellett ép úgy, mint a magyarországi eddig megjelent többi statistikából, itt is egyes vidékeknek, megyéknek nagyobb résztvevése tűnik ki. Így már a legrégebbi ilyen műteti statistikákban Pest megye járván elől, ezen megye nálunk is 12 esetet szolgáltatott; a többi eset is a Duna, Tisza mellékéről származik legnagyobb részt; Bács, Tolna 5—5, Budapest, Szolnok 3—3 beteggel, míg 23 megye 1—2 esettel járult az esetek összegéhez; ez ugyanaz az arány, a melyet már *Balassa*¹ talált, a kinek 135 esete közül Pest megyéből 40, a Jászságból, Tolnából 14, Szolnokból 7, a többi 25 megyéből pedig kevesebb eset származik. *Kovács*,² *Prochnov*,³ *Makara*⁴ adatai szerint 485 esetből 158 esik Pest megyére, a Jászságra 49, Bács megyére 48, Tolna megyére 40, a többi eset 37 megye között oszlik el. *Verebélyi*⁵ 149 esetéből Pestre 89, Tolnára 18, Bácsra 11, Fehérmegyére 18 esik, kevesebb 14 megyére. Végre id. *Bókay János* nagy fáradsággal, lehető praecisioval összeállított, az egész országra kiterjedő statistikája, mely 1150 hólyag- és 471 húgycsökö-beteg gyermekre vonatkozik, ugyancsak azt a tényt constatálja, hogy a Duna és Tisza mentén feltűnően sűrűk a gyermekkori kőesetek, tehát a nagy folyók mentén, a síkon elterülő községekből származók. Ezen statistikából vont következtetésekkel szemben bizonyos vidékeknek nagy részvevését egyesek ezen vidékeknek (megyéknek vagy községeknek) az ilyen operatív központhoz (nagy közkórházak, egyetemi kórodák) való közelségéből magyarázzák; így pl. *Borbély*¹² a kolozsvári sebészi klinika 87 esete közül 28 esvén Kolozsra, 15 Szolnok-Dobokára, a többi megyére Kolozsvárhoz való közelségük arányában több vagy kevesebb, ezt tisztán a távolsági viszonyokból értelmezi. Ha ez némiképen igaz is és a könnyebb hozzáférhetőség és közelség bizonyos mértékben a számokat befolyásolja is, az oly országos központhoz, mint Budapest, csak igen kis számhibáknak lesz forrásává.

De ha egyes vidékek sűrűbb részvevését így meg is állapítottuk, ezt a helyi viszonyokból vagy a lakosság életviszonyaiból kielégítően kimagyarázni nem tudjuk. A földrajzi, légköri vagy éghajlati viszonyoktól teljesen eltekinthetünk. A földtani viszonyoknak az ivóvíz különbségeiben való nyilvánulása sok ellentétes nézetre és magyarázatra szolgáltatott okot. *Stamm* (Baden-Baden) szerint a sok mészevegyülettel bíró víz, nem ugyan ezen oknál fogva, de mivel a vizelet aciditását csökkenti, phosphatkövek képződéséhez vezet. *Cantani* szerint pedig a húgy savtartalmát fokozó mészszegevény víz vezet közvetve köképződéshez és pedig nem húgysavas, hanem inkább phosphatkövekéhez, a mit a vizeletben rendszerint oldott állapotban levő vegyi anyagoknak kristályosodásából magyarázhatunk. Mindamellett csak kevés vidék sűrűbb köképződése esett össze a víz nagyobb keménységével. Így *Dobson* szerint Cambridge tájékán, a hol az ivóvíz igen mésztartalmú, a lithiasis kevésbé elterjedt, míg a mészszegevényvizű Novrichban igen sűrű (*Kukula*). Ugyanezt találta *Preindlsberger*⁷ Boszniára és Herczegovinára vonatkozó ivóvíz vizsgálataiban.

A mily régi vita tárgyát képezi, oly kevésbé tekinthető megoldottnak ma sem a társadalmi szokásoknak, az életmódnak, az életviszonyok különböző külsőségeinek befolyása a köképződésre. *Thompson*⁸ azt állítja, hogy alig ismer betegséget, melynek gyakoribb vagy ritkább fellépte annyira a társadalmi viszonyoktól függne, mint épen a lithiasis. Londonban, hol a lithiasis elég gyakori megbetegedést képez, a Guy-hospitalban, mely London legszegényebb néprétegeiből nyeri betegeit, az összes kőeseteknek több mint fele a gyermekkora esik, ugyancsak ezen szegény lakosság felnőtt részénél a kömegbetegedés egész Londonban ritka, míg a jómódúknál az aggkornak igen gyakori megbetegedését képezi. A gyermekkori táplálkozás bizonyos czélszerűtlenségei a húgysavas infaretust és így a húgyköképződést is elősegítik.

Ugyanezen tapasztalatra jöttek összes hazai szerzőink is, így *Balassa* (l. c.), id. *Bókay*,⁹ *Réczey*,¹⁰ ifj. *Bókay* (l. c.), *Proch-*

nov,¹¹ Borbély,¹² Ivanchich-nak¹³ 300 esetről szóló statistikájában, mely magángyakorlatából kerülve ki, a vagyonosabb osztály tagjait foglalja magában, összesen nyolcz 18 éves, egy 19 éves beteget találtunk, a mint hogy mindenütt constatált tapasztalat, hogy a mily nagy hányadát képezi a gyermekkori lithiasis a kórházi gyakorlatnak, oly ritka a magángyakorlatban, tehát a tehetősebb, gyermekeik táplálására nagyobb gondot fordító családoknál. Nagyjában közkórházi beteganyagnak felelnek meg, csak a szegényebb néposztályból kerülnek ki a klinikum betegei is, de még ezen szűk határon belül is a fentemlített szabályszerűség érvényesül, a mennyiben a 30 éven aluli 24 eset kivétel nélkül a légszegényebb napszamos-osztályból és annak végsőig elcsenevészsedett gyermekeiből származott; ellenben a 60 éven túli 17 eset között találunk lelkészt, árvaszéki ülnököt, törvénytészi irnokot, bérlőt, kereskedőt, önálló iparos mestert, tehát hazai viszonyaink szerint jól élő embereket.

Ezen tapasztalatokkal ellentétben *Civiale*¹⁴ 5383 esetet tárgyaló statistikája alapján azt mondja, hogy a társadalmi állás és így a táplálkozás vagy életszokások befolyása ki nem mutatható. A kérdés nehezen dönthető el, mert ha még ténynek fogadjuk is el azon említett tapasztalatot, mely szerint a szegényebb néposztály gyermekeivel a jómódúak aggjai állanak szemben, tehát a hiányosan táplálkozók a túlságosan táplálkozók, a dúsan evők, a sok légenyirtalmú tápanyagot fogyasztók, kik ezen táplálkozási többlettel szemben testi fejlődésükben már régen megállapodva, megfelelő testi vagy szellemi munkát már nem végeznek, úgy azt következtethetnők, hogy ép ezen korban találjuk majd a légenyirtalmú tápanyagok oxydatiós termékeiből alkotott köveket, a húgysavból, húgysavas sókból vagy oxalsavas mészből állókat. A valóságban azonban, ha a kő magja uratokból áll is, többnyire a secundaer képződésű phosphatkövek a gyakoriak.

A kő minőségét tekintve eseteinkben, a mennyiben vizsgálat tárgyát képezhették, 9 phosphat, 4 phosphat-urat, 6 oxalsav, 6 urat és két oxalsav-uratkő találtatván, azok a korra és táplálkozási viszonyokra való következtetést nem engedtek meg. A sok megmagyarázhatatlan ellenmondás tehát (kőképződés elmaradása a húgysav és húgysavas sók abnormis felszaporodása mellett) ép oly kockázottá tesz a táplálkozásnak mint kóroki momentumnak túlbecsülését (Roy d' Etiolles), mint teljes tagadását.

Régibb szerzők (valamint a néphit hazánkban is) az alkohol hosszas vagy túlságos élvezetének is tulajdonítottak kőképző hatást; ezt mások (*Civiale*) tagadják. Az orosz íróknak, különösen *Begetovnak* és *Rodsewitsch-nek*¹⁵ tapasztalata az orosz népség hüvelyes veteményekkel való táplálkozása és „kwas“ nevű, erjesztett, alkoholos ital élvezete által endemikusan fellépő kőmegbetegedésekre vonatkozólag analogiát hazai viszonyainkban, a hasonló silány táplálkozású és sok alkoholt fogyasztó nemzetiségi lakosaink sorában nem talál. A sörnek, mint erjesztő tartalmú italnak, nagy kőoldó hatást tulajdonítottak, ezzel ellentétben áll előfordulási gyakorisága Csehországban (*Kukula*¹⁶).

A mi a nem szerinti különbségeket illeti, úgy az anatómiai viszonyokból könnyen magyarázhatóan férfiaknál sokkal gyakoribb a kő, mint a nőknél.

Réczey 409 férfival szemben 13 nőt talált, tehát 3:17%, *Neupauer*nél és *Bökay*nál 3:6% nő volt.

56 esetünkben kettő volt nő. *Réczey* tapasztalata szerint a hólyag-lithiasis előfordulása 30:46-szor oly gyakori férfiaknál, mint nőknél.

A kor szerinti elosztódás tekintetében az összes statistikák a gyermekkora eső óriási hányadot mutatnak, nevezetesen az 1—15 évig, majd ismét a kő gyakoriságának növekedését az 50. életéven túl.

Réczey által vizsgált esetekben 409 közül 171 volt a 16. életéven alul; a gyermekkórházi adatokat ehhez hozzászámítva 50:38% jut a gyermekkorra.

Ezen szám felel meg a kor szerinti hányadnak a mi eseteinkben is:

10 év alatt volt	8	} 29
10—30 év között	21	
30—60 „ „	10	
60 éven túl	17	
összesen:	56.	

Tehát a gyermek- és ifjúkorra eseteinknek majdnem fele, az aggkorra körülbelül egy harmada esik. A 10—30. életév közötti számokat a gyermekkoriakkal egybefoglalhatjuk tekintettel arra, hogy a lithiasis tünetei sokáig maradhatnak észrevétlenek, hogy a húgyhólyagba vándorolt vesekövecske igen sokáig nem változtatja nagyságát vagy csak igen lassan nő, míg végre a betegnek az általa okozott vizeleti nehézségek által elárulja jelenlétét.

Míg a gyermekkori húgykőképződést némi jogosultsággal a táplálkozási egyensúly megzavarásából magyarázzuk, addig az aggkorban ezen tényezőkön kívül az uropoetikusszervek abnormis működése vagy állapota (nephrolithiasis, prostatahypertrophia, strictura) szerepel, mint a concretiok képződésére praedisponáló feltétel. Tekintettel mindkét tényezőnek relatív ritkaságára az élet delén, a lithiasis is legritkább ezen korban. (Összeállításunkban 56 közül 10 eset.)

Az aggkori lithiasis keletkezésének egyik főtenezője *Utzmann*¹⁷ szerint a hólyag működésének elégtelensége, származzék ez központi idegrendszerbeli megbetegedésből, vagy a levezető utaknak anatómiai elváltozásából (strictura, prostatahypertrophia stb.). Körtörténeteink ugyancsak öt esetben tesznek ezen elváltozásokról említést és úgy a hazai, mint a külföldi összeállításokban is igen kevés nyoma van a hólyag functionalis zavarairól, valamint a húgyeső és mirigyei kóros elváltozásairól szóló feljegyzéseknek. Azt hisszük azonban, ha minden egyes esetben végeztek volna oly irányban vizsgálatok, az így nyert szám sokkal nagyobb volna. De így sem vonható kétségbe a húgyivarszervek kórtani elváltozásainak nagy jelentősége a húgykővek képződésére. *Civiale* ez elváltozásokat feltétlenül szükségeseknek tartotta, *Thompson* igen fontosnak. *Guyon*¹⁸ a hólyag lobosodását mindig másodlagos műterméknek és egyáltalán nem a bántalommal oki vagy következményi összefüggésben levőnek tartja, a hólyagbeli elsődleges kőképződést tartva szem előtt. Kedvező körülmények befolyása alatt a másodlagos kőképződés fertőzött hólyagban igen gyors. Itt három körülmény jö tekintetbe: 1. a hólyag tökéletlen kiürülése, 2. régi és mélyreható hólyagfertőzöttség, 3. a vizelet alkalikus vegyhatása; a két utóbbi az elsőnek következménye. A normaliter savi vegyhatású vizeletnek alkalisussá változása a phosphatkövek képződését közvetlenül is előidézi. A húgyany bomlása folytán létrejövő szénsavas ammonium által a savi vegyhatású vizeletben oldva levő sók kiesapatnak, a szüntelen epithelhámítás, a geny és retentio elősegítve az ammoniakalis erjedést, elősegíti a kőképződést is.

Körtörténeteinkben a hólyag súlyos lobos megbetegedését majdnem minden egyes esetben megtaláljuk. Az eseteknek közel egy harmada a húgyképző szerveknek izalmát vagy megbetegedését mutatta (vesekehelylob, veselob). E tény a kő tünettanából magyarázható. A kő, ha ninesen cystitissel kombinálva, nem fájdalmas betegség, a primaer kőnél a hólyag a legnagyobb közönytűri el egy, sőt több kő jelenlétét, mert az egészséges hólyag csak teltségre reagál, contactus iránt azonban *Guyon* szerint érzéketlen. A kő jelenlétét azonban a betegek csak helyzetváltoztatásoknál érzik vagy ha a hólyagnyakba ékelődik. Az így létrejövő érzések sokszor igen enyhék és így nem csoda, hogy oly embereknél, kik nem figyelik meg testük minden sensatioját, észre alig vétetnek vagy gyorsan felejtetnek. A kő növekedésében azonban a hólyag nyákhártyáját örökös insultusnak, majd sérüléseknek teszi ki, lassanként a hólyag működésében is zavarokat idézve elő a cystitis létrejöttének mai felfogásunk szerint két legfontosabb tényezőjét: a traumát és retentiot hozva létre. A baktériumok invasioja, akár kívülről esetleges vizsgálás ajándéka-ként, akár a véráramon, nyirokpályákon vagy szövetürökön, prostata szövetén át a béltractusból, már csak idő kérdése. Az egyszer kifejlődött cystitis megmaradása, súlyosbodása mindaddig, míg az előidéző ok el nem távolíttatik, természetes; és természetes az is, hogy a vegyhatásában megváltoztatott, sókat koncentráltan tartalmazó, lobtermékekkel telített, magas fajsúlyú vizelet a kő nagyobbodásához, folytonos növekedéséhez újabb lökést és állandó okot szolgáltat. (Az így fejlődő circulus vitiosusból való menekülés első feltételét csak a kő eltávolítása adja meg.)

(Folytatása következik.)

Közlemény az elme- és idegkórtani klinikából.
(Helyettes igazgató: Moravcsik E. Emil dr. egyet.
ny. rk. tanár.)

A házastársak tabeséről¹

Irta: *Hudovernig Károly* dr. II. tanársegéd.

A házastársaknak tabesét s ennek összefüggését az egyik vagy másik hitvestársnak luesével legelőször *Strümpell* jelezte 1888-ban, s azóta tankönyvében ismételt hangszólyozza, hogy a tabes dorsalis aetiologiájának megírásánál az ilyen esetek döntőknek tekinthetők. *Strümpell* óta a neurologusok figyelme az ilyen esetek felé kezdett fordulni, s több összeállításnak vagy casuistikus közleménynek vagyunk birtokában, melyek e kérdéssel foglalkoznak; ha azonban eltekintünk ama esetektől, hol a tabes dorsalis paralysis progressivával avagy taboparalysissal kombinálódott az egyik vagy másik házaspárnál, meglepő, hogy az irodalomban ez ideig tiszta „tabes conjugalisnak“ csupán 24 esete van leírva, mi, tekintve a tabesnek óriási elterjedését, igen kis számnak mondható. Nem valószínű, hogy eme esetek oly rendkívül ritkák, hiszen rövid idő alatt három tabes házaspárt észlelhettem az elme- és idegkórtani klinika ambulatóriumában, s feltehető, hogy csak kevésbé fordult felénk a neurologusok figyelme. Tekintve az eddig leírt esetek csekély számát, jogosultnak tartom három további eset rövid leírását; előzőleg azonban néhány szóval óhajtom az eddigi közlemények adatait és lényegét ismertetni.

*Rücke*² a házastársaknak 1899-ig közölt úgynevezett „metasyphilitikus“ megbetegedéseit összefoglalva, saját eseteivel együtt 69 esetet közöl, és pedig 21 esetben mindkét házastárs tabesben szenvedett, 27 esetben mindkettő paralysis progressivában, 21 esetben pedig tabes, paralysis s taboparalysis kombinálva fordulnak elő.

Rücke megjegyzi, hogy *Lalou*³ nézetét, mely szerint a házastársak tabesénél a nő előbb betegszik meg, mint a férj, az összes esetekből kifolyólag nem látja beigazoltnak. Lues a 21 eset mindegyikében volt kimutatható.

*Moenkemoeller*⁴ a herzberge-i tébolydában hat év alatt megfordult 741 paralysis-esetben tizennyolczszor találta a házastársaknak együttes megbetegedését, és pedig 15 esetben mindkettő paralysis progressivája, kétszer tabes és paralysis progressiva kombinálva fordulnak elő, és tiszta conjugalis tabes dorsalis csak egy esetben. *Moenkemoeller* szerint az összes esetekben mint kóroktani mozzanat csakis a lues szerepelt; ama aetiologiai momentumok, melyek különben szerepelnek (alkoholismus stb.), csak a kifejlődött betegség folyamán mutatkoztak, tehát mint kórokok nem szerepelhetnek.

*Souques*⁵ esetében biztos a férj luese; a férj a praeatactikus stadiumban van, a nő már ataxiás. Szerinte a házastársak tabese nem halad egyformán, hanem rendszeren gyorsabban a nőnél, s azt véli, hogy a nőnél az infectio s a tabes első nyilvánulása közötti időtartam kisebb mint férfinél s hogy nőnél a graviditas gyorsítja a tabes kifejlődését. *Souques* határozottan állást foglal a lues mint a tabes oka mellett, de a házastársak tabesének okául felvesz egy specialis luest, a syphilit „à virus nerveux“, melyre még alkalmas lesz később visszatérhetni. A *Souques* bemutatását követő discussionál *Babinski* elég gyakorinak mondja a házastársak tabesét, de ily esetekben pusztán véletlent lát; *Marie* nem látta oly gyakran a tabes házaspárokat, de minden esetben a luest tartja kóroknak.

Végül felemlítendő még *A. P. Francine*⁶ esete, a ki egy tabesben szenvedő néger házaspár kórtörténetét közli; lues a férj-

¹ Bemutatás a budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályában 1891. április 22-dikén.

² *Rücke*: Paralyse und Tabes bei Eheleuten. Monatsschrift für Psych. u. Nervenkrankh. 1899. VI. k. 266. l.

³ *Lalou*: Thèse de Paris. 1898.

⁴ *Moenkemoeller*: Über conjugale Paralyse bezw. Tabes. Monatsschrift f. Psych. u. Nervenkr. 1900. VIII. k.

⁵ *Souques*: Société de neurologie de Paris. 1900. IV. 5. Revue neurologique. 1900. 7. sz.

⁶ *A. P. Francine*: Two cases of tabes dorsalis in negro husband and wife. Journal of nerv. and mental diseases. 1900. VI. 6.

fiúnál valószínű (ulcus 17 éves korban, secundaer tünetek nélkül; steril házasság, míg az asszony első férjével két egészséges gyermeket nemzett); ezen eset már azért is érdekes, mivel a tabes négereknél egyáltalán igen ritkán fordul elő.

Ezeknek előrebocsátása után rátérhetek eseteim ismertetésére, a melyek nem mutatnak eltérést a rendes kórképtől, miért is a részletes leírástól eltekinthetők s a kórtörténeteknek csupán rövid vázolására szorítkozhatom.

I. eset. a) A férj. K. J. 33 éves bérkocsis, családilag nem terhelt; 1888-ban luest acquirált, mely specifikus kezelésben részesült (105 bedörzsölés). 1888 vége óta nevével közös háztartásban él, 6 év óta házasság; összeköttetésük teljesen steril. 1899-ben kettős látása miatt a szemészeti klinikán jelentkezett, a honnan az idegambulantiára küldetett; a kettős látáson kívül heves lancináló fájdalmakról panaszkodott; akkori statusból fel- említenő, „jobb pupilla tágabb, renyhén reagál; Romberg- és Westphal-féle jel“. Jelenleg (1901. márczius) előadja, hogy a kettős látás hat hónap múlva megszűnt; a lancináló fájdalmak persistálnak; járása bizonytalan lett, könnyen botlik, e bizonytalanság szaladásnál annyira fokozódik, hogy elveszti egyensúlyát, s gyakran elesik. Vizeleti zavarai nincsenek, látása nem változott.

Jelen állapot: Pupillák középtágak, egyenlők, szabálytalan alakúak; a jobb fényre, a bal alig észrevehetően reagál fényre. Csukott szemmel inog; térdreflexek nem válthatók ki. Hypotonia. Börérzés jó. Szemfenekéi épek.

b) Asszony. K. J.-né, 31 éves; egy nővére apoplexiában halt meg. 13 év óta él férjével, házasság steril. Már 9 év óta heves hasogató fájdalmak vannak az alsó végtagokban; látása egy idő óta gyengült. Hat év előtt elesett, jobb térdét erősen megütötte s ez rövid idő múlva megdagadt. Kórházban operáltatott (?) s injectiokat kapott a glutensokba. (Erre vonatkozó bővebb adatok nem voltak nyerhetők.)

Jelen állapot: Gombostünyi, fényre reagálnak, melyek alkalmazkodásra jól reagálnak. Csukott szemmel inog. Westphal-féle jel. Börérzés jó. Mérsékelt hypotonia. Szemészeti lelet: Mindkét szemén macula corneae s ez, valamint a myosis megakadályozza a szemfenék pontos vizsgálatát, melyen különben elváltozás nem látható.

A K . . . házaspárnál mindkét fél tabes dorsalis biztos a cardinalis symptomák jelenléte folytán. A luetikus előzmény kétségtelen; a férj néhány hónappal a lues acquirálása után közös háztartásba lépett nevével; az utóbbi nem emlékszik, hogy genitálián valamikor lett volna ulcus vagy excoriatioja. A férj még aránylag friss luessel inficiálta nejét. Kiemelendő, hogy jóllehet a férj acquirálta a luest, a nőnél 7 évvel előbb mutatkoztak a tabes dorsalis első jelei, s a kórkép kifejezettebb mint a férjénél; a *Souques* által felemlített siettető momentum (graviditas) azonban ezen esetben nem fordul elő.

II. eset. a) Férj. F. G., 41 éves mázoló, családilag nem terhelt. Minden nemi megbetegedést tagad; csak arra emlékszik, hogy katonai korában post coitum penisén fel volt dörzsölve, mi 6 nap múlva kezelés nélkül meggyógyult; ezen idő alatt az excoriationak nedvétől piszkos ujjával véletlenül a szeméhez ért; csakhamar szembajos lett s a katonai kórházban két hétig feküdt „iritis acuta“ kórismével; a kórházban több higanykenőcs-bedörzsölést kapott. Jelenleg másodszor nős; első nejétől egy gyermeke született, mely csecsemőkorban halt meg, első neje tuberculosisban halt meg. 11 év óta másodszor nős; felesége egyszer szült, e gyermek 1 1/2 éves korban diphtheritisben halt meg. Beteg látása 1 1/2 év óta rohamosan gyengült; 1 év óta heves szagatásai vannak az alsó végtagokban; 8 hónap óta bizonytalanul jár, létrán alig tudja egyensúlyát megtartani. Néhány hét óta vizeletét csak nagy megerőltetéssel képes megindítani.

Jelen állapot (1901. április): Középtág, fényre alig reagáló pupillák. Rendkívül erős ataxia statica és motorica. Nagy kilengésű, renyhe lefolyású, atoniás térdreflexek. Lábclonus, Babinski-féle jel nincsenek jelen. Szellemi defectusok nem mutathatók ki; memoria ép, intelligentia megfelelő műveltségének, beszéde jó, folyékony, számolási műveleteket jól végez. Szemészeti lelet: Mindkét oldalon atrophía nervi optici; bal szemén cataracta cortic. post. és régi lueses eredetű chorioretinitis nyomai.

b) A feleség. F. Gyuláné, 35 éves, kinek családjában több

functionalis neurosis fordult elő; leánykorában mindig egészséges volt; 1887-ben ment férjhez, 3 év múlva szült. Nemi szervein sohasem volt fekélye, secundaer kiütések sem mutatkoztak soha. Két év óta heves, szaggató fájdalmak vannak az alsó végtagokban s gyakori ikragöresök; ugyanezen idő óta bizonytalan a járása, különösen, ha lépcsőn kell mennie; látása gyengült. Vizeleti zavarok ez ideig nem jelentkeztek.

Jelen állapot: Jobb pupilla valamivel tágabb, a bal majdnem gombostűnyi, szabálytalan alakú s fénymerev, míg a jobb láta fényre igen renyhén reagál. Kinyújtott kezeiben finom remegés észlelhető. Csukott szemmel inog, térdtünetek nagyobb kilengésűek, renyhék, atoniások. Bőrérzés teljesen jó, csak a talpakon kifejezett hypaesthesia constatálható. A szemészeti vizsgálat csak myopiás conust derített ki.

A második esetünkben, F . . r házaspárnál a tabes dorsalis képe kevésbé illik a classikus kórkép keretébe s különösen a férjnél csak a paralysis progressivának kizárása után volt a tabesdiagnosis acceptálható; az asszony tabese még kezdőnek mondható, jóllehet a lancináló fájdalmak, ikragöresök, a motoros s statikai ataxia s a láték állapota biztos diagnosist engednek meg. A lues, jóllehet a férj tagadja, egész biztosan vehető fel, részben az „iritis acuta“ s ennek kezelése, részben a szemészi lelet (chiororetinitis luetica) alapján. A férj nejét körülbelül 10 évvel a lues acquirálása után inficiálta, viszont a betegség első tünetei a nőnél egy fél évvel előbb mutatkoztak; a nő tabese ellenben lassúbb haladású, mert a feleség két év múlva még nem mutatja a tabes ama stadiumát, mely a férjénél már másfél évi fennállás után észlelhető.

3. eset. a) A férj. B. Ö. 30 éves, ötvös, családjában „ideges“ egyének gyakoriak. Két ízben volt ulcusa (egy ízben kemény fekély), secundaer tünetek nélkül; specifikus kezelésben nem részesült; öt évi házassága steril. Egy év óta — egy kiállott influenza óta — beteg; betegsége heves lancináló fájdalmakkal kezdődött az alsó végtagokban, majd végtagzsibbadások és gerincztáji fájdalmak jelentkeztek. Néhány hónap óta járás közben szédül, járása bizonytalan lett s csak úgy jár egészen biztosan, ha tekintetét a földre szegzi; övtájéka igen érzékeny, ott néha erős szorítási érzése van; látása az utóbbi időben gyengült; potentiája feltűnően csökkent; köhögéskor időnként elcsépe a vizelete.

Jelen állapot 1901. augusztus: Pupillái szűkek, szabálytalan alakúak, fénymerevek, alkalmazkodásra reagálnak. Csukott szemmel kissé bizonytalanul áll. Jobb térdtünet rövid, spastikus jellegű, a bal nem váltható ki. Kifejezett hypotonia és mérsékelt talphypaesthesia. Mindkét szemén erős decoloratioja a papillának látható.

b) Neje. B. Ö.-né, 25 éves, nem terhelt családból származik. Leánykorában kissé vérszegény és „ideges“ volt; a mióta férjénél van (5 éve), méhbajos. Folyó év tavaszán számos kiütése volt, melyek a házi orvosok tanácsára fogantatott kenőkrémre rövid idő múlva megszűntek; ugyanezen időben torkában fekélyei is voltak. Körülbelül 1 év óta szaggató fájdalmak vannak alsó végtagjaiban, talpszibbadások, valamint szúrásai a csipők körül; övtája érzékeny; lábai igen gyengék, járás közben gyakran „megbicsaklanak“ térdben. Utóbbi időben igen sürű vizeleti ingere van s vizelete — ha nem tesz eleget az ingernek — akarata ellenére magától elcsépeg.

Jelen állapot: Pupillái egyenlők, kissé szabálytalanok, fényre renyhén, alkalmazkodásra prompt reagálnak. Csukott szemmel subjectív szédülés és tántorgás érzésén kívül, kiskökű Romberg-féle jel. Térdtünet jobboldalt fokozott, renyhe, baloldalt csak Jendrassik mellett érezhető egy renyhe contractio a quadriiceps inában.

A B. házaspárnál a férj tabese kifejezett, bár a folyamat még nem érte el teljes kifejlődését; a nőnél a gyér objectív tünetek egyedül még nem jogosítanak a tabes felvételére, de a tipikus subjectív panaszok, egybevetve a luetikus előzménnyel s az objectív lelettel, a tabes diagnosisának felállítását engedik meg. A B. házaspárnál a lueses előzmény egészen biztosan mutatható ki. A mi a fertőzés és az első tünetek fellépése közötti időt illeti, ez a nőnél rövidebb, csak 5 év, míg a férjénél körülbelül 8 év; az első tünetek körülbelül egyidejűleg léptek fel. A kórfolyamat kifejlődése gyorsabb a férjénél, mint a nőnél, bár secundaer tünetek

esakis a nőnél mutatkoztak, míg a férjnek elsődlegesen acquirált lues nem okozott — legalább ez ideig — másodlagos tüneteket.

A mire jelen közleményben különösen utalni akarok, ez a syphilis szerepe a tabes dorsalis kóroktanában. Hogy a lues mily rendkívül gyakori a tabeses egyének előzményi adataiban, azt a legtöbb szerző hangsúlyozza. Erb a tabeses megbetegedéseknek 62%-ában találta a syphilist, Fournier 91%-nál, Strümpell 61%-nál, s a secundaer tüneteket nem okozó fekélyeknek beszámításával 90%-nál; Obersteiner szerint 60–70%-nál volt kimutatható lues, Gowers szerint 70–80%-nál. Az ellenkező nézetnek, t. i. hogy a tabes nem függ össze luessel, szószólói közül csupán Motschukowski legújabb statistikáját említem; az általa észlelt 1662 tabes-cset között biztos vagy valószínű lues csak az esetek 36%-ában volt kimutatható, miért is szerző a luessel való összefüggést tagadja.

Mint már említém, Strümpell,⁸ ki a luessel való összefüggést ismételtelen kiemeli, e tekintetben különös bizonyítékot lát a házastársak tabesében, azaz a luesnek ezen esetekben kimutatható gyakoriságában. S azt hiszem joggal! Ha látjuk, hogy eme esetekben majdnem mindig kimutatható a syphilitikus előzmény, úgy tagadhatlan, hogy a syphilitikus óriási szerepe van a tabes dorsalis aetiologiájában s előidézésében. És ilyen eredményre jutunk, ha a bevezető sorokban említett 24 tabes conjugalis-esethez a jelen három esetet hozzászámítva, 27 esetből veszszük az arányszámokat, megjegyezvén, hogy egy eset mindig egy házaspárra, tehát két egyénre vonatkozik. Aránytalanul meghosszabbítanám e közleményt, ha minden egyes esetet, ha csak néhány szóval is ismertetnék s ezért csupán a szerzők által adott végeredményeket veszem számításba; azt hiszem, hogy teljesen jogosult vagyok az általam közölt három eset mindegyikében a luest biztosnak felvenni. Eme 27 esetben a lues következőképpen szerepel:

biztos lues	23 eset, vagyis 85.19%
valószínű lues (tagadva, de kimutatva)	3 „ „ 11.11%
tagadott, s ki nem mutatható lues	1 „ „ 3.70%

Ha még a sceptikus Motschukowski példájára a valószínű lues-eseteket is hozzáveszszük, a mi tehető, mert a három esetben csak a beteg tagadja a luetikus infectiot (omnis syphiliticus mendax), de azt más tünetekből (több abortus, sterilitás, secundaer tünetek stb.) több mint valószínűséggel lehetett kimutatni: akkor a conjugalis tabesnek 96.3%-ában fennáll a lueses előzmény, mi viszonyítva a negatív 3.7%-kal óriási arányszámnak mondható, a melynek rendkívüli bizonyító erejét bővebben hangsúlyozni felesleges.

Csak még egy momentumra akarok röviden reflectálni; egy nézetre, melyet Souques hangsúlyoz. Szerinte kétségtelen, hogy a tabesnek, s jelesen a házastársak tabesének oka a syphilis, de azt véli, hogy — Morell-Lavallée és P. Marie értelmében is — egy syphilist „à virus nerveux“ kell felvenni, azaz a syphilitikus egy külön fajtáját, mely specialis affinitással bír a központi idegrendszerrel szemben, s csak ezen specifikus virussal bíró syphilitissal való fertőzés okozhatja az idegrendszernek úgynevezett metasyphilitikus megbetegedéseit. Analogiáját eme specifikus syphilis fajtának abban látja, hogy Besançon és Labbé kimutatták, hogy a staphylococcus pyogenesnek egy bizonyos külön fajtája csakis és kizárólag az ízületekben telepszik le. Nézetének támogatására Souques felhoz két esetet a francia irodalomból: az egyikben egy nő öt férfit inficiál luessel, s mind az öt férfit paralytikus lett, a másik esetben pedig egy nőtől 2 férfi lett inficiálva, s mindkettő tabes dorsalisban pusztult el.⁹

A magam részéről eme különleges syphilis „à virus nerveux“ felvételét nem találom sem indokoltnak, sem jogosultnak. Eltekintve attól, hogy a syphilidologok közt e specifikus lues nem talált visszhangra, s hogy a luest egy egységes, osztatlan kórképnek ismerjük, a két cumulált megbetegedési eset nézetem szerint csupán akkor birna bizonyító erővel, ha a) az illető lues-terjesztő nő maga is paralysis progressivában vagy tabes dorsalisban betegedett volna meg, b) vagy legalább kimutatva lenne, hogy eme

⁷ Motschukowski: Ref. Neurol. Centralbl. 1900. 766. oldal.

⁸ Strümpell: Lehrbuch d. spec. Path. u. Therapie. 1900. III. k.

⁹ Legújabbban Ingelrans is a specifikus virussal bíró syphilis hívének vallja magát. (Referatum a Revue Neurologique 1901. 14. számában.)

nő nem inficiált más senkit sem, jelesen senkit, a ki a közönséges, nem specifikus lues tünetei között betegedett meg. Mert ha egy eredetből lues „*virus nerveux*“ és közönséges syphilis fejlődik, a specifikus *virus theoriaja* nem állhatja meg a kritikát.

A míg tehát a specifikus syphilis csak be nem bizonyított theoria értékével bír, ebben nem kereshetjük okát annak, miért betegszik meg a syphilitikusoknak egy része tabesben vagy paralysis progressivában, míg egy nagy részük egészséges marad, hanem e specialis hajlam más okban, talán az idegrendszernek veleszületett vagy szerzett különös dispositiojában keresendő.

T Á R C Z A.

A Schönow-ház.

(A zehlendorfi idegbeteg-sanatorium.)

Berlin, 1901.

A modern orvostudomány egyik vívmányának tekintheti azt részben társadalmi, socialis viszonyok hatása alatt megalakult irányt, a mely egyes betegségeknek sanatoriumokban való gyógyítását követeli. Hogy mily nagy jelentősége van e gyógyítási módnak pl. a tuberculosis terén, azt talán eléggé bizonyítják azon széleskörű, intensiv mozgalmak, melyek nagy orvosok szózatára ily sanatoriumok felállítása céljából jöttek létre úgy külföldön, mint hazánkban. Az állam karöltve a társadalom majdnem összes rétegeivel sorompóba áll és lehetővé teszi, hogy a szegénysorsúak is védekezzenek a szörnyű baj ellen. Kevésbé áll előtérben a század egy másik igen nagy s mindjobban elharapódzó bajának, az idegbajoknak veszélye, s azért talán nem látszik oly égetőnek az idegbajok kiterjedtebb gyógyításának szüksége. Pedig a modern raffinált életmód áldozatai, kik az élet viharai s küzdelmei közt lelkileg kárt szenvedtek, kiket a megélhetésért való szívós küzdelem, s a feltűnés és élvezethajlászás testileg és lelkileg kimerített, vagy a kiknek kedélyi egyensúlyát a sors csapásai bontották meg, mind nagyobb számmal járkálnak közöttünk, részint titkolva bajukat, részint félreismerve. A társadalom, sőt még az orvosok sem veszik eléggé komolyan e szerencsétlenek baját, s legtöbbször megállapodván abban, hogy sem organikus bajuk, sem határozott elmebetegségük nincs, panaszaik legnagyobb részét úgy tekintik, mintha azokat a beteg maga okozná s csak föle függene, hogy azoktól megszabaduljon. A beteg pedig, ha vigasztalja is az orvos szava, hogy organikus baja nincs, épen úgy, vagy talán még jobban szenved, mint az, a kinek van; minél kevésbé veszik komolyan baját, annál inkább kétségbeesik, pedig a társadalom csak akkor vesz tudomást róluk, mikor az öngyilkosok és elmebetegek mindjobban növekvő számának statistikáját olvassa.

Ez a dolog nem kerülte ki néhány világosan látó német orvos szemét. Látták egyrésztől e betegek helyzetének fonákságát, de látták másfelől azt a kárt, mely e idegbajok szaporodása folytán a munkakerők gyengülése és kevesbedése által a társadalomra és államra hárul, valamint főleg azt is, hogy az ily idegbajok hatása mind szélesebb és szélesebb körben súlyos örökség gyanánt nehezedik az utódokra, s hozzáálltak a helyzet javításához. Az ily betegek gyógyulásának majdnem minden esetben első feltétele az, hogy környezetükből kikerüljenek, a mit a vagyonosabbak elérhetnek az által, hogy az egyik vagy másik sanatoriumot keresik fel, a szegényebb osztály azonban erre nem képes, pedig épen ezeknek a betegeknek, kiknél a rossz lakási viszonyok, a táplálkozás hiányossága, s a környezet rendesen nem eléggé megfelelő intelligentiája a gyógyítást lehetetlenné teszik, okvetlenül szükséges az, hogy más viszonyok közé kerüljenek. A kórházak nem felelnek meg e célnak. Nem rendelkeznek az ily betegeknek alkalmas gyógyító eszközökkel, s rendesen hiányzik az érdeklődés is az ily betegek aprólékosnak látszó folytonos panaszai iránt, miért is a kórházak nem szívesen veszik fel az ilyen beteget, s szívesen adnak túl rajta.

Ezek voltak alapmotívumai annak a mozgalomnak, melyet Németországban többen egyszerre, egymástól függetlenül, s egyik a másiktól nem tudva indított azzal a célzattal, hogy a szegényebb sorsú idegbetegek számára sanatoriumokat építsenek.

Benda, Ludwig, majd *Moebius* majdnem egy időben vették kezükbe a tollat, s főleg utóbbi nagy lelkesedéssel s igazi erővel kidolgozott irata (*Ueber die Behandlung d. Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten*), mely rövidesen két kiadást ért meg, figyelmessé tette s megnyerte az ügynek az összes nagy német neuropathusokat. Egymást érték a sanatoriumok felállításának szükségességét hirdető szózatok; *Jolly, Eulenburg, Smith, Fürstner, Laehr* stb. vállaltak iparkodtak a kérdést népszerűvé tenni s annak híveket szerezni.

S a mozgalom nem maradt eredménytelen. Hamarosan egyútt voltak az anyagi eszközök s Németország, mely az orvostudományban oly határozottsággal viszi a vezető szerepet, megtette e téren az első lépést: ezelőtt 2 évvel megnyitott Zehlendorfból a szegénysorsúak részére az első idegbeteggyógyítóintézetet, a „Heilstätte für Nervenkranken, Haus Schönow“.

A sanatorium felállítása nem ütközött igen nagy nehézségekbe. A hatalmas szózat, mely több irányból egyszerre hatotta át Németországot, meghallgatásra talált azokban a körökben, melyek a jótékony-ság ideális gyakorlatában elől szoktak járni, s hat adakozó — nem neveztek meg magukat — 232,000 márkányi összeget bocsátott *Laehr Henrik* tanár rendelkezésére, hogy azzal a szegénysorsú idegbetegeknek

sanatoriumot építsen. Az összeg, bármily nagy volt is, mégis kicsiny volt ahhoz, hogy céljának megfelelő intézetet építsenek s azt kellően szereljék fel, kicsiny volt még akkor is, mikor *Laehr* maga 7 hektárnyi birtokát szintén felajánlotta a sanatorium céljaira. Az építkezésre és berendezésre szükséges összeget körülbelül félmillió márkára becsülték az intézet fenntartását illetőleg pedig arra az alapra állottak, hogy az ápolási díjakat úgy fogják kiszabni, hogy azok a fenntartási költségeket épen fedezzék addig, míg esetleges újabb jótékony-ság a díjak leszállítását, esetleg ingyenes helyek behozatalát lehetségessé teszi.

A még szükséges pénzösszeg előteremtésére egyesület alakítását határozták el. A német társadalom előkelőségének s a legelső orvosoknak aláírásával felhívás ment szét, mely egy ily egyesületbe való belépésre és adakozásra szólította fel az egész társadalmat. A felhívásban ékes szóval esetelték az idegbetegekről való ily gondoskodás szükségességét, a mit főleg *Moebius* híres irata hangoztatott oly meggyőzően, a mely különben a megoldás helyes útját is kijelölte, mikor a sanatoriumi munka szükségességét vitatta. Nyilvános ideggógyító intézeteket kell felállítani, mondá a felhívás, melyek szervezetükben e követelményeknek megfelelő-jenek, s ne szolgáljanak kereseti forrásul. S ha egy testület e szükségletnek eleget fog tenni, úgy nemcsak számtalan beteg, hanem az egész társadalom hálijára tarthat számot, s példája áldásos utánzásra találand minden kulturállamban!

A felhívásnak nem várt hatása volt. A legszélesebb körből jöttek adományok s nemokára együtt volt a szükséges összeg, melylyel az építkezést megkezdheték. Az intézetet 1899. szeptemberében megnyitották s átadták rendeltetésének.

* * *

A sanatorium a Zehlendorf és Teltow közt elterülő fásor mellett Berlintonól félórányi távolságban fekszik. Az intézet egyelőre három épületből áll, melyek közül kettő tisztán a betegek rendelkezésére áll, a harmadikban a gazdasági berendezések, az igazgató lakása s a hivatalos helyiségek vannak elhelyezve, ezeken kívül azonban ebben az épületben néhány szobát rendeztek be valamivel jobbmódú betegek számára, kik nem a rendes 2—4 márkát fizetik, hanem hetet, s kik itt valamivel több kényelmet élveznek. Az így befolyt összeg feleslegét a többi betegek helyzetének javítására fordítják.

Az intézet 80 beteget fogad be egyszerre és pedig főleg olyanokat, kik alkalmas intézeti gyógyítás útján gyógyulásra számot tarthatnak. Ilyenek főleg a functionalis neurosisok (neurasthenia, hysteria, hypochondria, kényszerképzetek, könnyebb depressiók stb.). De — minden esetre korlátozott számban — felvesznek organikus idegbajokban szenvedőket is, kiknél még a munkaképesség részbeni visszaállításra remélhető. E betegek felvételének azonban más célja is van. A német intézetekben általában mindjobban érvényre jut az az irányzat, hogy a beteganyag lehetőleg ne legyen teljesen egyöntetű és pedig főleg az intézeti orvosok tudományos továbbképzése szempontjából. Így pl. az epilepsziás sanatoriumok, melyek eddig csak epilepsziásokat vettek fel — a wulgarteni sanatoriumban 1100 epilepsziás van együtt —, mindinkább hangoztatják azt az óhajukat, hogy az orvosok képzése céljából engedjék meg elmebetegek felvételét is. Ez is egyik célja tehát a zehlendorfi sanatoriumban is e organikus idegbajokban szenvedők felvételének. De különben is e betegek látása — mint nekem az intézet igazgatója mondta — psychotherapeutice is jó hatással van a sanatorium tulajdonképeni beteganyagára, a functionalis idegbajokra. A neurastheniás, a hypochondriás, ki saját egészségi állapotát a lehető legrosszabbnak tartja, szinte megkönnyebbül, ha látja, hogy még súlyosabb idegbajok is léteznek, a mely megkönnyebbülést még fokozza az a körülmény, hogy e betegek súlyosabb állapotuk dacára is rendesen jobb kedélynek örvendenek. Epilepsziásokat és határozott elmebetegeket, főleg kiknek öngyilkossági szándékaik vannak, nem vesznek fel. A betegek — férfiak és nők teljesen elkülönítve — 1—6 ágyas szobákban laknak, melyekben bajuk minősége, de az egymás iránt tanúsított sympathia szerint is vannak csoportosítva. Ezenkívül minden emeletnek közös ebédlője, társalgószobája és erkélye van. A szobák berendezése egyszerű, de hygieniás szempontból korrekt.

Az intézet személyzete 1 orvosdirectorból, 2 segédorvosból, 1 főnőknéből, 4 ápolónéből, 4 ápolóból s a segédszemélyzetből áll.

A mi a betegek gyógyítási módját illeti, az a különböző betegségek szerint különböző. Az intézet fel van szerelve az elektro- s hydrotherapia minden szükséges eszközével, s ez eszközöket nagyon behatóan alkalmazzák is. Különösen intensiven veszik igénybe a vízgyógyintézetet, melynek douchejai, elektromos, szénsavas, fény- és homokfürdői stb. folytonos alkalmazásban vannak. A betegek azonkívül nyáron a szabadban, télen egy erre szolgáló teremben testgyakorlatokat is végeznek. Kevésbé alkalmazzák a mechanotherapeutikus eszközöket, melyekkel az intézet szintén fel van szerelve, s legkevésbé a belső gyógyszerelést.

Mindezekon felül áll azonban az intézet tulajdonképeni gyógyító eszköze, mely a psychikus megbetegedések terapiájában a főszerepet játszza: a betegek foglalkoztatása, a sanatoriumi munka. Az individualizálás természetesen e tekintetben is példás, mert hiszen vannak egyének, kik pl. testi vagy lelki túleröltetés betegek, s főleg eleintén inkább nyugalomra van szükségük, mint systematikus munkára. A sanatorium ezek számára is kitértő terennomot nyújt.

A legtöbb functionalis neurosisnál azonban a munka képezi az ideális gyógyszer. Hiszen az ily betegek nagyrésznél az a fő, hogy bátorságot öntsünk beléjük a munkára s felkeltsük kedvüket rendszeres foglalkozáshoz. S a mit *Moebius* oly sok melegséggel követel az idegbetegek számára: a hibás, káros és haszontalan tevékenység kiküszöbölését, rendszeres, pihenéssel váltakozó, jó és lelki megnyugvást

szerző munkára való rávezetést: mindezt a betegek e sanatoriumban megtalálják.

A munkaidőt az egyes betegek állapotához mérten az igazgató főorvos szabja meg. A betegek legnagyobb része szívesen fog a munkához, mert tudatában van annak, hogy a munka bajának egyik gyógyító szerepe: a ki a munkában nem akar részt venni, azt nem veszik fel.

Az egyes foglalkoztatási módok következők: famunkák — durvább asztalosmunka, lombfűrész munka —, fába való égetés, rajzolás, füstés; asszonyoknak különböző kézimunkák, továbbá házi- és konyhamunkák stb. E munkákhoz a betegek csoportonként közös munkatermekben gyűlnek össze, s ott egy arra szerződött szakember vezetése mellett dolgoznak. Más betegeket — pl. irodai munkával foglalkozókat, kiknél szükség van arra, hogy a régi rendszeres munkához hozzászokjanak — írásmunkákkal foglalkoztatnak. Ismét másoknál, kiknél az a fő, hogy testileg ne fáradjanak, ellenben pszichéjük foglalkozzék, műlapok rendezése, természetrajzi gyűjtemények, bélyeggyűjtemények rendezése stb. mutatkoznak igen hasznosnak. Egyesek modellroztak is. Ismét másnemű munka a kerti és földmunka, melyhez a sanatorium területe bő alkalmat nyújt s melyben szintén szakavatott kertész ad instructiót. Az ásás, kapálás, fák, virágok ápolása, utak javítása stb. mind kedvező foglalkozása a betegeknek. E munkákat télen a hólapátolás és a földásás pótolja, a mit különösen szívesen végeznek a betegek.

Mind e munkák közül az asztalosmunka az, a mely a betegek figyelmét legjobban lekötöti, s a mivel így legszívesebben foglalkoznak, még szívesebben, mint pl. a kertészettel, a mi pedig szintén egyik kedvenc foglalkozásuk. Az asztalosmunkánál t. i. a beteg maga rögtön ellenőrzi munkájának korrektségét, a mit a kertészkedésnél csak nagy tapasztalat tehet meg. Az asztalosmunkának ezt a valóban fascináó hatását már Grohmann kiemelte, a zürichi mérnök, ki ideggyógyító intézetében először honosította meg gyógyeszközként a rendszeres foglalkoztatást, s ki laikus volta dacára megfigyeléseiben igen sok idegorvoson tútesz. Ő mondja azt, hogy látott pl. egy csoport beteg — egy orvost, egy ügyvédet, két tanulót s egy kereskedősegédet —, a mint egy czipőhúzó szerkezetének helyességéről vitatkoztak, a melynek elkészítése kettőjük feladata volt. Ehhez hasonlólt más munkánál, pl. a kertészettel nem látott. S hozzá még megjegyzi, hogy a fent nevezett betegek rossz kedélyű, hypochondriás hajlamú, túlérzékeny egyének voltak, de a munka, mely érdeklődésüket lekötötte, kibékítette őket s felkeltette bennük a collegialitás érzetét. Egyesültek a munkában, dacára a nagy különbségnek, mely korra, műveltségre, temperamentumra és társadalmi állásra nézve köztük fennállott, s elfelejtették — ha csak egy időre is — betegségüket.

De térjünk vissza a sanatoriumhoz. Az intézet gondoskodik a betegek szórakoztatásáról. Séták, torna- és labdajátékok képezik a főmultságokat. A séta csak az intézet területén belül vagy felüyelet alatt van megengedve, mert épen az egyedül való sétáknál a beteg gyakran visszaél szabadságával olyan dolgokban, melyek az intézetben belül tiltva vannak, így pl. az alkoholfogyasztásban.

Kéthetenként esti multságokat is tartanak, melyeken a betegek maguk irodalmi s művészeti előadásokkal mulattatják egymást. A köznap estéken társasjátékok vannak napirenden, hogy a szokásos olvasás, főleg pedig a tereferálás, mely rendszeren az egyesek betegségének symptomáiról folyó, elkerültesek.

Ilyenforma a betegek élete az intézetben. De gondoskodnak a betegekről az intézetben kívül is. Az intézet kuratoriuma t. i. elhatározta, hogy női csoportokat creál, melyeknek tagjai egy bizonyos tervezet szerint szintén hozzájárulnak ahhoz, hogy az intézet betegeinek állapotát javítsák.

Két ily női csoport képződött: az egyik Berlinben, a másik Zehlendorfbán, az intézet helyén. A berlini csoportnak négyféle működési tere van. 1. Tudakozódás a beteg anyagi viszonyai után azokban az esetekben, hol a betegek a díjak mérsékléseért folyamodtak. 2. Gondoskodás az elbocsátott betegekről és azok családjáról. 3. Munkaszervezés. 4. A betegek s hozzátartozóik' segítségére szolgáló pénztár szervezése. A csoport anyagilag támogatja az elbocsátott beteg addig, míg állást kap, támogatja őket állandóan is, ha munkaképességük esőkent, gondoskodik az intézetben levő beteg családjáról, rendezi pénzügyi viszonyait, esetleg vezeti a háztartást, ellenőrzi, esetleg lehetővé teszi az orvosi rendelletek megtartását, segíti őket új élethivatás elsajátítására stb. Ez az igazán áldásos működés valóban kiegészítő részét képezi az intézeti gyógyításnak. Hiszen kézen fekvő dolog, hogy az a lelki nyugodtság, melyet a beteg érez, mikor tudja, hogy otthon hagyott családjának sorsa gondos, jó kezében van, s hogy mikor az intézetből kikerül, ő is támogatásban fog részesülni, míg megélhetéséről maga gondoskodhatik, ez a lelki nyugodtság nagyban hozzájárul a gyógyuláshoz.

A másik nőcsoport a zehlendorfi intézeti betegek gondozásával foglalkozik. Igyekeznek nekik apróbb élvezeteket, kellemetességeket szerezni, a nőket új kézimunkákra tanítják, kirándulásokat csinálnak a betegekkel stb.

Végre még röviden az intézet első évének statistikájáról akarok néhány szót szólni. 1900-ban megfordult az intézetben 381 beteg, ezek közül eltávozott 350, és pedig 34 gyógyultan, 214 javultan és 95 javulás nélkül, 7 meghalt. A teljes gyógyulás diagnosisa ily betegeknél igen nehéz, a mennyiben igen sok függ a beteg viszonyaitól abban a tekintetben, hogy a baj nem jő-e vissza. A javulást akkor mondják ki, ha a beteges symptomák, melyekkel a beteg az intézetbe jött, teljesen elmúltak, s a beteg újból képesnek érzi magát arra, hogy előbbi élethivatását betöltse. Ha tehát a gyógyultakat és ily értelemben javultakat teljesen joggal együvé szá-

mitjuk, úgy az arány a következő: *Gyógyult és javult 70:80%, nem gyógyult és meghalt 29:20%*. Az átlagos gyógyítási tartam 2 hónap.

A mi a betegek korát illeti, legtöbb a 31—40 év között, legkevésbé a 61—70 és 10—20 között volt.

Foglalkozásukra nézve a betegek legtöbbje foglalkozás nélküli, ezután jönnek a kereskedők, utánuk az iparosok és varrónők.

A betegségek fajáról a következő statisztikai számokat akarom kiemelni:

Organikus idegbajban szenvedett	12:90%
Neurosisban	62:10%
Könnyebb psychosisban	23:60%
Belső megbetegedésben	1:390%

A neurosisok közül legtöbb volt a neurastheniás és pedig férfi, azután jöttek a hysteriások, főleg nők, harmadik helyen a chronikus alkoholisták, negyediken a traumatikus neurosisok stb. A psychosisok közt a legtöbb volt a melancholia és hypochondria.

* * *

Több órát töltöttem a sanatoriumban s igazi élvezettel hallgattam az intézet fiatal, kitünő igazgatójának, *Laehr* egyetemi magántanárának magyarázatait s felvilágosításait. S mikor a gyönyörű fasoron keresztül visszamentem a vonathoz, elgondolkoztam azon, hogy ime, miként a természet minden hiányt önjerejéből igyekszik kijavítani s betölteni, úgy gondoskodik a társadalom is saját áldozatairól, mikor a modern élet e betegeit önjerejéből állítja vissza az egészségesek sorába. Szemem előtt állott a mozgalom eszménye: az egészséges, erős, idegedzett, elfajulás nélküli utókor, mely a hatalmas german népet a nemzetek közt első helyre fogja emelni.

Mikor fogunk mi ott tartani, hogy ilyen intézményekre csak *Bálint Rezső* dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A sérvsebészet az utolsó években.

Közl: Ostermayer Miklós dr. Budapesten.

II.¹

Azóta, hogy a sérvnek radicalis kezelése operatív úton az anti-, de leginkább az aseptikus sebkezelés alapján általános lett, óriási tevékenység fejlődött e téren részben különböző műtéti módok feltalálásában, részben csak tökéletesítésében. A sok módszer között első helyet foglal el mind kiterjedtségére, mind megbízhatóságára nézve *Bassini* eljárása — természetesen a gyakoriságánál fogva legfontosabb lágyéksérvről lévén szó —, mely mellett azonban *Mac Ewen*, *Kocher*, *Czerny*, *Lucas-Championnière*, *Halstead* műtéti eljárásai is a sebészek különböző ízlése szerint többé-kevésbé népszerűek. De bármennyire is tökélyesbült a gyökeres sérvműtétek technikai oldala, mégis akad e mellett elég oly körülmény, mely kedvezőtlenül befolyásolja a gyógyulást, nemkülönben a gyógyult állapot tartósságát, ezenkívül a szomszédos szervek (here, ondószínör) épségét veszélyezteteti, s ekként kiküszöbölést, correctiot követel. Nagy is a törekvés ezen irányban, miért is megérdemli, hogy figyelemben részesítsük.

Hogy némi áttekintést nyerjünk a *gyógyulási minőségek számbeli arányairól*, a *recidivák gyakoriságáról*, nemkülönben a *seblefolyást zavaró esetleges szövődményekről*, czélszerűnek tartom a legutóbbi öt év alatt megjelent, előkelő sebészek kódoráin végzett nagyobb számú gyökeres sérvműtétekről szóló jelentések rövid statisztikai kivonatát felsorolni.

Nicoladoni-nak (Wiener med. Presse. 1895. 10—12. sz.) Bassini szerint operált 160 esete közül per primam gyógyult 123, per sec. 35 eset. Kettő pyaemiában elhalt.

Kocher-nek saját módszerével és pedig mély csatornavarrattal (tief Canalnaht) kezelt 84 esete közül 74-szer p. p., 10-szer p. sec. gyógyulás állott be. 64 esetben az utólagos vizsgálat 6 recidivát állapított meg. A „Verlagerungs-Methode“-jával operált 48 eset 10-szer genyedést mutatott fel a varratoknak és a sérvtömlőnek részleges ellökődésével, minek okát *Kocher* a tömlőnyak erős megcsavarásának és megtörésének tulajdonítja a meghajlítási helyen. Daczára a genyedésnek 31 utólag megvizsgált esetben csak 2 recidiva mutatkozott. A varratot többszörösen összesodort, igen finom nickelsodronnyal végezte. (Langenbeck-féle Arch. f. Chir. 4. k. 1. f.)

De Garmó (Journal of the American med. Association. 1897. 14. sz.) Bassini szerint operált 250 esetében 207 p. pr. gyógyulás volt 6 recidivával. Silkwormgut-varrat.

E Slajmer (Langenbeck-féle Archiv f. Chir. LVI. 4. kötet) 150 Wölfler módszere szerint operált esetben 9:2% visszaesést állapított meg.

Schnitzler (Albert-féle sebkóroda Bécsben) 178 Bassini szerint műtett esetről referál, melyek közül kettő a sebből kiindult sepsis következtében elhalt. A visszaesés 2:60%.

Bull és Colley (Americ. journal of med. sciences) 618 Bassini szerint megoperált esete közül 12 recidivázott. 400 utóbbi esete közül az elsőleges gyógyulás 373 esetben következett be.

Bloodgood (John Hopkins hospital reports. 1899. 3—9. szám.) több száz Halstead szerint műtett esetben a genyedést 24:130% és 9:60%-ról ezüst-sodronny használatával 4:20% és 1:70%-ra leszállította.

¹ Az első közlemény lapunk múlt évfolyamában a 677. lapon található.

Simon (Czerny seb. kórodájáról, Beitr. zur klin. Chir. XVIII. 27.) 109 Czerny, Mac Ewen, Bassini, Battini és Wölfler szerint műtett esetben 11-90%-nyi visszaesést állapított meg.

Ludwig (ugyanott XVIII. kötet, 3. füzet, Hacker, innsbruck-i seb-kóroda) 143 Bassini szerint végzett gyökeres sérvműtét esetében 130 p. pr. és 12 p. sec. gyógyuláshoz és egy pyaemiában elhalt esetről számol be.

Legújabbban *Galeazzi R.*-től (Carle sebészeti kórodájából, Clinica chirurgica 1899. 7. sz.) jelent meg imponáló számokkal rendelkező statisztikai kimutatás Bassini (1120 eset) és Kocher (280) szerint műtett sérvesetekről. Az összesen 1400 eset közül 840 utólagosan megvizsgáltatott és megállapított, hogy 792 (94-29%) két évnél hosszabb idő óta gyógyult, 48 (5-71%) pedig recidivált: ilyenek tekintetében a nem teljes gyógyulás és a visszaesésre való hajlandóság is.

Az 1400 műtét után 1271 esetben 90-86%-nyi p. pr., 128 esetben pedig (9-14%) p. sec. gyógyulás állott be. Az utóbbiak közül 10 (8-20%), a p. pr. gyógyultak közül 38 mutatott visszaesést.

A Bassini szerint műtett esetekben egészben 5-99%, a Kocher szerint végzett esetekben pedig 5-02%-nyi recidiva mutatkozott.

Rotter (Berliner klin. Wochenschrift, 1899. 7. sz.) a Bassini-féle módszert mint elméletileg leghelyesebbnek alkotott és megállapított, valamint gyakorlatilag legjobban bevált módszert dicséri 1-20%-nyi recidivával és 0-3-0-50%-nyi műteti halálozással.

Az újabb gyökeres sérvműtéteknek, de különösen a Bassini-félének az ondósinórra és herére való káros hatásáról több szerző nyilatkozik. Következőkben csak néhányat említek meg. *Stinson* (New-York medical record, 1896. March) kiemeli, hogy Bassini műtete vonaglás és nyomás által hátrányos következményekkel — genyedés, parenchymatosus orchitis és utólagos atrophia — jár a herére nézve. *Coley* (Americ. journal of med. sciences, 1895.) is panaszkodik, hogy több esetben orchitis után genyedés lépett fel. *Ludwig* (Beitr. zur klin. Chirurgie, XVIII. 3.) felemlíti, hogy a másodlagos gyógyulásoknál a fölületes varratokból kiinduló genyedés súlyos folyton heresorvadásra és necrosisra vezethet. A genyedés kiindulási pontját a bőr alatti haematómában, vérmülyében keresi, mely elég gyakran mutatkozik Bassini gyökeres műtete után. Magam is láttam egy esetben herenecrosist Bassini után, mely azonban a tartós gyógyulást nem akadályozta.

Szemügyre vévén a felsoroltakat, látjuk, hogy a genyedésel járó, a másodlagosan gyógyuló esetek száma bizony elég jelentékeny, a nem közbülső szövödmények, mint hónapok hosszanti genyedés — sőt egy évre terjedő is ismeretes —, heresorvadás és elhalás aránylag nem ritkák, sőt, hogy sepsis alapuló halálesetek is mutatkoznak 1-20% magasságban. Ezek alapján nem szabad oly könnyelműen teljesen veszélytelennek nyilvánítanunk az új gyökeres sérvműtéteket, mint azt több előkelő sebész teszi, hanem az esetleges káros következményekre is kell figyelmeztetnünk a beteget, nehogy kölcsönös csalódás érje az érdekelt feleket.

A sebészek a genyedés okát a varróanyag minőségében keresik s azért a legváltozatosabb varróanyagot használják. Selyem (*Bassini*), catgut (*Nicoladoni*) górugrány-in (lig. nuchae) (*amerikaiak*), nickel-, aluminum-, bronz-, ezüst-, aranyodrony (*Tansini, Francisco*) van használatban a nélkül azonban, hogy a varratgenyedés teljesen elkerülhető volna, mert nem a varróanyag magában véve, hanem a vele bevitt fertőző anyagok okozzák a genyedést. *Jonnesco* (Centralblatt f. Chir. 1899. 3. sz.), *Link* (ugyanott 12. sz.), *Selmi* (ugyanott 1898. 48. sz.) és mások akként gátolják meg a varratgenyedést, hogy a többnyire mesterkélten módon elsüllyesztett varratokat a bőrbe elsődleges gyógyulása után eltávolítják. *Faure* magát a hosszabban ketté szelt sérvtömlőt használja fel varró-anyagnak. (Centralblatt f. Chir. 1899. 8. sz.)

Recidivát is látunk különféle arányokban. Tagadhatatlan azonban, hogy a sebészeknek a műtétek növekedő számával javuló és tökélyesbülő technikája, ügyessége mind a káros szövödményeket, mind pedig a recidivákat a lehető legkisebb fokra csökkenteni és még tovább is csökkenteni fogja, de teljesen elkerülhető ez nem lesz, mert többnyire a műtő személyén kívül eső momentumokon alapszik, mint a hasfalak egyéni gyengeségén, a szövetek szakadékonyságán, a műtett betegnek nemsokára a műtét után nehéz munkába való állásán stb.

A sokféle újabb gyökeres műtét használhatóságát tekintetbe véve nyugodtan csatlakozhatunk *Rotternek* már említett nézetéhez, mely szerint a Bassini-féle módszert illeti meg az elsőség.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Győry Tibor: Morbus hungaricus. Orvostörténelmi tanulmány eredeti kútfők nyomán. Budapest. 1901. Kilián bizománya. 199 l. Ára 2 kor. — **Tiberius von Győry: Morbus hungaricus.** Eine medico-historische Quellenstudie. Jena, 1901. G. Fischer. Preis 5 M.

A természettudományok multjával a szakemberek aránylag keveset foglalkoznak. A saját történetük iránti közöny tekintetében a legelső között az orvosok foglalnak helyet. Pedig ez alapos tudásunk kárára van, nemcsak, mert elődeinknek munkáiban számos, a tudomány mai álláspontján is megszívlelendő adatot és tanácsot lelünk, hanem azért is, mert mai nézeteink közül nem egyet csakis fejlődésének ismerete után és alapján lehet igazán jól megérteni.

Azon okok között, a melyek miatt az orvosok tudományuknak annyira érdekes és tanulságos történetével aránylag oly keveset foglalkoznak, nézetem szerint első helyen az orvostörténetírás módja említendő. Az orvostörténelmi munkák a feljegyzésre méltó eseményeket koronként, többnyire századonként, az összefüggés keresése nélkül, szárazon letár-

gyalják, a mi által egy-egy tárgynak a fejlődését annyira szétdarabolva írják le, hogy az, ki a történelemben nem eléggé járatos, az összefüggést alig vagy épen nem bírja megérteni. Ezen nehézségnek pedig a természetes folyománya, hogy a megérthetőség nem elkerülhetetlenül szükséges orvostörténelemmel nem foglalkoznak.

Nézetem szerint sokkal vonzóbb, érthetőbb és tanulságosabb nagyobb problémák vagy egyes betegségek történetét külön megírni, mint századonként a fontosabb kérdések és ismert betegségek akkori álláspontját letárgyalni. Tudom, hogy az olyan történetírásban az ismétlések elkerülhetetlenek, mert ha csak röviden is, de koronként ki kell terjeszkedni az egész tudomány álláspontjára. Ezen hátrányt azonban bőven kárpótolja, hogy ily módon a természettudományok története iránt az érdeklődést fel lehet kelteni.

Ha volna orvostörténelmi előadás vagy munka, mely pl. a lázat, az emésztést, a vérkeringést, az idegrendszer ép és kóros működését, az anti- és asepsist, a kopogtatást, a bakteriológiát, stb.-t *feldelésükéntől a mai napig külön-külön tárgyalná*, akkor inkább volna az orvostörténelemnek hallgatósága is, olvasó közönsége is.

Ily irányban készült jeles munka fekszik előttünk Győry „Morbus hungaricus” című monographiájában. Kétszeres örömmel üdvözljük. Egyfelől, mert a külföldnek is alig van egy betegségről ily terjedelmes történelmi monographiája, másfelől e kór első sorban bennünket, magyarokat érdekel. De nemcsak terjedeleme nézve alig van más nemzetnek ilyfajta munkája, hanem minőségére nézve is. Több mint 70 egykori szerző eredeti munkájának az áttanulmányozása alapján készült. Minden állítást a kútfőkből való citatumokkal erősít meg. Az idézések legnagyobb része jegyzetekben lévén, a könyv gördülékeny olvashatóságát egyáltalában nem nehezítik meg.

A bevezető fejezetben szerző hazánknak a XVI-XVIII. században, a mikor a morbus hungaricus leginkább pusztított, hygieniai (talaj, víz, levegő, stb.) és általános socialis (háborús) viszonyait fejtegeti és a specialis ártalmakat ismerteti.

A második fejezetben a morbus hungaricusról író szerzőket szólaltatja meg kivonatolva, a mi által lehetővé teszi, hogy bárki maga is véleményét formálhat magának a nélkül, hogy a nehezen hozzáférhető kútfőforrások után kellene járnia.

A következőkben a modern klinika magaslatáról teszi a felsorolt szerzők nézeteit kritika tárgyává. A legélesebb klinikus és történetírói körületekintéssel, minden legcsekélyebb feljegyzés tekintetbe vétele után, megezárolva a lehető ellenvetéseket oda concludál, hogy a morbus hung. nem volt más, mint typhus exanthematicus. És tényleg minden a mellett szól, hogy Győry ezen következtetése az orvostörténelmi munkákban fellelhető ezirányú nézetnyilvánítások között a helyesebb.

Az utolsó fejezeteket a prophylaxisnak és a therapiának szánja. Rendkívül érdekfeszítő olvasnunk, hogy e fertőző betegség megelőzésére évszázadok előtt ajánlott hygieniai intézkedések jóformán változatlanul ma is megállják a helyüket.

Győry e könyvével egy kiváló orvostörténelmi munkával gazdagította az irodalmat. Az eddigi medico-historikusok nézetei a morb. hung.-ról nagyon eltérők, s Győry az első, a ki minden oldalról megvilágítja és az összes orvosi meg történelmi segédeszközök felhasználásával megokolva váltja fel a morbus hungaricus elnevezést a modern terminologia megfelelőjével, a typhus exanthematicus-szal.

Jó lélekkel ajánljuk e művet a collegák figyelmébe. Meg vagyunk győződve, hogy nem egy az orvostörténelem iránt eddig közönyös orvos Győry alapvető munkájának elolvasása után tudományunk multja iránt érdeklődéssel fog viseltetni. *Wenhardt dr.*

Uj könyvek. *Nobl:* Pathologie der blennorrhischen und venerschen Lymphgefäßerkrankungen. Wien und Leipzig, F. Deuticke. — *Schaeffer:* Experimentelle und kritische Beiträge zur Händedesinfektionsfrage. Berlin, S. Karger. — *Vámosy:* Beiträge zur Geschichte der Medizin in Pressburg. Pressburg, K. Stämpfel. — *Meyer:* Zur Organisation des Rettungswesens. Jena, G. Fischer. — *Kühnemann:* Praktische Diagnostik der inneren Krankheiten. Mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnostik. Leipzig, J. A. Barth. — *Kienböck:* Die gonorrhoeische Neuritis und ihre Beziehungen zur gonorrhoeischen Myositis und Arthritis. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Franqué:* Uterusabscess und Metritis dissecans. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Block:* Welche Massnahmen können behufs Steuerung der Zunahme der Geschlechtskrankheiten ergriffen werden? Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Riedinger:* Morphologie und Mechanismus der Skoliose. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Virchow:* Das neue pathologische Museum der Universität zu Berlin. Berlin, A. Hirschwald. — *Hanseman:* Die Rachitis des Schädels. Berlin, A. Hirschwald. — *W. Whittle:* A dictionary of treatment or therapeutic index. Fourth edition. London, H. Renshaw. — *Vallery-Radot:* The life of Pasteur. Translated by R. L. Devonshire. London, A. Constable and Co. — *G. A. Reid:* Alcoholism: a study in heredity. London, T. Fisher Unwin. — *J. Duncan:* Angioma and other papers. Edinburgh, Oliver and Boyd. — *J. U. Da Costa:* Medical diagnosis, with special reference to practical medicine. Ninth edition. London, Smith, Elder and Co. — *Herbert W. Allingham:* Diseases of the rectum. Seventh edition. London, Bailliére, Tindall and Cox. — *H. E. Annett, J. E. Dutton and J. G. Elliott:* Report of the malaria expedition to Nigeria. Liverpool, University press. — *H. H. Curtis:* Voice building and tone placing. London, H. Kimpton. — *J. Ewing:* Clinical pathology of the blood. London, H. Kimpton. — *F. P. Gorham:* A laboratory course in bacteriology. London, W. B. Saunders and Co. — *A. Church and F. Peterson:* Nervous and mental diseases. Third edition. London, W. B. Saunders and Co.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az emberi bélsár bacteriumai. *Klein* két irányban vizsgálta e kérdést: először a faecesben jelenlevő bacteriumok számát igyekezett megállapítani, másodsor tenyésztési kísérleteket tett. Saját methodusa szerint számolva a bacteriumokat, egy mgm. faecesben 75 milliót talált, tenyészténi azonban — a Koch-féle eljárás szerint — csak 365-öt sikerült. A különbség feltűnő nagy s mivel minden tenyésztalajon ilyenek mutatkozik, fel kell vennünk, hogy nem ismerünk még oly tenyésztési eljárást, mely megfelelné a faeces bacteriumainak. A 24 órai ürülék 8800 milliárd bacteriumából 98-99%-ot nem tudunk tenyészténi. Ha magát az ürüléket használjuk is tenyésztalajnak, akkor is rohamosan eszökkenik a bacteriumok száma, mi arra vallana, hogy a bélsár bactericid anyagokat tartalmaz. Higitás elősegíti a bacteriumok fejlődését. Lehetséges, hogy a 98%-nyi nem tenyésztethető bacterium között sok a már nem élő. (Cbl. f. Bact. 1900. XXX. p. 308.) *Dalmady Zoltán.*

Bacteriumok életképessége az igen kis cseppekben és por-szemcséken. *Kirstein* a giesseni orvostársulatban érdekes kísérleteket ismertett, melyek révén kiderült, hogy a finom porlasztóval szétszórt bacteriumok sokat vesztenek életképességükből. A prodigiosus bacillusokról már régebben kimutatta, hogy szétfeccskendezve 24 óra alatt elpusztulnak, most diphtheria, tuberculosis, tyúkholera, staphylococcus és streptococcus-fajokkal kísérletezett. A tuberculosis-bacillusoknál köpetet, a többinél serumot, bouillont vagy más culturát fecskendezett szét. Ellenőrzésül a kísérletre használt culturákba selyemfonalat is mártott s az ezekre tapadt microorganismusok életképességét is megfigyelte. Tapasztalásai szerint diffus napfényen és szabad levegőn a finom cseppekbe elosztott tyúk-cholera 10 óra, a diphtheria 2—3 nap, a tuberculosis 4—6 nap, a staphylococcus pyogenes aureus és egy streptococcusfaj 10—14 nap, az anthrax 10 hét lefolyása alatt pusztul el. A selyemfonalakon hónapok mulva is éltek a bacillusok. Igen finom por-szemcséken a prodigiosus 4, a staphylococcus 25 napig is élél. (Deutsche med. Wochenschr. 1901. Vereinsbeilage. p. 257.) *Dalmady Zoltán.*

Húgyszervi betegségek.

Subcutan gelatina-injectioi hatása vesekehelyvérzés eseteiben a czime *Gosner* egy eset kapcsán megirt dolgozatának. Erőteljes 23 éves katona 3¹/₂ hónap óta tartó jobb oldali pyelitis haematomembranacea folytán létrejött vérrelésben szenvedett, a mely minden kezeléssel daczolt. Kezelő orvosa 200 gm. 2¹/₂%-os gelatina-oldatot fecskendezett a beteg jobb mellkasának bőre alá. A befecskendezést igen nagy fájdalom követte, a mely a jobb nyakra, tarkójára, valamint a jobb karra sugárzott ki, ez utóbbit teljesen hűdve, majd hőemelkedés nélküli bágyadság érzése, szédülés, fejfájás, fájdalmak az ízületekben és végtagokban keletkeztek; az összes tünetek, a beszűrés helyén létrejött daganattal együtt 24 óra mulva megszűntek és megszűnt teljesen és véglegesen a vérrelés is. (Münch. med. Woch. 1901. 22. szám.) *Ráskai dr.*

A gyermekkori phimosis-operatioi contraindicatioi és a cystitis gyakorisága a czime *Rey* (Aachen) egy figyelemreméltó cikkének. A phimosis diagnosisa gyermekeknek az életkor első éveiben alig tehető meg, a mint azt már *Bókay* 1860 előtt hangoztatta, de a legtöbb sebész tankönyv által tekintetbe nem vétetik. A fityma az első életévekben physiologikus szűk és a makk felé nem vonható, mégis a vizelet visszatartás legközönségesebb okának tartva, igen gyakran műtétetik, a nélkül, hogy a vizelet kiürítés zavarai és az azzal járó súlyos állapot (a gyermekek rossz táplálkozása, lesóványodása, makacs kinzó ezezmák) megszűnne.

Tapasztalatai szerint a húgyretentionak sokkal gyakoribb oka, a gyermekeknek igen sűrűn fellépő cystitis, melynek jelentkezése a csecsemőkori legkönnyebben a gyermekruha szűró ammoniakalis szaga által vehető észre. Cystitis jelenlétének mindenek előtt ez szüntető meg és a phimosis-operatio csak akkor eszközölendő, ha a vizeletkiürítés mechanikus akadályai másképp meg nem szüntethetők; cystitis mellett eszközölt phimosis-operatioi nem használnak, sőt a következményes sebfertőzés által veszélyessé válhatnak. (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1901. junius.) *Ráskai dr.*

Börkörtan.

Oedema migrans esetét közli *Smith Bernhard*. Betegnél négy hét óta főleg az arczán hetenként kétszer oedema jelentkezik. A duzzanat átlátszó, fájdalomtalan, rendszeren alvás közben lép fel, délután 3 óráig persistál; minden therapiával daczol; a családban ideges terheltég volt kimutatható. (British Journ. of Dermatology, 1900. 8. sz.) *Szabóky.*

Pruritus vulvaenél, mely köszvényes, Bright-kóros stb. nőknél különösen éjjel néha elviselhetetlenné fokozódik, lehetetlen universalis szer ajánlása. *Robin és Dalché* a Gowland-féle oldatba (Hydrarg. bichlor. corros., Ammonii chlor. aa 0.10—0.20, Emulsion. amygdal. amar. ad gm. 200.0) mártott compressék felrakását, *Champetier de Ribes* 1:250 sublimat-oldatot ajánl, de ez utóbbi igen fájdalmas dermatitisek okozója lehet. A nyálkahártyák érzéstelenítésére jó szolgálatot tehet: Rp. Orthoformii, Dijodoformii, Talcii veneti aa. DS. Hintőpor, vagy a következő kenőcs: Rp. Mentholi 0.05, Guaiacoli 0.30—1.0, Zinci oxyd. 10.0, Vaselinæ 30.0. *Doizy* a 15%-os ichthyol-kenőcsöt, *Leredde* a methylsalicyl-kenőcsöt (1:20), *Kaposi* a nagyon hideg vizet ajánlja s a villamosság jó hatásáról is vannak feljegyzések. *Du Castel* az acid. lacticum igen gyenge oldatát adta belsőleg. (Journal des mal. cut. 1901. p. 582.) *Pódr.*

Az arsen mellékhatásához szolgált adatokat *Stark*. Egy akne vulgarisban szenvedő betegének solut. Fowleri és aq. menth. pip. aa keverékéből naponta 3 × 3 cseppet adott 3 × 20 cseppig emelkedőleg. Körülbelül három hét mulva az arcz bőre kissé sárga lett, míg hat hét mulva piszkos, szürkésárga színeződés lépett fel nemcsak az arcz bőrén, hanem a testfelület egyéb részein is. Hónalj, könyökhejt, térdalj sötétbarnán színeződtek. Conjunctivák kissé sárgásba hajoltak. Másik, szintén akneban szenvedő betege hasonló gyógyító mód mellett, miután 3 × 20 cseppre emelkedett, zooster facialist kapott, mire az arsen kihagyta. Három héttel a zooster gyógyulása után Stark ismét folytatta az arsen adagolását, mire ismét fellépett, habár kisebb kiterjedésben a zooster. Stark ebben is bizonyoságot látja a *Kaposi* által tagadott arsen-zooster létezésének (a mire különben *Bókay János* tr. már évekkel ezelőtt figyelmeztetett. Ref.). (Monatshefte f. pract. Dermat. XXXII. k. 8. sz.) *Pódr.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A fersanról nagyon dicsérően nyilatkozik újabban *Bilhaut*, kiemelve más vaskészítményekkel szemben teljesen értelmetlen voltát a gyomorra és bélre még nagy adagok huzamosabb használata esetén is; a fersan vastartalmán felül még bőven tartalmaz fehérjét is acidalbumin alakjában és így mint tápkészítmény is kitűnő szolgálatokat tesz. (Annales de chirurgie et d'orthopédie, 14. kötet.) Teljesen hasonló értelemben nyilatkozik *Tison* (Bulletin officiel de la Société médicale des praticiens, 1901. 5. szám), valamint *Tourlet* (Thèse de Paris, 1901.), a ki a párisi „Saint-Joseph”-kórházban szerezte tapasztalatait, melyek alapján nagyon értékes gyógyszernek tartja a fersant anaemiánál, chlorosisnál és neurastheniánál, valamint az összes consumptiv betegségeknek (tuberculosis, rák stb.), utóbbiak fejlődését meglasztván.

Noma egy gyógyult esetét ismerteti *Achwaldiani*. Eleinte a gangraenosus részeknek thermocauterrel eltávolítása után 20%/o-os chlorzink-oldatba mártott gyapottal fedte a kóros helyet, kalium chloricum-oldattal pedig szájojlítésekét végeztetett, s a mikor ennek daczára a roncsoló folyamat tovább terjedt, a Poljakoff ajánlotta pyoktanint vette alkalmazásba, olyan módon, hogy nevezett szer 10%/o-os oldatába mártott gyapottal jól kitörülte a gangraenosus részeket, valamint a száj- és torok-nyálkahártyát s ezen eljárást eleinte óránként, majd két óránként ismételte. Körülbelül 8 óra mulva a kóros folyamat már megállapodásra jutott, a gangraenosus részek lelétködtek, a fekélyek megtisztultak, a bűz megszűnt, úgy hogy másnap xerofomkötésre lehetett áttérni. 17 nap mulva szabálytalan heg visszamaradásával teljesen gyógyult a fekély. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 25. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 43. szám. *Borbély Samu*: Gyomor-bélműtétek. *Schein Mór*: A bőrbetegségek megfigyelése és kórismézése. *Herszky Manó*: Virchow és kora.

Orvosok lapja, 1901. 43. szám. *Goldzieher Vilmos*: Szemorvosi casuistika. *Krausz Arthur*: Miként lehetne a heveny fertőző betegségek számát hazánkban apasztani?

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 43. szám. *Zuckerkanndl*: Hólyagkö-műtétek. *Gabriel*: Az arteria meseraica aneurysmájának kórismézése. *Baracz*: Adat a tracheoplastikához.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 43. szám. *Schwarz*: A pulsus analysise. *Finger*: A szájúreg syphilise. *Halász*: Orr-garat-fibroma ritka esete. *Parascandolo és Marchese*: A hólyag curettement-je cystitis gyógyítására. *Jacobi*: A heroin hatása.

Wiener medicinische Presse, 1901. 43. szám. *Romniceanu és Robin*: Kis leányok fertőző colpitisének 130 esete positiv gonococcus-lelettel. *Geiringer*: Tapasztalatok heroinnal. *Strebel*: Az inductios szikrafény használhatósága a gyógyászatban. *Herz*: A peripheriás vérkeringési készülék neurosisai (vasomotorius ataxia).

Prager medicinische Wochenschrift, 1901. 39. szám. *Pick*: Az epilepsia tünettanához. *Bayer*: Spina bifida. *Rozdnek*: Necrosis haemorrhagica pancreatis acida acuta és viszonya a climacteriumhoz. 40. szám. *Hoke*: Cirrhosis hepatis súlyos anaemiával. *Pick*: Az epilepsia tünettanához. *Bayer*: Spina bifida.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 43. szám. *Sinnitzky*: Az eperentio befolyása a gyomormirigyek secretorius működésére. *Jahrmärker*: Kényszerképzetek esete. *Einhorn*: Látszólagos hasdaganatok. *Aufrecht*: Tüdőgümőkór és gyógyintézetek. *Elsner*: Gyomorloccsanás és atonia. *Volland*: Gyomorloccsanás és atonia.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 43. szám. *Shiga*: Epidemiás dysentéria Japánban, különös tekintettel a bacillus dysenteriae-re. *Laqueur*: Az uraemiás állapotok ismeretéhez. *Bendix*: A meningitis cytodignosisa. *Raehmann*: Dacryocystitis trachomatosa és a heveny dacryocystitis oka. *Gumprecht*: Külső kézfogás a defaecatio elősegítésére („Hinterdammshutz“). *Becker*: Adat a lymphomák tanához. *Dohrn*: Phthisikusok éjjeli izzadása ellen való szer.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 41. szám. *Lauenstein*: Az inak előhúzása lemetzésük előtt, mint oka az inbhüvelyphlegmonének sérülés miatt végzett ujjamputationál. *Mariani*: A nyaki sympathicus kétoldali kiirtása epilepsianál.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 43. szám. *Wolkowitsch*: Plasztika-módszer nehezen operálható vesicovaginalis fistulák zárására a méhvel.

La presse médicale, 1901. 85. szám. *Dieulafoy*: A homlok-lebeny syphilitis gummája epilepsziás rohamokkal. 86. szám. *Le Damany*: Adatok a pleuritisek tanáchoz.

Le bulletin médical, 1901. 83. szám. *Thiéry*: Hernia cruralis. *Lalitte*: Meningitis tuberculosa en plaques. 84. és 85. szám. A francia sebészek és urologusok congressusának tárgyalásai.

Progrès médical, 1901. 43. szám. *Brunier*: Börtályogok esecsemőknél. *Buret*: Stomatitis mercurialist utánzó gingivitis syphilitica; gyógyulás higanykezelés után.

La semaine médicale, 1901. 44. szám. *Guinon*: Tetania ritka alakjai.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 43. szám. *Debray*: Diplegia cerebralis. *Van Ryn*: A gümőkór ellen való védekezés jelen állása a különböző államokban.

British medical journal, 1901. október 26. *Sheridan Delépine*: Az emberi gümőkór átvitelisége szarvasmarhára. *A. E. Wright*: Anti-typhoid oltások. *W. H. Kelson*: A mandola elsődleges sankere. *C. P. Crouch*: A resorcin hatása fiatal gyermekek veséjére. *C. W. Chapman*: Házi legyek és betegség. *A. W. Allan*: Erythema nodosum iritissal szövődve. *G. H. Younge*: Heveny endocarditis gyógyítása. *P. Stewart*: Sebészi emphysema a kar sebzése után. *Seymour Taylor*: Az aortai aneurysmájának esete: paroxysmalis nehézlégzés, légesömetzés, halál.

The lancet, 1901. II. 17. szám. *Th. Bryant*: A speciális érzékek vizsgálata és nevelése. *A. P. Luff*: A gyógyszerrendelés művészetének hanyatlása. *A. E. Wright*: Anti-typhoid oltások. *Frank Shuffelbotham*: Az ólom hatása ólom munkásoknál. *H. Campbell Thomson*: Heveny gyomortágulás. *S. Vere Pearson*: Gyermekek heveny retropharyngealis tályogjai. *H. Weighton*: Mindkét állcsont komplikált törése. *T. Wilson Parry*: Urticaria darázscsipés után. *J. Hawkes*: Dohánymérgezés esete gyermeknél. *Humphry J. Wheeler*: Átfürödött gyomorfejkély műtét után gyógyult esete.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1901. október 31.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 42. hetében (1901. október 13-dikától október 19-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1901-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 728,235, katonai 16,484, összesen 744,719. Elve született 430 gyermek, elhalt 210 egyén, a születések tehát 220-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 30.0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 14.7 az egy éven felüli lakosságnál: 11.4, az öt éven felüli lakosságnál: 11.0. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 0, morbilli 0, scarlatina 5, variola 0, varicella 1, cholera asiatica 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 5, apoplexia 4, eclampsia 6, szervi szívbaj 14, pneumonia 14, pleuritis 1, pneum. catarrh. 3, bronchitis 4, tuberculosis pulmonum 31, enteritis 22, carcinoma 8, ezek közül méhrák 1, egyéb újképleték 5, morbus Brightii et nephritis 10, veleszületett gyengeség 5, paedatrophia 2, marasmus senilis 9, erőszakos haláleset 14, ebből gyilkosság és emberölés 3, öngyilkosság 7, bal eset 3, kétséges 1 (1). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi közórházakban. A mult hét végén volt 2864 beteg, szaporodás e héten 824, esökkenés 814, maradt e hét végén 2874 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi október 15-étől október 22-dikéig terjedő 42. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 54 (45), diphtheria, croup 22 (21) hagymáz (typhus) 8 (2), kanyaró (morbilli) 47 (46), trachoma 16 (4), vérhas (dysenteria) 2 (2), influenza 0 (0), hőkhurut (pertussis) 8 (14), orrbáj (erysipelas) 16 (19), gyermekági láz (febr. puerp.) 1 (0), járv. fültömrigylob 4 (2), ezenfelül varicella 42 (28).

± **Darányi János** dr. szobrát Aradon október hó 27-dikén leleplezték le emelkedett hangulatú ünnepély kíséretében az úgynevezett Baross-parkban. A különböző jótékony nő-egyesületek, a városi képviselőtestület, egyéb társulatok és a városi közönség jelenlétében **Mátek Lajos**, a szoborbizottság elnöke nyitotta meg az ünnepélyt, mire következett a leleplezés és a koszorúk letétele az egyes egyesületek részéről. Az Aradi Orvosegyesület nevében **Posgay Lajos** dr. városi főorvos nyújtotta át a koszorút. Azután **Vass Sándor** dr. ismertette meg a közönséggel röviden Darányi életét és jótékony munkásságát, majd ismételt beszéd kíséretében a szoborbizottság adta át Arad városának a szobrot további gondozásra. Az ünnepélyre üdvözlő iratokat küldöttek az „Országos Orvos-Szövetség” nevében: **Kéty Károly** tanár, az orvosegyesületi meghívásra: **Kovács Frigyes** tanár, az „Orvosi Hetilap” nevében: **Högyes Endre** tanár, távirati üdvözlőket küldöttek: a budapesti orvosi kör, az újvidéki fiókszövetség, a bányamegyei fiókszövetség és a váci orvosok.

△ **Kitüntetés.** Ö Felsőge **Kovács György** dr. Pozsony sz. kir. város tiszteletbeli főorvosának és rendőrorvosának a közegészségügy és közjótékony terén kifejtett hasznos működése elismerésül a királyi tanácsosi címet díjmentesen adományozta.

⊙ **Kinevezések.** A belügyministerium ideiglenes vezetésével megbizott miniszterelnök **Hintz Henrik** dr. sárosvármegyei tb. főorvost és

bártfai fürdőorvost, **Árkövy József** dr., a budapesti tudomány-egyetemen a fogászat nyilvános rendkívüli tanárát, **Kállay Rudolf** dr., szabolcs-vármegyei tb. főorvost és a nyíregyházi vm. közórház igazgató főorvosát, végül **Krassovetz Ignác** dr. zalavármegyei tb. főorvost és eszék-tornyai járásorvost az országos közegészségügyi tanács rendkívüli tagjává további hat évre újból kinevezte.

— **Uj tisztiorvosok.** A tisztiorvosi vizsgák országos bizottsága által Budapesten folyó évi október hó 7-dikétől 17-dikéig tartott vizsgálatokon a következő orvosok képesítették: Kitünően képesített: **Gobbi Gyula** magánorvos (Budapest). Képesítették: **Aáron Sándor** körorvos (Nagykároly), **Balázs Emil** magánorvos (Budapest), **Benkő Mór** körorvos (Nógrádkálló), **Bocskay István** körorvos (Szinevér), **Csurgó Jenő** kórházi alorvos (Kaposvár), **Fischer Ágoston** kórházi másodorvos (Budapest), **Glückstal Andor** magánorvos (Budapest), **Günther József** körorvos (Dunaszekeső), **Heinermann Alajos** kórházi segédorvos (Budapest), **Kolczonay István** klinikai gyakornok (Budapest), **Korbuly Dezső** községi orvos (Mócsa), **Mauritz Géza** magánorvos (Budapest), **Nádor Henrik** kórházi osztályorvos (Máramarosziget), **Pain Antal** magánorvos (Budapest), **Récz István** klinikai gyakornok (Budapest), **Schossberger Sándor** magánorvos (Ujvidék), **Sidlauer Jenő** kórházi gyakornok (Budapest), **Sztrécz Mihály** műtönvendék (Budapest), **Tempel Ferencz** magánorvos (Budapest), **Tischler Manó** klinikai gyakornok (Budapest), **Vincze Jenő** községi orvos (Csány), **Vragassy Lipót** klinikai gyakornok (Budapest), **Wachsler Ede** trachoma-orvos (Oszivácz), **Wollheimer J. Gerzson** magánorvos (Zombor).

⊙ **A budapesti VII. kerületi orvostársaság** f. hó 12-dikén tartotta választó közgyűlést **Jurkiny Emil** dr. elnöke alatt. A választás eredménye a következő:

Élnök: **Schermann Adolf** dr., alelnökök: **Hudomel József** dr. és **Jurkiny Emil** dr., titkár: **Hönig Izso** dr., pénztáros: **Patai Samu** dr., jegyző: **Walkó Rezső** dr. Választmányi tagok: **Blayer Miksa** dr., **Csillag Zsigmond** dr., **Dollinger Gyula** dr., **Eisler Hugó** dr., **Erdélyi Jakab** dr., **Ernyei Miksa** dr., **Feleki Sándor** dr., **Fleisch Nándor** dr., **Fuchs Dávid** dr., **Glück József** dr., **Grósz Sándor** dr., **Hajnos Gyula** dr., **Hochmann Henrik** dr., **Hudacsék József** dr., **Ippen József** dr., **Juba Adolf** dr., **Lichtmann Samu** dr., **Magyarevics Mladen** dr., **Medvei Béla** dr., **Novotny Lajos** dr., **Perényi István** dr., **Renner Mór** dr., **Rózsavölgyi Mór** dr., **Scheiber Sámuel** dr., **Szalárdi Mór** dr., **Temesváry Rezső** dr., **Thomka István** dr., **Uhrig Gyula** dr., **Vermes Mór** dr., **Wein Manó** dr. A számvizsgáló bizottság tagjai: **Bergsmann Jakab** dr., **Hubert Jakab** dr. és **Szabóky János** dr.

□ **Az orvos felmondási ideje.** Egyik fővárosi jótékonyági egyesület ellen volt orvosa 600 forint és járulékaik iránt pert indított azo az alapon, mert az egyesület neki, mint volt orvosának, rajta kívül fekvő okból felmondván, köteles egy évre, mint felmondási időre járó 800 forint tiszteletdíjából a részére már kifizetett 200 forintot felül 600 forintot megfizetni. A budapesti kir. törvényszék az egyesületet elmarasztalta, indokul hozván fel, hogy joggyakorlatunk szerint rövidebb idejű felmondási idő kikötése nélkül magasabb tudományos képzettséggel bíró alkalmazott, milyen az orvos is, egy évi felmondási időre tartthat igényt. A budapesti kir. ítélőtábla az első bíróság ítéletét helybenhagyta.

+ **A budapesti orvosklub helyiségei** október hó 30-dikán d. u. 6 órakor nyitak meg.

⊗ **Lakásváltoztatás.** **Szabó József** dr. Budapest, VIII., Józsefkörút 37-39. szám alá, **Morelli Károly** dr. egyetemi magántanár és kórházi rendelő orvos IV., Kigyó-tér 1. sz. alá, **Sugár K. Márton** dr. fül-orvos IV., **Kossuth Lajos-utca** 11. sz. alá tették át lakásukat.

± **Megjelent.** Nagy képes világtörténet 140. füzet a Szent-Bertalan-éji vérfürdő leírásával. Ára: 60 fillér. — Prof. **W. Goldzieher**: Beiträge zur Pathologie der orbitalen Schussverletzungen. (Klny.) 1901.

Lapunk mai számához egy **Taenia** elleni szer ismertetése van mellékelve, melynek előnye, hogy a hatás elérése céljából kis adag veendő be, s annak bevétele kellemes és mellékhatás nélküli.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**” (Ujjonnan épült magán-gyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbeteg** részére. **Budapest**, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 m²-méter nagyságú természetes forrásmedencében az ásványvíz naponként négyszer megújul, **locális iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és üdülő-fürdők. Kitünő szállóház. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektus ingyen küld az igazgatóság.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (XVIII. bemutató ülés október 19-dikén) 719. l. — Közkórházi orvostársulat. (XII. bemutató ülés 1901. október 9-dikén.) 720. l. — A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztálya. (II. szakülés 1901. április hó 23-dikén.) 721. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVIII. rendes ülés 1901. október 19-dikén.)

Elnök: **Taufer Vilmos.** Jegyző **Wenhardt János.**

(Folytatás.)

Abdominalis actinomycosis operált esete.

Winternitz M. Arnold: Kilencz éves 6ú 1900. év június havában az alhas felé irányuló lórugást szenvedett el. Közvetlenül a traumára és azután 2 napon keresztül hányt; az alhasban az ileo-coecalis tájon fájdalmak léptek fel, úgy hogy a gyermek lázzal 1 hónapig ágyban volt kénytelen feküdni. Ezen idő alatt a jobb hypogastriumban az ileo-coecalis tájon egy gyermekököllyi fájdalmas, kemény tumor kezdett kifejlődni, melyben a fájdalmak különösen vizelés és székletét alkalmával voltak élénkek.

1901. év május havában a daganat, mely addig csak gyermekököllyi volt, növekedni kezdett, a vizeléssel és székletéssel járó fájdalmak erősebbek lettek, úgy hogy szülei a gyermeket a Stefánia-gyermekkorházban helyezték el. Itt nyugalomra és borogatásra a fájdalmak enyhültek, annyira, hogy beteg 10 nap mulva ismét eltávozott.

F. év augusztus havában beteg újra jelentkezett, de már nem gyermekököllyi, tisztán az ileo-coecalis tájra localizálódó daganattal, hanem nagy férfioököllyi koraságú kemény tumorról, mely 2 haránt-ujnyira kezdődött a köldök felett és nagyobb részletével a jobb alhasi tájban feküdvén, a rectusok mögött egyenesen húzódott le a symphysis felé. A daganat előre boltoította az előtte futó m. rectusokat és a köldöktől, mely diónyi excoriált, sarjakkal fedett képletté alakult. A köldöktől le- és befelé a daganatba sipoly vezetett, melyből kevés, hig zavaros váladék ürült, s melybe kutaszszal le a hólyag felé 10 cm-nyire lehetett előhatolni. A daganat a rectusokkal összekapaszkodott, felette a kopogtatási hang tompa, tapintata deszkakemény, felülete kissé egyenetlen. Narcosisban vizsgálva, a képlet a mesenterium gyöke, illetve a lumbalis gerincoszlop felé terjedőnek bizonyult.

Mivel a képletbe egy felülről lefelé futó, tehát váladékpangásra alkalmas sipoly vezetett, bemutató, hogy a sipolyt kitakarítsa, laparotomiát végzett, illetve a sipolyt a köldöktől le a hólyagig felhasította. Ekkor kitűnt, hogy a sipolyt egy ujnyi széles, odematosus sarjaktól bélelt járat képezi, mely a köldökből kiindulva a rectusok mögött mélyen a daganatban elhúzódva, le a hólyag vertexéig ér, a daganat pedig halványzürke, rendkívül tömött, a kés alatt nyikorgó hegszövetből áll, mely a rectusok mögötti praepéritonealis teret elfoglalva, le a cavum Retzii-be folytatódik. A sarjak kanállal eltávolítottak, a köldök kiirtatott, a seb felső fele varrattal egyesítve, alsó fele tamponálva lett.

A tumor heges volta, a sarjak odematosus jellege s azon körülmény, hogy a sipoly kevés váladékot secernált, ama gyanút keltették, hogy actinomycosis forog fenn, mely feltevést a górcsövi vizsgálat igazolta is. Ez alapon betegnek jodkali rendeltetett, melyre 6 hét alatt a nagy férfioököllyi daganat teljesen felszívódott. Bemutató a szép gyógyulási eredményt jórészt a jodkalinak tulajdonítja.

Idegen test eltávolítása csecsemő nyelősővjéből oesophagoscop segítségével.

Winternitz M. Arnold: Bemutató 11 hónapos gyermekről referál, ki felvétele előtt 4 hónappal szülei gondatlansága folytán egy nadrágcsattot nyelt el. A lenyelés után közvetlenül a gyermek fájdalmat küldt, a szopott tejet s consistensebb tápszereket kihányta. Később a fájdalmak jelei szűntek s csak az időszakos hányás maradt meg. E miatt a gyermek, különösen a negyedik hónapban soványodni kezdett, minek folytán szülei a Stefánia-gyermekkorházba szállították be.

Felvétele alkalmával hajlékony oesophagus-bougie-vel vizsgálva lett, mikor is nála a bifurcatio magasságában idegen test volt érezhető, melyet pénzfogóval sehog sem sikerült kiemelni.

Néhány nappal később a gyermek újból sondázva lett. A sonda a bifurcatio magasságában hol fennakadt, hol meg átjutott, a nélkül, hogy idegen testet most biztosan érezni lehetett volna. Pénzfogóval végzett újabb kísérletek szintén eredménytelenek voltak. Bemutató már-már azon ponton volt, hogy oesophagotomia externát végez, bár az újabb bougiepróbák bizonyítan eredményt az a gyanút keltette, hátha az idegen test a vizsgálatok alkalmával már letolatott a gyomorba.

Röntgen-felvételek a gép hiányos volta miatt felvilágosítást nem adtak. Tekintve, hogy a nyelési nehézségek még mindig fennállottak, bemutató elhatározta, hogy mielőtt oesophagotomiát végezne, oesophagoscop segítségével átvizsgálja a nyelősövet, melynél az a remény is kecsgett, hogy az idegen testet esetleg eltávolíthatja s így a műtét beavatkozást elkerülheti. Szándékát nehezítette azon körülmény, hogy e korban lévő gyermekeknek oesophagoscopia még nem végezhető, másrészt az, hogy a tubus bevezetését s az azon keresztül esetleg történendő extractio kísérleteket csak narcosisban tartotta keresztülvihetőnek.

Narcosisban pedig felnőtteknél oesophagoscopizálni nem szoktak a kísérletek veszedelmes volta miatt; mert narcosisban a beteg intelligenciájával és subjectív érzéseivel nincs az orvos segítségére. Ennek dacára mégis megkísérelte az oesophagoscopiát, mert biztosra vette, hogy a tubus bevezetése a gyermeki nyaki gerincoszlop hajlékonysága s a metszőfogak kicsiny volta miatt könnyebben fog sikerülni, mint felnőtteknél.

Gyermekekhez illő oesophagus-tubusok hiánya miatt a vékonyabb calibérű, de elvben az oesophagoscoppal teljesen megegyező Killian-féle bronchoscoppal végezte a vizsgálatot mély chloroform-narcosisban, a Mikulicz-féle oldal helyzetben helyezve el a beteget. A bevezetés könnyen sikerült. A bifurcatio magasságában az eszköz fennakadt és bevilágítva, a nyelősőv belővált nyákhártyájától környezett tölesérben láthatóvá vált a lenyelt fémkapocs reflexet adó egy részlete. Ezzel az idegen test jelenléte diagnosztizálva lett. Bemutató fogóval igyekezett azt, az inspectio controlja mellett a csövön át megfogni, de ez nem sikerült. Pár napra reá újból bevezette az oesophagoscopot, mely alkalommal egy egyszerű vékony horoggal sikerült a kapocs látható, patkóalakú részlete mögé jutni, azt az oesophagoscop széléhez húzni és óvatos rotáló mozgások kíséretében az oesophagoscoppal együtt a nyelősővből eltávolítani. A kiemelés, dacára a 4 hónapi benfekvésnek, meglepően könnyen sikerült.

Ez esete alapján bemutató arra a conclusiora jut, hogy: 1. az oesophagoscop a fiatal gyermekkorban is jól használható s bizonyos körülmények között alkalmas diagnostikai és therapeutikai eszköz;

2. bevezetése azonban a gyermekek értelmetlen és nyugtalan volta és a localis anaesthesia kivételensége folytán csak narcosisban engedhető meg; ott is a bevezetésnél alkalmazott legnagyobb elővigyázat mellett.

Zimmermann Károly: Dollinger tanár megbízásából az egyetemi I. számú sebklínikán körülbelül 11—13 esetben oesophagoscopiát, egy esetben bronchoscopiát végzett. Ezen tapasztalataira támaszkodva, az oesophagoscopiát mint hasznos eljárást ajánlja. Az oesophagoscopiát csakis therapeutikus czélból tartja indokoltnak, diagnostikusból nem; mert nem éri fel a kellemetlenséget, melyet okoz. Therapeutikus czélból excentrikus, nem sondázható szűkületeknél, diverticulumképződés esetén, de főleg idegen testeknél indikált. Aneurysmát az aortán ki kell zárni. Ez képezi contraindicatióját. A technikára nézve a következő eljárást ajánlja: A cocainnal (gyermeknél chloroformmal) érzéstelenített beteg oesophagusába félkemény gyomorsondat tol be egy darabig, erre húzza rotáló mozgásokkal az oesophagoscopot. Ily módon lehet elkerülni legkönnyebben az eszköz bevezetésének legnehezebb, az oesophagoscopia legveszedelmesebb phasisát. Az oesophagoscopiát ily feltételek mellett mint könnyen keresztülvihető módszert ajánlja.

Dollinger Gyula a hasfali actinomycosis esetéhez óhajt szólni. Kétly tanár klínikáján kezelt évek óta egy beteget, a kine2 arczbőrén volt actinomycosisa, de azonkívül a gerincoszlopában és a tüdejében is. Ezen góczok hozzáférhetetlenek lévén, a betegnek emelkedő disisokban jodkaliomot adagoltak. Végre már mintegy 2 kilogrammot szedett be, de az actinomycosis csak terjedt és a beteg végre belehalt. Bacteriologicce most már többféle actinomycosis-faj ismeretes. Lehet, hogy a jodkaliom némelyik ellen használ, de semmi esetre sem számíthatunk a hatására egé zen biztosan. Azt hiszi, hogy Winternitz esetében a gyógyulás érdeme a bemutató sebészé és nem a jodkaliomé.

Chudovszky Mór: Récezy tanár klínikáján alkalmá volt egy a vakkbél tájáról kiinduló actinomycosis esetét észlelni, a melynél e tájékról a jobboldali rekesz alatti tájig felnyúló sipolyok szövetében actinomycosis kimutatható volt. A sipolyok feltárásától és a rendes sebészeti kezelésen kívül a jodkali-adagolástól a folyamat gyors megszűnését észlelték.

A Winternitz kartárs második esetére vonatkozólag, a midőn idegen test (fémkapocs) volt a csecsemő nyelősővében, az oesophagoscopia megejtése előtt szükségesnek vélné hasonló esetben, ha előbb Röntgenfénykép kapcsán határoznák meg a fémdarab jelenlétét és helyét.

Winternitz Arnold: Röntgeneztük, de eredmény nélkül. Lehet, hogy az apparatus volt a hibás.

Addison-kór két esete.

Kassai Jenő: Addison-kór két esetét mutatja be egy 46 éves nőnél és egy 14 éves leánynál. Az első esetben gastrikus tünetek praevaleálnak, a másik esetben feltűnő az adynamia, mely a beteg táplálkozásával feltűnő ellentétben van. Az adynamia különben az első esetben is kifejezett. A kis leánynál ideges tünetképen mindkét kézen és nyelven rohamokban fellépő localis asphyxia is van jelen, az idősebb nőnél az idegrendszer részéről csak fejfájások miatt van panasz, ezenkívül a térdreflexek erősen fokozódtak. Mindkét esetben igen feltűnő a bőr elváltozása, mely a mellett, hogy diffuse hyperpigmentált, a végtagokon, háton, derékban és az ízületek környékén még foltszerűen is festenyzett. A nyálkahártyákon kevés az elváltozás. Az idősebb nőnél jobb oldali vándorvese van jelen. Mindkét esetben suspect a jobb esűs.

Justus Jakab: A Kassai dr. bemutatta 2 eset közül az egyik kórházi rendelésen jelentkezett azzal a panaszszal, hogy néhány hó

óta keze és lába ujjai rohamokban megduzzadnak, elkékülnek, hidegekké válnak. Különösen akkor állnak elő ezen tünetek, ha az időjárás hűvösebbre váltik vagy pedig a kezét hideg vízbe mártja, avagy ha másnemű hidegség behatásának teszi ki. Néhány hét óta nyelve csúcsán jelentkeznek ezen rohamok oly módon, hogy nyelvében hirtelen zibongást érez, az kékes-fehérré válik és hideg tapintatúvá. Ez a tünet-csoport teljesen megfelel azon kóralaknak, melyet *Raynaud* irt le először mint *asphyxia localis*-t. Ha közelebbről vesszük szemügyre a kez-ujjakat, úgy feltűnik, hogy azok duzzadtak, olyannyira, hogy a beteg kezét teljesen egymásba kucsolni nem képes. Az ujjak bőre sima, tömött. Hasonlóképen duzzadt, sima és tömött tapintatú az arc jobb fele, a homlok és részben a nyak és a tarkó bőre. Az elváltozás észrevétlen határral megyen át az ép bőrbe, csak a jobb arcon mutatja egy halványörös keskeny csík az ép bőrtől elválasztó mesgyét. Az imént leírt tünetek a *sclerodermia* diagnózisát teszik kétségtelenné, úgy hogy esetünkben *Raynaud*-féle betegség és *sclerodermia* szövetkezdésével van dolgunk. Tudomásom szerint ily eseteket irtak le *Pringle* és *Hutchinson*. Előbbi a III-dik nemzetközi dermatol. congressuson mutatta be betegét, az utóbbi pedig atlasában festette le azt. Ha hozzávesszük, hogy esetünkben még egy harmadik kór: a *morbus Addisoni* is jelen van, bizvást állíthatjuk, hogy a maga nemében alig van párja. Vajjon van-e pathogenetikai összefüggés a 3 kór között, alig lehet eldönteni. Inkább hinném, hogy a *Raynaud*-betegség és a *sclerodermia* valamelyes összefüggésben állanak, míg a *bronzkór* talán csak úgy szerepel, mint a szervezetet gyengítő hatások egyike, melyekről feltételezzük, hogy az *asphyxia localis* létrejöttét elősegítik.

(Vege köv.)

Közkórházi orvostársulat.

(XII. bemutató ülés 1901. október 9-dikén.)

Elnök: Bradách Antal. Jegyző: Terray Pál.

Elektromágnessel a szem belsejéből kihúzott vasszilánk.

Goldzieher Vilmos: A jelenlevő 15 éves vasesztérgályoslegény f. é. szeptember 3-dikán aczeltümböt kalapácsolt, miközben egy szilánk lepattant és a bal szemébe repült. Mikor másnapon osztályomon megvizsgáltam, azt találtam, hogy a cornea felső limbusán (a verticalis meridián végén) egy 3 mm.-nyi már összetapadt repedés volt, a vele szemben levő iris ketté szakadt, úgy hogy egy coloboma volt, melynek egyik szára a corneasebellel összefüggött. A lencse hátsó felületén egy finom csillagalakú áttetsző sérüléses homály volt, mely mellől a szemfenék igen élesen volt látható. Az üvegtest felső része valamivel homályosabb, a többi része azonban teljesen tiszta volt, izgalomállapotot nem mutatott. Az áthatoló, a corneán, irisen és lencsén keresztülfutó seb minden kétséget kizáró módon azt bizonyította, hogy az idegen test a szem belsejébe hatolt és most az volt a feladatunk, hogy a vasszilánk helyét megtaláljuk.

De a leg gondosabb szemtüköri vizsgálat sem nyújtott felvilágosítást a szilánk hollétéről. Nyilván annyira peripherice ült, hogy a szemtükörnek hozzáférhetetlen volt. A szilánk localisatioja érdekében, mely okvetlenül szükséges, ha attractiot akarunk végezni, a Röntgen-sugarakhoz folyamodhatunk, hanem a Röntgen-kép csak egy árnyékot mutatott, mely bizonyos az idegen testé volt, de a pontos localisatiót belőle meghatározni nem voltunk képesek. Biztosabb adatokat nyújtott az *Asmus*-féle *sideroscop*. Ez a műszer lényegében egy astikus mágnesű, mely egy coconfonalon szabadon lóg és magnetikus egyensúlyban lévén, azonnal rezgésbe jut, ha valamely vasrészecskéhez közeledik. Még jobban reagál a mágnesű, ha a vasrészecske szintén mágneses. Mi tehát mindenekelőtt a szemben supponált aczelszilánkot megmagneseztük az által, hogy egy erős elektromágnes tettünk a szemre. Azután a sclera különféle regioit az üvegtokban levő mágnesűhöz közelítettük és gondos észlelés által kiderítettük, hogy a mágnesű mindenkor, jóllehet igen csekély, kiütést adott, valahányszor a sclera alsó külső negyede az eszközzel érintkezésbe jutott. Ezen a helyen kellett tehát lenni az idegen testnek, melynek extractioja már sürgőssé vált, mert a szem lobosodása már ciliaris injectio fellépésben mutatkozott. Az operatiót szeptember 7-dikén úgy végeztem, hogy (mély narcosis alatt) meridiánális irányban Graefe-féle késsel bemetszettem a sclerát, a conjunctiva erős félretolása után egy körülbelül fél centiméternyi sebet ejtven, csak kevés üvegtest tolt elő, bevezettem a Hirschberg-féle nagyobb mágnes, mely könnyen 2-3 kilot hord és már első hívásra megjelent a vasszilánk, mely 4 mm. hosszú, 2-3 mm. széles, 30 egm. súlyú volt; a conjunctivát azután egy öltéssel egyesítettem.

A lefolyás teljesen sima és reactio nélküli volt és a beteget ma látóképes szemmel bemutathatom.

Örvendetes, hogy a sérüléses lencsehomály inkább csökken, mintsem terjed, úgy hogy a beteg az utolsó látpróbánál a látóképesség felével bírt. A szemtükri lelet majdnem normalis és csak egy alig feltűnőbb pigmentatio jelzi ezt a helyet, a hol a szilánk székel.

A mi a jelenlevő esetet illeti, főleg diagnostikus szempontból érdekes. Említettem, hogy a szemteke majdnem kifogástalan átvizsgálása daczára nem voltunk képesek az idegen testet megtalálni. A sideroscop nélkül alig lettünk volna azon kellemes, az operatio kimenetelét biztosító helyzetben, az idegen test localisatióját exacte és kellő biztonsággal meghatározni.

Cryptosarcoma chorioideae két esete.

Goldzieher Vilmos: Cryptosarcomának lehet a rövidség kedvéért (*Schoebl* példája szerint, a ki a hasonló terminust a glaucómák kórtanában értékesítette) azon érhártyás újképleteket nevezni, melyek direct úton nem diagnosztizálhatók, hanem egészen más idegenszerű symptomacomplexus alatt elrejtőznek, úgy annyira, hogy esetleg csak az autopsia árulja el tumor jelenlétét.

Két ilyen esetről szándékom ma referálni; mindegyikük nemcsak specialistikus, hanem általános gyakorlati érdekességet nyújt.

a) *Supponált agyalap-tumor, status glaucosus, tumor chorioideae.* 71 éves erőteljes vidéki ember hosszabb idő óta nagyfokú baloldali fejfájásban szenved, mihez még a bal szem rossz látása is csatlakozott. A vizsgálat kideríti, hogy emphysema pulmonum, idült hörghurut, arteriosclerosis és a bal szív hypertrophiája jelen vannak. A jobb szem úgy functioját, mint tükröképét illetőleg teljesen ép; a bal szemem sem lehet objective semmiféle rendellenességet kimutatni. A látás azonban igen rossz, mert a látótér nasalis fele teljesen hiányzik és a megmaradt temporalis félben csak nagyobb tárgyak vétetnek észre. Ezt a félszemű hemianopsiát (hemianopsia unilateralis) tehát, mivel a szemfenék ép volt, koponyabeli oknak kellett tulajdonítanunk, annál inkább, mert az állandó féloldali fejfájás szintén valamely intracranialis elváltozástól volt feltételezve. Legvalószínűbbnek látszott és mind a két suppositioinak megfelelt egy olyan gócznak (legyen az tumor vagy exsudatum) a felleve, mely a bal külső chiasma-szögletben gyökeredzik.

Egy ilyen gócz ugyanis comprimálhatja a keresztetetlen (egyenes irányú) látórostokat és ennek következtében képes a nasalis látótérfelet megsemmisíteni. Azonkívül még az érző idegek ingerlése által a fájdalmakat is okozza. Ezt a suppositiot a tanácskozó orvosok elfogadták és a beteg az előírt therapiával hazautazott.

Fél év mulva azonban egészen rossz állapotban visszatért. A régi féloldali koponyafájdalmakhoz még ciliaris fájdalmak csatlakoztak és a látás teljesen elveszett.

A bal szem a *glaucoma absolutum* jelenségeit mutatta, a nagy fájdalmak miatt az enucleatio Billroth-féle narcosis alatt végeztetett. Az említett bulbushoz egy igen nagy, az egész fundust elfoglaló, mérsékelt festenyezett sarcomát találtunk, teljes recezeleválással. A tumor orsóalakú sejtekből áll, az érhártya edénytelepében keletkezett és az edények körül fejlődött.

Az enucleatio óta a beteg állapota annyira javult, hogy a ciliaris fájdalmak megszűntek, a koponyafájdalmak azonban, ámbár enyhébben, fennállanak.

Mint hogy az első vizsgálat alkalmával a bal szem ép volt (az ismételt pontos vizsgálat minden tévedést kizár), biztos, hogy a szembebeli tumor csak az utolsó hónapokban fejlődött és igen gyorsan nőtt. Kettős lehetőség előtt állunk: vagy a szembebeli sarcoma az agyalapi tumortól függetlenül fejlődött, vagy annak metastasisaként keletkezett.

Mind a két suppositio, melyek között csakis az autopsia után tudnánk biztosan választani, egy rendkívül érdekes körképet illet; mert míg egy szembebeli és egy koponyafárbeli tumor együttes előfordulása igen ritka véletlen, addig egy érhártyai sarcoma metastaticus úton való fejlődése és pedig egy agytumorból a nagy ritkaságok közé tartozik.

b) *Sarcoma melanodes chorioideae és sympathikus szemlob.* 63 éves vidéki asszony, ki f. é. augusztus 25-dikén vétetett fel. Egy évvel ezelőtt a bal szem rossz látása miatt szemorvosi kezelés alá jutott, recezeleválás diagnosztizálta. Jodkalium lett rendelve, mely orvosságot azóta folytonosan szedi. Az utolsó időben azonban a látás teljesen elveszett és fájdalmak léptek fel.

Status praesens: Jobb szem ép. Bal szemem erős izgatottság, nagyfokú chemosis ciliaris, fájdalmak. Pupilla szűk és szögletes. Tensio = -2.

Therapia atropin, meleg borogatások, inunctio kúra. Erre a therapiára az izgalmi állapot annyiban javult, hogy a conjunctiva duzzadtsága alább hagyott, a pupilla ad maximum tágtult. De a fájdalmak tovább tartottak; sőt egy pár nap mulva a másik, a jobb szemre fájdalom lett. Ciliaris injectioval és látási csökkenéssel a szemtükör *iridocyclitis serosa* jelenlétét bizonyította, mely állapot az erélyes therapia daczára napról napra rosszabbodott.

Mint hogy a jobb szem megbetegedése határozottan sympathikus jellegű, a bal szem már teljesen vak és rendkívül fájdalmas, a megvakult szem enucleatioja folyó évi szeptember hó 6-dikán végrehajtott.

Az enucleatio után javulás állott be, az injectio alább hagyott, a fájdalmak lassan megszűntek, úgy hogy az asszony szeptember 26-dikán gyógyultan elbocsáttatott. Az enucleált szemben kiterjedelmű *sarcoma melanoticumot* találtunk. A retina nincsen leválva, az üvegtest elhigult; a szem mellső részeiben makroszkopice nagyobb elváltozások nem láthatók.

Minden esetre érdekes a sympathikus szemlob fellépése érhártyai tumor folyamán, a mi a legnagyobb ritkaságok közé tartozik *Schirmer*, a kitől e tárgyról a legújabb monographia származik, csak 30 esetet tudott összegyűjteni, melyekből véleménye szerint csak tizenhárom állja meg a kritikát. Mint hogy *Schirmer* a sympathikus gyuladás genesisét illetőleg a mikrobikus theoriát vallja, azt tanítván, hogy csak mikroorganizmusok átvándorlása az elsődlegesen megsérült szemlob a másikba és pedig a látóidegek mentén okozhatja a bajt a másikban, azon tény, hogy egy tumor jelenléte az egyik szemben képes a másikba lobot átvinni, súlyos csapást jelent a nevezett theoriára, mely a közölt esetek legnagyobb számát visszautasítja mint olyanokat, a hol vagy a tumor jelenléte vagy pedig a sympathikus lob fejlődése kétes volt; a megmaradó 13 esetben azonban véletlen complicatiót supponál és pedig

plastikus lobot a tumoros szemben vagy perforatíot, úgy hogy a másik szem sympathikus lobja nem a tumor, hanem a complicatio következtében jött létre.

A mi esetünket illeti, azt mondhatjuk, hogy teljesen tiszta, a mennyiben sem e tumor jelenlétét kétségbe vonni, sem sympathikus lobot tagadni nem lehet, plastikus gyuladás vagy perforatio azonban nem volt.

Remélhetőleg a szemteke bővebb göresövi vizsgálata, mely már folyamatban van, némi világot fog vetni a kérdéses témára.

(Folytatása következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztálya.

(II. ülés 1901. április hó 23-dikán.)

(Végo.)

Elnök: Havas Adolf. Jegyző: Justus Jakab.

Elnök az ülést megnyitván, bejelenti 1. hogy boldogult Schwimmer tanár arezképét, melyet annak idején az orvosegyesületnek felajánlott: ez köszönettel fogadja és gondoskodik a képnek az egyesületi helyiségben történő elhelyeztetéséről; 2. hogy Feleki kartárs úr az alelnöki állásról való leköszönését visszavonta; 3. hogy négy tag jelentkezett felvételre: Kosztka Emil, Steinberger Adolf, Illyés Géza és Rihmer Béla dr.-ok; 4. hogy a tisztikar elhatározta, hogy az ülések jegyzőkönyvét in extenso kinyomatják és valamely orvosi szaklapnak adják közlés céljából; 5. hogy a szakosztály szakkönyvtárt akarván alapítani, kérnek az orvosegyesülettől egyelőre egy szekrényt.

A szakosztály az elnök előterjesztését magáévá teszi.

Tuberculides esetek.

Róna Sámuel: A mult ülésen Csillag mutatta be egyelőre ezen név alatt Róna osztályáról két beteget, kijelentve, hogy azokon a bőr elváltozása legközelebb áll a lichen scrophulosorumhoz és hogy azt abortív lichen scrophulosorumnak nevezhetnénk. (L. multikori jegyzőkönyvet.) De nem csupán ez volt a bemutatás pointje és miután a multkor úgy látszik, ez nem domborult ki, ezért Róna ma folytatónak és kiegészítőleg mutat be öt beteget és egy photogrammot. Ezen hat beteg közül egy többé-kevésbé kifejezett lichen scrophulosorumban szenved számos perifollicularis pustulával. De ennél és egy másiknál még körömfény, szabálytalan, de kerekded területen részben csoportosult és perifollicularisnak látszó, sárgás-barna vagy kávészínű, vagy halvány barnás-vörös, hámló, gombostüfejnű, nem viszkető, csak alig érzékelhető göcsökből vagy hasonló nagyságú, egészen kendermagnyi, hasonló színű hámló foltokból, részben diffus nagy területeket, így a törzs oldalát, a hátat elfoglaló, sűrűn egymás mellett álló, miliaris perifollicularisnak látszó és fentiekhez hasonló, hámló göcsökből és foltokból álló kiütés látszik; egy harmadiknál csak az utóbbi; egy negyediknél a keratitis pilaris imitáló törzsi folliculitises kiemelkedések, de a melyek főleg a hát alsó részén és a hason sárgás-barnásak és ezenkívül néhány oly hámló folt és göcs csoport van a lágyékon, a törzsön, mint a fentebb leírtak voltak; egyes plaque csak pityriasisnak imponál, oly csekély a beszűrődés alatta.

Ezen esetek bemutatásának oka a következő: 1. Lupus-betegeim pontos megvizsgálása kideríté, hogy ezek igen gyakran szenvednek a fent leírt bőrlaesiok valamelyikében vagy valamennyiében.

2. Mert ezen laesiok egyike sem mondható mindennapi banalis külső irritatív laesionak, nem is eczema folliculorumnak és végül nem is irritatív keratitis pilarisnak, mely utóbbi a gümőkóros betegeknek Lemoine, Besnier, Brocq szerint állítólag feltűnően gyakori. (Több betegemnél nem volt keratitis pilaris, de megvoltak a fent jelzett laesiok és viszont volt keratitis pilaris és nem volt hasonló laesio.) Ezen laesiok hónapokon át jönnek.

3. Mert hasonló exanthemáról (kivéve a ritka tipikus lichen scrophulosorumot) a lupust tárgyaló fejezetek mit sem szólnak.

4. Mert az egyedüli közlemény, mely ehhez hasonló exanthemáról eczema scrophulosorum név alatt foglalkozik, Brocq-é, a ki azt gyakorinak mondja, de ő sem említi a lupus vulgarist.

5. Mert viszont az autorok lichen scrophulosorum leírásának csak egyes eseteink felelnek meg, s mert a tipikus lichen scrophulosorumról az autorok és eddigi saját tapasztalataim után is azt hittük, hogy az ritka betegség.

Ezért eltekintve a kifejezett lichen scrophulosorum-esetektől, véleményem szerint ezek tágabb értelemben mind a tuberculides csoportba tartoznak; eddig csakis tuberculosus egyéneknél észleltem és pedig legtöbbször lupusnál, sokkal ritkábban mirigy gümőkőknél, aránytalanul ritkábban esont gümőkőknél. Eddig tíz gümőkőknél (100-at vizsgáltam) egyszer sem észleltem még nyomát se.

Azt hiszem, hogy daczára polymorph voltának, mégis a lichen scrophulosorum az egyedüli tuberculid, melyhez sorolhatók és én részemről a jelzett eseteket abortív lichen scrophulosorumnak (id est tuberculides) nevezném; tehát részben ezen felfogás, de egyéb tapasztalataim is tágitják a lichen scrophulosorum eddigi határát: 1. mert míg a tipikus lichen scrophulosorumot eddig általában ritkának mondták,

ezen abortív alakok elég gyakoriak és pedig főleg lupus-betegeknél 2. mert míg az összes autorok véleménye szerint a lichen scrophulosorum a 20-as években ritkán, azontúl pedig sohasem észlelhető (Hebra, Kaposi, Lesser, Hallopeau; Lukasevics 56 éves esete a legnagyobb ritkaság), addig az általam észlelt esetek között úgy a tipikus mint az abortív formák a 30-as éven túl se ritkák. Így eseteim között volt egy 24, egy 28, egy 32, két 34 és egy 40 éves beteg. Végül felemlítem, hogy a laesiok histológiájával most foglalkozom és hogy a betegeknek régi tuberculint fogunk alkalmazni.

Török megjegyzi, hogy a mult ülésben bemutatott esetek nem mint lichen scrophulosorum lettek bemutatva, hanem mint tuberculides. Akkor kijelentette, hogy kár ezt a nevet használni, maradjunk egyelőre a lichen scrophulosorum elnevezésnél.

Róna kiemeli, hogy lupusnál gyakran fordul elő oly laesio, melyet a lichen scrophulosorumhoz kell sorozni, azonkívül az autorok egy kivételével azt mondják, hogy lichen scrophulosorum csak fiatal, 15—20 éves egyéneknek fordul elő. Ez nem áll, a mennyiben a bemutatott betegek közt 40—45 éves is volt.

Havas kiemeli, hogy a londoni congressuson Hallopeau foglalkozott e bántalmakkal és ekkor valamennyien kijelentették, hogy mindössze eddig csak egy esetről van tudomásuk (Jacobi esete), midőn ezen bántalmaknál gümöbaccillust tudtak kimutatni; akkor azon nézet uralkodott, hogy a megbetegedést a ptomainok okozzák, nem a baccilusok. A kort illetőleg, 50 éves betegnél is látott Havas lichen scrophulosorumot. A tuberculides elnevezést nem tartja jónak, hanem ő szerinte ez a lichen scrophulosorum abortív alakja.

Acne keloidenne és seborrhoea circinnata (?) capillitii esete.

Róna Sámuel: S. I. 54 éves zsákhordó 10 nap előtt jelentkezett az osztályon. A beteget 1884 óta ismeri, a mikor tarkója jobb felén acne keloidenne kezdődött; 1889-ben az acne keloidennen kívül a jobb fil mögött a proc. mastoideus alatt egy ezüstforintnyi, köralakú kiütés látszott, mely lencsenyi papulákból volt összetéve; körülötte elszórtan is voltak a tarkón lencsenyi papulák sötétvörös udvarral. Kopaszodás csak a heges területen. Róna a beteget azóta nem látta, de a beteg mondja, hogy akkor meggyógyult és a mult tél kezdetéig semmiféle kiütése nem volt. Azóta munkaközben erősebben izzad és tarkóján viszketés, majd kiütés lépett fel, mely terjedt és egy hó előtt az egész fejbőrt ellepte. A kiütés csak eleinte viszketett, később semmiféle subjektív tünet.

Status praesens: Kopaszág a fejbőrön előlről a hátsó felületig; a halánték tájékán, az oldalsó felületeken, valamint hátul a tarkón sűrű őszbevegyült barna haj. A tarkón jobboldalt tenyérnyi kopasz hegkeloid. A hegen helyenként ecetszerűen előálló hajszálesomók. Az egész fejbőrön, a kopasz részeket is beleértve, a homlok közepéig részint köménymag- egész koronányi halványvörös, középen kissé besüppedt, a szőleken kissé kiemelkedő, 3—4 mm. széles szegély által környezett, halványsárgás, középvastag pikkelyekkel fedett, bekerített félkör és köralakú területek; kölesnyi egész lencsenyi és nagyobb szabálytalan alakú, helyenként, különösen a fejbőr hátsó részén, egyenletesen összefolyt, kissé infiltrált, csak kis fokban pikkelyekkel fedett területek, melyeknél a pikkelyek eltávolítása után pontszerű vérzés nem, de tátony mirigynyílások csoportja volt látható. Ezen területek között több-kevesebb ép bőr van. A kiütés sehohsem nedvezik. Az orrsövény alatt a bőr duzzadt, halványvörös, fehéres pikkelyekkel fedett. A köztakaró több része teljesen ép, nyákhártya ép.

Török a beteget évekké elelőtt látta. Az eset figuratioja psoriasis-hoz hasonló. Hamburgban eczema seborrhoicumnak mondanák; az elváltozások: piros alap felett közepén felületes erosiok, csak később túlproductio, azaz pikkelyképződés. Török azon átmeneti alakokhoz sorozza, melyeket Brocq seborrhoidnak nevez.

Deutsch: a) Tuberculosis verrucosa cutis és b) erythema iris ritkább esetét mutatja be.

Török megjegyzi, hogy daczára a herpes irisnek a localisatio mégsem symmetrikus.

Vérvizsgálati és bonczolati eredmény pemphigusnál.

Huber A.: Két pemphigus vulgarisban és egy pemphigoid laesio-ban szenvedő beteg vérének és bulláinak tartalmát vizsgáltam. A két valódi súlyosabb esetben, a hol a betegség már 5, illetőleg 4 hó óta létezett, a vérben többszörös vizsgálat daczára sem volt eosinophilia kimutatható. Ugyanez áll a pemphigoid laesiokra nézve is, bár ezek is fél év óta lepték el a beteget.

Tehát mind a 3 esetben eosinophilia nem volt, habár a vizsgálat többször végeztetett és főleg olyan időben, a midőn a roham a legvehemensebb volt. Mind a 3 beteg vérből készült culturák teljesen sterilek maradtak. Az egyik súlyosabb beteg bulláiban néhány hónappal elelőtt ugyancsak vehemens roham idején eosinophilia nem volt, míg 4 héttel elelőtt a bullák viztiszta savójában nagyon sok eosinophil sejt volt, noha a vér ugyanakkor teljesen normalis összetételű volt.

Huber ebből azt következteti, hogy az eosinophiliával főleg pemphigusnál a jövőben is behatóan kell foglalkozni már csak azért is, hogy kiderítsük, vajjon ezen új tan használható-e segédeszközü. Az egyik súlyos pemphigusban szenvedő beteg elhalt és a bonczolásnál kiderült, hogy az agy, gerinczagy, esontvelő semmi olyan makroszkopikus laesiot nem mutat, mely a pemphigussal oki nexusba lett volna hozható

A mikroszkopikus vizsgálatok az idő rövidsége miatt még nem fejeztettek be.

Török egy esetben túlságos mértékben látott eosinophiliát. Abból, hogy pro és contra eredmények vannak, azt következteti, hogy az egész teorának nincs alapja.

Róna említi, hogy Duhring-féle dermatitis herpetiformisnál nem volt csontbántalom, pemphigusnál szintén nem, tehát az eosinophiliának és bullosus kütegeknek a csontvelő bántalmához nincs közük.

Török előadása: Kritikai és vizsgálati adatok a bőr-angio-neurosisok tanához. (Másutt közzététetett.)

Elnök köszönetet mond Töröknek előadásáért és az ülést bezárja.

PÁLYÁZATOK.

90/1901. sz.

Békés vármegye közpörházának sebészeti osztályán megüresedett műtő-főorvosi állásra pályázatot hirdetek. Az állás 2000 korona törzsfizetés és 400 korona lakpénz élvezetével van egybekötve s nyugdíjjogosultsággal jár. Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítősüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat méltóságos Lukács György dr. úr Békés vármegye és Hódmezővásárhely főispánjához intézve a békésmegyei közpörház igazgatóságához folyó évi november hó 10-dikéig küldjék be. Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek. A kinevezett állását mielőbb elfoglalni köteles.

Gyula, 1901. évi október hó 23-dikán.

Berkes Sándor dr., kórházi igazgató.

9829/V. 1901. sz.

Torontál vármegye törökkanizsai járásába kebelezt Gyála község szék-helyi szertevezett körorvosi állás, mely körorvosi kerülethez Gyála, Szerb-Keresztúr és Oszti-Iván községek, valamint Tervár-pusztá tartoznak, megüresedvén; annak betöltése céljából ezennel pályázatot hirdetek. Felszólítom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint törvényes minősítésüket igazoló s eddigi alkalmazatásukra vonatkozó bizonyítványukat hozzám f. évi november hó 20-dikáig benyújtásuk.

A szóban forgó körorvosi állással egy 4 szobából s megfelelő mellékhelyiségekkel álló természetbeni lakás s 1245 korona havi előleges részletekben fizetendő készpénz javadalmazás van egybekötve, mi mellett a nappali látogatási díj 60 fillér, az éjjeli pedig 1 koronában van megállapítva.

A megválasztandó körorvos a teljesen vagyontalanokat ingyen gyógykezelni és a kórhöz tartozó községeket az azok által előállítandó előfogatok igénybe vételével hetenként kétszer meglátogatni köteles; tartozik végül a vármegyei orvosi nyugdíjintézetbe belépni.

T. Kanizsa, 1901. október hó 24-dikén.

3-1

Tallán Emil, főszolgabíró.

28,975,901. szám.

A Nagy-Károly rendezett tanácsú város tulajdonát képező Nagy-Károly városi közpörháznál megüresedett előzetes havi részletekben a kórházi pénztár által fizetendő évi 1400 korona javadalmazással egybekötött igazgató főorvosi állásra, valamint az esetleg megüresedendő és évi 1200 korona javadalmazással egybekötött kórházi másodorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

A főorvosi állásra pályázóknak az 1876. XIV. t.-cz. 63. §-a értelmében legalább két évi kórházi gyakorlatot kell kimutatniok.

A kellően felszerelt kérvények hozzám f. é. november hó 10-dikéig benyújtandók.

Nagy-Károly, 1901. október 25-dikén.

Alispán helyett:
Hosray, m. főjegyző.

2727/901. ikt. sz.

A máramarosvármegyei közpörházban M.-Szigeten f. évi november hó 15-dikétől egy segédorvosi állás van üresedésben. Ezen állás évi 720 korona fizetéssel, elsőrendű élelmezéssel, szabad lakás (a kórházban), fűtéssel és világítással van javadalmazva. Ennélfogva felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt folyamodványukat az alólirt igazgatóságához nyújtásuk be.

M.-Sziget, 1901. november 3-dikán.

3-1

Máramarosvármegyei közpörház igazgatósága.

3931/1901. sz.

Kolozs vármegye, kolozsvári járásában üresedésben levő magyar-ujfalusi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen körorvosi állás javadalmazása évi 1400 korona fizetés, 300 korona lakpénz és 300 korona úti átalány.

A község egészségügyi kör, melyhez 20 község tartozik, székhelye: Magyar-Ujfalu.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám f. évi november hó 4-dik napjáig annál is inkább adják be, mivel a később beérkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választást Magyar-Ujfalu községben f. évi november hó 6-dik napján délelőtt 10 órakor fogom megtartani

Kolozsvár, 1901. október 26-dikán.

Hankó-Verecs Károly főszolgabíró.

9605/II./1. clb. szám.

A bábolnai m. kir. ménésintézetnél megüresedett orvosi állásra, mely évi 1600 korona készpénzfizetés, 200 korona ménéspótlék, 480 kg. búza, 440 kg. rozs, 400 kg. árpa, 12 m³ tűzifa, egy tehéntartás (illetőleg 2000 kg. szénából álló

terményjárándóság), szabad lakás és egy hold szántóföld hasznélvezetével van egybekötve, ezennel pályázatot hirdetek.

A pályázni kívánók keresztlevéllel (születési bizonyítvány), továbbá végzett tanulmányokról, gyakorlati működésükről és nyelvismereteikről szóló bizonyítványokkal felszerelt folyamodványukat folyó évi november hó 15-dikéig a vezetése alatt álló miniszteriumnál nyújtásuk be, később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Az egészségügyi szolgálat a ménésintézetnél katonailag lévén szervezve, a folyamodványhoz egy kötelező nyilatkozat is csatolandó, mely szerint folyamodó magát szolgálati ideje alatt mindenben a katonai szabályoknak aláveti és úgy az intézet parancsnokságának, valamint igazgatóságának rendeleteit teljesíti.

Budapest, 1901. évi október hó 27-dikén.

2-1

A m. kir. földművelésügyi miniszter.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag, húgydara és kösvénybántalmak ellen, vizeleti nehézségeknél, továbbá a légző és emésztési szervek hurutos bántalmainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

TÜDŐ- ÉS GÉGEBETEGEK SANATORIUMA ARCOBAN.

Gyönyörű fekvésű, pormentes, legmelegebb és legszélmertesebb helyen, 50 elegánsan berendezett szoba. Villanyos világítás. Telephon. Fürdő- és hidegvízgyógyintézet. Szabadhalmi fekvőkúrára való nagy csarnok. Erősen tápláló diaeta. Folytonos orvosi felügyelet. Szabatos gégekezelés. Árak mérsékeltek. Prospektus kívánatra ingyen bérmentve.

Dr. KENTZLER JÓZSEF, vezető-orvos, nyáron fürdőorvos Gleichenbergben.

Lussinpiccolo

téli klimatikus
gyógyhelyen orvosi
gyakorlatát ismételtén meg-
kezdte

Dr. Hajós R.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsói és bacteriologia

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (ü. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsói bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

Dr. VAS BERNÁT a labororium vezetője.

Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13-15. szám.

Bacillo

Hatása és olcsósága miatt klinikailag úgy mint az egészségügyi hatóságok által ajánlva.

antiseptikum.

Lásd: Dolgozatok a bécsi cs. kir. ált. kórházból „Klinische Rundschau“ 1901. 5. sz.

Mintákat és irodalmat küld

S. KREISLER, Wien, IX., Porzellangasse 45.

PERTUSSIN

Extr. Thymi saccharat Taeschner.

Ártalmatlan, biztos hatású szer hörghurut, gégefő és bronchial-catarrhus ellen

Adagolás: Naponta 3-4-szer: gyermekeknek 2 évig 1 kávéskanállal; 3-4 éveseknek 1/2 evőkanállal; 5-6 éveseknek 3/4 evőkanállal; idősebbeknek 1 evőkanállal.

Kapható ca. 250 gr. tartalmú üvegekben minden gyógytárban.

Erdalom: Lásd 7. számú Therapeut. Beilage der D. med. Wochenschr. 27. sz. (98 A. M. C.-Z. 56. sz. (99), A. B. C. 29. sz. (99) és Wiener med. Bl. 17. sz. (1900).

Előállítja a: Kommandanten-Apotheke E. TAESCHNER.

Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Raktárak: Török József gyógyszerár Budapest,
Dr. Egger Leo és J. Budapest, stb.

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, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmarszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Taufér Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Beck Soma: Közlemény a budapesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekkorházából. A Blaschko-féle „mercolint“ alkalmazásáról a csecsemő- és gyermekkori öröklött vagy szerzett syphilisnél. 723. l.

Kassai Jenő: Közlemény a pesti izr. hitközség kórházának Stiller tnr. vezetése alatt álló belgyógyászati osztályáról. Enterolithiasis egy esete. 725. l.

Ráskai Dezső: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából. Lithiasis-esetek. 726. l.

Tárcaza, Grósz Emil: Az orvosok gyakorlati éve a német birodalomban. 728. l. — **Loránd Leo:** Mc. Kinley halála. 728. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Ostermayer Miklós: A sérvsebészet az utolsó években. 729. l. — **Könyvismertetés. James Israel:** Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. (Ráskai Dezső.) 730. l. — **Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Weil:** Typhus-bacillusok gyors felismerése. (Dalmady Zoltán.) — **Leo:** A pruritus kezeléséhez. (Dalmady Zoltán.) — **Ehrlich:** A vér védőanyagai. (Dalmady Zoltán.) — **Sebészet. Stein:** Subcutan paraffin-prothesisek készítése. — **Hügysszervi betegségek. Plato:** A protargol értéke és használati módja. (Ráskai.) — **Bruno:** A gümős here eltávolítása. (Ráskai.)

— **Bőrkórtan. Janovsky:** Leukoplakia oris gyógyítása. (Poór F.) — **Halpern:** Nem lueses természetű bőrbajok syphilisben szenvedőknél. (Tóth.) — **Appel:** Kísérletek sapolannal. (Klemen.) — **Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Nolda:** Tüdővészések éjjeli izzadása. — **Pécharment és Marie:** Aspirinnel kezelt tabetikus arthropathia esete. — **Moeller és Muellerm Aspegren:** Uleus molle gyógyítása. — **Withauer:** Europhen alkalmazása. — **Besancon és Paulesco:** A chorea gyógyítása aspirinnel. — **Folyóiratok átnézete.** 731–733. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Magyar honosok orvosdoktorra promoveáltatásának új módja az osztrák egyetemeken. — Az orvostanhallgatók önképző egyesülete. — Gebhardt Ferencz. — Réczey tanár új sebklínikája. — Az orvostanhallgatók számának esikkenése Ausztriában. — Frankfurt város adománya. — Kézmarszky tanár szülészeti poliklinikája. — Tudósítás. — A budapesti Szent-Margitsziget. — Elhunytak. — Herezal dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 734. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Német orvos- és természetudománytörténelmi társulat.

Melléklet. Dolgozatok az egyetemi bőrkórtani intézetből. 5. szám. Szerkeszti: Nékám Lajos dr. m.-tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekkorházából.

A Blaschko-féle „mercolint“ alkalmazásáról a csecsemő- és gyermekkori öröklött vagy szerzett syphilisnél.

Beck Soma dr. kórházi rendelő orvostól.

Míg a betegségek túlnyomó részénél therapiiai törekvéseink még ma is oda irányulnak, hogy újabb, hatásosabb gyógyszerekkel és gyógy módokkal helyettesítsük a régebben ismerteket — a mint ezt a nap-nap után felmerülő szerek sora mutatja — addig a syphilis kezelésében újabb, eltekintve a serumtherapia eddig még eredménytelen kísérleteitől, inkább csak arra törekszünk, hogy souverainnek elismert gyógyszerünket, a higányt, minél alkalmasabb formában, a kellemetlen melléktüneteknek lehető elkerülésével s a betegre nézve minél kényelmesebb alakban juttassuk a szervezetbe. Igyekezettünk ezen irányban bizonyára nem jelenti azt, hogy a syphilis kezelésében már régen, a higány általános alkalmazása óta elértünk arra a pontra, a melyen megállapodhatunk s nyugodt lelkiismerettel szorítkozhatunk arra, hogy csak formai javításokat tegyünk a csallhatatlannak bizonyult gyógyszer alkalmazásán; a természet- és gyógybúvárlat nem ismer megállapodást; haladásunk fel lehet tartóztatva nagy, tán legyőzhetlennek látszó akadályok által, de a kutatás előbb-utóbb diadalmasan dönti le az újtába kerülő akadályokat. Egy ilyen akadály gátolja egyelőre a syphilis gyógyítása terén való tovahaladásunkat is s ez: a kórokozó ismeretlen volta. Ennek felfedezése, biológiai vagy vegyi tulajdonságainak megismerése fog csak új irányt és lendületet adhatni eddigi empirikus, tapogatózó gyógykísérleteinknek. Igaz ugyan, hogy ilyen szempontból még több más fertőző betegséget állíthatunk a syphilissel egy sorba, de bármelyiknél is alig

tartotta meg egy bizonyos specificum azt a souverain állását, mint a higány a syphilis kezelésében. Igy pl. a polyarthrités kezelésében valamikor nélkülözhetetlen salicylnak ma már egész sor jól bevált pótszerét ismerjük, bár itt is kétségen kívül nagyon hátráltatja a therapiában való haladásunkat a kórokozó ismeretlen volta. Mindazon fertőző betegségeknek pedig, a melyeknek mikroorganizmusai ismeretesek, napról napra tért hódít és szép eredményekkel kecsegtet a specifikus serumtherapia. Addig is, míg a syphilis kezelésében odáig jutunk, hogy biztos alaplól kiindulva kísérthessünk meg egy szoroson vett specifikus kezelést — mert, hogy csak a legnevesebb szerzőket említsen, *Pelizzari*, *Tarnowsky*, *Neisser* serotherapiiai kísérletei alig voltak egyebek a sötétben való eredménytelen tapogatózásnál — addig is a higány alkalmazásának módjait kell tökéletesítenünk E téren az utóbbi időben olyan újítások történtek, melyeket határozottan haladásnak kell minősítenünk a régebbi alkalmazási módokkal szemben s a melyek — véleményünk szerint — *legnagyobb jelentőséggel épen a gyermekek öröklött vagy szerzett syphilisének kezelésében fognak birni*, olyan téren, melyen még alig alkalmaztattak.

A csecsemőkori öröklött syphilist mindaddig vagy sublimatfürdővel, vagy belső kezeléssel (calomel, hydrarg. oxydul. tannic. stb.) iparkodtunk leküzdeni, de mindkét kezelési módnak vannak kellemetlen oldalai. Sublimatfürdőknél rendkívüli elővigyázat szükséges, hogy a fürdővíz ne érje a csecsemő nyálkahártyáit, hogy ne nyeljen a vízből, a mi izgalmi, esetleg mérgezési tünetekhez vezethet. S különben is, a bőrresorptioról való ismereteink mai állása szerint nagyon kétséges, hogy a vízben oldott higányszólból jut-e valami a szervezetbe, ha az oldat nem elég tömény ahhoz, hogy a felhámon maró hatást fejtve ki, sérüléseket okozhasson. Megbízhatóbb eredményekre vezet és könnyebben keresztülvihető a higány belső adagolása. Itt viszont, főleg a legelterjedtebben használt calomelnél — saját tapasztalataim is a belső kezelést illetőleg esupán erre vonatkoznak — a gyomor-bélhuzamnak néha nagy-

fokú érzékenységgel kell számolnunk. Elég gyakran látjuk, épen a congenitalis lues súlyos eseteiben, hogy calomel mellett a csecsemő étvágya romlik, hogy hetekig tartó bélhurutok lépnek fel, melyek a mellett, hogy a gyermeket sorvasztják, a kúra félbehagyására is kényszerítenek. Pedig tudjuk, hogy mily fontos a kúra consequens keresztülvitele s a lueses gyermekek jó táplálkozása. A bedörzsölési gyógymód, mely felnőtteknél egyike a legáltalánosabban használtaknak és leghatásosabbaknak, már igen jól alkalmazható egy éven felüli gyermekeknél is, a kiknek bőre semmivel sem irritabilisabb a higanykenőccsel szemben, mint a felnőtteké. Ha hébe-korba egy kis muló erythema fel is lép, a felnőtteknél oly gyakori folliculitisek fellépése — a szőrtüszőknek még fejletlen voltánál fogva — a ritkaságok közé tartozik. Az újszülött, vagy akár néhány hónapos csecsemő bőre ellenben a bedörzsöléseket kevésbé jól tűri, mert a syphilitikus laesiokkal fedett, többnyire hámló bőr nagyon irritabilis s az ilyen gyermekeknél a fejletlenség vagy degeneratio jeleként mutatkozó igen gyakori erős lanugo-képződés folliculitisek képződésére is alkalmas talajul szolgál.

Ilyen esetekben tehát különösen kívánatos egy olyan gyógymód alkalmazása, a mely egyrészt a csecsemő semmiféle szervére kártékony befolyást nem gyakorol, táplálkozásában nem gátolja, másrészt elég erőlyesen hat a lueses laesiokra és — ebből következően — magára a syphilis virusra is. Egy ilyen minden követelménynek megfelelő gyógymódot találtunk a Blaschko-féle mercolint¹ alkalmazásában. E gyógymód lényegileg nem új. Már a 70-es években Merget azon téves feltevésből kiindulva, hogy a higanybedörzsölési kúra is csupán mint inhalatio kúra hatékony s a bőr a felszívódásban szerepet nem játszik, higanynyal impraegnált szövetet tétetett a syphilitikus beteg vánkósába. Ugyanezen alapon állott Welander² is, a midőn az ő, kezdetben higanykenőccsel, később az Ahman és Blomquist-féle mercuriol poros zsaekóival kezelte betegeit. Ha a kiindulási pontul szolgáló feltevés nem is volt helyes, e kezelési mód eredményei nagyon kielégítőek voltak; és habár kétséget nem szenved, hogy a lélegző szerveknek nagy részük van a testre bármilyen módon alkalmazott higany felszívódásában, ma már be van bizonyítva s majdnem általánosan el van fogadva, hogy a bőrnek legalább is a légzőszervekével egyenrangú szerep jut a higanynak, nevezetesen a higanygőzöknek felszívásában (Schröder,³ Schuster,⁴ Juliusberg⁵ stb.). Ujabban maga Welander⁶ is elismerte ennek igazságát s nem tagadja, hogy a bőrresorptiónak az ő methodusánál is van szerepe.

A hamburgi Beiersdorf & Co. vegyi gyára által készített Blaschko-féle mercolint a Welander-féle kezelési módnak egyszerűsített és kényelmesebb formája.

Ma már a legtöbb gyakorló orvos ismeri azt a két leányü,* egy háti és egy mellő részről álló, higanynyal impraegnált, szürke, száraz, egyik oldalán bolyhos flanelkötőt, mely vállszalagok és derékkötők által a törzsre erősítetik, s a mely felnőttek számára háromféle erősségben, 10 gm., 25 gm. és 50 gm. higanytartalommal készül; körülbelül egy év óta gyermekek számára is készülnek mercolintok és pedig egy 0 jelzésű 10 gm. s egy 00 jelzésű 5 gm. higanytartalommal, a mi 30, illetve 15 gm. higanykenőccnek felel meg. E gyógymód felnőttek syphilitikus kezelésében máris igen elterjedt s csak kívánatos, hogy a gyermekek syphilitikus gyógyításában is lehetőleg tért hódítson. Sőt, mint már említettük, tapasztalataink alapján a csecsemő- és kis gyermekkor öröklött vagy szerzett syphilitisnél kell a Blaschko-féle mercolint alkalmazásának

¹ Blaschko: Eine neue Methode der Quecksilbertherapie. Berliner klin. Wochenschrift. 1899. 46. sz.

² Welander: Einige Worte über die Form der Anwendung des Quecksilbers. Arch. f. Derm. u. Syph. 1898. 46. k. 1. és 2. f.

³ Schröder: Zur Frage der Resorptionswege des Hg. bei Inunctionen. Német természetbúvárok és orvosok vándorgyűlése 1900. évben Aachenben.

⁴ Schuster: Német természetbúvárok és orvosok vándorgyűlése 1899. évben Münchenben.

⁵ Juliusberg: Ueb. Quecksilberresorption. U.o. 1900-ban Aachenben.

⁶ Welander: Einige Worte über die Mercolintschurze. Neumann J. tanár jubilaris kötetében. 1900.

* Ez a Schuster által módosított úgynevezett aacheni modell, mely jelenleg egyedül kerül forgalomba és sokkal praktikusabb az eredeti Blaschko-féle kötőnél.

legfőbb indicatioját látunk. Felnőtteknél a mercolintkúra nem helyettesítheti — ha csak nem a legenyhébb infectio eseteiben — az erőlyesebb bedörzsölési vagy injectio kúrát. Maga Blaschko is csak akkor ajánlja a mercolintkötés használatát, a midőn enyhe higany hatást óhajtunk elérni, tehát vagy nagyon gyenge egyénknél, vagy nagyon enyhe recidiváknál, vagy a Fournier-Neisser-féle intermediaer kezelésnél. Hasonló indicatiokat állít fel Schuster,⁷ Jordán⁸ pedig a lényegileg hasonló Welander-féle zsaekókezelésre nézve, valamint a többi kísérletezők legnagyobb része. Az indicatiok ilyen megszoritását helyesnek kell elismernünk. A mercolint higanya, mely csupán a mellea és háton hordatik, sokkal kisebb területen párolog és szivatik fel, mint a testfelület legnagyobb részére bedörzsölt kenőcs higanya. Ez utóbbi sokkal bensőbb érintkezésben is van a bőrrel s így valószínű, hogy a mercolint higanyából több megy veszendőbe, mint a bedörzsölt kenőcséből; érthető tehát enyhébb és lassúbb hatása.

Másként áll azonban a dolog gyermekeknél, főleg olyan korúaknál, a kiknél az inunctio kúra a fennemlített okoknál fogva nincsen indikálva. Körtörténeteink bizonyossága szerint mercolint alatt a congenitalis syphilitikus gyakran igen súlyos tünetei gyorsan multak, gyorsabban, mint azt a belső kezelésnél megszoktuk. Ez különben érthető is, ha a felnőtteknél a tapasztalat által megerősített azon álláspontra helyezkedünk, hogy a higanynyal való belső kezelés soha sem ér fel a külsővel, hogy az előbbi mindig csak mint surrogatum szerepelhet, ha külső körülmények nem engednek erőlyesebb kúrát, vagy ha ezekre szükség nincsen. Az a viszony, a mi a belső és külső kezelés hatásai között felnőttekre nézve áll, alkalmazandó a gyermekeknél is. De még egy más körülményt is tekintetbe kell vennünk, a mely bizonyosságul szolgálhat, hogy, főleg csecsemőknél, a mercolinttal való kezelés nemcsak relative hatásosabb a belső kezelésnél — a hatás mértékéül a tünetek elmulásának gyorsaságát, s a gyermek általános táplálkozási viszonyait véve irányadónak —, hanem abszolút véve is erőlyes kezelésnek minősíthető. Kis gyermekeknél t. i. a törzs felülete az egész test felületéhez képest jóval nagyobb, mint felnőtteknél; ha tehát a törzs nagy részét beborítom higanyos kötővel, aránylag jóval nagyobb lesz a felszívó és párologtató terület, mint hasonló körülmények között felnőtt egyénnél.

Vizeletvizsgálatokat a higany kimutatása céljából nem volt módomban végezhetni. Különbö is a vizsgálatok egész sora által lett már bizonyítva, hogy a higany egyszerűen a bőrön kiterítve, bedörzsölés nélkül is felszívatik, úgy hogy ennek újból való megerősítését mellőzhettem. Egyébként eseteimben a hydrargyrosisnak itt-ott mutatkozó, bár mindig csekély tünetei, melyek majdnem kizárólag erőlyesebb nyálfolyásból, néha csekély, s a kúra folytatása mellett is könnyen gyógyítható bélhurutból állottak, legfőképpen pedig a tüneteknek valamennyi esetben észlelt rövid időn belül való visszafejlődése eléggé bizonyították a higanynak a szervezetbe jutását.

Mindössze mintegy 20, nagyobbára congenitalis luesben szenvedő gyermeket kezeltem a Blaschko-féle mercolinttal. A kezelés nagyobb részben ambuláns történt, de néhány beteget Grösz Gyula főorvosnak, a belgyógyászati osztály vezetőjének szíveségéből a belső betegek osztályán helyezhettem el, s így a betegség s a kezelés egész lefolyását megfigyelhettem. Az ambuláns kezelt betegek közül persze egyikről-másikról csak hiányos feljegyzésekkel birunk a szülők hanyagsága folytán, a kik, ha javulást észleltek gyermeküknél, csak szabálytalanul hozták el őket az ambulantiára, vagy egészen is elmaradtak. Egy részük azonban hosszú időn át lelkiismeretesen időnként megmutatta gyermekét. A kötény hordását 3–4 hétre szabtuk, mely idő eltelte után vagy ujjal cseréltük fel vagy végleg eltávolítottuk.

Mielőtt kissé részletesebben méltatnók a mercolinttal elért eredményeinket, conclusioink indoklásául álljon itt néhány körtörténet.

I. K. Katalin, 6 éves, ambulantián jelentkezett 1900. szeptember 27.-dikén Gyengén fejlett gyermek. A végbélnyílás mellett

⁷ Schuster: Zur Behandlung mittelst Quecksilbersäckchen u. Mercolint. Arch. f. Derm. u. Syph. 1900. 51. k. 3. f.

⁸ Jordán: Ein weiterer Beitrag zur Welander'schen Sackbehandlung der Syphilis. Monatshefte f. prakt. Derm. 1900. 30. k.

körülbelül ezüstforintnyi, jól kiemelkedő, mély barázdák által rovátkolt sötétvörös színű terimenagyobbodás; körülötte több lenesényi, fehér lepedékekkel fedett erosio. Polyadenitis.

Diagnosis: *Syphilis verosimiliter acquisita*.

Therapia: Mercolint No 0. November 16. Mai napig távolmaradt. Jelenleg a végbél körüli plaque localis kezelés nélkül nyomtalanul eltűnt. A bal bordaív alatt egy krajezárnnyi pyogen eethyma (nem specifikus), a megfelelő oldali inguinalis mirigyek nagyobbak. A teljesen elhalványodott kötény ujjal eseréltetik fel.

II. P. Gyula, három hónapos, ambulantián jelentkezett 1900. október 6-dikán. Anyja első terhessége hat hó után abortussal végződött. Második gyermek négy hónapos korban állítólag bőrbetegségben halt meg.

A vállakon, kéztőben, tenyereken, czombokon, alszárakon, talpakon maculo-papulosus kütég; scrotumon egy erodált lepedékes plaque. Nyaki és scrotalis redőkben erythema intertrigo.

Diagnosis: *Syphilis congenita*.

Therapia: Mercolint No 00.

Október 8. Scrotalis plaque feltisztult, exanthema elhalványodott.

Október 16. Czombokon és karokon a kütég teljesen eltűnt, csupán a tenyereken és talpakon áll még fenn mérsékelt hámlás. Néhány nap óta erősebb nyáladás, gyakori vizes székelet. Szájban soor. Kezelés folytattatik és bismuth. salicyl. 0:8:80 lesz rendelve.

Október 22. Hasmenés fennáll, hányás. Végbél körül és natesen egy erythemato-papulosus (nem lueses) eruptio.

Október 26. Béli tünetek teljesen elmúltak a kezelés félbeszakítása nélkül. Bőr egészen tiszta, csak a talpakon még néhány sárgás, fénylő, foltszerű laesio. Új mercolint No 0.

November 16. Teljesen tiszta bőr. Tetemes súlygyarapodás.

November 30. Állandó súlygyarapodás és tiszta bőr.

1901. Február 26. Recidiva. A hajzatos fejbőrön két, a jobb czomb belfelületén egy lenesényi papula. Egy hónapig calomel, miután nem rendelkezünk mercolinttal.

Május 14. Újabb recidiva. A jobb szájugban fehéres lepedékekkel fedett lenesényi plaque. Bal tonsillán szabálytalan szélű hasonló laesio. Calomel.

III. G. Róza, 14 hónapos. Felvétel 1900. október 10. Anyjának első férjétől 3 gyermeke volt, kik közül egy él, második férjétől 5 gyermek, ezek közül 4 csecsemőkorban halt el.

Rosszul táplált anaemiás gyermek. Nyereg alakú orrgyök. Szájugban rhagadok, ajkpir hámlik, itt-ott pörkökkel fedett. Az alsó ajk alatti gödröcskében egy körülbelül fillérnyi, hámló, élesen kör alakú, lapos, halvány-rózsaszínű papula. Állalatti mirigyek jól tapinthatók. Szájban, a pofa nyákhártyáján mindkét oldalt 2-3 lenesényi, fehér, fénylő, reactios udvar nélküli folt. Torok tiszta. Törzs bőre tiszta, kissé márványozott. Natesen, czombok felső részén, nagyajkakon polycyelikus szélekkel bíró, kissé hámló, középtűt élénk piros, szélein lividvörös, fillérnyi egész ezüstforintnyi laesio, melyek kissé a bőr felszínre fölé emelkednek és tömöttebb tapintatúak. A nagyajkak belfelületén 3-4 erodált plaque. Kéztő feszítő oldalán és tenyereken néhány kölesnyi, halvány, sárgáspiros, fénylő, itt-ott félkör alakban elhelyezett hámló papula. Hasonlóak a bal sarok felett. Inguinalis mirigyek babnyiak.

Diagnosis: *Syphilis congenita*. Catarrhus intestinalis. Napjában háromszor híg, sárga székelet.

Therapia: Mercolint No 0.

Október 12. A nagyajkak és far lateralis, valamint a czombok felé terjedő részén a kiütés tetemesen elhalványodott. Szájugok rhagadjai majdnem teljesen begyógyultak, csupán a hámlás intenzívebb még e tájon. Rendelés: Tannigen 2:0, 10 porra.

Október 17. A kiütések mindenütt elhalványodtak. A fartáji kiütések helyét csupán halvány livid foltok jelölik. Szájugok teljesen gyógyultak, ajkak még hámlanak. Napjában egyszer rendszeres székelet.

Október 21. További javulás. Ajkak tiszták, nem hámlók.

Október 25. Gyakori híg, vizes székelet.

Rendelés: Bismuth. salicyl. 1:5, 10 porra. Beöntés.

Október 27. Összes syphilitikus tünetek elmúltak, csak a

natesen állanak fenn az elmúlt laesio helyén halványkék foltok.

Október 28. Bélihurut fennáll. A végbélnyílás mellett jobb oldalt egy diónyi, fájdalmas, tömött tapintatú, abscedálni készülő furunculus.

Hőmérsék 38:2. Mercolint eltávolítottatik; pelyhes felszín teljesen elhalványodott. A furunculusra meleg borogatás rendeltetik.

Október 30. A furunculus felvágatik, kötés.

December 15. Újból mercolint. Általános állapot jó, a nates kék foltjai halványabbak, de még jól láthatók. Az abscessus még nem gyógyult teljesen.

December 19. A nates foltjai teljesen elhalványodtak.

December 23. Teljesen tiszta bőrrel távozik, csak a végbél mellett két hó előtt megnyitott abscessus genyed még lenesényi területen.

IV. B. Lajos, 19 hónapos. Felvételt 1900. december 8-dikán. Jól fejlett gyermek. A baloldali farpofa belső oldalán az anus szomszédságában körülbelül 5-6 cm. hosszú, 3-4 cm. széles, ovalis, több mm.-nyire meredeken kiemelkedő, egyenetlen felszínű, élénk piros növedék, mely bő genyet secernál. Teljesen hasonló, csak jóval kisebb plaque a szemben levő jobb oldali farpofa tájon.

Diagnosis: *Syphilis verosimiliter acquisita*.

Therapia: Mercolint No 0. Localisan calomel-inspersio, mely két nap mulva elhagyatik.

December 12. Egy izben híg, vizes székelet.

Rendelés: Tannigen 2:0, Pulv. Doveri 0:20, 10 porra.

December 16. Mindkét oldali plaque igen lelapult, teljesen hámmal és ép szarúrétteggel fedett, puha tapintatú, tiszta, genyet nem secernál. Bélihurut megszűnt.

December 20. Plaqueok teljesen lelapultak, infiltratio nem tapintható, helyüket csupán lividvörös foltok jelzik.

Szülei ilyen állapotban, mercolinttal, december 23-dikán a kórházból kiviszik.

(Folytatása következik.)

Közlemény a pesti izr. hitközség kórházának Stiller tnr. vezetése alatt álló belgyógyászati osztályáról.

Enterolithiasis egy esete.

Közli: *Kassai Jenő* dr. kórházi segédorvos.

A has különböző daganatainak helyes kórismézése a belgyógyászat, sebészet és gynaekologia egyik legérdekesebb, de egyszersmind legnehezebb részét képezik. A talált tények helyes magyarázata csak hosszas és bő tapasztalatok után lehetséges, de számos esetben ezekkel sem vagyunk képesek az egyes daganatok helyét, minőségét, keletkezését, viszonyát a szomszéd szervekhez és prognosist megállapítani. Azért azt hiszem, senki sem végez hiábavaló munkát, ha egyes eseteket leír, melyekben az összes rendelkezésre álló módszerekkel, objectív és klinikai jelekből valamely daganat helyét, minőségét, viszonyát a szomszéd szervekhez pontosan megállapítjuk és a későbbi kórlefolyás azután tévedésünket bizonyítja be. Annál is inkább, ha ez a daganat, mint esetünkben, az embernél ritka bélkövek által feltételezett.

Az eset a következő: P. R. 36 éves, házaló neje 1900. október havában kereste fel kórházunkat, hol is a következő anamnesist vettük fel róla: Apja végelgyengülésben, anyja fiatal korban előtte ismeretlen betegségben halt el. Két felnőtt testvére él és egészséges. Havi baját 13 éves korában kapta meg, egyszeri terhességétől eltekintve, 4 hetenként 4-5 napi tartammal rendszeresen jelentkezik, utoljára f. hó 5-dikén. 12 év előtt szült, szülése után jobb oldalon suppuráló parametritis volt, mely a hasfalán keresztül megnyitott. Ezen folyamat miatt 1/2 évig nyomta az ágyat. 3 év előtt sokizületi csúza volt, mely azonban Pöstyénben használt fürdőgyógymód után teljesen meggyógyult. Néhány év óta gyakran kell vizelnie, vizelése gyakran fájdalmas is. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 14 hó előtt bélfájdalmak lepték meg. A fájdalmakat a bal hasfélbe lokalizálja. A fájdalmak állítása szerint eleinte leginkább valamely psychikus izgalom után jelentkeztek és napokig is eltartottak. Roham közben hányinger is gyötri,

hányi azonban nem szokott. Ugyanezen idő óta állandóan makaes székrekedésben szenved, széke csak mülegesen van. Utóbbi időben fájdalmas rohamai igen gyakran jelenkeznek, óriási intenzitásúak, de nem kolikaszerűek. Erősen lesóványodott, étvágytalan.

Jelen állapot: A jelentékenyen lesóványodott, elerőtlenedett halvány nőbeteg mellkasi szervei fölött eltérés ki nem mutatható. Hasfalak petyhüdtek, az ileocecalis tájon egy körülbelül 15 cm.-nyi heg, ezen a helyen hasfali sérv. A bal alhas mélyében egy daganat tapintható, mely hosszúság alakban a haránt köldökvonaltól lefelé a medence mélyébe terjed. Tapintata porczkemény, dudoros felülettel. Kivülről vizsgálva mozdulatlanok tűnik fel, mint egy retroperitonealis daganat. A hüvelyen át alsó polusa a boltozaton keresztül tapintható, az ivarszervekkel nem függ össze.

Bimanualis vizsgálatnál a hüvelyen és hasfalán keresztül hosszirányban kissé mozgékonyak bizonyul. Belsőfelvénél a daganat helyzete nem változik, talán valamivel homályosabban tapintható. A vaginalis vizsgálat megejtése előtt a daganat consistentiája, felülete, helyzete és abszolút mozdulatlansága jogossá tette egy a medencecsontokból kiinduló csont vagy porczdaganat diagnózisát, azonban a vaginalis vizsgálat eredménye ennek helyességét csakhamar megdöntötte, mert alig képzelhető oly fajta daganat, mely csak kissé is mozgatható volna. Így tehát tekintetbe véve az objectiv leletet, a beteg nagyfokú cachexiáját, a bélfájdalmakat, a székrekedést, a bél rosszindulatú álképletét vettük fel, mely talán a medencecsontokkal összekapaszkodott és melynek valószínű székelyét az S romanumban kerestük.

Vizelet borsárga, homályos, közömbös kémhatású, fajsúlya 1016—1018. Idegen alkatrészek közül középennyiségű genyet és ennek megfelelő fehérjét tartalmaz. Göreső alatt a vastag kristályos üledék legnagyobb részét phosphorsavas ammoniak magnesiából áll kevés hígysav és hígysavsó kristályllyal, sok nagy lapos, polygonalis hámsejttel. Vesealakelemeket nem találtam, pedig, mivel akkor Kobler értekezésének behatása alatt állottam, ki makaes obstipatio esetében csaknem mindig talált hyalin cylindereket, nagy figyelemmel kerestem őket.

A további kórlefolyás azonban csakhamar halomra döntötte az oly szépen felállított kórismét. Beteg néhány napi kórházi tartózkodás után makaes székrekedésének legyőzésére 30 gramm ricinus-olajat kapott, melynek behatása alatt, legnagyobb csodálkozásunkra, igen heves fájdalmak közepette egy 4.0 cm. hosszú, 9.5 cm. kerületű, 17.5 grammot nyomó kő távozott el. A beteg a kő eltávozása után igen jól érezte magát, kínzó fájdalmak mintegy varázsütésre elmúltak, étvágya, életkedve visszatért. Az objectiv lelet annyiban változott, hogy a daganat lényegesen kisebb lett. A tumor persistálásából, valamint az eltávozott kővön látható facette-ből legalább még egy kő jelenléte kellett következtetnünk, és mint később láttuk, joggal is. Ricinus-olaj, jalappa-pilulák, magas beöntések által előidézett hashajtókúra eredményeképpen néhány nap múlva egy körülbelül gesztenyenagyságú, 2.8 cm. hosszú, 9 cm. kerületű, 11 gramm súlyú kő távozott el, melynek mindkét vége ízületi felszínnel birt, miből ismét még egy kő jelenléte következtetnünk. Ezt azonban minden igyekezetünk dacára sem voltunk képesek napvilágra hozni, pedig combinált vizsgálatnál igen jól lehetett érezni a hüvelyboltozaton keresztül. A beteg ez alatt erőben, súlyban annyira gyarapodott, hogy semmi módon sem volt többé a kórházban visszatartható, eltávozásakor nem is akarta hinni, hogy még valami baja van. Folyó év február havában ismét láttam a beteget, a daganat kivülről alig volt tapintható, a hüvelyen keresztül csak homályosan. Junius hóban hólyaghurutja miatt ismét felkereste kórházunkat, előadta, hogy néhány hét előtt egy mogyorónyi kő távozott el, vizsgálatnál tumornak semmi nyoma sem volt felfedezhető. Érdekes, hogy a nőnek cystolithiasis is van.

Az autochton bélkövek embernél aránylag ritkán fordulnak elő, sokkal gyakrabban állatoknál, különösen lovaknál. A régiebb irodalomban a bélkövek számos esete van közölve, de ezek legnagyobb része bélbe került epekő; újabban nem igen találtam közölt esetet.

Leichtenstern nyomán, kinek beosztását a kórbonecznokok (Ziegler) és az újabb klinikusok (Nothnagel) is elfogadják, a bélköveket három csoportra oszthatjuk:

1. Igazi, kemény, aránylag súlyos kövek, gyakran concen-

trikusan rétegezve, a rétegek esetleg különféle színűek, organikus anyagokban szegények, leginkább phosphorsavas mészből és magnesiából állanak. A betegüktől távozott kövek is ebbe a csoportba tartoznak (Genersich tanár úr szíves vizsgálata szerint). Gesztenyenagyságot ritkán érnek el, a mieink tehát már a nagyobbak közé tartoznak. Néha excessiv nagyságúak, így Monro leir egy követ, melynek kerülete 23 cm.-nyi, súlya pedig négy font.

Alakjuk rendszeren ovalis, gömbölyű, ritkán (mint esetünkben is) facette-tel. Rendszeren csak egy kő található, az olyan eset, mint a mienk, hol legalább három kő volt jelen, ritka. Niemayer klinikájáról közölték egy beteg kórtörténetét, kinél az idők folyamán 32 kő távozott el, 2 1/2 font összsúlyllyal. Magjuk rendszeren valamely szerves anyag, gyümölcsmag, epekő, bélgilisztá, peték stb.

2. Bélkövek esekély fajsúlyllyal, szabálytalan, elágazó alakkal, taplótapintatúak és állományúak. Göreső alatt emésztetlen és emészthetetlen növényi alkatrészekből állanak, melyekbe ásványi alkatrészek [(Ca Co₃, Ca₂(PO₄)₂, Mg₃(PO₄)₂] rakódnak le. Sokkal gyakoribbak, mint az első csoportban leirt esetek.

3. A legritkábban előforduló bélkövek azok, melyek valamely gyógyszer hosszas használata folytán keletkeznek. Így Bamberger irt le egy esetet. Egy egyénnél, ki hosszú ideig krétát szedett, egy bélkövet találtak, melynek 80%-a Ca Co₃-ból állott. Cloquet, Brande, Henry ugyanilyen okból keletkezett magnesiaköveket észleltek, Hutchinsonnak pedig van egy esete, melyben a 37 cm.-nyi körfogatú bélkő vasból és magnesiából állott. Sőt még benzoéből álló bélkövet is talált Erichsen.

Rövid idő előtt magamnak is volt alkalmam egy tüdőtuberculosisban elhunyt nőnél három mogyorónyi bélkövet észlelni, melyek csaknem tisztán bismuth-subnitratból állottak, mely gyógyszert a beteg makaes hasmenései ellen hosszú ideig használt.

A bélkövek leggyakoribb keletkezési helye a szerzők egybehangzó véleménye szerint a vakbél. Azonban a bélesatorna bármely helyén keletkezhetnek; ha a vékonybélben van keletkezési helyük, úgy leggyakrabban valamely gurdélyban székelnék. A vastag- és végbél mély ránczaiban is keletkezhetnek bélkövek, így a mi esetünkben is a kövek keletkezési helye minden valószínűség szerint a flexura sigmoidea. Környezetükben a folytonos inger lobot, összenövéseket idézett elő, melyek véleményem szerint nagyban hozzájárultak a kitapintott daganat teriméjének növeléséhez.

A bélkövek tünettana nagyon homályos. Nem ismerünk egyetlen tünetet sem, melyből jelenlétükre következtetnénk, kivéve, ha a végbélben kitapinthatók. Leichtenstern szerint csak ritkán okoznak heveny tüneteket, még leginkább akkor, ha valamely gurdélyból hirtelen a bél lumenébe kerülnek és ezt elzárják. Leggyakrabban hosszú ideig tartó, soványodáshoz, neurastheniához vezető súlyos hasi bántalom körképét adják, melyet gyakran tartottak kitapintható tumor mellett rákos megbetegedésnek. Nothnagel szerint a betegség tünetei: étvágyesökkenés, emésztési zavarok, igen makaes székrekedés, fájdalmak a hasban, néha idült bélszűkület tünetei; a mint látjuk tehát, nagyon sokértelmű, számos bélmegbetegedésnél észlelt tünetek. A mi esetünkben a tünetek nagyjában megegyeztek a Nothnagel által leirt tünetesoporttal.

Végül köszönetet kell mondanom tisztelt főnökömnek, Stiller tanár úrnak, ki az eset közlését szíves volt nekem átengedni és tanácsaival szolgálni.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából.

Lithiasis-esetek.

Közli: Ráskai Dezső dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

Szükséges-e azonban már a kőképződéshez is a hólyag bizonyos desquamativ folyamata, a mint azt az *Ebstein-Nikolaier*¹⁹ féle nézet feltételezni látszik, az ma még vita tárgyát képezi. Az organikus vázat, melybe és a mely körül az anyalúg különböző sói lerakódnak, a húgyivarszervek különböző lobjai és folyamatai szolgáltatják. Ezen vázat a minden kő magjából előállítható fehérjeszerű anyag alkotja. Újabb vizsgálatok azonban, melyek a physiologikus vizeletnek fehérjetartalmát kimutatták (*Senator, Noorden*), a mely a húgyutak folytonos hámlo epitheléből származik, ezen

váz jelentőségét csak bizonyos megszorításokkal adja, a melyeket *Réczey* így formulázott: húgykőképzéséhez feltétlenül szükséges 1. a kőképzőknek kiesapódása, 2. a húgyutak desquamativ lobja és az ez által feltételezett stromaképződés, mely egy központi mag szerepét játszsza és 3. ezen mag visszatartása a hólyagban. A retentionalis vizeletben ezen mag visszatartása természetesen meg van könnyítve, valamint az ilyen pangó vizeletben koncentráltabban tartalmazott sóknak körülötte vagy a veséből lekerült köveeske körüli kiesapódása is; hogy a pangó vizelet könnyen eredményezhet kőképződést, azt a már *Utzmann* által is hangoztatott körülmény a hólyag gurdélyaiában oly gyakori kőképződésről is igazolja. Körtörténeteinkben a gurdélyokban pangó vizelet sóinak tömörüléséből történt kőképződésnek két szép példáját találjuk.

A különböző diathesisek szerepéről körtörténeteink nem adnak felvilágosítást, kimutatható anyagcsere-zavarokról említés nem történik.*

Az öröklékenységek példáját körtörténeteinkben nem találjuk. Az öröklékenységet, melyről a régiek (*Leroy d'Etioilles, Civiale, Keyes, Marcet*) oly klasszikus példákkal szolgáltak és a mely családi dispositio létezését tapasztalataik alapján *Thompson* és *Cantani* is hiszik, a melyről *Borbély*²² is közöl esetet, újabban ugyanazon viszonyok között élő, ugyanolyan életmóddal bíró embereknél inkább a véletlenből magyarázzuk.

A mi a betegség tüneteit illeti, körtörténeti feljegyzéseink a tünetek keletkezését csak egy-két esetben mondja hirtelennek, a vizeletsugár megakadásával kezdődőnek. A tünetek a legtöbb esetben annyira egyezők, hogy valósággal schematizálhatók. Heves égető fájdalmak a vizelés végén és alatt, a baj előrehaladásában már a vizeletsugár megindulását is megelőzők, a makkra és penisre, majd a gát- és hólyagtájra elterjedők, a czombokra és lágyéktájra kisugárzóak. Egynéhány esetben a vizeletsugár hirtelen megszakadása a hólyag teltségének érzete mellett, fájdalommal, mely a sugár megindulását a legbizarrabb állásokban, a betegeknek néha tragikomikus leleményességében képes csak létrehozni.

Az eleintén tiszta vagy legalább nem nagyon zavaros vizelet mindinkább sűrűsödik, bűzös lesz, időközönként véres, sőt ezen vérzés egyes esetekben a baj első jelentkezését képezte.

A tünetek súlyosbodása hosszas állásnál, sok mozgásnál, kocsizásnál, majdnem minden esetre vonatkozó szabálynak tekintendő, egyes esetekben a kocsizást erős vérzés követi. A fekvésnél való fájdalommentesség arra bírja a betegek nagy részét, hogy idejük javát fekvő helyzetben, hasra húzott czombokkal mozdulatlanul töltsék, a gyermekeknél a kórházba jövetelt néha évekre terjedő ágybanfekvés előzi meg.

A tüneteknek különböző súlyossága az egyénenként változó érzékenységen, a hólyag állapotán kívül, a kőnek a hólyagon belül való elhelyeződéséből és a felület különbségeiből folyik. A hólyag egy diverticulumába beágyazott, a prostatahypertrophiás hólyag retroprostatikus tasakjában nyugvó kő óriási nagyságot érhet el a tünetek esekély volta mellett, míg a kis, a vizeletsugár által

* A tiszta uratköveknek, valamint combinatioinak nagyobb arányszáma [a külföldi statistikák szerint 80% (*Güterbock*); az I. számú sebészeti klinika gyűjteményében 501 kő van vegyileg megvizsgálva, a mely vizsgálatokat *Réczey* tanár (302 esetben), *Bakó*, *Prochnor*,²⁰ és *Farkas Jenő* végezték; leggyakoribb az urat és phosphat combinatioja 28-90%, urat-oxalat-phosphat 28-30%, tisztán urat 16-96%, urat-oxalat 13-19%, phosphat 6-98%, azután jönnek oxalat-phosphat 9-19%, oxalat 1%, cystin stealith 0-20%], valamint előfordulásuk az élet minden korában a mellett bizonyít, hogy a szervezet különös hajlammal bír uratok kiválasztására. Saját vizsgálatainak alapján is azt hiszi *Borbély*,²¹ hogy a húgykő keletkezését, az incrustatiót kivéve, minden esetben a húgysav okozza. Ezen magot sokszor nem lehet kimutatni, ép úgy feloldódik és helyébe más vegyület rakódik le, mint akármilyen más részlet. A régibb szerzők ezen uratkiválasztást bizonyos sóknak a szervezetbe való nagyobb bevitelétől származtatták, de physiologikus működésének teljességében a szervezet ezen anyagokat, függetlenül mennyiségüktől, feldolgozza; csak ha ezen physiologikus hatás csorbul, akkor jön létre ezen sóknak nagyobb mennyiségben megjelenése és így alkalmilag concrementumokká való tömörülése (*Utzmann*). A szövetek physiologikus működésének ezen zavarában, ezen dystrophiában nyilvánul a diathesis, a kőképzésre való hajlam és a mint így húgysavas diathesisben hiszünk, ép úgy van phosphorsavas (phosphaturia), oxalsavas stb. diathesis.

a hólyagnyakba sodort szabadon lebegő kő, még ép hólyag mellett is, a leghevesebb fájdalmakat szüli.

A bacteriummentes vizelettel bíró hólyagnál létrejövő izgalom csak muló vascularisatiót okoznak, de, különösen gyermekeknél és hajlékony hólyagnyakkal bíró felnőtteknél, retentiót nem és így, mint már fentebb említők, cystitist sem okoznak.

A felület hatása a sima uratköveknél a legesekélyebb, erősebb az érdes felületű phosphatköveknél, legkifejlettebb a göröngyös nagy fajsúlyú oxalköveknél.

A mondottakból könnyen magyarázhatóan az idősebb betegek panasza inkább a vizelési rendellenességekre és akadályokra vonatkozik, míg a gyermek- és ifjúkor betegek a súlyosan szenvedő betegek külsejével szörnyű fájdalmaiktól szabadulást keresnek a kórházban.

A tünetek súlyossága, valamint a betegek és környezetük értelmisége határozó azon időre nézve, a mely az első tünetek fellépte és a műtetre való elhatározás közé esik. Eseteinkben, hat esettől eltekintve, a melyekben a bementés szerint valamely időpont meghatározható nem volt, a következő adatokat nyertük:

1 éven alul	11 eset
1-3 évig	18 "
10 éven alul	12 "
10 éven túl	9 "
	50 eset.

Az első tünet felléptétől a kórházba jövetelig egy hónap telt (29. sz.) mint legrövidebb idő (a kő oxalsavas volt), a leg-hosszabb 40 év (151. sz.), midőn az első tüneteket apró kövecskék eltávolodása okozta, fájdalmak azonban csak másfél év előtt keletkeztek; egy másik esetben (4. sz.) a tartam 24 évre tehető, az egyik irányban 3 $\frac{1}{2}$ cm. nagy oxalsavas követ az uratrarakódások tették simává. A 33. sz. körtörténetben a 20 éves baj a beteg közönyössége folytán oly későn jutott műtét alá, hogy a felsőbb húgyutak súlyos megbetegedései a beteg halálához vezettek (nephritis, perinephritis fibrosa chronica, pyelitis diphtheritica, hydronephrosis bilateralis).

A mi a baj diagnózisát illeti, az legtöbb esetben az előzmények, valamint a tünetek előadásából volt megtehető. A kutatóval való vizsgálat már csak a diagnosis objectiv bizonyítékait nyújtá.

Kő jelenlétének a kutatóval való vizsgálat majdnem mindig positiv eredményt ad. Ha a vizsgálat első esetben negativ marad is, többszöri ismételt vizsgálat úgy a köre való gyanú helyességét igazolja be, a mint a kő nagyságáról, elhelyezéséről és számáról is felvilágosítást nyújthat. A nem minden esetben végezhető cystoscopicus vizsgálat a kórisme exactságát csak növeli; közönséges esetekben azonban felesleges. Kő és cystitis jelenlétének a hólyag contractioi nem egyenletesek és így gyakran a hólyag physiologikus deformatioi jönnek létre, a melyek azután a sok betokolt kő hamis diagnózisát adják. Daczára azon már említett ténynek, hogy majdnem valamennyi kórházi köbeteg már cystitissel jön felvételre, a cystitis nem jár mindig a kövel együtt és a mint a hólyaglobos beteg nem egyszermid köbeteg is, úgy azon cystitis nélküli beteg is, kinél a tünetek szerint köre gyanakszunk, kövel bírhat.

A hólyagizgalom tünetei a kórházi tartózkodással együtt járó nyugalommal minden különösebb kezelés nélkül is enyhülnek és ha a cystitis intensitása sohasem lehet a műtét végzésének contraindicatioja vagy halasztó oka, úgy mégis mindig czélszerűnek bizonyult a betegnek a műtét előtt való néhány napi fektetése, az étrend szabályozása, a béltractus kitisztítása és a beteg fürösztése. Az esetleges cystitis helyi kezelése mosásokkal, a hólyag tágitása kevés esetben járt eredménnyel; a legtöbb esetben a hólyag érzékenységét csak növeli, azért utóbb nem is végeztetett.

Összesen 53 eset került műtét alá; egy műtét nélkül távozott a kórházból, egy pedig a műtét előtt halt meg, egy esetben a kő a kórházban tartózkodás alatt spontan távolodott el.

A műtét módok számszerinti elosztódása a következő:

Sectio perinealis lateralis	17
Sectio perinealis mediana	22
epicystotomia	6
litholapaxia	5
urethrotomia externa	2
a húgyveső tágitása	1

Összesen 53

A sectio perinealis lateralis által operáltak közül meghalt kettő, a median-metszéssel operáltak közül három. Az oldalsó gátmetszéssel műtött betegek halálát egy esetben a vesének már a műtétet megelőző súlyos kóros állapota idézte elő, a másik esetben a műtét után néhány órával beállott szívgyengeség okozta a halált (33. szám, 54. szám). A középgátmetszés halálos esetei (19. szám, 28. szám, 51. szám) közül az elsőben a húgyutak súlyos diphtheritikus lobja okozta a halált, a másodikban a műtét a beteg súlyos uraemikus állapotában végezve, csak türelmetlen fájdalmai enyhítését célozta, míg a harmadik esetben szívűdés vetett az életnek végét.

A mi az *oldalsó gátmetszést* illeti, az klinikákon rendes kömetsző helyzetben végeztetik; a metszés közönséges domború szikével, felülről lefelé és balra történik, mindaddig folytatva, míg az anusnyílás és a tuber ossis ischii között gondolt vonalig ér. A lágyrészek egy metszésre körülbelül a húgyesó faláig választatnak szét, míg a húgyesó a segéd által tartott itinerarium oldalvályújába irányított metszéssel átmetszetik, a belső metszés a külső metszéssel párhuzamosan (egy irányban), gombos szikével vagy a kés változtatása nélkül történik. A tompán tágitott sebnyíláson át a kő ujjal vagy köfőgővel eltávolítatják. Régebben a 80-as évek közepéig a beteg maga tett sebére carbolba áztatott szivacsokat, most jodoformgazenek a sebbe való bevezetése mellett pólyával megerősített fekvő kötés alkalmaztatik s a szükséghez képest változtatik. Az átlagos gyógytartam 30 napra tehető. A két halálozáson kívül kétszer volt a régebbi esetekben localis sebfertőzés (kötőszöveti lob), genysűlyedéssel a borékba.

Az oldalgátmetszés, a múlt idők egyedül uralkodó műtete, az utolsó évtizedekben a többi műtéttel szemben teljesen háttérbe szorult; sokak által teljesen elhagyva, egyes munkákban már csak a történelmi érdekesség szempontjából nyer említést. *Réczey* tanár által még az utolsó időkben is egy-két esetben végeztetett és pedig nemcsak a tanítás szempontjából. A két eset, a melynél legutóbb végeztetett, egy 10 és egy négy éves gyermeket (47. sz. és 54. sz.) illetett, kik bajuk hosszas fermállása miatt elgyengült állapotban hozattak a kórházba. Ezen esetekben a műtét gyors kivihetősége és egyszerűsége volt a műteti mód választásánál határozó.

A középső gátmetszés a legtöbb esetre egyaránt alkalmas és kielégítő volta miatt a később részletezendő okokon kívül 22-szer végeztetett a klinikumon *Réczey* tanár által.

A metszés a középvonalban, a raphenak megfelelőleg, a húgyesó hártás részének irányítva történik. A húgyesó, a bulbosus rész hátsó határától a pars-prostatika elejéig, a prostata megsértésének elkerülésével, megnyitvatván, a húgyesó ezen utóbbi részlete (prostatica), valamint a hólyag tompán tágitatják, a kő egészben vagy széttörölve távolítatják el.

A hólyag súlyos fertőzöttsége mellett jodoformgaze-csik bevezetésével, egyik-másik esetben katheter állandósítása mellett a betegek a harmadik héten húgyesővíkűn vizeltek, a negyedik héten a gátseb besarjadzott és a betegek, a mennyiben a hólyag állapota utókezelést nem igényelt, a kórházat elhagyták.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

Az orvosok gyakorlati éve a német birodalomban.

Mint ismeretes, a király által 1901 január 11-dikén jóváhagyott, az orvosdoktori szigorlatokról szóló szabályrendelet 1 §-a az orvosdoktori oklevél és az egyetemes orvosgyakorlat jogának elnyerését azon feltételhez is köti, hogy a jelölt „a doktori felavatás után valamely arra feljogosított köz- vagy nyilvánossági jelleggel felruházott kórházban, illetőleg valamely cs. és k. közös hadseregbeli vagy magy. kir. honvéd egészségügyi intézetben eltöltött egy évi gyakorlatot” kimutasson. Az 1899 december 31-dikén megjelent új osztrák orvosdoktori szigorlati szabályzat hasonló intézkedéseket nem tartalmaz és pedig azon okból, mivel az osztrák közoktatásügyi kormány nem találta biztosítékot arra, hogy a gyakorlati év valóban sikeres is legyen azok számára, a kik különben saját maguktól nem vállalkoznak reá, más részről a venia practicandi jogának megadását vagy megtagadását nem volt hajlandó az egyetemektől megvonva kórházi főorvosokra bízni. Ellenben a német birodalom orvosai számára 1901 május 28-dikán kiadott vizsgálati szabályzat a gyakorlati év intézményét létesíti.

Az a szándékom, hogy a következőkben a német szabályzatnak

a gyakorlati évre vonatkozó intézkedéseit s azok indító okait actualitásuknál fogva megismertetem.

A német orvosok már 1890-ben sürgették az 1883 óta érvényes orvosszigorlati szabályzat revisióját, és kívánságaik közé a gyakorlati év behozatalát is felvették. A porosz közoktatásügyi minister kezde a birodalmi kancellár 1891 július 22-dikén felhívta a szövetségi kormányokat, hogy nyilatkozzanak az orvosi tanulmányok meghosszabbításának kérdéséről. A ministeriumokban tartott tanácskozások eredményeit néhány egyetemi tanárnak megküldötték véleményadásra. Ezek válaszáinak számbavételével 1896-ban tervezet készült, melyet a 20 német egyetemen kívül az orvosi kamaráknak s az orvosegyesületeknek is megküldöttek. A beérkezett adatokat egy egész éven át tárgyalták, s ezek eredményeképp jelent meg 1901 május 28-dikán, tehát a kérdés felvetése után 10 évvel az új szabályzat.

Az összes érdekeltek egy nézetben voltak, hogy az orvostudományt még a klinikák szorgalmas látogatása sem készíti elő elégségesen az orvosi hivatásra. A porosz kamarák egyhangúan a gyakorlati év behozatala mellett nyilatkoztak, míg az egyetemek egy része ellene, másik része pedig nyilatkozás előtt meg akart róla győződni, hogy mikép öhajjták ez intézményt létesíteni. A szövetségtanács a gyakorlati év mellett döntött. Az egyetemi tanulmányi időt 9 félévről 10-re emelte, a fegyver alatt eltöltött katonai első félévet csak az esetben számítják be, ha annak eltöltése nem esik a klinikai szakmák hallgatására szánt utolsó évekre. A gyakorlati év csak az összes vizsgálatok sikeres letvése után veheti kezdetét, az approbiatiót pedig csak ennek eredményes befejeztével adják meg. Arról, hogy a katonai második félév beszámítható-e a gyakorlati évbe, a szabályzat nem szól, minthogy azonban a német birodalomban az orvosok a második önkéntesi félévet csak approbatiójuk után szolgálhatják, ez pedig csak a gyakorlati év után történik meg, ezzel lehetetlenné van téve, hogy a katonai második félévet beszámíthassák. Kivételt képeznek azok, kik a Vilmos császár katonai orvosképző intézetben végezték tanulmányaikat s a kik tanulmányaik végén a berlini Charité-kórházba vezényeltetnek, a mennyiben ezek számára a jelzett kórházban töltött idő a gyakorlati évet helyettesíti.

A jelölt az orvosi vizsgálatok sikeres letvése után *egyetemi* klinikán, *egyetemi* poliklinikán vagy erre *felhatalmazott* kórházban mint *gyakornok* (Practicant) működik, s ezen időből legalább egy harmad évet a belsőbajosok osztályán tölt. A kórházaknak a felhatalmazást az illető állam ministeriumával egyetértően a birodalmi kancellár adja meg, ezek jegyzékét évente közzéteszik.

A jelölt az intézetet szabadon választhatja, de kétszernél többször csak a ministerium engedélyével változtathatja. A gyakorlati év alatt nem csak practikus ismereteit és képességeit kell tökéletesíteni, hanem tanúságát kell adnia annak is, hogy az orvosi hivatás feladataival s kötelességeivel szemben kellő érzeke van. Az év végén megszerbott szövegű nyomtatványon bizonyítványt kap, melynek esetleges megtagadása ellen a jelölt 2 hét lefolyása alatt a ministeriumhoz appellálhat, melynek joga van az illetőt az approbatio előtt további gyakorlatra utasítani.

Azon időt, melyet az orvosjelölt egy német egyetemi intézetben (nem klinikán) vagy nem egyetemi, de erre felhatalmazott orvostudományi intézetben (pl. a frankfurti kísérleti gyógytani, a poseni higiéniai intézet) a *vizsgálatok letvése után* mint tanársegéd tölt, a ministerium vagy egészben, vagy részben beszámíthatja, sőt kivételesen a külföldi tudományos intézetekben s kórházakban eltöltött idő is beszámítható.

A mennyiben a német birodalom intézetei s kórházai nem volnának elegendők a jelöltek felvételére, a gyakorlati év egy alkalmas s sokoldalúan elfoglalt gyakorló orvos oldalán is eltölthető, erre az engedélyt a jelölt kérésére a birodalmi kancellár — az illetékes ministeriummal egyetértve — adja meg.

Azon feltételek, melyekkel a kórházaknak birniok kell, hogy felhatalmazást nyerjenek, a szabályzatban nincsenek benne. A bizottsági tárgyalások alkalmával azonban azon felfogás jutott érvényre, hogy magánkórházak s nem egyetemi poliklinikák nem hatalmazhatók fel; a kórházaknak nyilvános jellegűeknek kell lenniök, legalább 50 ágyuk legyen s legfeljebb annyi jelöltet vehessenek fel, hogy egy-egyre legalább 20 fekvő beteg essék.

A gyakorlati év elteltével a jelölt azon ministeriumhoz, a melytől vizsgálatát sikeres letvése után erről igazolványt nyert, benyújtja a gyakorlati év eltöltéséről szóló bizonyítványt, továbbá ezen év tevékenységéről szóló jelentését, rendőrségi bizonyítványát, annak igazolását, hogy oltási terminusokon részt vett s ezek alapján nyeri el — az approbiatiót.

A gyakorlati év már mindazokra kötelező, a kik vizsgálatukat 1903 október 1-je után fejezik be! A birodalmi kancellár 1908 október 1-jeig azonban a régi rendszer szerint vizsgázókat *kivételesen* felmentheti. A német szabályzat egyéb intézkedéseiről más alkalommal.

Grösz Emil.

Mc. Kinley halála.

(Amerikai lapok s hivatalos jelentések nyomán.)

Az egész világon megdöbbenést s részvétet keltett a közel multban érkezett az a hír, hogy gyilkos kéz merényletet követett el az Egyesült

¹ Prüfungs-Ordnung für Aerzte für das Deutsche Reich vom 28. Mai 1901. — *Kirchner*: Die wesentlichen Bestimmungen der deutschen Prüfungs-Ordnung für Aerzte vom 28. Mai 1901.

Államok 25-dik elnökének élete ellen. Hasonló végzet érte 20 év előtt *Garfield* elnököt, ki közel három hónapi szenvedés után vesztette életét a merénylet következtében. S habár mindkét elnök gyilkos golyónak esett áldozatul, a mi az összehasonlítás megtételére csaknem kényszerít, sebészi szempontból csak kevés a hasonlatosság a két államfő sérülései között. Mindkettőt forgópisztoly két lövése érte, melyek közül az egyik jelentéktelen volt, úgy a *Garfield* karját ért izomseb, mint *Mc. Kinley* mell-sebe, melynél a golyó a szegycsont felett megakadt. A másik halált okozó sebész azonban lényegesen eltérő volt. Csak a *Garfield* halála után megejtett boncolás derítette ki a löcsatorna tulajdonképeni lefutását, kezelő sebészei csaknem három hónapon át azon téves nézetben voltak, hogy a *Buldogg*-revolver lövege a májon át a hasürbe hatolt s a mellső hasfalban megakadt, pedig a sebcsatorna teljesen extraperitonealis lefutású volt. A löveg, mely a 11. jobboldali bordát eltörte, a gerinceoszlopon át a gerincesatorna előtt haladt, majd az első ágyécsigolya testét szétresolvva, ennek törmelékét szerte szórta a környező lágyékrészekbe s a pancreas alatt akadt meg a spinától balra körülbelül $2\frac{1}{2}$ hüvelykkel s a peritoneum mögött, hol teljesen betokolva találtatott. A halál közvetlen okát másodlagos haemorrhagia képezte, a löcsatorna mentén fekvő mesenterialis ütőerek egyikéből; a nagy mennyiségű vér áttörte a hashártyát s a hasürben foglalt helyet. Nagy tályogúrt találtak a máj s harántremese közt, mely azonban sem a májjal, sem a külső sebnyílással nem közlekedett. A külső sebből pedig a mély izmokon át a jobb vese aljához hosszú, genyedő ürjárat folytatódott: s ezen fistulát tekintették a beteg életében a löcsatornának. *Garfield* tehát pyaemiában szenvedett s a septikus folyamat befejezését vérzés képezte. A napokban újból sokat megvitatott kérdés volt, hogy modern sebészi kezeléssel meg lehetett volna-e akadályozni a pyaemiát s *Garfield* elnök idő előtti halálát.

Mc. Kinley-t a gyilkos golyó mellülről érte, a 32-es calibrú revolver lövege öt hüvelykkel a bal bimbó alatt, $1\frac{1}{2}$ hüvelykkel a középvonaltól balra hatolt be. Áthatolt a hasúron s a gyomornak úgy mellső, mint hátsó falát lyukasztotta át, s miként közelből történt pisztolylövésnek megfelel, a mellső gyomorfallal sebésze kiesiny, éles szélű, a hátsó nagyobb s szakgatott. A műtök a gyomorfallal sebeseinek gondos elzárása után, melyeken át csekély extravasatio történt, más sebést is kerestek, de hasztalanul, miért is felvették, hogy a golyó a hát izmaiban akadhatott meg. Ezért a hasürt physiologikus konyhasó-oldattal bőven kiöblítették s drainage nélkül zárták el silkworm-varratokkal, miután előzőleg néhány ruhafoszlányt, mely valószínűleg az alsó ingből származhatott, a seb hasúri részéből eltávolítottak. A hasür megnyitását *Mann* dr. helyesen nem a középvonalban, hanem az eredeti seb tágitása útján eszközölte. A műtét aethernarcosisban $1\frac{1}{2}$ óráig tartott s az erőbeli állapot az egész tartam alatt kielégítő volt. Miként a boncolásnál kiderült, kár lett volna a löveg megkeresésére több időt vesztegetni, miután a boncolásnál négy órai keresés dacára sem találták meg. Hogy miért nem vették igénybe később a Röntgen-sugarakat, azt a sebészek úgy indokolták, hogy a golyó benthagyásának a hát izmaiban egyszerűen jelentőséget nem tulajdonítottak, másrészt nem merték az elnököt ismételt elaltatásnak s újabb műtétnek felesleges módon kitenni.

Midőn a rémhír ismeretessé vált, hogy az 58 éves elnököt hasürbe hatoló lövés sebezte meg, a körjáról feltétlenül kedvezőtlenül állt s a valószínű vég halálos kimenetel volt. Mindazonáltal, midőn a műtétet követő reggelen részletek lettek ismeretesek, nevezetesen, hogy a merénylet délután 4 óra 30 perczkor történt, midőn a sebesült gyomra előreláthatólag üres lehetett s hogy kitűnő sebészek a műtét beavatkozását haladéktalanul, gondosan s jól végezték, a nagy közönség némi reményt s vigasztalást merített ezen körülményekből. Midőn a legnagyobb veszély időszaka, az első három nap látszólag kedvezően folyt le, egyedül a pulsus magas száma okozott nyugtalanságot. Utóbbi mindvégig nem állott arányban a mérsékelt hőemelkedéssel s légzési gőrbével, de úgy magyarázták, hogy ez a betegnél állandóan szapora volt. A negyedik s ötödik nap a kezelő sebészeket mindinkább megerősítette azon véleményükben, hogy a beteg fel fog gyógyulni. A hatodik napon azonban előtérbe nyomultak a rejtőző veszély tünetei s 24 óra alatt kioltották e nagy férfiú életét.

A körlefolyást illetőleg kritika tárgyát képezte az orvosi közönségnél, hogy nem volt-e hiba, hogy a kezelő orvosok a betegnek szerdán kismennyiségű szilárd táplálékot engedélyeztek; hogy ez azonban nem okozott semmi bajt, a bonczélet bizonyítja, a mennyiben a varrás helyei a gyomorfallalban átjárhatlanok voltak. Szemükre vetik továbbá az orvosoknak, hogy a pénteki rosszabbodás beállta előtt optimista jelentéseket adtak ki, minek következtében a beteget hozzátartozói a felgyógyulás reményében Buffalo-ban magára hagyták. De a kezelő orvosok a napilapok véleményteljes értelmezése miatt nem vállaltak felelősséget, s csakis egyetemesen megszerkesztett hivatalos bulletinjeikben nyilatkoztak a körlefolyásról, s bár kifejezték a felgyógyulás reményét, azt sohasem helyezték biztos kilátásba. Sok fejtevést okozott nekik az állandóan magas pulsus-szám, mely mindenestre utalt arra, hogy valami nincs úgy, mint a hogy kellene lennie. Kezdetben ezt a sebész s a műtét által okozott shocknak akarták betudni, annál is inkább, miután látták, hogy a második golyó a nagy sympathicus idegrendszer s a plexus solaris irányában vette útját. De ezen feltevést megdöntötte a szapora pulsus további fennállása. Majd peritonealis sepsis gyanúja merült fel, de nem volt sem meteorismus, sem constipatio, a hő emelkedés helyett súlyedést mutatott, a vérvizsgálatnál pedig a leucocytosis hiányzott, úgy hogy ily magyarázatot is elejtettek.

Kedden a beteg az eddig nyújtott tápcsőröket nem tartotta meg s ezek kellemetlenségeket okoztak. Ezért kis adagokban húslevest ren-

deltek a szájon át s következő napon egy-két harapás sültet adtak. Aznap a betegnek nem volt széke s a szív működés sem volt kielégítő. Az összehitt consiliumban azon kérdés merült fel, hogy a szapora ütőerőket nem-e bélhuzambeli toxæmia okozza. Vizeletvizsgálatkor jelentékeny mennyiségű indicant is találtak, de ez erősen megcsökkent, mihelyest hashajtó hatása folytán többször székletét következett be. A pulsus azonban továbbra is szapora maradt s a gyengeség szerdán éjjel s csütörtökön még jobban fokozódott. Stimuláló szerek adtak, digitalist, adrenalin-t rendeltek, majd konyhasó-befecskendezéseket s oxygen-belő-legeztetést, ezek dacára azonban a szív működés mindinkább gyengült s miután az izgatók hatástalanoknak bizonyultak, a beteg állapota reménytelenné vált. Már a pénteki nap folyamán voltak halálára elkészülve, de az elnök még szombat hajnali 2 óra 15 perczig volt életben. Kevés fájdalma volt, bátorsága s jókedve bizalma, környezete iránt az utolsó óráig megmaradt.

A bonczolást halála napján, szeptember 14-én végezték. A fontosabb adatok következők voltak: A műtét által okozott seb tiszta. Az omentum odatapadt a műtét területéhez. Peritonitis tünetei nem voltak jelen. Az odatapadt harántremese mesenteriumának a gyomor sebtől való leválasztása után kitűnt, hogy a gyomorfallalban a varratok jól tartottak s átszivárgást nem engedtek meg. A varratok körül azonban a gyomor falzaton kb. 2 hüvelyknyi átmérőjű gangraenás zóna volt, mely ellökődni s kiesni készült. Hasonló gangraenás folyamat volt a gyomor hátsó falán s a mesocolon odatapadt mesenteriumán, s a necrosis egészen a pancreas fejéig terjedt ki. A löveg a gyomron áthaladván, a mesocolont tapadásához közel fúrta át s a bal vese felső végénél rést nyitva, a vese mögötti zsírszövetbe hatolt be. Az egész löcsatorna gangraenás járatot képezett, melynek terjedelme a retrorenalis zsírszövetben ökönyi volt. A golyó innen a hátizmokba hatolhatott be, de négy órai gondos keresés dacára sem volt fellelhető.

A szív kiesiny, zsírral borított s infiltrált, falai s izomzata elvékonyodottak. A szívet egyébként sérülést nem érte, s pericarditis sem volt jelen. A vesék kissé zsugorodottak, a többi szerv ép volt.

A bonczélet szerint a halál sepsis folytán állott be, mely a sebtől kiinduló gangraenából származott.

Az elnök élete vége felé a sebészek gondoltak azon lehetőségre is, hogy a sternumot ért első golyó a szív contusioját idézhette elő s esetleg myocardist vagy pericardist indított meg, a mi a szapora pulsus magyarázatát adhatta volna, de a bonczélet ezen feltevést sem igazolta.

Rövid ideig arról is vitakoztak, hogy a löveg nem volt-e megmérgező. Mérgezés curarával nem történhetett, mert ennek gyors szivhűdés lett volna következménye. Az egyik sebész állítólag úgy nyilatkozott, hogy a seb ép oly jellegű lehetne, ha a merénylő a golyót valamely pyogen bakterium tiszta culturájába mártotta volna be. Ennek kizárására a megmaradt lövegek chemiai s bakteriologiai vizsgálatnak vettek alá. De nem lehetett kizárni azon lehetőséget, hogy a gangraenát nem-e a sérült pancreasból kiszivárgott pancreas nedv okozta.

A vizeletvizsgálat mindenkor negativ eredményű volt, csak közvetlenül a műtét után találtak hyalin hengereket a vizeletben fehérséggel, a mit valószínűséggel az aether-narcosisnak tudtak be.

Mc. Kinley elnök halála tanuságát adja tudásunk határainak, de nem vonhatjuk meg teljes elismerésünket a kezelő orvosoktól, kik mindent megtettek az elnök élete megmentésére, mit emberi bölcseséggel s képességgel tehettek.

Loránd Leo dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A sérvsebészet az utolsó években.

Közlő: Ostermayer Miklós dr. Budapesten.

(Vége.)

Hogy a sérv kiújulása megakadályoztassék, vagy tágas sérvkapuk elzárathassanak, különböző eljárások jöttek alkalmazásba; így *Platt* (John Hopkins Hospital Bulletin. 1897) sterilizált szivacsdarabot varrt be a belső sérvgyűrűbe a sérvtömlő kiirtása után; *Poulet* (Centralblatt f. Chir. 1897. 7. Congr. franc. de Chir. octobre. 1896) a sérvkaput a spina ant. inf.-hoz tapadó quadriceps femoris inának egy hosszú darabjával elzárta és jó eredményt ért el. *Witzel* és *Göpel* legújabban a tágas sérvkapuk, a hasfali hiányok kitöltésére ezüstsodronyfonatokat (Fili-granpelotten, Centralblatt f. Chir. 1900. 10. és 17. sz.) hoztak alkalmazásba állítólag jó eredménnyel.

Az inguinalis és cruralis sérvkapuk elzárását a *Trendelenburg* és *Kraske* által javaslatba hozott osteoplastikus úton *Kürte* végezte 4 esetben, s kitűnő eredményt ért el; esonhartya-csontlebenyt vésett le a vízszintes fancesontágról és azt felfelé hajította oly esetekben, hol a sérvkaput tágassága miatt egyszerűen összevarrni nem lehetett. (Borchardt, Centralbl. f. Chir. 1898. 16. sz.)

Megbízhatatlannak látszó és veszélyes módszereket ajánlottak a francziák. *E. Luton* (Revue des maladies de l'enfance. 1894. deczember) ugyanis natrium sulfur.-ból és phosphorból készített oldatot, úgynevezett mesterséges serumot fecskendezett bőr alá a sérvkapu környékébe ismételt különösen gyermekeknél, s állítólag tartós eredményt ért el, a mennyiben a sérvtömlő obliterált. *Demars* és *Lannelongue* (Compt. rend. de l'académie de la science. 1897. 17. sz.) 100%-os chlorzink-oldat be-

feeskendést ajánlanak a sérvtömlőnyak közelébe, a sérvkapunak belső ostroma szintén különösen gyermekeknél.

Czélom lévén az olvasót a hernio-chirurgia legújabb vívmányaival megismertetni, nem mulaszthatom el a következőkben figyelmét több új megfigyelésre felhívni, melyeknek rendkívül nagy gyakorlati fontosságuk van. Ilyenek az úgynevezett *retrograd incarceratio*, *erős bélvérzések* taxis és *incarceratio* miatt végzett herniotomia után, nemkülönben az ezek után néha fellépő *bélszűkületek*.

A „*retrograd incarceratio*“ elnevezést *Maydl* vezette be a sebészetbe és alatta az incarcerationnak azon nemét érti, melynél a kizárt sérvbennék az incarcerationos gyűrűtől nem kifelé — peripher — a sérvtömlőben, hanem az előbbtől befelé — central — a szabad hasürben fekszik; a sérvtömlőben fekvő része a kizárt képletnek, zsigernak aránylag normalis, míg a hasürben fekvő kizárt rész az incarcerationo okozta táplálkozási és vérkeringési zavarok különféle változatát mutatja. A kizáródás ezen alakja csakis oly képletnekél lehetséges, melyek bizonyos hosszúsággal és mozgékonyasággal rendelkeznek s egyúttal cölakák, függelék vagy csap módjára képződnek, nemkülönben a cseplesznél. Eddig a feregnyúlvány háromszor (*Maydl*,¹ *Pupovac*,² *Jahradnický*³), a csepleszköteg háromszor (*Schnitzler*,⁴ *Pupovac*,⁵ *Bayer*⁶), a sérvtömlő körkörös hegétől kiinduló szalagalakú köteg egyszer (*Kopfstein*⁷), méhkiürt egyszer (*Maydl*⁸), a bél felületén hosszú kocsányon ülő lipoma egyszer (*Kukula*⁹) lett észlve. A mai napig ismert esetek száma kilencz. A kizáródás ezen neme kétségen kívül veszedelmesebb a közönséges kizáródásnál, a mennyiben ennek következményei: a lobosodás, elhalás, átfürdés nem egy elzárt sérvtömlőben, hol még az előhaladott stadiumban is operatív vagy természetes úton való gyógyulás lehetséges, hanem a szabad hasürben játszódnak le.

A kórisme igen nehéz, de nagyon fontos, mert egy helytelen diagnosis végzetessé válhatik a betegre nézve. Az incarcerationo jelenlétét igen könnyen nem vehetjük észre, mert a sérvbennék nincs kizáródva. A klinikai tünetek sem voltak valami hevesek az eddig ismert esetekben, úgy hogy könnyen körülírt lobra gondolunk és expectative viselkedünk, mi a betegre nézve komoly következménnyel járhat. Még a műtétnél is csak akkor állíthatjuk fel a kórismét, ha a műtő meg nem elégszik a sérvbennék normalis külsejével, hanem szigorúan ama szabályt követi, hogy a szervet jó nagy darabra a szemnek hozzáférhetővé teszi, s szabad véggel rendelkező szerveknél az egész szervet pontosan megvizsgálja.

A *sérvmetszés és taxis után fellépő vérzésekről* *Schnitzler*¹⁰ közleménye tárgyalta először, ezt követték *Schmit*,¹¹ *Fikl*,¹² *Ullmann*,¹³ *Zamazal*,¹⁴ *Luksch*,¹⁵ *Kossobudsky*¹⁶ és *Bergmann*¹⁷ közleményei. *Ullmann* egy esetét kivéve, hol a vérzés szabad sérvnél állott be, a többi esetben incarcerationo előzte meg a bélvérzést, mely többnyire tiszta vérnek kisebb-nagyobb mennyiségben a végbélen való kiürítésében állott. *Ullmann* két esetében oly nagymérvű volt a vérzés, hogy az egyik beteg elvérzett, míg a másodikat nagy nehezen tudta megmenteni. A vérzés majd néhány óra múlva a műtét után, majd 6—16 nap múlva jelentkezett. A vérzés keletkezését a szerzők a későbbben beálló vérzéseknél a műtét által előidézett thrombosisban, a koraiaknál a kizáródás által létrejött bélinfaretusban keresik.

A *bélszűkítés után fellépő stenosisról* két szerző emlékszik meg: *Maass* (*Deutsche med. Wochenschrift*. 1895. 23. sz.) és *Luksch* (*Wiener klin. Wochenschrift*. 1898. 44. sz.). Mindegyikük egy-egy esetet közöl, melyeknek közös jellemvonásuk, hogy 2—3 hétre a műtét után heves hasfájdalmakkal és dugulással váltakozó hasmenés közepette belső elzáródás tünetei léptek fel a köldök táján hasúri daganattal. A műtét mindkét esetben csatornaszerű bélszűkületet derített fel, mely a szűkült bélrész kimetszését szükségessé tette. Mindkét esetben a bél nyálkahártyája nagyfokú sorvadást mutatott, míg a többi bélrész majd teljesen megszűnt, majd fiatal kötszövetburjánzást mutatott a folyamat kora szerint. *Maass* házi nyulakon végzett kísérleteken kimutatta, hogy szűkület csak ott jön létre, hol a mesenterialis edényeknek kis szorítókkal eszközölt erős összenyomása által a vérkeringés a megfelelő bélrészletben teljesen meg volt szakítva. Ebből azt következteti, hogy a bélszűkület ily esetekben az embernél herniotomia után csak ott lép fel, hol az arterialis vérbehozatal egy ideig teljesen szűntelt. Mivel tehát a bél csatornaszerű szűkületének előidézéséhez teljes ischaemia szükséges, azért igen nagy ritkaságok közé tartoznak ezek, mert egyidejűleg okvetlen feltétel, hogy ezen ischaemia csak rövid ideig tartson; ha hosszabb ideig tart, teljes bélnecrosis lép fel csakhamar.

¹ Wiener klin. Rundschau. 1895. 2—3. sz.

² Wiener klin. Wochenschr. 1900. 15. sz.

³ Wiener klin. Rundschau. 1898. 42. sz.

⁴ Ugyanott. 1896. 6. sz.

⁵ Wiener klin. Wochenschrift. 1900. 15. sz.

⁶ Centralblatt f. Chir. 1898. 17. sz.

⁷ Wiener klin. Rundschau. 1898. 14. sz.

⁸ Ugyanott. 1895. 2—3. sz.

⁹ Ugyanott. 1895. 20. sz.

¹⁰ Internationale klin. Rundschau. 1894.

¹¹ Wiener klin. Wochenschrift. 1895. 22. sz.

¹² Ugyanott. 26. sz.

¹³ Ugyanott. 1897. 21. sz.

¹⁴ Wiener med. Wochenschrift. 1897. 38. sz.

¹⁵ Wiener klin. Wochenschrift. 1898. 44. sz.

¹⁶ Medycyna. 1900.

¹⁷ Centralblatt f. Chirurgie. 1901. 27. sz.

Kiváló figyelmet érdemel *Trzebičky* (*Wiener med. Wochenschrift*. 1893. 45. sz.) czikke az úgynevezett *nyílt herniotomiáról* (herniotomia aperta) kizárt sérvknél, melyet *Mikulitz* (*Berliner klin. Wochenschrift*. 1892. 13. sz.) inaugurált, s kivált gangraenosus vagy gangraenára gyanus esetekben ajánl, a mennyiben elvileg minden kizárt sérvnél a régi módszert teljesen elhagyva, ezt az új észszerű eljárást alkalmazza s ekként minden látszólagos visszahelyezésnek (Scheinreduction), bél és véredény-sérülésnek elejét veszi. Ezen módszer, melynek helyessége, czélszerűsége s rendkívüli gyakorlati fontossága kétségtelen, s mely ez okoknál fogva megérdemelné, hogy a sebészek véérébe átmenjen, úgy látszik, nem igen nagy tért hódított, mert csupán *Riedel* (*Sammlung klin. Vorträge*. N. F. 147) gyakorolja és ajánlja a kívülről befelé való debridement-t. *Mikulitz* eljárása abban áll, hogy a lágyékesatornát egész hosszában egészen az incarcerationo gyűrűig felhasítja, ezután a sérvbennék fertőtlenítése után a metszést a bőrön és izomrétegen át meghosszabbítja, a hashártyát a gyűrű felül megnyitja, és csak ezután metszi át a befűző gyűrűt a hasürből a szem közvetlen ellenőrzése mellett. Ezen eljárás a czombserveknél is alkalmazható.

A már 1785-ben *Richter* által behatóan és terjedelmesen leírt *epigastrikus sérv*ek gyakorlati fontosságáról, melyre újabban *Witzel* (*Sammlung klin. Vorträge*. Neue Folge 10. sz. 1891.) hívta fel az orvosok figyelmét, több szerző tárgyal. En csak *Bohland*-ot (*Berliner klin. Wochenschrift*. 1894. 34. sz.) említem, ki hibául röjja fel, hogy a belgyógyászati tankönyvek igen keveset foglalkoznak eme bántalommal, különösen differential-diagnostikus tekintetben. A bonni sebészeti poliklinikáról 30 esetről számol be; mindegyiköknél körülírt nyomási fájdalomosság volt kimutatható a sérv tapintásánál. Igen fontos, és az esetek 50%-ában előforduló diagnostikus jel gyanánt említi a fájdalmat az epigastriumban hajolás közben, mely fájdalom hanyattfekvésnél eltűnik. Az emésztési csatorna zavarai közt 6-7%-ban az étkezéssel összefüggő nyomást és fájdalmat állapított meg, a mennyiben ezek az étkezés után léptek fel. A betegek fele a hypochondriával határos depressív hangulatbeli elváltozást mutatott, melyet könnyen levezethetünk az ugyan kis terjedelmű, de kínzó, az életkedvet megrontó és az egyén keresetképeségét jelentékenyen csökkentő bántalom jelenlétéből.

Könyvismertetés.

Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. Von Prof. Dr. James Israel. Berlin, 1901. Verlag von August Hirschwald.

A vesesebészet az újabkor sebészeti mozgalmak között egyik legelőkelőbb helyet foglalja el. Az indicatiok meghatározása, a diagnosis biztossága, a visszamaradó vesétől várható munkaérték a functionalis vizsgálati módszerek és az ureter catheterismus által új alakot öltöttek.

Midőn 1869-ben *Simon*, a vesesebészetnek németországi megalapítója, az első veseexstirpációt végezte, sokan e műtétet olyannak deklarálták, a mely a megengedett beavatkozásokat messze túlhaladja. Pedig *Simon* gyógyíthatatlan ureter-uterus és ureter-hassipoly miatt végezte a vese eltávolítását, miután előzőleg az állatkísérletek egész sorával szerzett meggyőződést arról, hogy az élet fentartásához egy ép vese is elég-séges.

Ma *Israel*, egy nagy lexiconalakú könyv 608 sűrűn nyomtatott oldalán, 297 műtett esetről számol be, 16 év vesesebészetének történelmét nyújtva.

Ezen történelem okmányi alapját 297 kimerítő kórtörténet adja meg; a belőlük levont következtetések helyességének elbírálása így az olvasóra bizva, a szerző egyéni tapasztalatai tapasztalatát képezik majd nemcsak a szakmával különlegesen foglalkozó sebészeknek, de még inkább a belgyógyászoknak, az általános gyakorlattal foglalkozó orvosoknak, a betegek első tanácsadóinak, azoknak, kik a beteg sorsát első sorban tartják kezükben.

Az óriási anyag, a melyet *Israel* munkájában felölel, a könyv részletes és rendszeres ismertetésének útját állja, itt csak rövid közlésekre szorítkozhatunk. A 17 fejezet sorrend szerint a következő részeket tárgyalja: 1. a vese és húgyvezér vezetékrendszerének rendellenességei, 2. a vesék rendellenes mozgathatósága és szerzett helyzetváltozásai, 3. subcutan vesesérülések, 4. pyelonephritis és a vesék lobos góczmegbetegedései, 5. a septikus és fertőzött hydronephrosisek, 6. pyonephrosisek, 7. renalis, pararenalis és parapelvicális cysták, 8. vesegümőkór, 9. vesesyphilis, 10. veseactinomycosis, 11. vese- és húgyvezérkövek, 12. anuria és olyguria, 13. vese eredetű vérvizelések, vesefájdalmak és kolikák, látszólag ép veséknél, 14. rosszindulatú újképletei a veséknek, a vesekelyheknek, a mellékvesének és pararenalis daganatok, 15. felnőttek polycystikus vesefajulásai, 16. húgyvezérmegbetegedések, 17. a vese zsírszövetének lobja (epinephritis).

A tömördek érdekes és tanulságos adatból csak egy-kettőt emlíünk ki; ilyen, hogy patkóvesénél egyoldalú hydronephrosist diagnosztizált, mit az autopsia beigazolt, a fájdalom alatti 250 gm. vizelet a bemetszést követő 24 órában egy veséből 1000 gm.-ra emelkedett. Klassikus és megszívlelendő, a mit a vándorvese tünettanáról, diagnostikájáról és különösen a nephropexia divatos áramlatáról ir. *Tuffier* és *Küster* nézetével szemben, a vándorveseműtétet csak legkritikább esetben tartja javaltnak; orthopaediai és diactitikai kezelés minden esetben megkísérleendő.

A subcutan vesesérülés egy esetben haematogen-infectio folytán genyedés lépett fel, az infectio magyarázatúl az előremet 6 napi székrekedés szogálhat, a mi *Posner*-nek újabb időben megtámadott állatkísérleteit beigazolja. Tapasztalatai alapján miliaris abscessusoknál a veseeltávolítást nem tartja szükségesnek, az egyszerű incisio is

gyógyuláshoz vezethet. Pyelo- és hydronephrosissnál a felhasítás után visszamaradó üres zsákot etage varratokkal zárja, a mit pyeloplacionnak nevez.

A pyonephrosis fejezete monographikus terjedelemben tartva a tanulságos adatoknak egész tárháza. A vesetuberculosisnál reámutat azon körülményekre, a melyek kielégítő sebészi kezelésének útját állották, így első sorban Guyon-nak és iskolájának állásfoglalására, a mely a vesetuberculosisat az urogenital-tuberculosis egy végső következményének tartotta és a sebészi beavatkozást ezen alapon perhorrescálta. Ezen nézet szerencsére nem bizonyult helyesnek. A primaer vesetuberculosis igen gyakori, sőt előfordulhat mint teljesen izolált góczmegbetegedés a vese egyik polusán, a mi a vesének különleges edény ellátásából (Zondek-féle injectios kísérlet) magyarázható. A hólyagnak másodlagos megbetegedése a sebészi beavatkozásnak nem képezi ellenjavallatát. Műtét és műtét nélkül elhalt betegeknek vizsgálataiból azon fontos meggyőződésre jutott, hogy mindkét vese tuberculotikus megbetegedése sohasem lép fel egyidejűleg, hanem csak igen hosszú idő múlva (sok év). A mi a functionális vizsgálat értékét illeti, arról végleges ítélet csak azon időben válik lehetségessé, ha sok, sectio által ellenőrzött, eset áll majd rendelkezésre. A gyógyult esetek nem mérvadók. (Ezen formában paradox állítás. Ref.) A vesetuberculosis korai felismerése a diagnostika legnehezebb feladatai közé tartozik; a szerző által adott tünettan a maga kifogástalan teljességében sok hibás diagnózisnak veszi majd elejét. Így különösen a mictio rendellenességei és a vizelet mineműsége szokott hamis következtetésekre és kórismékre alkalmul szolgálni. Gyakori, fájdalmas, parancsolólag fellépő vizelet, ép hólyag mellett, mindig vesetuberculosisra gyanus.

Mint operatív eljárások a resectio, a nephrotomia és nephrectomia jönnek tekintetbe; a resectio eddigi határozottan kedvező eredményei további vizsgálatokra biztatnak, a nephrotomia nagyjában ezáltalán és csak bizonyos esetekben engedhető meg, a melynek indicatioit szorosán körülírja (214. oldal). A tuberculotikus vese gyógyító módja, a mennyiben exspectativ eljárástól sikert nem várhatunk, a nephrectomia; vese-syphilitis esetében a higanykezelés a fehérjét fokozza, jód annak kiválasztását becsüti.

Nephrolithiasisra a kólikák csak hasúri más szervek és más vesemegbetegedések által létrehozott kólikák kizárása mellett engednek következtetést.

A cystoscopikus vizsgálat az ureterpapilla elváltozásait mutatta az afficiált oldalon, a mi a többi mellett mint diagnostikai jel becses, a mint hogy igen becses ép vagy kilúgozott vörös vértestecseknek megjelenése testmozgás után az igen kevés fehérjét tartalmazó vizeletben.

Feltétlen és halaszthatlan sebészi beavatkozás javallatait képezik a calculosis anuria (kissé intransigens álláspont, ref.), kövesének heveny, pyelonephritikus infectioja, retentio, a mennyiben tartóssága által a parenchym tönkremenéséhez vezetne és végre kimerítő vérvizelések.

Anuria calculosánál axiomának tartja a sebészi beavatkozást a vese megnyitásával kezdeni, az ureterotomia a pontos localisatio előfeltétele mellett sem lehet kielégítő műtét. A nephrotomia az indicatio vitalisnak minden esetben eleget tesz, a kő felkeresése más alkalomra hagyható. Az ureterocatheterismus diagnostikai értékét igen kevésre becsüli, mert sok oly akadályt vonatkoztatathat kőre, a melyek egészen más eredetűek lehetnek. Érvései fényesek és theoretice alig kifogásolhatók, az ureterocatheterismussal foglalkozók tapasztalatai azonban ellene szólnak.

Az úgynevezett essentialis vesevérzéseknél — vérzések ép vesékből — Klemperer az angioneurotikus hypothesisit hívta segítségül, ezen felfogás ellen Israel az érvek és pozitív adatok egész sokaságával lép sikra; felfogását újabban már Albarran és Naunyn is elfogadták.

Sok szempontból érdekes Israel azon tapasztalata, hogy a rosszindulatú vesetumorok a praedisponáló életkor tekintetében éles ellentétben állanak a vesetuberculosisal. Míg ennél az esetek 81%-a a 3—4. évtizedre esik, addig a vesetumoroknak csak 14%-a esik ezen korra.

A műtét technikát illetőleg, tumoroknál — a legnagyobbakat sem véve ki — mindenkor extra-vagy retroperitonealis úton operált. Az extra-és transperitonealis műtét összehasonlításánál külön kell választani a közvetlen hatást a távolítól: míg a közvetlen hatás (veszélytelenség) a retroperitonealis előnyére súlyosítja a serpenyőt, addig a radikális gyógyulás (metastasisok elkerülése) a transperitonealis mellett szól, mi a esonk ellátásának sorrendjében leli magyarázatát.

Ellentétben Küsterrel, ki a vese mellső falát borító hashártya lobját nevezte perinephritisnek és a zsirtok lobját paranephrisisnek, Israel perinephritisnek a vesét közvetlenül burkoló membranosus-fibrosus burok lobját nevezi, paranephrisisnek a massa adiposa retroperitonealis különálló lobosodását, míg a zsirtok lobját epinephritisnek nevezi, ezen elnevezésben Homerra hivatkozva, ki a vese zsirburkát mint *σπιρῶς επινεφρῖδιος* (Ilias XXI. ének) említi.

Messze túlhaladnám az itt rendelkezésemre álló teret, ha ezen igénytelen ismertetésben mindazt közölném, a miről feltételezem, hogy e lap olvasó közönségét érdekli, a miben szerző új csapáson halad, a miben továbbkutatásra impulst ad, a miben korának mestere, tanítója. Azt mondja Israel e munkája előszavában, hogy e könyvben beszámol arról, a mit tapasztalt, a mit tett; a mit maga nem tapasztalt, a mit gyakorlatilag ki nem próbált, azt figyelmen kívül hagyta; lehet, hogy munkája ezáltal hézagos, de minden esetre közvetlenebb és hatásosabb, mint idegen észleleteknek és ítéleteknek még oly teljes compilatioja.

A munka nem hézagos, azt az óriási anyagot, a mely a vese-sebészet ezen fejlődési korszakában rendelkezésére állott, jól használta

ki, alig van a vese-sebészetnek oly területe, a melyet tudásával, klinikai módszeres gondolkozásával, tapasztalatainak tisztultságával be ne világítana.

E könyv, melyhez 15 remek kómetsetű tábla van csatolva, nemcsak disze lesz minden orvosi könyvtárnak, hanem leghasznosabb könyveinek egyike is.

Ráskai Dezső dr.

Uj könyvek. *Oemke*: Mittheilungen über die Luft in Versammlungssälen, Schulen und Räumen für öffentliche Erholung und Belehrung. München, R. Oldenbourg. — *Wilms*: Die Mischgeschwülste. Heft III. Berlin und Leipzig, A. Georgi. — *Köhler*: Grundriss einer Geschichte der Kriegschirurgie. Berlin, A. Hirschwald. — *Musehold*: Die Pest und ihre Bekämpfung. Berlin, A. Hirschwald. — *Jaeger*: Die Cerebrospinalmeningitis als Heeresseuche. Berlin, A. Hirschwald. — *Gerhardt*: Die Therapie der Infektionskrankheiten. Berlin, A. Hirschwald. — *Spira*: Über Erschütterung des Orlabyrinthes (Commotio labyrinthi). Jena, G. Fischer. — *Möbius*: Über Kunst und Künstler. Leipzig, J. A. Barth. — *Schrötter*: Bemerkungen über die Bedeutung eines systematischen Studiums des Sklerom. Jena, G. Fischer. — *Glaser*: Das Seelenleben des Menschen im gesunden und im kranken Gehirn. Frauenfeld, J. Huber. — *Lundborg*: Klinische Studien und Erfahrungen betrefis der familiären Myoklonie und damit verwandten Krankheiten. Stockholm, J. Marcus. — *Stier*: Über Verhütung und Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee. Hamburg, Gebr. Lüdeking. — *Bunge*: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. II. Band. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *Cohen*: Vorträge für Aerzte über physikalische Chemie. Leipzig, W. Engelmann. — *Kirchner*: Die wesentlichen Bestimmungen der deutschen Prüfungsordnung für Aerzte vom 28. Mai 1901. Jena, G. Fischer. — *Glaser*: Über die angebliche syphilitische Aetiologie der Tabes dorsalis. Hamburg, Mauke. — *Freund*: Die Berufskrankheiten und ihre Verhütung. Halle a. S., Knapp. — *Kolbe*: Le cancer de l'estomac et son traitement chirurgical. Lausanne, Borgeaud. — *Ribard*: La tuberculose est curable. Moyens de la reconnaître et de la guérir. Instructions pratiques à l'usage des familles. V. édition. Paris, C. Naud. — *Robin et Dalché*: Maladies des femmes. Paris, J. Rueff. — *G. N. Calkins*: The protozoa. London, Macmillan and Co. — *D. H. Bergery*: The principles of hygiene. London, W. B. Saunders. — *J. Orr*: Handbook of public health. Edinburg, E. and S. Livingstone. — *A. L. Turner*: The accessory sinuses of the nose. Edinburg, William Green and Sons. — *J. B. Ball*: Diseases of the nose and pharynx. Fourth edition. London, Baillière, Tindall and Cox.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Typhusbacillusok gyors felismerése. *Weil* a Piorkowski-féle vizelet-gelatina helyett a következő összetételű tenyésztalajt ajánlja: 600 gm. hámozott és megreszelt burgonyát 12 óra hosszat 15^o-nál hűvösebb helyen állni hagyunk, majd egy szűrőkendőn át sajtoljuk, a nyert folyadék 300 gm.-jához 200 gm. gyengén lúgos bouillont adva, gőzben 3-75 gm. agar-agar-ral főzzük, s megsűrve kőcsövekbe öntjük. A sterilizálás 2 atmosphaera mellett 1 óra alatt megvan. Ez a tenyésztalaj azért jobb, mint a Piorkowski-féle, mert 37-5^o mellett is tartható. A 12 óras typhus-coloniák fényesek, ezüstsüzkék, finoman rostosak; a colicloniák nagyobbak; kerek vagy ovalis, nem ránczos, sárgásbarna foltok. Állítólag e tenyésztalaj igen alkalmas a typhusbacillus izolálására vizeletből, ürülékből stb. (Centralbl. f. Bact. 1901. XXX. 313. l.)

Dalmady Zoltán.

A pruritus kezeléséhez. *Leo* egy izben pruritus universalisnál alkalikus és phosphatoktól zavaros vizeletet észlelt. Arra következtetve, hogy a vér alkalicitása fokozott, a mi talán összefüggésben lehet a pruritusallal, acidum sulfuricumot rendelt s a fehérje bevitelt is fokozta, hogy az alkalicitást leszállítsa. Az eredmény igen szép volt, mert az eddig egy éven át hiába kezelt pruritus teljesen elmulott. Így járva el, más esetekben is szép sikereket ért el. (Deutsche med. Wochenschrift 1901. Vereinsbeilage 260. l.)

Dalmady Zoltán.

A vér védőanyagairól tartott előadást *Ehrlich* tanár, a német orvosok és természetvizsgálók idei vándorgyűlésén. Az előadás rövid foglalatát a következőkben adjuk. A normalis és az immunizálás útján keletkezett védőanyagok hasonlósága arra vall, hogy eredetük közös. Ezt az eredést legjobban Ehrlich oldalláncz elmélete magyarázza, mely a mesterséges immunitás adatain alapul. Ugy az antitoxinok, mint a normalis védőanyagok a sejtek productumai, s épen e productio módjára vet világot az oldallánczelmélet.

A theoria alapját az a tény képezi, hogy a toxin az antitoxinnal ártalmatlan anyaggá egyesül. Ehrlichnek a diphtheriaméreggel és diphtheriantoxinnal végzett vizsgálataiból arra kell concludálnunk, hogy a toxinmolekulának határozott tulajdonságai vannak, melyek két különböző chemiai csoporthoz vannak kapcsolva: a toxophor-csoport a tulajdonképeni mérges hatások hordozója, a haptophor-csoportnak pedig képessége van az antitoxinnak egy megfelelő részével vegyileg egyesülni.

Az antitoxinképzés kizárólag a haptophor-csoport functionja. A toxin haptophor-csoportja a szervezet sejtjeinek bizonyos chemiai csoportjával is képes vegyülni, s ekkor indul meg úgy a mérgeghatás, mint az antitoxinképződés. A tápanyagok assimilálása ugyanily chemiai csoportokat tételez fel, s e csoportokat a sejtest oldallánczainak vagy receptorainak nevezzük.

A toxinok megkötése ugyanazon elv szerint történik, mint a tápanyagoké, esetleg a toxin haptophorja ugyanaz, mint a tápanyagoké.

Receptorok hiánya folytán jó létre némely esetben a természetes immunitás.

A toxin haptophor-csoportjának megkötése útján egyrészt a toxophor hatáskörébe jut a sejt, másrészt az így használhatatlanná lett receptort regeneratio útján annyi új receptorral pótolja a sejt, hogy a fölösleg Weigert tétele szerint elszabadulva a véráramba kerül. A szabadon levő receptorok képezik az antitoxint.

Az a körülmény, miszerint tej, tojásfehérje stb., azaz tápszerek ellen is lehet immunizálni, a toxinok és tápanyagok közti analogiára vall.

Idegen fajta sejtek ellen ugyanúgy lehet immunizálni, mint bakteriumok ellen. A haemolysinek ép úgy két anyagból állanak, mint a bakteriolysinek. A complement már a normalis serumban megvan, s chemiai szerkezete azonos a toxinéval, mert ez is egy haptophor s egy toxophor-csoporttal bír; az immun test vagy amboceptor az immunizálás folyamán keletkezik, specifikus és két haptophor-csoporttal bír.

A sejtek, illetőleg a bakteriumok az amboceptort kötik meg, ez egyesül a complementtel, s közvetíti ennek fermentzerű sejtroncsoló hatását.

Az oldalláncelmélet szerint az immun testek analogonjai gyanánt „másodrendű receptorokat” kell felvennünk, melyek a bonyolult összetételű tápanyagokat megkötve, a complement hatásának hozzáférhetővé teszik. A complementek sejtsecretumok s a belső emésztést végzik.

Az immunitás tana tehát az általános táplálkozás-életten egy fejezete. Mivel a normalis anyagforgalomban számtalanszor ismétlődnek az antitestképződéssel analog folyamatok: következés, hogy a vérplasmában számtalan és különböző fajta receptor kering, melyeket a haptin gyűjtőnév alatt foglalhatunk egybe. A haptinapparátust plurimistikusan kell felfognunk, mert az agglutininek, bacteriolysinek, cytotoxinok stb. vizsgálatánál igen különböző hatásokat látunk. A haptinok némileg a véletlennek köszönik keletkezésüket, mint luxusproductumok fogandók fel. Összetételük ingadozást mutat.

A haptin-systemát nem helyes az egységesnek felfogott alexin névvel jelölni, mert a normalis haptolysis és bactericid hatás is az amboceptor és a complement egyesített hatásán alapul.

A szervezetben bizonyos „horror autotoxikus” megakadályozza, hogy saját parenchymája ellen készítsen toxinokat. Isocytotoxinok keletkezhetnek, autocytoxinok soha. (Wiener med. Presse. 1901. 40. szám.)

Dalmady Zoltán.

Sebészet.

Subcutan paraffin-prothesisek készítésével foglalkozott Stein a Bergmann-klinikán. E még egészen új, Gersuny által egy év előtt először használt methodus ismertetése után saját kísérleteiről számol be, melyeket állatokon végzett. Kísérleteit egereken, tengerimalaczokon, nyulakon s egy kutyán végezte s az állatok mind igen jól tűrték aránylag nagy paraffin-mennyiségek subcutan befecskendezését. Tüdőembóliát sem állatainál, sem embereknél egyetlen egy esetben sem észlelt és túlhajtottnak tartja Pfannenstiel aggodalmait, ki egy eseténél e kellemetlen complicatioval találkozott. A mi a befecskendezési anyagot illeti, legalkalmasabbnak találta a 42–43° C.-nál olvadó paraffint, mindezen azonban a paraffinnak 37°-on felül való olvadási ponttal kell bírnia. Az igen magas olvadási ponttal bíró paraffinok befecskendezése szerinte káros és elvetendő, mert az ily anyag igen heves, gangraenához vezető reactios lobot okoz, a mi azután a prothesis kilökésére vezet.

A 42–43°-nál olvadó paraffin befecskendezését a szövetek igen jól tűrik, csekély lobos reactio lép fel, mely a prothesist betokolja, sőt állítólag újonnan képződött kötőszövet a prothesis anyagát átszövi. Stein szövettani elváltozásokról még nem számol be.

A befecskendezés anyagának abszolút aseptikusnak kell lennie. Ezt az által érte el, hogy a paraffint először destillálja s azután még száraz kemenczében 200° C.-on félóraig tartja. Kisebb adagokra szétosztva így eltehető a paraffin és használatra készen van. Használatkor vízfürdőben felolvasztva a paraffint és egy külön e célra szerkesztett fecskendővel történik azután a prothesis készítése. A technika igen egyszerű s néhány kísérlet után könnyen elsajátítható. A kérdéses helyen kis ránczot emelve, a tűt beszúrja s lassú nyomással a még folyékony masszát befecskendi; ha elég paraffin van a bőr alatt, a fecskendőt gyorsan (!) visszahúzza s egy kis tapaszszal a tűszúrást betapasztja. Közben a segéd aethylchloriddal lehűti a paraffint s most még az újakkal modellálható a prothesis szükség szerint. A befecskendezés után a beteg semmiféle nagyobb kellemetlenséget nem érez. Egy kis lobos pir és az ezt kísérő csekély, időnként szűró fájdalmak, legrosszabb esetben mérsékelt oedema következményei a beavatkozásnak; de e tünetek is csakhamar elmúlnak. Három eset története és az elért eredmények photographiái illusztrálják a cikket. (Deutsche med. Wochenschrift. 1901. 39. és 40. sz.)

Holzwarth Jenő dr.

Húgyszervi betegségek.

A protargol értékéről és használati módjáról a gonorrhoea gyógykezelésénél ezimben Plato (Neisser klinikájáról) ezen különösen a gyakorló orvosok körében gyors és nagy népszerűsége emelkedett szerről mondja el tapasztalatait.

Az adstringens szerekekkel (ezek legismertebb képviselője a zincum sulfuricum) szemben a protargol nem a kankó klinikai tüneteit (lob, genyedés) szünteti meg, hanem a gonococcusok megölését hozza létre. A genyedést rendszerint csak akkor szünteti meg, a midőn a gonococcusokat már megölte. Ép ezen körülmény teszi a protargolt a közönséges gyakorlatban oly fontos szerré, mivel megakadályozza, hogy a betegek orvosi kezelés alól idő előtt kivonják magukat. A protargollal kezelés

bizonyos türelmet és gondosságot igényel. A befecskendezések közötti időköznek rövidnek és egyenletesnek, magának a befecskendezésnek pedig hosszabbnak kell lennie a szokottnál. A protargolkezelésre első sorban a heveny mellőskánkók alkalmasak. $\frac{1}{4}$ %-kal kezdjük és 1%-ig emelkedünk. Idültebb esetekben 3%-ig is. A gonococcusvizsgálat az egész kezelés tartama alatt végzendő és csak ismételt negatív lelet mellett mondható a beteg gyógyultnak. (Die Heilkunde, 1901. VIII. füzet.)

Ráskai dr.

A gümös here eltávolítása czimén tartott előadást Bruns (Tübinga) a XXX. német sebész congressuson. Újabb időben az egy vagy mindkét oldali gümös mellékhere eseteiben a teljes eltávolítás rovására bizonyos conservativismus kezd lábra kapni, azon feltevésből indulva ki, hogy ivarszervi gümőkór, mint izolált megbetegedés úgyszólván igen ritka. Bruns tapasztalatai szerint a mellékheretuberculosis mint izolált megbetegedés is igen gyakori. Ezen kérdés tisztázására klinikájának 50 évre visszaterjedő adatait használta fel. Ezek szerint a mellékheretuberculosis még mindig elsődleges, resectionál a recidiva majdnem biztos. Az egyik here eltávolításával a másik herének, valamint a felsőbb szerveknek megbetegedése nagy valószínűséggel kerülhető ki. Egyoldali megbetegedésnél a teljes gyógyulás 46%-ban következett be, 34 évig menve vissza; kétoldalinál 56%-ban, 30 évet véve alapul. A lelki állapot zavarai lényegtelenek. (Centralbl. f. d. e. Krankh. der Harn- und Sexualorgane. 1901. augusztus.)

Ráskai dr.

Bőrkórtan.

A leukoplakia orisnál alkalmazott gyógyító eljárásokat foglalta össze Janovsky. Prophylaxis szempontjából minden a szájnyalvokahártyát izgató behatástól (dohányzás, erősen fűszeres ételek, fokozott hő stb.) óvakodni kell. Fogak rendbe hozandók. A könnyebb eseteknél esetelével is czélt érünk, míg a súlyosabb, különösen metaplasziával fenyegető eseteknél néha az energikus sebészeti eljárás van javulva. Könnyebb eseteknél ajánlották a tejsavval való edzést 2–3-án naponként, vagy tiszta perubalzsammal naponta. Igen könnyű esetekben megelégedhetünk bór-glycerines (1:15) eseteléssel. Jó eredmény érhető el salicyl-bor-szeszes glycerin (Rp. Acid. salic. 1.0, Spir. vini rect. 5.0, Glycerini 10.0) eseteléssel. Schwimmer 5%-os papayotin-oldatot alkalmazott, míg Janovsky jobb eredményt ér el a chrom vizes oldatával (0.3–0.7:35) vagy a Molènes által alkalmazott kezeléssel: Rp. Flor. sulf. 50.0, Magnes. ust. 30.0, Naphthol 4.0, Resorcin 2.0, Menthol 1.0, Glycerin 9.0, M. f. pasta. DS. 3–4 X pro die. Ha azonban feltehető, hogy a syphilisnek van aetiologiai szerepe, úgy az általános antiluetikus kezelés és 1:40 sublimat-oldattal való esetelés van javulva. A lapis-kezelést J. ellenzi, mint olyant, mely az állapotot csak rosszabbítja. (Wiener med. Woch. 1900.)

Poár.

Nem lueses természetű bőrbajok syphiliben szenvedőknél.

Halpern több esetben azt tapasztalta, hogy syphiliben szenvedőknél nem luetikus természetű bántalmak (seborrhoea, hyperhydrosis, folliculitis) hosszabb ideig ellenállanak a kezelésnek, azonban gyorsan s minden helyi kezelés nélkül gyógyulnak, ha az egyén antiluetikus kúrát végez. Magyarázatát a dolognak abban adja, hogy a syphilis vírusa a szervezet védőképességét gyengíti más bajokkal szemben; erre mutat az idegrendszer izgatott állapota is, a mely esetekben az antiluetikus kúra megkezdése után megszűnt. Ezek után azon következtetésekre jut, hogy a Fournier-féle intermittáló higanykezelés rationalis és chablonszerűségét elveszti azzal, ha a syphilis latens időszakában az idegrendszer izgatottságával járó nem syphiliben természetű bántalmak felléptek ismét egy általános antilueses gyógyeljárást kezdünk meg. (Archiv für Derm. u. Syph. LV. kötet, 3. füzet.)

Tóth.

Kísérletek sapolannal czim alatt ir Appel. Szerző e szert közömbös vívőanyaggal kenőcsben rendelte, s 124 különféle bőrbajnál (69 eczema, 22 dermatitis, alopecia areata, lupus, primaer sclerosis, trichophytiasis, lichen scrophulosorum) alkalmazva hatástalannak bizonyult, sőt káros következményként említ szerrő, hogy 9 esetében furunculok léptek fel sapolan használata után.

Ellenben dicseri e szert 1. mint igen jó viszketést csillapítót, s a következő kenőcsalakban ajánlja: Rp. Sapolani, Aquae plumbi aa 50, vagy Rp. Sapolani 30.0 Zinci oxyd. 20.0, Aquae plumbi 50.0. Szerző alkalmazta még lichen ruber planusnál, s a beteg, mióta baja fennáll, hónapok óta első alkalommal aludt nyugton egész éjen át, midőn e szert első ízben alkalmazta. Lichen simplex chronicusnál 2 esetben is alkalmazta; az egyik eset, mely 4 év óta a legkülönfélébb kezeléssel daczolt, e kenőcs 4 heti használata után gyógyult.

2. Használható a sapolan mint fájdalomcsillapító szer hólyag- s pustulaképződéssel járó bőrbajoknál. Így herpes praeputialisnál, dermatitis herpetiformisnál a fájdalom s viszketés csillapul, de a hólyagok el nem mulnak, s új hólyagképződést nem akadályoz meg.

Az egyetemi bőrgyógyászati klinikán végzett kísérletek (I. Szabóky, Orvosok Lapja, 1900.) Appel eredményeivel szemben a sapolannak kitűnő hatását mutatták chronikus eczemáknál és pruriginál. (Monatshefte für praktische Dermatologie. XXXIII. kötet, 2. szám.)

Kelenov.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Tüdővészések éjjeli izzadása ellen Strasburger nemrégiben a tannoformot ajánlotta. Nolda szintén megkísérelte ezen szert s az eredményekkel nagyon meg van elégedve. Mérsékelt izzadó 8 beteg közül 7-nél az izzadás teljesen megszűnt, 1-nél pedig csökkent. Nagyfokú izzadás 4 esete közül 3-nál volt teljes eredmény, a negyediknél pedig

csak javulás. A tannoform használata a következő: Kétszeres mennyiségű talemum venetummal kevert tannoform-port jól bedörzsölünk a mell, súlyos esetekben a mellon kívül a nyak és hát bőrébe is. *Nolda* szerint ezélszerű, ha a bedörzsölt bőrrészeket reggelenként francia borszeszeszel jól megmossuk és ezt este a tannoformbedörzsölés előtt megismételjük, hogy ily módon a verejtékmirigyek mindig tiszták és tágak, a tannoform felvételére alkalmasak legyenek. (Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 26. szám.)

Aspirinnel kezelt tabetikus arthropathia esetét közlik *Pécharment* és *Marie*. A 6 év óta tabesben szenvedő 71 éves betegnél a jobb térd tipikus arthropathiája keletkezett, mely a szokásos salicyl-kezelésre nem javulván, aspirinhez (3 gramm pro die 6 adagra osztva) folyamodtak, mire gyorsan javulás állott be. (Revue neurologique, 1900. 21. szám.)

Ulcus molle gyógyítása. *Moeller* és *Mueller-Aspegren* összehasonlító vizsgálatokat végeztek a használatban levő különböző sebhintőporokkal, inoculatiókkal meghatározva azt az időpontot, a mikor az ulcus genye már nem fertőző. Kísérleteket tettek jodoformmal, eorophennel, nosophennel, jodoformmaggal, dermatollal, xeroformmal és tannoformmal. A legjobb eredményeket jodoformmaggal érték el, a mennyiben a fekélyek átlag 4-25 nap alatt tisztultak meg, míg ezen eredmény elérésére például a dermatollal 11-8 napra, a xeroformmal 11-3 napra volt szükség. Még jobb eredményeket adott azonban az Andry-féle hőkezelés, különösen rákövetkező jodoformmaggal-kötéssel. Összesen 328 esetet kezeltek; jodoformmaggal kezelt 82 eset közül 5-ben jodoform-eczema jelentkezett, míg jodoformmaggal kezelt 94 eset közül csak egyben mutatkozott orvosságos exanthema. (Festschrift für Prof. Kaposi. Verlag von W. Braumüller in Wien, 1901.)

Az europheut *Witthauer* egyes megbetegedéseknél nagyon dicséri. Igy ozaenánál következőképen jár el: Körülbelül ujnyi hosszú, tömött vattatamponokat beken europheut-kenőccsel (Europheut 2:5, Vaselin 20:0, Oleum olivarum 5:0); ilyen vattatamponból reggel az egyik, este pedig a másik orrnyílásba vezet be egyet és 12 óráig hagyja ben; a kivétel után gyenge sósvízrel öblítést végez. Idült pharyngitistnél europheut és aether egyenlő mennyiségéből készült oldattal naponként 1-2-szer végzett esetelésektől látott nagyon jó eredményeket. Gümőkóros bőrfekélyeknél, továbbá ulcus molle-nál az europheut poralakban szintén jó szolgálatokat tesz. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1901. 24. szám.)

A chorea gyógyítása aspirinnel. Egy choreában szenvedő leánya izületi fájdalmai ellen *Besancon* és *Paulesco* aspirint rendelvén, azt tapasztalták, hogy 4 nap után nem csupán a fájdalomak csökkentek, hanem a choreatikus mozgások is megszűntek. Ezen eredménytől felbátorítva, megkísérelték az aspirint chorea ellen rendelni, azzal az eredménnyel, hogy a legtöbb esetben már 3-4 nap múlva tetemes javulás volt megállapítható. Ha 3-4 nap alatt nem jelentkezik tetemes javulás, akkor legjobban a szer használatát néhány napra megszüntetni és azután nagyobb adagban újból megkezdeni. Természetesen e mellett ágyban fekvés, meleg fürdők, bedörzsölések és kellő diéta is előnyösen befolyásolják a kezelést. (Journ. de méd. interne, 1901. 7. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 44. szám. *Schönberger Gyula*: Az epicarinnról. *Schein Mór*: A bőrbetegségek megfigyelése és kórismézése. *Herszky Manó*: Virchow és kora.

Orvosok lapja, 1901. 44. szám. *Herczel Manó*: Subcutan paraffin prothesisek. *Róth Alfréd*: Gyógykísérletek a dymallal.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 44. szám. *Moro*: Biológiai vonatkozások a tej és a serum között. *Schmit*: A hüvely rosszindulatú chorioepitheliomája ép méh mellett. *Friedjung*: A lumbal punctio meningitis tuberculosa. *Benedikt*: A magánelmeógyógyintézetek és a magánelmebetegápolás.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1901. 44. szám. *Baumgarten*: Kísérletes tüdőphthisis. *Basch*: Sphygmomanometerem pelottájának új módosítása. *Kürt*: Természetes védelmi szer angina diphtheriticanál és scarlatinosa. *Schwarz*: A pulsus analysise. *Finger*: A szájjüreg syphilise.

Wiener medicinische Presse, 1901. 44. szám. *Pal*: Vonatkozások a bél circulatioja, motilitása és tonusa között. *Schuster*: A gyermekkori convulsioik kezelése. *Herz*: A peripheriás vérkeringési készülék neurosiai (vasomotorius ataxia).

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 44. szám. *Baumgarten*: A gümöbacillus kórszöveti hatása. *Dührssen*: Kolpocoeliotomia anterior-lateralis, új vaginalis műteti mód. *Belzer*: A Frey-féle forróléghany. *Placzek*: A spinalis gyermekhűdés kórboneztanához.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 44. szám. *Strauss*: A máj functio-vizsgálata. *Michaelis*: A zsírfestés elméletéhez. *Levin*: A phenylhydrazin néhány biológiai tulajdonsága. *Schüder*: A typhus-bacillusok kiválasztása a vizelettel. *Shiga*: Az epidemiás dysenteria Japánban, különös tekintettel a bacillus dysenteriae-re. *Neumann*: A typhus összefüggése az ivóvízzel. *Robinson*: A Wassmuth-féle belégző-készülék.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 42. szám. *Kelling*: Medencezölógófekvés vízszintes törzs mellett a rekesz közelében végzendő műtétknél. *Herrman*: A skolikoidectomia technikájához. *Muns*: A sérvben levő feregnüjtvány felismerése.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 44. szám. *Küstner*: A median méhfelhasítás principiuma. *Herzfeld*: Terhes méh rupturája. *Mirabeau*: Megjegyzések Stoeckel cikkéhez a női húgyhólyag gümőkórjának diagnosisáról.

Neurologisches Centralblatt, 1901. 19. szám. *Bregman*: Bélsárhányás hysteriánál. *Wallenberg*: A harmadik bal dorsalis ideg szűrt sérülése a ganglion spinalén. *Orlowski*: Hidsérülés esete sértetlen koponya mellett.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1901. 20. szám. *Tavel*: A bélből átvándorolt bakteriumok okozta peritonitis. *Hagen*: A kanyaró epidemiológiájához.

Therapeutische Monatshefte, 1901. október. *Idé*: Idegyenge egyének tartózkodása az északi tenger klímájában. *Keller*: Hegymászókúrák idegbajoknál. *Hirschkrone*: A masturbatio és kezelése. *Stern*: A tüdőbetegség négyhetes kúrája. *Meyer*: A tüdővésztesz láz és kezelése. *Lublinski*: A pyramidon használata tüdővésztesz láz ellen. *Juliusberg*: Újabb módszerek a scabies kezelésében. *Müller*: Trional és paraldehyd combinatioja mint hypnoticum. *Hombberger*: Orthoform. *Schüle*: A gymornedvelválasztás befolyásolása cukorral. *Schürmayer*: Roborat, növényi fehérjekészítmény.

Therapie der Gegenwart, 1901. október. *His*: A húgsavas lerakódások a testben és az oldásukra használt szerek. *Umbert*: A cukor viszonya a nitrogénkiválasztáshoz a diabeteses fehérjeszétésnél.

Dermatologisches Centralblatt, 1901. október. *Bettmann*: Kísérletes hajhullás thallium aceticummal. *Chrzelitzer*: Albargin, új szer gonorrhoea ellen. *Goldberg*: A prostata-túltengés kezelése Bottini szerint.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. 12. kötet, 10. füzet. *Kövesi* és *Surdnyi*: További adatok a veselégtelenség haematológiájához. *Goldberg*: Módosított Maisonneuve-féle urethrotom.

Archiv für Gynäkologie, 64. kötet, 1. füzet. *Mandl* és *Bürger*: Adat a méhfüggelék genygyülemeinek sebészi kezeléséhez. *Vassmer*: Mesonephrikus eredetű adenoma- és cystadenoma-képződés a petefészkekben és méhben. *Landau* és *Pick*: A Müller-járatok mesonephrikus atresziája, egyúttal adat a mesonephrikus adenomyomák tanához és a gynaetrikán klinikájához. *Schoedel*: Mesterséges koraszülések a drezdai nőklinikán 1893-tól 1900-ig. *Schultz*: A petefészkek aprócystás follicularis degeneratiojának kórboneztana és kórszarmazása. *Butz*: Adat a rosszindulatú hólyagmola ismeretéhez és kezeléséhez. *Blacher*: Az anya véredényeinek viszonya a foetalis véredényekhez a placentában.

Virchow's Archiv, 166. kötet, 1. füzet. *Collmann*: Adat a chondrodystrophia foetalis ismeretéhez. *Rohmer*: Csontképződés elmeszesedett endocarditises és endarteritises göcczokban. *Abesser*: A bőrnaevusokban előforduló sejthalmazok származása és jelentősége. *Harris*: Kísérletes dysenteria kutyáknál. *Albu*: Kísérletes adatok a húgymégren tanához. *Albu*: Oedemák és hydropsok kísérletes előidézése. *Wieland*: A primaer sokszorosan fellépő csontlymphosarcomák. *Loeb*: Lutein-szövetből álló újképződmény egy borjú petefészkeben. *Glogner*: Adat a malaria recidiva megítéléséhez és kezeléséhez. *Virchow*: Rachitis foetalis, phokomelia és chondrodystrophia.

Deutsches Archiv für klinische Medicin, 71. kötet, 1. füzet. *Kattwinkel*: A corpus callosum viselkedése nagyobb corticalis agysérülések után. *Vogt*: Anyagsere-kísérlet heveny köszvénynél. *Ito*: Valóságos pepton előfordulása a vizeletben. *May*: Egyszerű eljárás kyrtometriánál. *May*: Kettős stethograph. *Mittelbach*: Adat az alkapturia ismeretéhez. *Böhm*: A bélrohadás az epefolyás akadályozottsága esetén. *Quirin*: A normalis és a kórosan fokozott intraabdominalis nyomás viselkedése és visszahatása az arterialis vérkeringésre.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 61. kötet, 1. és 2. füzet. *Göbell*: A lateral retroperitoneal daganatok ismeretéhez. *Canon*: A septikus megbetegedések aetiologiájához és terminologiájához, tekintettel a bakteriologiai véreletek értékére a sebészi gyakorlatban. *Borchard*: Lueses izületi lobok. *Wodarz*: A talo-navicularis izület traumás luxatioinak casuistikájához. *Wiemuth*: A térdkalács habitualis ficzamai. *Fuchs*: A bécsi egyetem I. sebklínikáján az utolsó 12 év alatt végzett bélresectioik. *Stieda*: A circularis pylorotomia történetéhez. *Klapp*: Egyszerű helyező készülék az alsó végtagok számára.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 10. kötet, 4. füzet. *Cassirer* és *Strauss*: Tabes dorsalis incipiens és syphilis. *Margulies*: A paranoia első stadiuma affectioinak primaer jelentősége. *Probst*: Adatok a regio subthalamica ismeretéhez. *Ziehen*: Kórosan fokozott ekstatikus affectusok („Ergriffenheit“) acut psychosisoknál.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 5. kötet, 5. füzet. *Funke*: Az ideges köhögés gyakorlati gyógyítása (bahnende und hemmende Übungstherapie). *Daniels*: A thermometria a betegágy-nál. *Achert*: Gümőkór és szívbajok gyógyászati szempontból.

La presse médicale, 1901. 87. szám. *Proust*: Prostatectomia. 88. szám. *Hayem*: A praepylorikus ulcero-cancer.

Le bulletin médical, 1901. 83. szám. A 14. francia sebészcongressus tárgyalásai.

La semaine médicale, 1901. 45. szám. *Du Castel*: Az epithelioma és arc-syphilis differential diagnosisa.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 44. szám. *Querton*: Gyógyító-e a süketnémaság? *Bernheim*: A tüdővészések ápolása otthon. *Gunzburg*: Jodipin.

Archives de neurologie, 1901. április. *Pitres* és *Abadie*: A rachicocainisatio és a lumbalis punctio physiologiai hatásai.

Bulletin général de thérapeutique, 142. kötet, 12. füzet. *Cabanès*: Hogyan halt meg Nagy Sándor? Adat a mérgek történetéhez. *Lau-monnier*: Az atrophia infantilis kezelése.

Archives générales de médecine, 1901. október. *Carrière* és *Sommeville*: Hysteriás arhythmias chorea a gyermekkorban. *Marcou-Mutzner*: Purpura infectiosa és scorbut. *Touche*: Adat az aphasiák taná-hoz. *Boix*: A máj betegségei.

Revue de chirurgie, 1901. 10. füzet. *Cornil* és *Coudray*: A csont-velő reparatioja kutyánál. *Quénu* és *Longuet*: A méhkürtök daganatai. *Kallionzis*: Subarachnoidalis cocain-befecskendések. *Pacheco Mendes*: Goundou vagy anakhré egy esete. *Lenoir*: Adat az antrectomiához. *Gorovitz*: A női nemi szervek gümőkórja. *Reymond* és *Alexandre*: Staphylococcihaemia egy esete.

British medical journal, 1901. november 2. *F. Semon*: A felső légutak megbetegedéseinek helyi kezelése. *T. R. C. Whipham*: Tizenhat évig tartott aorta-aneurysma esete. *H. E. Whitehead*: Gyógyult endocarditis ulcerosa esete. *J. Mc Caw*: Gyermekkori scorbut esete. *W. Gordon*: Az orvostan hallgatók előzetes általános nevelése. *J. B. Yeoman*: Herpes zooster esete. *A. Hall*: Hysteria fiúnál. *J. Noonan Meade*: Chorea gyógyítása trionállal. *J. B. Hellier*: Császármetszés esete. *Ch. E. Bell*: Meckel-diverticulum okozta bélelzáródás esete.

The lancet, 1901. II. 18. szám. *W. R. Gowers*: Fémmergezés. *E. M. Crookshank*: Az emberi és a marbagümőkór. *A. Wynter Blyth*: A szellőzés. *Prideaux Selby*: Tejet vagy tejsavót használjunk-e typhusnál? *H. Lambert Lack*: Haladás az orrbajok kezelésében. *D. Walsh*: Szőrtelenítés röntgenzéssel kombinált electrolysis útján. *J. M. Atkinson*: Septicaemiás pestis esete. *J. Lionel Stretton*: Malaria szerzése nem malariás helyen. *R. E. H. Woodforde*: Rohamos lefolyású diabetes-eset. *J. H. Crocker*: Variola confluens két esete. *G. C. Franklin*: Duodenalis fekély átfürödésének két halálos esete.

Edinburgh medical journal, 1901. október *W. Soltan Fenwick*: A duodenum primær rákja. *Noel Bardswell*: Vulkanikus működés, mint oka járványok kiterjedésének. *R. Caton*: Acut endocarditis gyógyítása. *Kenneth Scott*: Conjunctivitis phlyctenularis. *D. W. Johnston*: Sebészi esetek.

The practitioner, 1901. október. *Harold Leslie Barnard*: Az alsó végtag törései. *F. C. Wallis*: Sínek vagy Esmarch-eső húzamosabb használata után származó hűdés vagy izomsorvadás kezelése. *Lydia Lency*: Gyomorfejfűdés és viszonya a gyomor elválasztó működéséhez.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1901. november 8.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal ki-mutatása szerint az 1901-dik év 43. hetében (1901. október 20-dikától október 26-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1901-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 728,235, katona 16,484, összesen 744,719. Elve született 456 gyermek, elhalt 217 egyén, a szüle-tések tehát 239-el multak felül a halálozásokat. — Születések arány-száma: 1000 lakosra 31.8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 15.2 az egy éven felüli lakosságnál: 12.2, az öt éven felüli lakossá-gnál: 11.7 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphthe-ritica 0, pertussis 0, morbilli 2, scarlatina 4, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 3, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 8, apoplexia 7, eclampsia 3, szervi szívbaj 14, pneumonia 10, pleuritis 3, pneum. catarrh. 5, bronchitis 8, tuberculosis pulmonum 35, enteritis 13, carcinoma 15, ezek közül méhrák 2, egyéb újképletek 2, morbus Brightii et nephritis 5, veleszületett gyengeség 17, paedatrophia 0, marasmus senilis 7, erő-szakos haláleset 10, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 3, bal-eset 7, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi közkórházakban. A múlt hét végén volt 2874 beteg, szaporodás e héten 840, esőkkenés 835, maradt e hét végén 2879 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi október 22-étől október 29-dikéig terjedő 43. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): choiera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 41 (54), diphtheria, croup 22 (22) hagymáz (typhus) 11 (8), kanyaró (morbilli) 59 (47), trachoma 6 (16), vérhas (dysenteria) 0 (2), influenza 0 (0), hőkhurut (pertussis) 10 (8), orbáncz (erysipelas) 19 (16), gyermekági láz (febr. puerp.) 1 (1), járv. fültömrigylob 9 (4), ezenfelül varicella 65 (42).

⊖ **Magyar honosok orvosdoktorrá promoveáltatásának új módja az osztrák egyetemeken.** Egy osztrák orvosi facultás azon kezdező-ködésére, hogy milyen eljárás követendő a magyar korona országhoz tartozókkal szemben az egyetemes orvosdoktorrá avatások alkalmával, az osztrák közoktatásiügyi miniszter 1901. augusztus 23-dikáról 24,995. ren-deletében kinyilvánítja, hogy a belügyministeriummal egyetértőleg 1898. augusztus 30-dikától kibocsátott vallás- és közoktatásiügyi rendelet értelmében az osztrák-magyar monarchia két állama között korábban gyakor-latban állott reciprocitas az orvosdoktori okleveleknek és az ezen alapuló

gyakorlati jogosultságnak kölcsönös elismerése szempontjából az em-lített rendeletben felsorolt kivételekkel, illetőleg megszorításokkal meg-szűntnek tekintendő. Ennélfogva a reciprocitas fennállását feltételező 1882 június 27-diki 9817. sz. vallás- és közoktatásiügyi rendelet tárgy-talanná vált és a magyar állampolgároknak egyetemes orvosdoktorokká való felavatásánál épen úgy, mint egyéb külföldiek felavatásánál az 1854. szeptember 24-dikén 13,567. sz. a. kiadott vallás- és közoktatás-ügyi rendelet lép alkalmazásba, a melynek értelmében ezektől is az előirt reverzalist kell követelni, a melyben a fentemlített rendeletben felsorolt kivételes esetek érintése nélkül, a gyakorlati jogosultság el-nyerése az osztrák állampolgárság előleges kimutatásától teendő függővé.

⊠ **Az orvostanhallgatók önképző egyesületében** f. hó 2-dikán *Blau Béla* tartott összefoglaló előadást a *gépe syphilitikus bántalmairól*. Hozzá szólottak *Kerntler Gyula*, *Preusz Károly* és *Engel Károly V.* éves orvostanhallgatók. Felkért szaktanáru *Baumgarten Egmont* egyet. magántanár jelent meg.

⊗ **Gebhardt Ferencz** dr.-t, volt klinikai gyakornokot a főpolgár-mester a régi szt. János-kórház rendelő orvosává nevezte ki.

⊕ **Réczey tanár új sebklinikája** az üllőiúti orvostani belső tele-pen annyira előhaladt belső berendezésében, hogy a járó betegek keze-lését már e hó 4-dikétől fogva meg lehetett kezdeni, a fekvő betegek felvétele pedig f. hó 15-dikétől kezdődik meg.

⊕ **Az orvostanhallgatók számának csökkenése Ausztriában.** Ausztria 7 orvosi fakultásán (Bécs, Gráz, Innsbruck, Prága [német és eseh], Lemberg és Krakó) az orvostanhallgatók száma az utolsó 10 évben következő volt:

1891—1892 = 5275	1896—1897 = 3954
1892—1893 = 5193	1897—1898 = 3604
1893—1894 = 4985	1898—1899 = 3207
1894—1895 = 4686	1899—1900 = 2793
1895—1896 = 4297	1900—1901 = 2555.

A felavatások száma ellenben nem mutat ily nagyfokú esőkkenést; 1891—1892-től 1900—1901-ig következő számú felavatás volt évenként: 721, 717, 764, 857, 801, 724, 732, 675, 714, 603.

— **Frankfurt város** egy általa kezelt 500,000 márkás alapítványt *Ehrlich* tanárnak adott, a ki ebből a rák aetiologiájára vonatkozó vizs-gálatokat fog végezni.

— **Kézmarszky tanár szülészeti poliklinikájának** segélyét október hóban 66 esetben 36 műtéttel vették igénybe. Évi folyó szám 680.

⊠ **Tudósítás.** A budapesti szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesülete által létrehozott „*Erzsébet királyné-sanatorium*” a budakeszi erdőben, Budapest mellett, f. hó 3-dikától betegjelentkezéseket elfogad és november 10-dikétől kezdve megkezdte a tényleges betegfelvételt. A betegek belépési szándékukat vagy maguk, vagy orvosuk útján jelent-hetik be az intézet igazgatóságánál, mely azután megküldeti a szükséges felvételi nyomtatványokat. Ez utóbbiak minden további kérdésről rész-letes felvilágosítást adnak. *Kuthy* dr. igazgató főorvos.

⊙ **A budapesti Szent-Margitsziget.** Hazánk e legkedveltebb fürdő-helye ezentúl a hideg időszakban is találkozható helye lesz a betegeknek és üdülőknak, miért is e kívánalmaknak teljesen megfelelően történtek átalakítások: remek téli sanatorium, fedett folyósók, új fürdők, társalgó stb. 43.3 C. kénes hévíze, iszap-, szénsavas- stb. fürdőit kitünő hatásúak idegesség, szívbaj, csúz, köszvény stb. ellen. Prospectust küld a fő-hercegi szent-margitszigeti gyógyfürdő felügyelősége.

⊕ **Elhunytak:** *Vadass Pál* dr. f. hó 5-dikén 56 éves korában Budapesten. *Lichtmann Dávid* dr. Orosházán, életének 78-dik, orvosi működésének 48-dik évében. *Nencki Marcel* tanár, a ki nevét az élet- és körvegylan, valamint a hygiene körébe vágó jeles dolgozatokkal tette ismeretessé, Szent-Pétervárott 55 éves korában.

„**Fasor-** (Dr. Herezel-féle) **sanatorium.**” (Ujjonan épült magán-gyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére. **Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kívánatra prospectus.



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmede-n-ezeiben az ásványvíz naponként négyszer megújul, **loccális iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és üdülő-fürdők. Kitünő szállodák. Vendéglő saját tüzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospectust ingyen küld az igazgatóság.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (XVIII. bemutató ülés október 19-dikén.) — (XIX. rendes ülés 1901. október 26-dikán.) 735. 1. — Német orvos- és természettudománytörténelmi társulat. 737. 1.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVIII. rendes ülés 1901. október 19-dikén.)

Elnök: **Taufer Vilmos.** Jegyző: **Wenhardt János.**

Adatok a croup laryngist komplikáló tüdőlobok ismeretéhez.

Bókay János: Előadó tíz éves kórházi anyaga s 1755 croup esetére vonatkozó statistika alapján tárgyalja a kérdést s a következő conclusióhoz jut azon kérdést illetőleg, hogy az intubatio eljárás elősegíti-e a szövődmenyes hurutos tüdőlobok kifejlődését:

1. Croupos betegeknek a tüdőlobos szövődmenyes eléggé gyakori (22⁷⁰o).
2. Súlyosabb operatív beavatkozást (intubatiót) igényelt folyamatoknál gyakoribb (26⁰o), mint enyhébb megbetegedéseknél (14³).
3. A szövődmenyes tüdőlob fellépte úgy operáltaknál, mint nem operáltaknál a legtöbbszőr a croupos megbetegedés 4—11-dik napjára esik.

Eredményei alapján tehát állíthatja legalább is azt, hogy az intubatio oly méreben, mint azt a gyakorlati életben az orvosok egy része hajlandó tenni, semmi esetre sem okozható a szövődmenyes tüdőlobok fellépését. Hogy az O'Dwyer-eljárás laryngo-tracheitis crouposa súlyos esetében, különösen, ha a légzés már kezd insufficient lenni s a köhögés erőtlenné válik, broncho-pneumonia kifejlődését elősegítheti, de csakis ily körülmények között, az — úgy véli — kétségen felül áll, de nem azért segíti elő a tüdőlobnak kifejlődését, mert a tubus calibere aránylag szűk volna, mint azt Escherich és Hagenbach különösen hangsúlyozták. Mint Ranke heidelbergi előadásában mondja, O'Dwyer maga elismerte kezdettől, hogy az intubatio után ép úgy, mint a légesömetszés után, a tüdőlobok száma croupos betegeknek kissé felszaporodik, kétségbe vonja azonban, hogy intubatio folyamán súllyban fordulnának elő, mint tracheotomia után s mindkét esetben abban találja a tüdőlob fellépésének okát, hogy a köhögés expulsiv ereje csökkent a glottis zárási képtelensége folytán, minek folytán a hörgőkben visszatartatik a váladék s lobgerjesztőleg hat.

Az úgynevezett nyelési pneumoniákat (food pneumonia) előadó a legnagyobb ritkaságnak véli tapasztalatai alapján s csatlakozik Dillon Brown-hoz, ki ezen „food” pneumoniák felléptét inkább theoretikus veszelynek tartja.

Ujabb adat a tuberculosis-fertőzés módjaihoz a gyermekkorban.

Preisich Kornél és Schütz Aladár: 6 hó és 2 év között levő 66 gyermek körömpiszkát vizsgáltak meg az elmúlt télen tuberculosis-bacillusra. Ezen korú gyermek csúszik, mászik vagy járkál, a szoba porával fertőzi magát, piszkos ujját, kezét szopogatja, orrát piszkálja, mindent szájába vesz. Tizenegy esetben, 21²⁰o-ban jutottak pozitív eredményhez. A pseudotuberculosis-bacillusokat hosszas színtelenítéssel s a morfológiának szűk határt engedve, zárták ki. Tizenöt állatoltás közül azon egy eset volt pozitív, melyben tárgyüvegkészítményen a legtöbb (közepes számú) bacillust találtak. E negatív oltási eredményeket részben abból magyarázzák, hogy állataik egy része pár nap mulva acut fertőzés tünetei közt pusztult el, másrészt a fertőzés létesítésére a körömpiszokban rendszeren nincs elegendő bacillus. Vizsgálataik révén tapasztalták, hogy a körömök tisztaságára igen kevés vagy semmi gondot sem fordítanak. Csecsemők körmet babonáságból meghagyják nőni vagy leharapdálják. A tuberculosis-bacillust megtalálták, midőn a családban tuberculosisos egyén tartózkodott, akkor is, midőn tuberculosisos lakásban nem vehettek fel, de még akkor is, ha a tuberculosisos teljesen kizárhatták. Fel kellett venni, hogy a tuberculosis-bacillus a lakásban előzőleg ott lakott tuberculosisos egyéntől jutott a szoba porába, vagy kívülről hozatott be, előbbi módnak nagyobb jelentőséget tulajdonítanak, miután tuberculosisos egyén elhalálása vagy lakás-változtatása esetén a fertőztelenítés nem kötelező. A 14 eset közül 8-szor szopogatta a gyermek ujját vagy kezét, ezek közül 5-ször ott, hol anamnesis nem volt nyerhető, bizonyosságul az ujjszopogatás káros voltának.

Azon esetekben, a hol nyílt genyedő csont-tuberculosis fordult elő a családban, kivétel nélkül mind a négy esetben tuberculosis-bacillust mutattak ki.

Ezzel rámutatnak a nyílt csont- és mirigy-tuberculosis fontosságára a betegség terjesztésében, melynek nézetük szerint közel oly szerep jut, mint a nyílt tüdő-tuberculosisnak. A genyvet ezek dacára alig veszik figyelembe (a londoni congressus nem foglalkozott vele). A nyílt csont- és mirigy-tuberculosis gyakoriságát bizonyítja a Stefánia-gyermek-kórház ambulans anyaga, hol egy hó alatt 1152 beteg közül 92 volt tuberculosisos, ebből 75 csont-mirigy s 25 nyílt local-tuberculosis. Az ilyen betegek kis részét veszik kórházba, kötözésre rendelik be, innen idővel elmaradnak. Otthon együtt fűrésztik a többivel, kötszereit, szennyezett fehérneműt a többivel együtt mossák. Legtöbbször egészségessel egy ágyban alszik, együtt játszik, beszáradt váladéka a zsúfolt szoba porába kerül. Egy-egy alkalommal csak kevés bacillus jut a szájba, orrra; a fertőzés lassan kumulálódik. A szájban levő hámfosztott helyek, mandulák, adenoid vegetatiók, cariosus fogak útján a szervezethez jut. A nyirkutak mentén a nyaki mirigyek, mediastinal és peribronchialis mirigyek fertőződnek (68⁰o); de lenyelés útján a szájba jutott

szobapiszok hasfűri tuberculosisist is eredményezhet. A körömpiszokban különösen tavasz felé egyéb bakteriumokat is nagy számban találtak, másrészt a lymphadenitisek legnagyobb számát 0—3 év közt constalták, a mit az ilykorú gyermekek szobában való tartózkodása fejt meg. A fertőzés egyéb módjainak s a prophylaxisnak tárgyalását más alkalomra helyezik kilátásba.

Krompecher Ödön: A tuberculosis-bacillus kimutatásának háromféle módja van. U. m. a morfológikus, állatkísérleti és tenyésztési. Néhány év előtt, mielőtt még a saválló bacillusokat ismerték volna, a carbolfuchsinnal festődő bacillusokat mind tbc. bacillusnak tartották. Azonban most tudjuk, hogy ezeknek csak kis része tuberculosis-bacillus. Tehát morfológiai alapon nem lehet dönteni.

Az állatkísérleti eljárás abban áll, hogy a vizsgálandó anyagot pl. körömpiszkot a kísérleti állat — leginkább tengerimalacz, a mely legfogékonyabb — hasüregébe oltjuk. Nem kell félni, hogy peritonitisben pusztul el az állat, mert resistens a hashártyája. Bizonyos számú tuberculosis-bacillus kell a fertőzés létrejöttéhez. Szóló Zimmermann tagtársal végzett kísérleteket, melyekből kiderül, hogy a lymphomákban levő tuberculosis-bacillus csak azért kevésbé virulens, mert kevesebb számban jut a kísérleti állatba. Így ha 1 cm³ lymphomaeulsioit fecskendeztek a kísérleti állatba, 2—3 hónapig ép volt még az állat, göreső alatt is csak 1 2 bacillus volt benne található, míg ha 4—10 cm³-t fecskendeztek bele, 3—4 hét alatt elpusztult az állat. Tehát a tuberculosis-bacillusok száma a döntő.

Előadók esetében a körömpiszokban 1—2 bacillus volt és ezért volt hat hét után is egészséges az állat; és ezért pusztult el csak egy állat.

A harmadik módja a tuberculosis-bacillus kimutatásának a direct tenyésztési mód, melytől a szerzők nagy része visszariad, bár ez nem olyan nagyon nehéz, mint a hogy általában gondolják. Minden esetre áll, hogy a tbc. bacillust csak akkor lehet kitenyészteni, ha valamelyik váladékban tisztán van meg. Mihelyt keverve van más bacillusokkal, nehézségekbe ütközik, sőt sikertelen. Így a lymphomák váladékát 5⁰o glicerineburgonyára kenték fel és 25 kísérlet közül öt esetben a váladék strepto- és staphylococcusokkal volt fertőzve, ezért a tbc. bacillus nem tenyészett. De 20 esetből 3/4 részben a tbc. bacillus szépen kitenyészett.

Szóló felszólalásával csak utalni akart a tuberculosis-bacillus kimutatásának nehézségeire.

Donogány Zakariás: Azon körülmény, hogy az orr primaer tuberculosisos a azon helyeken lép fel, a melyek az orr ujjakkal való piszkálása által elérhetők, megerősíti előadók nézetét.

Berend Miklós: Ugyanezen kérdéssel foglalkozott Dieudonné, csak hogy a gyermek tenyerén mutatta ki a tuberculosis-bacillust. Ez kevésbé fontos, mert a tenyerekről ritkábban történik fertőzés, mint az ujjakról. Hasonlóképpen fontos az előadók által hangsúlyozott azon tény, hogy az évekig tartó csont-, mirigy-gerjedések az infectio forrását képezhetik, míg gyermekek köpete, mert lenyelik, kevésbé veszélyes a környezetre.

Schütz Aladár: Vizsgálataink kiterjedtek azon körülményre is, hogy a gyermek ujjait szopogatja-e vagy kezét. Mindig 1 vagy 2 ujját szopogatja. A köröm annyival alkalmasabb a fertőzésre, mert melegágya a bacillusoknak. Dieudonné 15 esete közül kettő volt pozitív, a hol tüdő-tuberculosis is volt, a mi eseteinkben négy csont-tuberculosis is volt. Elnök ezután az ülést berekeszti.

(XIX. rendes ülés 1901. október 26-dikán.)

Elnök: **Bókay János.** Jegyző: **Ritoók Zsigmond.**

Elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyve ellen kifogás nem tetetvén, hitelesítették. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri **Medvei Béla**, **Donogány Zakariás** és **Pollacsek Elemér** tagtársakat. Elnök jelenti, hogy Brém János „a római nemzetközi congressus tárgyalásait” megküldte az egyesület könyvtára részére. Közönnel fogadtatik. Jelenti továbbá, hogy **Barla Sándor** dr. Beocsinból mint vendég van jelen.

Dermoidcystarészleteket (szőröket) kiköhögő csecsemő.

Medvei Béla: Folyó év augusztus végén egy három és fél hónapos fiúcsesemőt hoztak bemutatóhoz, ki 10—12 nap óta köhög és nehezen lélegzik. A kissé craniotabesben szenvedő gyermek zsírúds, de vérszegény; többször szárazon, göresösen köhög, siráskor hangja tiszta, éles; a légzés hangos; belégzéskor az orrszárnnyak emelkednek, a gyomorgödör tája erősen behúzódik. Kopogtatáskor a szegycsont felső bal szélénél, a 2. és 3. borda beszőgelésénél ezüstforintnyi tomputat található, mely fölött hangosabb légzés hallható, fölötté lükteztést érezni nem lehet; szív rendes, láb nincs. Két nap mulva vizsgálat közben nagyfokú gégegörcs mutatkozik, mely ezután napi 4—5-szörös rohamokban ismétlődik. A gyermek állapota súlyosodik, légzés nehezebb, beteg a fejet hátra hűzza, arca hálandóan kékes, fekvő helyzetben azonnal fuladozik, miért is éjjel-nappal hordozni kell. A tomputat a szegycsonton növekszik s fel- s balfelé terjedőleg gyermektenyérynél lesz, fölötté a mellkas ki-

domborult, rajta tágult visszerek láthatók. A nyaki venák duzzadtak, a kulcsesont feletti arkot az ektikus tüdők domborítják ki. Kórisme mediastinal. tumorra szól, mely vagy a thymusból, vagy a bronchialis mirigyekből indul ki.

Szeptember 10-dikén fuladási roham közt nagy mennyiségű nyálkát köhög ki, melyben sok szőrszál látható. Másnap ugyanily köhögési roham közt bemutató ujjával hozza fel a torokban összegyűlt váladékot, melyben a beleágyazott szőrök most is jól láthatók. (Előadó a készítményt bemutatja.)

A váladékot Vas Bernát magántanár vizsgálta s benne görcsö alatt szemcsés genyesejtek, elszarusodott hámsejtek, zsírszemcsék, zsírjegecskék, festenyőgökök, haematoidin- s cholestearin-jegecskék s szabad szemmel is jól kivehető szőrszálak voltak láthatók, melyeken a görcsö alatt jól felismerhető a medullaris, corticularis és cuticularis réteg; egyes szálakban a festőanyag hiányzik, másokban a velőállomány.

Beteg még két ízben köhög ki szőröket, mi után a gégegöres végleg megszűnik. A tumpulat megkisebbedik, majd eltűnik; a gyermek jól szopik s fekvő helyzetben nyugodtan alszik; 8 napig szemlátomást gyarapszik. Ekkor újból nehézlégzés lép fel; szeptember 25-dikén nagy mennyiségű tojásfehérnyéhez hasonló nyálka ürül; október 5-dikén ismét, de a váladékban nagy gombostűfejnyi sárga rögök láthatók, mik zsírból és cholestearinból állanak. Október 3-dikán a Röntgen-sugarakkal történt átvilágítás negatív eredménnyel jár. Október 22-dikén újból nagy mennyiségű váladék ürül, melyben ismét szőrök mutatkoznak; a görcsövi s vegyi vizsgálat az elsővel egyezik.

Kétségtelen, hogy *dermoidcysta* van a betegnél jelen, mely legnagyobb valószínűség szerint a *mediastinum anticumban* foglal helyet; a cysta áttört egy bronchusba s tartalma a pathognomikus szőrökkel kiürülhetett, miáltal a megfúlás fenyegető veszedelme egyelőre elmúlt. Prognosis kétséges, mert az egyedüli therapia a műtéti beavatkozás a zsege kor miatt nem sok reménnyel biztat, a szülők különben beleegyezni nem akarnak. Előadó felemlíti, hogy ez az eset *unicum*, mert gyermeknél még soha elő nem fordult. Felnőttekre vonatkozólag is csak 7 ilyen eset van a világirodalomban feljegyezve.

Deutsch Ernő: Az 1898-ban a „Stefánia“-gyermekkorházban észlelt mediastinalis tumorról kapcsolatban, Bókay János tanár úr megbízásából behatóan foglalkozott a gyermekkorban előforduló gátorürdaganatokkal; ezen tanulmány eredménye a „Gyermekgyógyászat“ 1901-dik évfolyam 1. számában megjelent közlemény. „A gátorürdaganatairól egy eset kapcsán“, utalva *Have* s saját statisztikájára. Kiemeli, hogy a bemutatásra került eset, úgy a beteg koránál, mint a daganat fájánál fogva a gyermekgyógyászati irodalomban unikum. Tekintettel a gyermek aránylag jól táplált voltára és az eset abszolút rossz prognózisára (cysta infectioja bronchus váladék folytán, pneumonikus góczok létrejötte a cystatartalom által), *Eckehar*, *Pflanz*, *Wölfler* eseteire hivatkozva művi beavatkozást ajánl, miután Röntgen-sugarakkal való pontos átvilágítás s Röntgen-fényképek készítése után a cysta pontos localisatioja sikerült. *Weinberger* (Ueber die Röntgenographie des normalen Mediastinums. 1900. Zeitschrift für Heilkunde) tanulmányára utal.

Winternitz Arnold: A prognosist feltehető súlyosbító körülménynek tekinti, hogy a tömlő a légutakba tört. Ez által ugyan annak bennéke az expectoratio révén kiürülhet s a trachea időre-órára a nyomás alól felszabadul; mégis imminens veszélyt rejt magában a tömlőnek a bronchus felől feltétlenül bekövetkezendő fertőzése szempontjából.

Egyéb helyeken, így ovariumokban s bőrben székelő dermoidokról ismeretes, hogy a tömlők egyszer valamely üreges szerv vagy bőrfelületre áttörve, mily könnyen fertőződnek be s mily makacsul képezik a bennők erre meginduló desquamativ dermatitis putrid fészkeit. Ilyenkor a tömlők az eddigi csirmentes epithelből és fagygyúból álló massák helyett büzös és bacteriumokban felettébb dús putrid váladékot producálnak.

Igy lesz ez a bemutatott esetenél is. Egy beálló tracheobronchitis vagy pneumonia kapcsán a tömlő a bronchus felől be fog fertőződni. Genyes, bacteriumokban dús, putrid váladék váltott váladéka el fogja árasztani a légutakat, mikor is annak, a súlyos dyspnoé alatt kifejlődött bronchiectasiákba való aspiratioja elkerülhetlenül be fog következni. Ennek kapcsán üszkös tüdőfolyogok fognak fellépni, melyek majd a gyermeket megölik.

E súlyos complicatio veszedelme szempontjából a műtéti beavatkozást ajánlja és pedig a sternum és a négy felső borda porcainak osteoplastikus temporar resectioja segítségével, mely úton — hullán végzett kísérlete szerint — a mediastinum anterius supracardiale a pleurák megsértése nélkül jól feltárható. Ha a tömlő teljes kiürítése lehetetlennek bizonyulna, meg lehetne elégedni annak tág drainezésével s az epithelialis réteg kikaparásával is.

Medvei Béla: Az összes megoperált mediastinal dermoidcysta esetek száma, a hol többnyire csak javulást és nem gyógyulást értek el, hét; ezek is természetesen csak felnőttekre vonatkozhatnak, mert gyermeknél ily eset még nem fordult elő. Hogy az egyedüli czélra vezető therapia csakis operatio lehet, az természetes s említettem, de az bizonyos, hogy az eredmény nagyon is kétséges, a szülők pedig ily csöppégnél úgy gondolkodnak, hogy inkább pusztuljon a gyermek, mint nyomorék legyen. Hogy *Winternitznek* igazza van abban, ha a cystának az áttörés után előbb-utóbb történő fertőzését kilitásba helyezi, azt már előre igazolja a köpetnek lényeges megváltozása, mely a 3 nap előtt kiürített szőröket tartalmazó köpetnek Vas magántanár által történt megvizsgálásakor kitűnt; mert máris több genyesejt mellett úgy a köpet színében, mint consistenciájában is változás látszik.

Hogy a Röntgen-sugaraknak negatív lelet mellett is volt egy haszna, az bizonyos, mert legalább annyit tudtunk meg belőle, hogy

esontállomány a cystában nincs; természetes, hogy ha műtetre kerülne a sor, az említett több oldalról történő röntgenezést kell előbb fogantatítani.

Vincent-féle angina esete.

Donogány Zakariás: Mult hó 14-dikén egy 32 éves kereskedő azon panaszzal fordult hozzám, hogy nyelési fájdalmai vannak s jobb mandoláján fehéres folt van. Öt nap előtt kirázta a hideg, nehezen nyelt s egész nap lázas volt. Másnap már láztalan s nyelése sem oly fájdalmas. Már majdnem egészen jól volt, midőn e hó 13-dikán este ismét nehezen kezdett nyelni. A jobb tonsilla nagy, vörös, a középvonalig ér, a megfelelő szájjadív belévelt, a mandola medialis felületén fillérnyi terjedelemben a könnyen letörülhető fehéres-szürke lepedék kissé vérzékeny alapú fekélyt takar. Az állkapocs alatti nyirokmirigy megyorónyi s érzékeny. 15-dikén a nyelési nehézség fokozódott, bár a beteg ma sem lázas. A mandolát egész kiterjedésében az említett lepedékkel fedett fekély borítja, melynek alapja taplószzerűen fellágyult s mintegy fél centiméternyi mélyre terjed. Daczára, hogy a fekély az arcus palatoglossus szélét is érinti, a környéken nagy vérbőség nincs, csak közvetlenül a széleken 4 milliméternyi széles vörös szegély. Az állkapocs sarka alatti mirigy nagyobb s érzékenyebb. A felületről és mélyből vett, carbolfuchsinnal és methylikéssel festett készítményekben igen sok, nagy, jól festődő pálcikaalakú bacteriumot találtam, hol egyesben, hol kettős csoportokban. Ezen egyenes vagy félhordalakúlag görbült bacillusok közepe vastagabb, két végük megvékonyodó. Ugyanekkor nagy mennyiségben találtam finom spirillumokat is. Csak a felületről vett anyagban voltak néhol diplococcusok s staphylococcusok láthatók.

A lelet megerősítette felvételemet, hogy ez esetben a *Vincent* által 1896-ban felfedezett bacillus fusiformissal valószínű okozati összefüggésben álló, fekélyes mandolalob van jelen. A bántalom felismerése azért fontos, mert kezdetben diphtheriához, később luetikus fekélyhez hasonlít. A lepedékből tiszta culturát nem sikerült létre hozni. Aq. calcis toroköblögetés mellett a fekély 8 nap alatt teljesen eltűnt s a duzzadt mirigy is visszafejlődött. Folyó hó 23-dikán egy második hasonló eset került észlelésem alá, melynél a fekélyződés a betegség harmadik napján lépett fel s csak lencsényi terjedelmű volt, ma már gyógyult.

Rákosi Béla: Azt a kérdést teszi, hogy a lepedékes lobosodás csak a mandulákon mutatkozik-e vagy egyebütt a szájjüregben; mert 3 nap óta van kezelésben egy 15 éves fiú, kinél a nyelvcsap felső részén és kétoldalt onnan elterjedve az inyvitörák felé mintegy fillérnyi fehéres lepedék mutatkozik, mintha pokolkövel érintették volna a helyet. A fiú láztalan és a lepedék már harmadik napon a központtól a peripheria felé kezdett eltűnni és egyszerű felhámfosztott hely mutatkozott. Mindkét oldali állszeglet alatti mirigyek duzzadtak és érzékenyek voltak.

Zwilling Hugó: Általánosan elfogadott azon feltevés, hogy a lepedékkel és felületen fekélyesedéssel járó tonsillitisek szűkebb értelemben véve különböző fertőzési folyamatai s így a *Vincent*-féle alak izolálása egy lépés előre ezen esetek ismeretében és mint *Rákosi* tagtárs felszólalásából is kitűnik, nem felesleges.

Donogány Zakariás: Nemesak a mandolán, hanem az összes szájj- és torokképleteken jelenhetik meg a lepedék.

Az orrbajok összefüggése a szervezet egyéb megbetegedéseivel.

Pollatschek Elemér: A szaktudományoknak egyik feladatát képezi, elősegíteni a belső megbetegedések diagnosizását. Belső bajok gyakran képezik következményeit valamely külső szerv elváltozásának. All ez az orrbajokra is. Az orrból kiinduló bajok az általános szervezetben részben anatómiai, részben reflectorikus alapon jönnek létre. Összefüggő tárgyalásnál czél szerű a szervek anatómiai elrendeződését követni. A szem anatómius úton létrejövő rhinogen megbetegedései részint a melléküregekből indulnak ki, részint a könnyvezeték útján keletkeznek, részben pedig a vér és nyirokedény összeköttetések adják meg alapjukat. A melléküregekről áttérjünk genyes lobok létrejöttét egyes vékony esontválaszfalak teszük lehetővé; ilyenek a rostacont papirlemeze, a homloküreg alsó fala stb. A könnyvezetékén át az orrüreg lobjai egyenesen folytatódhatnak a conjunctivára és corneára (conjunctivitis, keratitis stb.). A Highmor-üreg genyes lobja áttérjedhet a töle felső részében csupán nyálkahártyától határolt könnyvezetékre. Ilyen esetet észlelt. Látott luetikus ozaenánál kétoldali könnycsurgást és ezt a zsugorodásból létrejövő könnyvezeték szűküléteiből magyarázza. Az uvealis tractus számos baját írták le (iridochorioiditis, iritis stb.). Előadó tanulmányozta az orr cocainozásánál a pupillák magatartását és azt sohasem látta befolyásolva és ezért, bár elfogadja *Ziem* nézetét, hogy a vér- és nyirokér-összeköttetések nagy szerepet játszanak, de a túlzásoktól óv. Észlelték orrbaj után concentrikus látótérszűküléteket, neuritis retrobulbaris. Reflectorikus úton scotoma scintillans, ciliaris neuralgia, transitorikus amblyopia és amaurosis jöhet létre, hólyagképződések a corneán és conjunctiván, morbus Basedowi. Előidéző okok: orrpolyposok, hypertrophiák, adenoid vegetatio stb.

A fülmegebetegedések tapasztalatai szerint egyrészt a hegesedésre vezető orrgaratüregi folyamatok, másrészt orrmelléküreg genyedések után jöhetnek létre. Véleménye szerint fontos szerepe van az alsó kagylók kedvezőtlen anatómiai fekvésének a tubákhoz. Hangsúlyozza az orrba való folyadék felszívás ártalmasságát és orröblítés után az orrfúvás megtiltásának szükségességét.

Agytályogok orrbeli eredettel részint az orrmelléküregek csontos falainak arrosioja, részint a nyirokerek útján jönnek létre, ez utóbbiaknál fontosak *Thanhoffer* állatkísérletei.

A kephalaigiát szerinte a véredényrendszerben orrelidugulásnál

létrejövő pangáson kívül a trigeminus duralis visszafutó ágaiban fellépő irradiált fájdalom váltja ki.

Gyakoriak a trigeminus ágaiban fellépő neuralgiák, ilyeneket számosat észlelt. Közli esetét, hol az ép ductus frontonasalis sondázására a neuralgia gyógyult.

Epilepsia reflectorikus módon létrejöhet, hasonlóan chorea és choreatiform mozgások. A neurasthenia előidézésében fontos szerepet tulajdonít az orrbajoknak, támaszkodva saját ezirányú vizsgálataira. Több esetet ad elő, a melyekben sinusitis frontalis, maxillaris vagy crista septi stb. volt az előidéző ok. Gyógyításnál a suggestio is szerepel.

A légzőszervek következményes megbetegedéseivel szemben a szájlégzés útján jön létre a legtöbb továbbterjedő hurut, mert az orrból egyenesen folytatódó gyulladás létrejöttének a csillószőrös és laphámnak gyakori változása ellentáll. Inanitiós betegeknek a bronchitis fellépésénél a hátsó garatfalhoz odafekvő lágyszájpad által feltételezett szájlégzésnek is szerepet tulajdonít.

Reflectorikus úton létrejöhet bronchialis asthma (polypusok, hypertrophiák), közli saját eseteit; szerinte a reflectorikus trigeminus köhögés útján ectasia pulmonum jöhet létre, hasonló esetet éveken át észlelt. Hangsúlyozza azt, hogy reflexet úgy trigeminus, mint olfactorius inger is kiválthat.

Orrmanipulációk után észlelt tachycardiát és bradycardiát. Ezt állatkísérletek is megerősítik. Utal az arteriosclerotikus orrvérzésekre.

Áttérve a Fliess-féle teoriára, azon kérdésre, hogy orrból kiinduló inger okozhat-e dysmenorrhoeát, igenlőleg válaszol. Véleménye a reflectorikus megbetegedésekről az, hogy bárholonnan kiinduló ideginger csupán beteg, kevésbé ellentálló szervben válthat ki reflexet. Közli saját tapasztalatait, a melyek ezen meggyőződésre vezették.

Tomka Samu: Előadó egy esetében, mint mondja, geny folyt be az orrból a tubába. Rendes viszonyok közt a tuba zárt, nyelészor megnyílik, ha a tuba garatfűri szájadéka ép, az tehát jól el van zárva és a tubát az orrból beható károk ellen jórészt védi. Ha azonban az orrgarat nyákhártyáján atrophicus folyamat fellép, ezen folyamat egyszerűen továbbterjed a tuba szájadékára, minek folytán az tágul. Tágulhat az tuberculotikus és egyéb folyamatoknál is. Előadó főképp a tuba szájadékának szűkületét hangsúlyozta adenoid vegetatiók által, *annak tágulását azonban nem említette*, minthogy pedig ez igen fontos, erre felhívom figyelmét és kérdem, hogy azon esetben, a midőn a geny az orrból a tubába folyt, nem volt-e valamely folyamat következtében a tuba garatfűri szájadéka tágult?

Szántó Ármán: Az orrüreg a szájrüeggel a canalis incisivus útján összefüggésben lévén, részben ezen úton, részben a dentalis eredetű empyema antr. Highmori esetében indirect úton is megbetegedhetik a fog és szájrü megbetegedései kapcsán.

Igy részben a fogak atypikus elhelyeződés esetén az orrüregben is megjelenhetnek, de a gingivából s fogakból kiinduló daganatok is áttörhetnek az orrüregbe.

Direct áttérjedés útján az incisivusok s caninusok megbetegedései, különösen periodontitisei az egyik vagy másik orrüregre elzárhatják.

De reflectorikus úton is a fogak cariesei s fogahtyagyuladásai az orrüreg nyákhártyáinak megbetegedéseit idézhetik elő; ez kísérleti úton is beigazoltott, mert a ganglion sphenopalatum s nervus max. sup. izgatására az orrnyákhártya edényei kitágulnak.

Baumgarten Egmont: Kiemeli a tárgy fontosságát és sajnálja, hogy előadó az egész tárgyat felkarolta.

Felemlít egy érdekes esetet, melynél a fülkagyló oedemája az orrban levő habareczok mütéte után elmúlt. A legfontosabb reflexbetegségek egyike az asthma. Ugy mint eleinte a túlzás hibájába estek a Haek követői, úgy most azok, kik teljesen tagadják az összefüggést, kénytelenek elfogadni azon tényt, hogy az orrból asthma kiváltható és az orr kezelése által gyógyítható. Szükséges, hogy a cocain kísérlet eredménye már előre biztosítsa a kilátást arra, hogy összefüggés van-e jelen vagy nem. Már egy másik munkájában arra fektetett szót súlyt, hogy rendszeres ideges egynéknel fordul elő, mert ha nincsen ilyen dispositio, akkor nincsen ilyen reflex.

Zwilling Hugó: Az előadó úr csak registerét adta a rhinologia legfontosabb kérdéseinek.

Midőn a Fliess-féle észleletekről beszámolt, 10 esetet említett fel, azonban véleményt nem mondott. Egy bonczani helytelenséget legyen szabad helyreigazítani. A tuberculum septi a középső kagyló hátsó harmadával szemben van.

Szenes Zsigmond: Orr- és orrgaratbeli megbetegedések per tubam a dobüregbe terjedhetnek, ha az tág, mint azt a legfiatalabb gyermekkorban elég gyakran tapasztalhatni, midőn a tuba physiologicus tágabb mint a későbbi korban. Másrészt dobüreg-sclerosisban szenvedőknél a tuba atrophia miatt tágabb a normalisnál és suppurativ folyamatok mégis elég ritkán észlelhetők. Catarrhalis megbetegedés az orr- és orrgaratból per continuitatem terjed a dobüregre, utóbbi suppurativ megbetegedéseinek előidézéséhez azonban a tuba orrgarati nyílása részéről kiváltott kényszermozgások is szükségesek, melyek az orrgaratbeli mikroorganismusokat tovább viszik. Ellenben therapeutikus tapasztalat viszont, hogy chronicus dobüri genyedések sokszor a legszorgosabb lokális kezelésre sem szűnnek, míg az orrgaratürben esetleg fennállott adenoid vegetatiók eltávolítása után a dobüri suppuratio csakhamar gyógyul.

Pollatschek Elemér: Tomkával szemben, ki azt mondja, hogy a tuba elrendeződése olyan, hogy geny nem jut a tubába, megjegyzi, hogy orrgenyedésnél a garatüreg sem egészséges és a melléküreg megbetegedéseinek az a következménye, hogy az orr nyákhártyája és az orrgaratüreg nyákhártyája atrophizál. Ha tehát nem említettem azon eseteket, a hol a geny nem folyik be, ez azért történt, mert ezt természetesen tartottam. Épp így természetes, hogy dentalis úton is jöhet ez létre.

Baumgartenel szemben megjegyzi, hogy az anatómiát és a reflectorius betegségeket nem lehet elkülöníteni és a reflectorius tüneteket is iparkodott anatómiai úton magyarázni. Csak vázlatát akarta a tan állásának adni és két előadásra nem lett volna ezszerű szétszakítani. — Highmor-üregből kiinduló agytályogról előadónak nincsen tudomása, de Ónodi praeparatumaiból megmagyarázható ennek létrejövele.

Zwilling megjegyzésében, hogy szülő registert adott, lehet annyi, hogy sorrend szerint vette a megbetegedéseket, de mindenütt elmondta saját véleményét és észleletét is. A Fliess-féle teoriáról megmondta, hogy reflectorius úton csak úgy tart megbetegedést létrejöhetőnek, ha a hely, honnét a reflex kiindult, nem egészséges (pl. tüdő, genitáliák), Schiffől vannak közlemények, melyek szerint ha dysmenorrhoeát anatómiai elváltozás hoz létre, pl. mechanikus akadály, ott nem hat, de ha gyulladás oka a dysmenorrhoeának, ott a cocain vagy septumsectio hat. A tuberculum septiről mondott megjegyzése előadónak pusztán tévedés lehet, de még ha úgy is mondta volna, az se baj, mert szemben lehet a hátsó vagy középső harmadával a középső kagylónak.

Ezután elnök az ülést bezárja.

Német orvos- és természettudománytörténelmi társulat.

(Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medicin und der Naturwissenschaften.)

Ezen névvel f. év szeptember 25–26-dikán a hamburgi orvos- és természettudós-congressuson egy régen érzett hiányt pótolni hivatott internationalis irányú társulat alakult meg, melynek létezője létszen az orvosi tudomány s a leíró, valamint alkalmazott természettudományok (technika, technologia stb.) terén a történelmi kutatások központjává lenni, ezen kutatásokat tehetsége szerint előmozdítani, az említett tudományok történelme ismertetésének s ápolásának hasznáról az összes hivatott köröket szóval és tettel meggyőzni, végül a történelmi búvárkodás eredményeit a tudomány és gyakorlat céljaira hozzáférhetővé tenni.

A társulat „német” jelzője mindössze földrajzi fogalom, melyre szükség volt annyiban, hogy ezzel a saját előnyére való összefüggését a „német orvosok és természettudósok évi gyűlései”-vel megtartsa. Mindenki tudja, a ki valaha részt vett ez utóbbiakban, hogy e „német” gyűlések tipikusan *internationalisak*, melyekre mind az öt világrészről sereglenek a szakemberek.

A történelmi társulat is félremagyarázhatlan jelét adta internationalis tendenciáinak, a mikor *Sudhoff Károly*-nak, a ma élő orvos-historikusok legmélyebb szántású képviselőjének elnöklete alatt megalakult vezetőséget megválasztotta.

Ennek ugyanis tagjai lettek: *Kahlbaum György*, a chemia egyet. tanára (Basel), *Neuburger Miksa*, az orvostörténelem egyet. m. tanára (Bécs), *Peppers H. F. A.*, a „Janus” cz. tört. folyóirat szerkesztője (Amsterdam) és *Wohlwill Emil* chemikus (Hamburg).

A vezetőség összeállításában egyúttal azonban kifejezésre jut az is, hogy a társulat nemcsak az orvosi tudomány, de ép oly mértékben a természettudományok történelmét is óhajtja ápolni.

A két tudományok történelme sokszor mélyen egymásba nyúlik, miként azt pl. a chemia multja és jelene is eléggé illusztrálja.

Céljainak szolgálatára a társulat időszaki folyóiratot fog kiadni, mely a tagoknak évi díjuk fejében 1902. elejétől fog megküldetni, melynek főcélja az orvosi, valamint a leíró és alkalmazott természet-tudományok történelmi tárgyú megjelenéseinek ismertetése lesz.

A megalakult társulat vezetőségének bármelyik tagja készséggel szolgál felvilágosítással bármily a társulatot érintő kérdésre és veszi át a tagdíjakat is. De mivel örömmel számít reá, hogy máris nagyszámú tagjai sorába hazánk fiai, valamint magyar tudományos társulataink testületileg tömegesen belépnek, ezeknek könnyebbségére alólírottat a társulat e felszólítás megfogalmazásával és közzétételével megbízta s mint Magyarország részére kinevezett meghatalmazottját netáni felvilágosítások megadására és a tagsági díjak átvételére feljogosította.

A tagsági díj egy esztendőre (október 1-től szeptember 30-ig terjedőleg) 10 márka = 12 korona, egyszer s mindenkorra 150 márka = 180 korona.

Nagy a munkakör, melyet a társulat fel akar ölelni. De nagy és évről évre nagyobb azok száma is, kik abban dolgozni törekcsenek.

Vegyük ki belőle részünket mi is, magyarok!

A német orvos- és természettudománytörténelmi társulat megbízásából:

Györy Tibor dr.

IV., Zöldfa-uteza 21.

PÁLYÁZATOK.

094/901. kig. sz.

Lemondás folytán megüresedett Somogy vármegye igali járáshoz tartozó szilli körorvosi állásra pályázat nyitattik; a körorvosi kerület székhelye Szill, hol a körorvos lakni tartozik, a körhez következő községek tartoznak, ú. m.: Szill, Gadács, Büssü, Kozsak, Döröcske, Palalom, Zimány.

Ráksi község a szilli körtől a vármegye t. alispánjának f. évi 32.104. sz. határozata folytán elvétetvén, az igali járásorvos kezelése alá adott.

A körorvos évi javadalmazása fuvarátalánnyal együtt 1128 kor. 48 fillér és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A helybeli uradalomtól járó illetmény a megválasztandó egyén gyakorlati képzettségétől tétetik függővé és egyezkedés tárgyát képezi.

Felhívotnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket, a választást megelőző napig alulírott főszolgabíróhoz adják be, a később érkezettek figyelembe nem vétetnek.

Választási hatánapul f. év december hó 12-dik napjának délelőtt 10 órája Szill községbe kitűzték. Megjegyezve, hogy a megválasztandó kórorvos állását legkésőbb december hó 31-dikéig elfoglalni tartozik.

I g a l, 1901. évi november hó 2-dikán.

2-1

Trombitás, főszolgabíró.

9960/901. sz.

Vadász, Bélzerind és Simonyfalva községekből álló egészségügyi körben a kórorvosi állás üresedésbe jövén, arra pályázatot hirdetek s a választásnak Vadász község székházánál leendő megejtésére határidőül folyó évi november hó 16-diknak délelőtt 10 óráját tűzöm ki.

A kórorvos javadalmazásai: 1200 korona évi fizetés, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási díj, továbbá 40 fillér halottkémlési s végre a szabályrendeletileg megállapított hűsszemle díjakból áll.

A megválasztott kórorvos tartozik kézi gyógytárt tartani s a községbeli szegényeket ingyen gyógykezelni.

Felhívom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi november hó 15-dikén délután 1 óráig adják be.

A megválasztott kórorvos állását folyó évi november hó 20-dikán elfoglalni tartozik.

K i s - J e n ő, 1901. október hó 26-dikán.

Csukássy Gyula, főszolgabíró.

A kormányzatomra bízott vármegye „Erzsébet” közpórházánál Nyiregyháza 1902. évi január hó 1-jével évi 800 korona törzsüzetés, lakás, fűtés, világítás és teljes ellátással rendszeresített másodalorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kívánókat felhívom, hogy törvényes minősítvényüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat és életkorukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi november hó 15-dikéig, mint záros határidőig nyujtsák be.

N y i r e g y h á z a, 1901. évi szeptember hó 26-dikán.

Br. Feilitzsch, főispán

9829/V. 1901. sz.

Torontál vármegye törökkanizsai járásába kebelezt Gyála község székhelyivel szervezett kórorvosi állás, mely kórorvosi kerülethez Gyála, Szerb-Keresztur és Oszti-Iván községek, valamint Térvár-pusztá tartoznak, megüresedvén; annak betöltése céljából ezennel pályázatot hirdetek. Felszólítom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint törvényes minősítésüket igazoló s eddigi alkalmaztatásukra vonatkozó bizonyítványaikat hozzám f. évi november hó 20-dikéig benyujtsák.

A szóban forgó kórorvosi állással egy 4 szobából s megfelelő mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás s 1245 korona havi előleges részletekben fizetendő készpénz javadalmazás van egybekötve, mi mellett a nappali látogatási díj 60 fillér, az éjjeli pedig 1 koronában van megállapítva.

A megválasztandó kórorvos a teljesen vagyontalanokat ingyen gyógykezelni és a kórhöz tartozó községeket az azok által előállítandó előfogatok igénybe vételével hetenként kétszer meglátogatni köteles; tartozik végül a vármegyei orvosi nyugdíjintézetbe belépni.

T. - K a n i z s a, 1901. október hó 24-dikén.

3-2

Tallán Emil, főszolgabíró.

9605/II./1. eln. szám.

A bábolnai m. kir. ménésintézetnél megüresedett orvosi állásra, mely évi 1600 korona készpénzfizetés, 200 korona ménespótlék, 480 kg. búza, 440 kg. rozs, 400 kg. árpa, 12 m³ tűzifa, egy tehéntartás (illetőleg 2000 kg. szénából álló terményjárándóság), szabad lakás és egy hold szántóföld haszonélvezetével van egybekötve, ezennel pályázatot hirdetek.

A pályázni kívánók keresztlevéllal (születési bizonyítvány), továbbá végzett tanulmányaikról, gyakorlati működésükről és nyelvismereteikről szóló bizonyítványokkal felszerelt folyamodványukat folyó évi november hó 15-dikéig a vezetésem alatt álló ministeriumnál nyujtsák be, később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Az egészségügyi szolgálat a ménésintézetnél katonailag lévén szervezve, a folyamodványhoz egy kötelező nyilatkozat is csatolandó, mely szerint folyamodó magát szolgálati ideje alatt mindenben a katonai szabályoknak aláveti és úgy az intézet parancsnokságának, valamint igazgatóságának rendeleteit teljesíti.

B u d a p e s t, 1901. évi október hó 27-dikén.

2-2

A m. kir. földművelésügyi minister.

2727/901. ikt. sz.

A máramarosvármegyei közpórházban M.-Szigeten f. évi november hó 15-dikétől egy segédorvosi állás van üresedésben. Ezen állás évi 720 korona fizetéssel, elsőrendű élelmezéssel, szabad lakás (a kórházban), fűtéssel és világitással van javadalmazva. Ennélfogva felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt folyamodványaikat az alólírt igazgatóságához nyujtsák be.

M. - S z i g e t, 1901. november 3-dikán.

3-2

Máramarosvármegyei közpórház igazgatósága.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag, húgydara és kösvénybántalmak ellen, vizeleti nehézségeknél, továbbá a légző és emésztési szervek hurutos bántalmainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csíramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

„A MAGYAR ORVOSOK SZERVEZKEDÉSE.”

Dr. Walkó Rezső ezen igen érdekes és minden orvost közel érintő négy íves brochurje lesz a karácsony táján megjelenendő **Magyarország Orvosainak Évkönyve főmelléklete.** A t. orvos urak kéretnek a kérdőíveket kitöltve visszaküldeni és a 4 korona előfizetési díjat a „Petőfi” kiadóvállalat, (Budapest III.) címére előre beküldeni. Vidékről érkező előjegyzések utólagos fizetés mellett **nem** fogadtatnak el.

Vegyi, górcsovészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

1900. május 1-től VI., Andrásy-út 50 (Oktogon-tér).

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

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

Dr. FRIES-féle magán-gyógyintézet

ideg-, kedély-, morhium- stb. betegek részére

INZERSDORF Bécs mellett.

Orvosi vezetőség: Professor REDLICH és Dr. E. FRIES.

Carbonid

fürdő

Dr. BUDAI EMIL gyógyszerésztől.



A Carbonid-só a szénsavas fürdők olcsó és kényelmes előállítására szolgál. Minden beteg minden segédkezés nélkül önmaga állíthatja elő a rendelt szénsavas fürdőt. — A Carbonid-só két nagyságú dobozban van forgalomban, kisebb doboz u. 20 liter s nagyobb u. 60 liter szabad szénsavat fejleszt. A kis doboz ára 1 kor., a nagy dobozó 2 kor. 40 fill.

Kapható a Városi gyógyszerlárbán, Budapest, Váci-utca, Klotild-palota.

DOLGOZATOK AZ EGYETEMI BŐRKÓRTANI INTÉZETBŐL.

Szerkeszti: NÉKÁM LAJOS dr. m.-tanár.

TARTALOM. Szabóky János dr.: Tapasztalatok a Röntgen-sugaraknak az ép és beteg bőrre gyakorolt hatására nézve. — Lantos Emil dr.: A női gonorrhoea gyógyítása protargollal. — Nékám Lajos dr.: A lupus vulgaris kezelése kalium permanganicum borogatásokkal.

Tapasztalatok a Röntgen-sugaraknak az ép és beteg bőrre gyakorolt hatására nézve.¹

Irta: Szabóky János dr., bőrkórtani intézeti tanársegéd.

A Röntgen-sugaraknak a therapiába való bevezetése óta az illusiók és desillusiók kora sűrűn váltakozott. Eleinte omnipotens panaceát, azután igen szeszélyes, cumulativ, veszedelmes bőrizgatót láttak benne. A legélénkebb vágy nyilvánított a sugarak pontosabb adagolhatására nézve. A skiameter alkalmazása egy időre beteljesíteni látszott a kívánságokat; minthogy azonban még a legújabb időben is folyvást jelennek meg közlemények, melyek idiosyncrasiára, cumulativ hatásra, az alkalmazás mikéntjének rendkívüli fontosságára utalnak, szolgálatot vélünk tenni, ha az irodalom felhasználásával saját észleleteinket, melyek ezekre vonatkoznak, összefoglalva közöljük.

A túlsok irodalmi adat áttekinthetősége végett lehetőleg csoportosítva sorolom fel azokat.

I. Az „x“-sugarak hatása az ép bőrre s annak függelékeire.

Mint az egyes közlemények bizonyítják, ha a bőrt s függelékeit x-sugarak hatásának teszzük ki, előre meg nem határozható idő alatt azon az elváltozások egész sora jöhet létre: bőrgyulladások, hajhullás, pigmentációk, köröm-hajszínváltozás, a veritékmirigyek functios zavarai, heg körüli edényképződés és sclerodermiára emlékeztető elváltozások.

1. Dermatitisek a leggyakoribbak. Ezek hyperaemiával, hámlással, nedvezéssel, fekélyképződéssel, abscessusok fejlődésével stb. jelentkezhetnek. Fellephetnek egész enyhén, a midőn a bőr piros lesz, kifényesedik, majd hámlással vagy a nélkül gyógyul; néha a pirt lob követi, felületes excoriatók keletkeznek, melyek heg nélkül gyógyulnak (Kaiser, Albers-Schönberg, Oudin és Barthélemy, Wiesmann, Himmel, Richer et Londe, Buri, Kibbe, Ryan, Stevens, Destot stb.).

Jelentkezhetnek a hyperaemiás duzzadás mellett apróbb vagy nagyobb hólyagok, melyek, miután egy ideig persistáltak, vagy beszáradnak s hámlással gyógyul a folyamat (Oudin, Barthélemy, Wiesmann, Himmel, Thomson, Behrend); vagy leválk róluk az epidermis s az így lemeztelenített felület helyenkint gyengén granulál, serosus váladékot produkál; helyenkint pörk képződik, melynek eltávolítása után fekélyeknek imponáló igen csekély anyaghiányok láthatók. (Oudin, Barthélemy, Wiesmann, Himmel, Noir, White). Mászor mélyebb ulceratiók (fekélyek) képződnek (Oudin és Barthélemy, Wiesmann, Apostoli, Dale, Plonski, Kaposi, Destot, Février és Gross, Deutschländer, Elliot) és pedig vagy úgy, hogy az előbb említett folyamat mélyebbre terjed (Drury), a hólyagokból pustulák keletkeznek (Plonski, Below), sőt, koronként piros foltok jelentkeznek, melyek fekélyesedésbe mennek át (Apostoli, Dale, Bronson, Robinson, Lustgarten).

A Röntgen-sugárzás által létrejött fekélyek lehetnek kicsinyek (Elliot), nagyok (Dale, Apostoli), laposak (Plonski),

¹ Minthogy klinikánknak ez idő szerint Röntgen-készüléke nincsen, a szt. János-kórház, továbbá Korányi és Dollinger tanár urak klinikáinak készülékeit használtuk, a minek szíves engedélyezéséért e helyen is őszinte köszönetet mondok.

esetleg mélyek; képződhetnek lobos alapon (Dale, Plonski), zúgos (Dale, Plonski), infiltrált (Plonski) vagy sima széllel; felületük lehet necrotikus (Apostoli), tejfelszerű (Apostoli), fibrinopurulens (Plonski), szürkés serosus váladékkal borított (Drury, Bronson); fájdalomtalanok (Dale), fájdalmasak (Lustgarten). Néha gyorsan (Dale), mászor igen renyhén gyógyulnak (Kaposi); a gyógyulási eredmény sugaras heg is lehet (Deutschländer).

Mind e változások szeszélyesek: néha gyenge áram mellett igen rövid expositio után is súlyos elváltozásokat, mászor erős áram mellett, hosszú expositio után esetleg semmit vagy csak csekélyeket látunk.

A gyógyulási tartam is kiszámíthatatlan: sokszor a súlyos esetek gyorsan (Dale), rendszeren azonban még az enyhe esetek is igen renyhén, lassan gyógyulnak (Kaposi esetében 15 hónap után).

A kezelésre a legkülönbébb ajánlatokat teszik: egyesek hintőporokat, kenőcsöket, mások nedves borogatásokat ajánlanak (Lustgarten); Allen a pikrinsav gyenge oldatát alkalmazta, a mely utóbbit Bronson izgatónak találta. Néha transplantatioval, kikaparással, villanyozással (Apostoli) jó hatást értek el, mászor antiseptikus kötésekkel adstringens borogatásokkal (Lustgarten) értek célt. Fordyce legezélszerűbbnek tartja a pörkök késsel való eltávolítását.

2. Hajhullást, alopeciákat Röntgen-sugárzás következtében szintén elég gyakran irnak le: (Leppin, Förster, Richer és Londe, Bardet, Berger, Chaluppecky, Damil, Bronson, Oudin-Barthélemy, Buri, Lustgarten, Kaiser, Wiesmann, Himmel, Darier, Freund, Schiff stb.). Ezek létrejöhetnek lob nélkül is (Crocker, H. Radcliffe), többnyire azonban eayhébb, sőt súlyosabb lobok kíséretében.

A hajhullás következtében létrejött alopeciák rendszerint meggyógyultak, a mi azonban néha csak igen későn következett be.

3. Pigmentációk is jelentkeztek, melyek már korán is felléphetnek. Schiff, Kaiser, Himmel tapasztalatai szerint accentuálódik a lob tartama alatt, rendszerint azonban hamar elmúlik. Voigt esetében 80 títés után a pigmentatio néger bőréhez hasonló színhez vezetett.

4. Röntgenezés folytán a körömök fejlődési, növesi zavarairól, körömbántalmakról s a köröm leválásáról is tesznek említést. Vannak esetek leírva, hol a köröm érzékenynyé, fájdalommassá válik (Richer és Londe), hol a körömök törékenyek és szakadékonnyak lesznek s csak nehezen és egyenetlenül regenerálódnak (Kaiser). Wiesmann, Lustgarten és mások a körömnövesnek rendellenességeiről, basadásáról, lágyulásáról tesznek említést.

5. A hajak színének változásáról, fakulásról, sötétedéséről Oudin és Barthélemy, Schiff és Freund irnak.

6. A veritékmirigyek functiojának zavarait is fel látják lépni. Wiesmann a röntgenezés alatt az izzadás csökkenését, sőt teljes hiányát látta, Hawcks, ki hosszabb ideig foglalkozott Röntgen-sugarakkal, önmagán a bőr szárazságát constatálta.

7. Néhány esetben tapasztalták, hogy a röntgenezés után fenmaradó hegek körül edényképződés jött létre.

8. Végül *Fournier* és *Barthélemy* az exponált helyeken sclerodermiaszerű keményedést láttak.

A bőr mikroszkopiai elváltozásait Röntgen-sugarak behatása alatt *Kibbe*, *Unna*, *Oudin* és *Barthélemy*, *Darier*, *Schiff*, *Freund* és *Himmel* tanulmányozták. Vizsgálataikból kitűnik, hogy míg *Unna* az epidermis lényegtelen elváltozása mellett a coriumban találta a fő elváltozást, addig *Oudin*, *Barthélemy* és *Darier* csak az epidermisnek, *Himmel* pedig mind a két rétegnek bántalmazottságát írja le. A hajak mikroszkopiai elváltozásait illetően *Zehmann*, *Oudin*, *Barthélemy* és *Darier* vizsgálataival szemben a hajgyök duzzadását és atrophiját írja le. *Pusey* legutóbbi összefoglaló munkájában az x-sugarak által afficiált szövetekben nagyjában az előbbieknél megfelelő, következő mikroszkopiai elváltozásokról tesz említést: az epidermis összes rétegeinek vastagodása, a folliculus atrophijája helyenkint teljes kipusztulása, elváltozások a coriumban, mely egyszerű lobos folyamathoz hasonlítható.

II. Az x-sugarak hatása a bőrnek és függelékeinek bántalmainál.

1. A közlemények áttekintésénél feltűnik, hogy legtöbb esetben lupus vulgaris ellen végezték a röntgenezést s ott mutatkozik a legtöbb eredmény. *Kaiser* 64 esetben 47-szer teljes gyógyulást ért el s $1\frac{1}{2}$ —2 év alatt recidiva nem jelentkezett. *Freund* és *Schiff* 4, *Neisser*, *Ziemssen*, *Himmel*, *Schmidt*, *Gocht* 3, *Stenbeck* 1 gyógyult esetet közöl. Mások szerint az eredmények kevésbé kielégítőek (*Gassmann* és *Schenkel*, *Róna*, *Havas* stb.)

Azok, kik a röntgenezés jó eredményét tapasztalták, előnyként emelik ki az aránylag enyhébb hatást s a szép hegeképződést, szerintük erythema, lobbképződés, göbök előtűnése, szétesése, esetleg fekélyképződés, fekélyek gyógyulása, finom hegeképződés, a mirigyek esetleges jó befolyásolása észlelhető.

2. Hypertrichosinál szintén történtek therapiás kísérletek s míg egyesek itt is jó eredményről számolnak be s ajánlják az eljárást, melyet azonban esetleg többször is ismételni kell (*Sharpe*, *Freund*, *Schiff*, *Kaiser*, *Hahn*, *Albers-Schönberg*, *Gocht*, *Darier* stb.), mások a létrejövő dermatitis s az esetleg ennek következtében maradó heg miatt (*Havas*, *Berall*) vagy a negatív eredmények miatt (*Oudin* s *Barthélemy*) nem ajánlják a röntgenezést.

3. Naevus pigmentosus pilosusnál is végeztek therapiás kísérleteket.

Freund esetében recidiva lépett fel; *Gocht* 3 éves gyermeknél jó eredményt ért el, de annak tartósságáról nem számol be.

Kümmel egy esetben szintén jó eredményt említ.

4. Folliculitiseknél, trichophytiasinál és favusnál egyesek a néha megmaradó alopecia miatt a röntgenezést elvetették. *Oudin* és *Barthélemy* s mások ennek dacára ajánlják.

Ziemssen, favusnál, *Hahn*, *Albers-Schönberg*, *Freund* és *Schiff* favusnál és folliculitis suppurativánál, *Zechmeister*, *Schenker*, *Gassmann* folliculitis suppurativánál értek el jó eredményt. Eseteikben 7—10-szeri röntgenezés után a hajak kihullottak s míg hat hónapra belül favus egy sem, folliculitis suppurativa s trichophytiasis csak egy-kettő recidivált.

5. Eczemánál, különösen annak chronikus alakjainál is megkísérelték és *Kaiser*, *Hahn*, *Albers-Schönberg*, *Ziemssen* és *Schiff* jó eredményeket értek el egyedül a Röntgen-sugárzással, vagy kombinálva azt eczema ellenes eljárásokkal.

6. Lupus erythematodesnél *Lyon*, *Schiff*, *Freund* közölnek gyógyult eseteket.

7. Jó eredményt látott *Pokitonow* aknenél.

8. Psoriasisnál *Albers-Schönberg*, *Grunmach*, *Ziemssen* kielégítő eredményeket értek el; *Rubinstein* esete recidivált.

9. Varicosus fekélyeknél *Colleville* ajánlja.

10. Elephantiasinál *Sorel* és *Soret*, lupus kíséretében jelentkező elephantiasinál *Hahn*, *Albers-Schönberg* alkalmazta.

11. Szeplőknél *Gocht*.

12. Epitheliománál *Stenbeck* említ jó eredményeket.

13. De la Camp leprás periostitisnél sikert nem látott.

III. A sugarak physiologiás hatását az egyes szerzők különféleképpen magyarázzák s így természetesen a pathologiás és therapiás hatások magyarázata sem lehet egyöntetű.

Az összes felvetett teoriákat nem sorolhatom fel s csak egyeseknek felemlítésére szoritkozom.

Bowles az x-sugarakat refluxio által elváltozott fény-sugaraknak tartja, *Destot* a trophikus zavarokat, melyek az x-sugarak hatása folytán létrejönnek, a nap vagy a hő okozta égéstől különválasztja, mert incubatioval bírnak.

Az x-sugarak physiologikus hatását egyesek chemiai hatásból, mások a befolyást az inductios készülékből kiinduló villamos áramokból s hullámokból magyarázzák. *Eder* és *Frank* felveszik, hogy az x-sugarak az ép szövetnek egy már meglévő villamos egyensúlyi állapotát alterálják az által, hogy az x-sugarak az egyes moleculák villamosságát elsülésre bírják s így életműködésükben zavart hoznak létre. *Freund* azt hiszi, hogy az x-sugarak különféle sugárfajok összetételei s mindenik sugárfaj más hatású.

Egyesek a hatás okát az áram erejében, a sugárzás tartamában s a távolságban keresik, mely a testfelület és a cső közt terül el, azt mondva, hogy erősebb áram, hosszabb expositio s kisebb csőtávolság mellett könnyebben jön létre dermatitis (*Plonski*, *Schmidt*, *Behrend*).

Oudin és *Barthélemy* 44 eset alapján a dermatitis létrejöttét az előbbi tényezőktől függetlennek tartják. *Gocht* és *Crookes* az egyéni dispositiot és idiosyncrasiát veszik fel.

Plonski, *Kaiser* azt állítják, hogy a bőr színe is befolyással van a dermatitis fellépésére, pl. gyermekeknél, finom, világos bőrű egyéneknél sokkal gyorsabban áll be dermatitis s ugyanezeknél inkább marad vissza pigmentatio.

Reville hő sugarakra, *Balthazard*, *Foveau de Comurles* a működő vacuum-csöveket környező villamos áramra, *Thomson* a villamos áramnak specifikus hatására, *Blaschko* az elektromos elsüléséknél fejlődő légnemekre, *Gocht* elektrolitikus vegyi elváltozásokra vezetők vissza a dermatitisek okát.

Dale a bőr érző idegvégek sérülése folytán keletkezett anaesthesiából, *Noir* peripherikus neuritisből, *Kaposi* pedig a fekélyképződést az edények igen hosszan tartó paresise folytán létrejött táplálkozási zavarokból származtatja.

Gassmann göresövi vizsgálatai alapján kimutatja, hogy a dermatitisnél a lényeges az edényfal alteratioja, mely az intima burjánzásából, a muscularis pusztulásából s az elastica felrostozódásából áll. *J. Hall* a dermatitist elektrostatikus égésnek tartja.

A körömelváltozások, kihullások létrejötté trophikus alapon történhetik s ugyanoly módon magyarázható mint a dermatitisek fellépése.

A hajhullás magyarázatára még rátérek a hypertrichosis therapiájánál.

A veritékmirigyek elváltozása *Oudin* és *Barthélemy* szerint a mirigy atrophijából magyarázható.

A lupusnál a therapiás hatást egyesek (*Freund*) a lobos reactio következtében a bakteriumokra kifejtett előlő, mások az elektrochemikus hatásból magyarázzák. *Neisser* a venosus hyperaemia által okozott új képződés betokolódásában és beszáradásában keresi a megfejtést.

Schiff, *Himmel* szerint a lupusos bőr röntgenzése azért gyógyul meg, mert a röntgendermatitis tönkreteszi a bacillusokat. Ugyanígy foghatjuk fel a gyógyulást egyéb infectious bajoknál is (favus, trichophytiasis stb.).

Schiff ezen véleményével ellenkeznek *Minck*, *Sormani*, *Beauregard*, *Guichard* vizsgálatai, némileg megerősíti *Mühsam* és mellette szól *Rieder* vizsgálati eredménye.

Eczemánál és psoriasisnál állítólag észlelhető jó hatást, *Oudin* és *Bartélemy*, *Darier* szintén próbálják magyarázni s felveszik, hogy a röntgenezés szaporítja a keratohyalint; e felvétel beigazolása egyelőre még hiányzik.

A hypertrichosinál jelentkező therapiás hatást sokféle-
képen magyarázzák.

Marcuse szerint az x-sugarak trophikus hatást gyakorol-
nak a hajgyök sejteire s a papilla hajszál részeiben kerin-
gési zavar jön létre, melynek folytán a bulbos pili elpusztul.

Kaposi szerint a mélyebb rétegekben hyperaemia, azután
oedema lép fel, mely meglazítja a szőröket.

Schiff a hajhullást a papilláknak az x-sugarak hatása
által táplálkozási, functionalis zavaraiban keresi a nélkül, hogy
az x-sugaraknak a papillára kifejtett electiv hatását felvénne.

IV. Mindezekből látható, hogy úgy a pathológiás mint
a therapiás változások magyarázata nem egységes s így ter-
mészetes, az intézkedések, használati utasítások s therapeutikus
indicatiok sem lehetnek identikusok.

Schill, Himmel, Gocht a következő óvintézkedéseket
ajánlják: 1. a beteg a Crookes-esőtől távol tartassék; 2. a
röntgenezés rövid legyen Havas; 3. a beteget a földtől jól izoláljuk;
4. a beteg és a Crookes-eső közzé aluminium-lemezt helyez-
zünk; 5. az x-sugarak előállítására használjunk influenzia gépet.

Legtöbb az óvszabály, a sugárzási idő tartamára, a cső-
távra, az áramerőre s az izolálásra vonatkozik, így *Dale*
azt ajánlja, hogy 30 cm.-nél közelebb ne alkalmazzuk a
Crookes-esövet s a sugárzás 10—15 percnél tovább ne tartson.
Crocker H. Radcliffe az áram túlerőjén s a csőtávol rövideg-
kivül még a sugárzás gyakorisága ellen intenek s a piros
szinben is védelmezőt látnak.

Albers-Schönberg, Havas hozzáteszi, hogy irritationál rögtön
abba kell hagyni a beavatkozást.

Kaposi határozottan kívánja, hogy csak hozzáértő ember
röntgenezzen.

Gassmann és *Schenker* ajánlják, hogy minden közlemény-
ben kitüntessék a használt cső minősége, a sugárzás tar-
tama, a test távolsága, az áram ereje s feszültsége, a megszakítá-
sok száma s az inductor szikra távolsága.

Freund és *Schiff* és *Kaiser* még arra int, hogy gondoljunk
az egyéni idiosyncrasiára, a csövek különböző minőségére; hogy
ne használjunk 25 cm.-nél nagyobb szikrájú Rumkorffot, 110
Voltnál és 5—6 Ampérenél erősebb áramot.

Pusey különösen arra concludál, hogy a dermatitis első
jeleinél már hagyjuk félbe a röntgenezést.

Mindezen említett tényezők figyelembe vételével a rönt-
genezést eddig összesen 16 esetben végeztük: a betegeket
mindig fekvő röntgeneztük, ama testrészeket, melyeket az
x-sugarak hatásának nem akartunk kitenni, vékony, hajlítható
ú. n. ólompapírosnak sok rétegével fedtük le; az arezon
ugyanilyen ólomárczot alkalmazzunk, a beteget 1—2 mm.
vastag gummileppellel is borítottuk. Eleinte a Crookes-esövet
a testtől nagyobb távolban, a sugárzást rövidebb ideig s gyen-
gebb áramot alkalmazzunk, később, ha erythema, lob nem
jelentkezett, lassanként közelebb mentünk, hosszabb ideig s
erősebb árammal exponáltunk.

Lobos reactio fellépésénél megfelelő ideig vártunk a be-
avatkozásokkal, majd óvatosan folytattuk s ha ismételve erős
izgalmak léptek fel, teljesen elhagytuk azokat.

A röntgenezést rendszerint kétnaponként, erős irritatiok-
nál hosszabb időközökben végeztük. Lupus vulgaris 11 eset-
ben került röntgenezésre.

Negy első esetben az áram erejét növelve, a csőtávol
rövidítve s az expositio tartamát hosszabbítva erélyesen, utóbbi
hét esetben enyhébben végeztem a röntgenezést. Míg első
esetemenél, hol néhányszor az electrolytikus megszakítást
alkalmazzunk: a csőtávol 5—30 cm. közt, az expositio tartama
5—60 perc közt ingadozott, addig utóbbi esetben: a cső-
távol 15—30 cm. közt, az expositio tartama 10—45 perc
közt változott.

Esetek közlése:

1. O. L. 19 é., *kőműves, lupus vulg. faciei lat. sinistri*. A bal arc-
félen elterülő gyermektényéri lupus terület, göbök, infiltrált terü-
letek s hegek láthatók. Betegnél a röntgenezést 1899. május 12-dikétől

junius 31-dikéig 48 nap alatt 14-szer alkalmazzuk. A leghosszabb expo-
sítio 35 perczig s a legrövidebb 10 perczig tartott, a legkisebb csőtávol
5 cm., a leghosszabb 20 cm. volt; az összes expositio tartama 5 óra.
A successiv erősbödő röntgenezés után (azt körülbelül hatszor alkal-
mazva) a dermatitis jelei lépnek fel (bőr feszes, piros, meleg tapintatú).
Míg előbb 10 cm. távolból 20—25 perczig tartott az expositio, most
1—2-szer csak 10 perczig sugározom a lobos területet; a lob enyhülése,
a fájdalom teljes hiánya után ismét 20—30 perczig 5 cm. távolból
végeztem a sugárzást; 14-szeri röntgenezés után különösen a göböknek
megfelelően jön létre erős, genyes dermatitis, mely fájdalmas; 10%-os
liqu. alum. acet. borogatásra hét nap alatt a lob megszűnt, a göbök
nagy része eltűnt s finom fehérekes kis hegek képződtek; göbök
nem láthatók, a lupus terület a röntgenezéssel gyógyult; beteg azóta
nem jelentkezett.

2. V. J. 29 é. földműves. Lupus vulg. faciei. Betegnél a bántalom
általilag 1895. óta áll fenn. 1899. szept. 20-dikán kezdtük meg a rönt-
genezést. Mindkét pofán tenyérszerű, orron s felső ajkon 5 korona- s 1 korona-
nagyságú helyenkint heges, másutt ulcerosus folyamat látható; főleg a
hegekben, de egyéb részletekben is jellemző göbök találhatók. Beteg
1899. szeptember 20-dikától 1900. január 18-dikáig (közben egy havi
szünet) 59 nap alatt 16-szor sugároztuk s e kezelés mellett a bal arcfél,
mert csak ez exponáltott, majdnem teljesen gyógyult. A leghosszabb
expositio 25 perczig, a legrövidebb 3 perczig tartott, a legkisebb cső-
távol 15 cm., a leghosszabb 30 cm. volt, az egész expositio 190 perczig
tartott. Ez esetben a 10 utolsó röntgenezést electrolytikus megszakítá-
sokkal, erős fényvel csak 5—5 perczig vagy 10—10 perczig tartó sugár-
zással végeztem. A successiv erősbödő röntgenezésnél ötszöri expositio
után (11 nap 105 percz) a bal arcfél kissé lágyabb, laposabb lesz, kis-
fokú erythema van jelen; az electrolytikus megszakító (tehát erős
fény) háromszori alkalmazása után a göbök jobban elötűnnek, a sugár-
zott terület kissé fájdalmas, az erythema nem változik; ugyanily módon
nyolcszor ismételve a röntgenezést, az erythema erős fokozódása
mellett a göbök lapultak, de a beteg fájdalmai miatt a röntgenezést
abban hagyva, hűsítő kenőcsöt alkalmazzunk; pár nap múlva a bőr pik-
kelzése közben az erythema megszűnt, göböt csak elvétve találunk.
Jobb arcfél nem kezeltetett. Eredmény jó volt, a mennyiben rönt-
genezésre a bal lupusos arcfél majdnem teljesen gyógyult. Beteg
októberben (1900.) jelentkezett, midőn úgy a bal, de különösen a jobb
oldalán újabb göbök jelentkeztek, melyek ferr. candeus s tejsavas pasta
használata mellett teljesen gyógyultak.

3. V. F. 30 éves nő. Lupus vulg. faciei. Betegnél évek óta áll
fenn. 1899. május 8-dikán mindkét arcfélen a fossa canina kivételével
a nyakra is leterjedő diffus jellemző göbökkel s hegekkel áthatott
lupusos szövet terül el. A röntgenezést 1899. május 8-dikától junius
13-dikáig, majd 1899. szeptember 25-dikétől december 20-dikáig, 121
nap alatt, 28-szor végeztem. Utolsó háromszori röntgenezésnél az elec-
trolytikus megszakítót alkalmazzunk; a legkisebb csőtáv 10 cm., a leg-
hosszabb 30 cm. volt, a legrövidebb expositio 5 perczig, a leghosszabb
60 perczig tartott, az összes expositio 745 percz. A röntgenezést eleinte
felváltva egyszer bal-, egyszer jobboldalt végeztük; a negyedik rönt-
genezéstől kezdve tisztán a jobboldalt sugároztuk; a hatodik rönt-
genezés után az arezon felületen pir jelentkezett; ezután mindkét arc-
fél egyszerre röntgeneztük; a kilencedik röntgenezés után mindkét
oldal duzzadt, fájdalmas, lobos. Borogatások alkalmazása után a lob,
valamint a fájdalom 17 nap múlva enyhült, úgy hogy a röntgenezést
újól kezdhetjük; párszori röntgenezés után a bal oldalán pikkelyződés
jelentkezett, a jobb arcfélen helyenkint, különösen a göböknek meg-
felelő helyeken heves fájdalom, gyuladás és bő genyedés észlelhető.
10%-os liqu. alum. acet. borogatásra a lobos területek javultak; három hó
múlva, midőn beteg újól jelentkezett, az egész terület lapult, kissé pirosas,
pikkelyző, nem lobos, de göbök találhatók. Újól megkezdtük a rönt-
genezést; kilencedik kezelés után lob és feszülés jelentkezett; jobb
oldalán két kifekélyesedő szürkés-sárgás szétesett masszál fedett plaque
látható, csak a baloldalt röntgeneztük, hol a 16. expositio után (e köz-
ben háromszor alkalmazva az electrolytikus megszakítót) különösen a
göböknek megfelelő helyen, genyedés, általános lob, fájdalom jelent-
kezik. A röntgenezést abba hagyjuk s ismét borogatásokat rendelünk,
a melyekre a lob szűnik. A betegnél, kinél a röntgenezést még foly-
tatni akartuk, de ő ebbe nem egyezett bele, távozásakor az egész
lupusos terület laposabb, simább, a göbök legnagyobb része elpusztult
s míg itt-ott egy-egy lelapult göböt lehet látni, más részleteken finom
elastikus vékony hegek vannak jelen. Ez esetben az eredmény igen
szép, majd teljes gyógyulás jött létre; beteg azóta nem jelentkezett.

4. G. R., 24 éves nő. Lupus vulgaris faciei. Betegnél a bántalom
9 év óta áll fenn: a bal arcfélen körülbelül gyermektényéri területen
lupusos folyamat van jelen; jellemző göbök különösen a heges rész-
letekben láthatók. Betegnél a röntgenezést 1899. szeptember 15-dikétől
november 27-dikéig, 73 nap alatt, 20-szor végeztem. A legkisebb csőtáv
10 cm., a leghosszabb 30 cm. volt, a legrövidebb sugárzás 25 perczig, a
leghosszabb 40 perczig tartott; az összes sugárzás 545 percz volt. A
bal arcfél 7-szeri röntgenezése után (30 cm. 20—25 percz) diffus pir és
duzzadás jelentkezett, melyek a 13-dik sugárzás után erősen fokozódtak,
úgy, hogy a kezelést egyidőre abban hagytuk s 10%-os liqu. alum. acet.
borogatást alkalmazzunk. 20 nap múlva, midőn a lobos terület már
megszűnt, az egész lupusos terület javult, laposabb, simább volt, az
egyes göbök lapultak, néhány el is tűnt; újabb hétszeri röntgenezés
után ismét lob lépett fel s a göbök körül genyedés jelentkezett. Két
heti borogatás után a status a következő: az egész lupusos terület
lapult, simult, a göbök legnagyobb része elpusztult, helyükön itt-ott

kis elastikus kékes-fehér heg látható. Az eredmény ez esetben kielégítő s igen valószínű, ha a beteget tovább kezelhetjük, teljes gyógyulás jelentkezett volna.

5. R. A., nő. Lupus vulg. narium et labii superioris. Beteg a szt. János-kórház sebész osztályán feküdt; 1900. május 23-dikán az orron és felső ajkon ötkoronanagyságú, helyenkint hypertrophikus luposus terület van jelen; göbök különösen a hegekben nagy számmal láthatók. Betegnél a röntgenezést 1900. május 23-dikától 1900. augusztus 30-dikáig, 99 nap alatt, 34-szer végeztük. A legrövidebb sugárzás 10 perc, a leghosszabb 15 perc volt, a legkisebb csőtáv 15 cm., a leghosszabb 20 cm. volt. Az összes sugárzás tartama 505 perc volt; az egész terület négyszeri sugárzása után (20 cm. 10—15 perc) viszketés jelentkezett, hatszori röntgenezés után erythema látható s a göbök helyenkint jobban előtérbe lépnek; a bőrpír a röntgenezés folytatása mellett absolute nem fokozódik, hanem a 19-dik sugárzásnál a bőr pikkelyződés mellett a göbök kiskokú lapulása, a terület simulása észlelhető; ez észlelet még 15-szöri (15 cm., 15 perc) röntgenezés után is csak annyiban változott, a mennyiben az utolsó röntgenezés után a luposus terület erősebben simul, a göbök egy része lapult. Az eredmény ez esetben nem kielégítő, de elmondhatjuk, hogy a röntgenezés e folyamatot befolyásolta; a kezelés folytatásában fennakadtunk.

6. F. J., 19 éves nő. Lupus vulg. faciei. Beteg a szt. János-kórházban feküdt 1900. május 13-dikán. Mindkét arczfélen, az orra is, átterjedőleg gyermektenyéryni terjedelemben hypertrophikus luposus folyamat van jelen, göbök helyenkint heges szövetben, helyenkint lobos környezetben nagy számban láthatók; heges szövet is található. A röntgenezést 1900. május 23-dikától 1900. augusztus 30-dikáig, 99 nap alatt, 34-szer végeztem; az összes sugárzás tartama 510 perc volt. A röntgenezés egy ideig a jobb és bal arczfélen felváltva történt (10—15 perc és 10—15 cm.) s míg a jobb arczfélen a sugárzás után csak kiskokú viszketés mellett igen csekély pikkelyezés jelentkezett s a hetedik röntgenezés után a göböknek csak kiskokú lapulása látható, addig a bal arczfélen nyolcszori sugárzásra semmi változás nem mutatkozott; ez időtől fogva az egész bántalmazott területet egyszerre röntgeneztük s körülbelül a 32—34-dik sugárzás után az eredmény csak a göbök kiskokú lapulásában helyenkinti pikkelyződésben s az egész felület simulásában nyilatkozott. Eredmény itt is ugyanaz, mint az 5-dik számú esetben.

7. N. J., nő. Lupus vulg. faciei. Bántalom 16—17 év óta áll fenn. Beteg szt. János-kórházban feküdt. 1900. május 30-dikán bal arczfélen tenyéryni, jobb arczfélen gyermektenyéryni, az orron koronányi luposus terület van jelen; helyenkint exulcerált, másutt jellegző göbök láthatók. A röntgenezést 1900. május 30-dikától 1900. augusztus 30-dikáig végeztem, 92 nap alatt 30-szor. Az összes sugárzás tartama 450 perc volt. Betegnél eleinte a jobb arczfél és az orr sugározott; 14-szeri röntgenezés után, a terület kiskokú pikkelyzése mellett néhány göb lapul; ez időtől fogva az egész luposus területet jobb és bal oldalt, egyszerre röntgeneztük s minden mellékünet nélkül (kivéve a bal szem fájdalma, mely azonban, midőn a szemet jobban izoláltuk, csakhamar eltűnt), 16-szori röntgenezés után a terület pikkelyzése mellett a göbök simultak, lapultak. Eredmény itt is ugyanaz volt, mint az 5-dik esetben. Beteg 1900. október hóban újból jelentkezett, midőn a luposus területen igen sok göb volt található.

Ther.: Paquelin s tejsavas paszta; ezen kezelésre teljesen gyógyulva hagyta el a klinikát.

8. B. J., 27 éves nő. Lupus vulg. faciei et narium. A szt. János-kórházban igénybe vett egyéb terapeutikus behatásokra már gyógyuló betegnél 1900. május 23-dikán kezdtem a röntgenezést; jelen állapot: az orron s attól balra terjedőleg forintnyi nagyságban finom heges szövet van jelen, itt-ott egy-egy göb látható. A röntgenezést 1900. május 23-dikától 1900. május 30-dikáig, 7 nap alatt négyszer végeztem, az összes sugárzás tartama 55 perc volt. (a sugárzás 15 cm.-ről 15 percig tartott). A röntgenezésre sem erythema, sem lob nem fejlődött. Vélemény a rövid kezelés miatt s mivel a beteget többé nem láttuk, nem mondhatunk.

9. J. B., nő. Lupus vulg. faciei. Beteg 15 év óta szenved e bántalomban; 1900. június 1-sején jobb arczfélen tenyéryni göbös, helyenkint ulceralo hypertrophikus luposus folyamat látható; az áll alatti duzzadt mirigy körül is göbös luposus elváltozás van jelen. A röntgenezést 1900. június 1-sejétől 1900. július 28-dikáig, 27 nap alatt háromszor végeztem; a leghosszabb csőtáv 30 cm., a legrövidebb 15 cm. volt, a legrövidebb sugárzás 10 percig, a leghosszabb 15 percig tartott, az összes sugárzás 35 perc volt. Betegnél kétszeri röntgenezés után (20 cm. 15 perc és 15 cm. 10 perc) az egész területen erős dermatitis jött létre, úgy hogy a sugározást be kellett szüntetni s csak 14 napi felváltott sublimat (1:1000) s 1% liq. alum. acet. borogatásokra javult a folyamat; ekkor a beteget 30 cm.-ről ismét 10 percig sugároztuk, mire ismét erős dermatitis jelentkezett, úgy hogy a röntgenezést teljesen abban hagytuk. Beteget tovább paquelin s tejsavaspasztával kezeltük; ez eljárásra gyógyult. A röntgenezéssel szemben itt úgy látszik idiosyncrasia volt jelen.

10. F. M., nő. Lupus vulgarium. Beteg orrát, kinek a bokán, könyökén, kezén s térdén levő tuberculosus bántalmát a szt. János-kórház sebész osztályán kezelték, 1900. június 1-sején kezdtük röntgenezni. Az orr hegyén filléryni göbös luposus terület látható. A röntgenezést 1900. július 1-sejétől július 18-dikáig hétszer végeztem, az összes sugárzás tartama 105 perc volt; hétszeri röntgenezés után ab-

solute semmi elváltozás, javulás nem jött létre; paquelinkezelésre gyógyult. Az eredmény röntgenezéssel ez esetben negatív volt.

11. J. M. nőbeteg, 36 éves, a legérdekesebbek egyike volt. 1892-ben arczán, majd később testének több más pontján disseminált, a Hutchinson által typhus Mortimernek nevezett lupus vulgaris alak lépett fel, melyet vidéken több helyen, főleg égetésekkel kezeltek. 1898 óta ezen persistáló és progrediáló lupuson kívül pustulo crustosus, serpiginosus, spontán gyógyuló, pigmentált hegeket hátrahagyó syphilitikus mutakoztak. Az anamnesis absolute semmi adatot nem nyújtott. Felvételt a vörösbarna puha luposus plaqueokon kívül, melyek el voltak árasztva göbökkel, számos rupia typosus osztrigahéjserű pörkökkel.

A kezelés a beteg nagy elesettségére való tekintettel a röntgenezésen kívül antiluetikus kezeléssel is állott: pro die 3, később 5 gm. jódkaliumot, localisan higanykenőcsöt, az ulceratiokra 10%-os tejsav ecseteléseket és erőlyes roboráló szerelést kapott.

A lupus ellen 1900. május 23-dikától június 27-dikéig, 16 ülésben, összesen 230 percig a luposus területek sorba vétettek röntgenezésre.

A beteg gyengesége folytonosan fokozódott s június végső napjaiban enteritise támadt, mely exitusra vezetett.

Nevezetes ez esetben, hogy elesettsége dacára a röntgenezést minden reactio nélkül tűrte a beteg.

E 11 esetről észlelt eredmények röviden összefoglalva a következők:

Az erősebb alkalmazási mód mellett egyszer a I. esetben értem el teljes gyógyulást, melynél tehát az összes göbök eltűntek s a beteg elbocsátásakor lupusnak semmi tünete sem volt kimutatható.

Az eredmény állandósága persze kérdéses; elbocsátása óta a beteg nem jelentkezett.

Három esetben lényegesen javult a folyamat s valószíűnek tartom, hogy itt is teljes gyógyulást értem volna el, ha a betegek türelmesebbek s bevárják a kezelés végét.

A dermatitis, sőt ulceratiók kikerülésére megkísértem az eseteket enyhébb eljárásokkal, nagyobb lámpatávolsággal, rövidebb expositioval kezelni.

Ily esetekben azonban gyógyulást egyszer sem láttam, a göbök ugyan lelapultak, de teljesen nem tűntek el. Izgalmi tünetek persze ritkán, akkor is legfeljebb erythema alakjában jelentkeztek.

Eredménynek kell azonban tekinteni a folyamat terjedésének megakadályozását, a bőséges hyperaemiának előidézését is, melylyel más kezelések (Paquelin, vegyi éteések stb.) számára előkészíttem a talajt (2., 7., 9. sz. esetek).

Feltűnt, hogy a lobos reactio hamarabb mutatkozik a bőr beteg részein, mint az egészségeseken.

Megtörtént, hogy a luposus göbök a lobos reactio után visszatermődtek. Néha erythema mellett (2.), esetleg a nélkül is (5., 6., 7.) lapultak. A lob s erythema után sok esetben pikkelyképződés jelentkezett (1., 3., 4., 5., 6.). Több esetben hegek képződtek, melyek elastikusak, kékes-fehérek voltak (1., 3., 4.).

A röntgenezés után néha eddig nem látható göbök tűntek elő. Idiosyncrasia egy esetben jelentkezett, a midőn a legcsekélyebb sugárzás után a leggyengébb áram mellett fellépő dermatitis miatt a kezelést abba kellett hagynom.

Az electrolytikus megszakító intensív sugarálnál az eredmény gyorsabb volt, 5—5 perc alatt hatást értem el. A recidiva el nem kerülhető.

2. *Hypertrichosis* három esetünk volt. A röntgenezést ez esetekben úgy végeztük, mint a lupus vulgarisnál, azzal a különbséggel, hogy a sugárzási időtartam és a csőtávolság más határok között ingadoztak; a sugárzási idő 15 percztől 60 percig tartott s a csőtáv 8 cm. és 50 cm. közt ingadozott.

1. H. M., 25 éves nőnél hypertrichosis faciei van jelen. A betegnél 15 éves kora óta fennálló bántalom ellen 1899. május 2-dikán kezdtük meg a röntgenezést; jelen állapot: az egész arcz, az orrt kivéve, dús szőrzettel borított; a fülek is erősen szőrösek, de inkább lanugoszerűek. A röntgenezést május 2-dikától 1899. június 28-dikáig 57 nap alatt huszonegyszer végeztük. A leghosszabb csőtáv 30 cm., a legrövidebb 8 cm. volt; a leghosszabb sugárzás 60 percig, a legrövidebb 20 percig tartott, az összes sugárzás tartama 640 perc volt. A successive erősbűdő röntgenezésnél körülbelül a 11-dik sugárzás után (30—10 cm., 330 perc) égetés és viszketés kíséretében az állásúcsra s a felső ajakon dermatitis jelentkezett, mely a 15-dik röntgenezésig fennmaradt; a szőrzet hullott (155 perc). A 18-dik röntgenezés után a bal pofát röntgeneztük, itt

lobos duzzadás jelentkezett, mely lassankint erősödött, kissé genyes váladék lépett fel s 20-dik röntgenezés után a szőrzet kihullott. Az állcsúcs és bajusz táján a pörkök, melyek a gyenge dermatitis folytán képződtek, ez alatt leváltak s az utolsó négy sugározás, mely a jobb arcfélre volt irányítva, azon szintén genyes dermatitist s a szőrzet hullását idézte elő. A lobot borogatásokkal kezeltük s ez aránylag elég gyorsan szűnt meg; a betegnek az előbb szőrös területe szőrtelené vált. Az eredmény teljesen kielégítő lett; a beteget figyelmeztettük, hogy jelentkezzen, ha szőrök újból mutatkoznak, de azóta nem jelentkezett. Hegyek nem maradtak.

2. W. A., 26 éves nőnél hypertrichosis faciei van jelen. A röntgenezést csak egyszer végeztük 25 cm. távoból 30 perczig s a beteg azután elmaradt.

3. G. T. nő arcán hypertrichosis látható. E bántalom évek óta áll fenn az egész arcz, alajkon s az állnak megfelelőleg erős szőrzet van jelen. A kezelést 1900. május 23-dikától június 25-dikéig, 33 nap alatt tizenegyszer végeztem; legnagyobb csőtávolság 20 cm., sugárzási idő 15—25 percz, az összes sugárzás 220 percz volt; az egész bántalmazott területet egyszerre röntgeneztem; 6-dik röntgenezés után viszketés kíséretében kífokú erythema jelentkezett, mely a 9-dik röntgenezésre erősödött; ekkor a szőrök már könnyen kihúzhatók; a röntgenezés még kétszeri ismétlésére az erythema alig fokozódott s a szőrök egy része kihullott, más része igen könnyen kihúzható volt. A beteg ideges nő lévén, gyakran panaszkodott szívdobogásról. 1900. június 25-dikén elmaradt. Az eredmény igen jó volt; a szőrös helyek állandóan szőrtelenek maradtak körülbelül fél év mulva még.

Három esetem közül egy tehát elmaradt, a másik kettőnél jó eredményt sikerült nagyobb kellemetlenségek nélkül elérni.

Volt két folliculitis esetem is, ezeknél a röntgenezést ép úgy végeztem, mint lupus vulgarisnál; a sugározási időtartam a 15 perczet egy esetben sem haladta túl, a csőtávól 15—20 centimeter közt váltakozott.

1. R. N., 21 éves férfibeteget, kit már Berlinben is kezelték így folliculitis suppurativája ellen, a szt. János-kórházba 1901. május 28-dikán kezdtük röntgenezni. Az arczon elterjedten a folliculusoknak megfelelőleg helyenkint gyenge kiemelkedések, elvált lobos göbök láthatók; a göbök helyenkint 1—1 hajtü által át vannak fúrva, másutt pedig beszáradt pörkkel, genygyülemmel fedettek. Az egész ajk piros, lobos, a szőrök könnyen kitéphetők s gyökük duzzadt. Beteget a röntgenezésen kívül két naponkint methylenkékkel esettelük. A röntgenezést 1900. május 28-dikától augusztus 30-dikáig 94 nap alatt 31-szer végeztük; az összes sugározási idő 470 percz volt. Ebben az esetben, valamint a következő folliculitis-esetben a sugározási időtartam mindig 15 percz volt, a leghosszabb csőtávól 20 cm., a legrövidebb 15 cm. volt, 14-szeri röntgenezés után, midőn még csak az állat s a bal arcfélt sugároztam, már javulást lehetett látni, az egyes pirosas lobos göbök nem genyedtek el, a hajak helyenkint kihullottak, erythema, lob nem fejlődött; újabb 17-szeri röntgenezés után, midőn már az egész bántalmazott területet sugároztam, gyógyulás jött létre, a mennyiben az egyes genyes göbök a haj előzetes kihullása mellett beszáradtak, a lobos pirosas göbök visszafejlődtek, a szőrök legnagyobb része kihullott. A szőrök nagy része már a kezelés alatt normalisan fejlődött vissza s a beteg gyógyultan bocsátottatott el.

2. Sch. M., férfi, folliculitis barbae három év óta. 1900. május 30-dikán a jobb és bal arcfélen a szőrtüszők körül piros és fájdalmas, a bőr niveauján kissé felül emelkedő, 1—1 szőrrel átfürt, genyes göbök voltak, a könnyen kihúzható szőrtüszők duzzadtak. A röntgenezést 1900. május 30-dikától június 15-dikéig 16 nap alatt nyolcszor végeztük, az összes sugározás 120 percz volt, a röntgenezés mellett 5%-os pyrogallol-kenőcsöt is alkalmaztunk. A hatodik röntgenezés után az egyes szőrök kihullása mellett a lobos göbök visszafejlődtek, a genyes göbök beszáradtak; a nyolcadik röntgenezés után az összes göbök eltűntek, itt-ott új normalis szőrök jelentkeztek.

Lupus erythematodes-esetem egy volt. A röntgenezést ez esetben a leirt módon végeztem, csakhogy a csőtávól állandóan 15 cm. volt.

S. N., nő, lupus erythematodes capitis et narium két év óta. A fejen 6—8 cm. széles, 20 cm. hosszú területen, mely a nyaktól felfelé a fejtető közepéig halad, fénylő, kissé piros elszíneződés mellett erősen tapadó pikkelyekkel és varral fedett összefolyó foltok láthatók; a haj helyenkint teljesen hiányzik. Az orron két, forintnagyságú, a periferia felé elég élesen határolt széleken faggyumirigy-nyílásokkal ellátott, kissé pirosas elszíneződés mellett gyenge pikkelyzés s közepén atrophia látható. A röntgenezést 1900. május 23-dikától 1900. június 25-dikéig 33 nap alatt 15-ször végeztük, az összes sugározás tartama 225 percz volt. Az orron hétszeri röntgenezés után égető érzés mellett kífokú erythema lép fel, mely fájdalmas volt s ezért 10%-os bórkenőcsöt rendeltünk; a kezelést a fejtetőn folytattuk. Ennek s a nyaknak 15-szöri röntgenzése után már esipő, izgató érzés lépett fel, az egész terület minimalis erythemája jelentkezett; 14 napi szünet után újabb kétszeri röntgenezésre betegnél erős fájdalmak léptek fel, mire újból a bórkenőcs használatát ajánltuk; négy nap után a pikkelyzés fokozódása mellett a fájdalom megszűnt; azóta beteg nem mutatkozott.

Végleges eredményről nem adhatok számot, mert a beteg elmaradt, noha a sugározást jól tűrte.

Eseteimben néhányszor leginkább hypertrichosisnál, folliculitisnél kevésbé lupus vulgaris esetekben, hol talán a már leirt enyhébb alkalmazási módokban keresendő a hiba, szép eredményt értem el; kellő óvatosság mellett végezve a röntgenezést, az esetleges káros hatásokat legnagyobb részt el tudtam kerülni, mégis úgy látszik, talán az egyes egyének idiosyncrasioja folytán jelentkező káros befolyások miatt a beteget szükséges az esetleg fellépő kellemetlenségekre előre figyelmeztetni.

Kivánatos sürgősen, hogy a Röntgen-sugarak további physical és chemiai hatásai vizsgálatssanak s ha így az esetleg most már ritkábban jelentkező káros hatásokat el fogjuk kerülni, a dermatologia a Röntgen-sugarakban értékes therapeutikus eszközt nyert.

Végül az időnkinti röntgenezésért Sörös Miklós dr. és Poór Ferencz dr. uraknak mondok köszönetet. Nékám Lajos dr. egyetemi magántanár úrnak pedig a szíves útbaigazításokért, s az eseteinek átengedéséért fejezem ki hálás köszönetemet.

A női gonorrhoea gyógyítása protargollal.

Lantos Emil dr. nőorvostól.

A női gonorrhoeáról szóló tan aránylag még igen fiatal; 30 év előtt még közel ismeretlen volt a nőgyógyászok előtt a gonorrhoeás fertőzésnek következményeiben oly súlyos jelentősége. Noeggerath elvitázhatatlan érdeme, hogy erre 1872-ben a tudományos világ figyelmét felhívta, egyszersmind arra is rámutatva, hogy a női nemi szervekben lefolyó lobos megbetegedések igen gyakori oka a férfi gonorrhoeájában keresendő. Bár következtetései túlzástól mentek nem voltak, mégis fényes bizonyítékot nyertek Neisser korszakalkotó felfedezése által (1879), ki a gonorrhoeás fertőzés kórokozóját a gonococcusban találta. Már egy évvel később Bókai és Finkelsteinnek, 1887-ben pedig Bumm-nek sikerült mesterséges táptalajon a gonococcus tenyésztetni és e culturákkal embernél kankót előidézni.

E czikk keretét túlhaladná mindazon munkálatokról beszámolni, melyek a gonorrhoeás fertőzés tanát mai tökélyükre vitték, csupán röviden fel akarom említeni, hogy többek mellett főleg Wertheim nek igen nagy érdeme annak kimutatása, hogy a gonococcusok nemcsak a többnyire egyrétegű hengerhamba, hanem a többretegű hamba, kötőszövetbe és a véráramba hatolni is képesek és ott tovább fejlődhetnek.

Ezen észleletek egyrészt az ascendáló gonorrhoea tudományos megokolásához vezettek, másrészt pedig annak megismerésére, hogy a gonorrhoea helyi kezelése nem elégedhetik meg azzal, hogy a gonococcusokat a felszínről pusztítsa el, hanem hogy azokat a mélyebb rétegekben is, a hová juthatnak, tegye tönkre.

Ma már teljesen bebizonyult tény, hogy a női gonorrhoeás fertőzés elsődleges székhelye az esetek túlnyomó számában a hügyeső és a nyakcsatorna, többnyire azonban mind a kettő együttesen. A fertőzés innen egyrészt a hüvelyre, másrészt a méh belsejébe terjedhet, a honnan a tubákba, ovariumokba és hashártyára juthat (ascendáló folyamat). Terjedhet azonban a folyamat ezen elsődleges fertőzési helyekből acute, a méh s függelékeinek mellőzésével a nyirok esetleg a vértutakon át egyenesen a para- és perimetriumra: pelveoperitonitis gonorrhoea.

Súlyos complicatiók ezek, melyek az acut tünetek lezajlása után legtöbbször sacto-salpinxekhez, peritonealis összenövésekhez, ovarialis abscessusokhoz stb. vezetnek s melyek a jövőre is a folyamat kiújulásának veszélyét rejtik magukban. A gonorrhoeás fertőzés eme tovaterjedését sajnos nemcsak elhanyagolt, kezelés alá nem került esetekben, hanem elég gyakran ideje korán kezelésben részesülteknél is észleltük, a

mikor vagy arról győződhettünk meg, hogy a genyes kifolyás a kezelés dacára is időnkint kiújult — nyilván a mikor a mélyebb rétegekben székel gonococcusok kerültek a felszínre, — avagy arról, hogy a kezelés kapcsán akár a váladéknak, illetve a gonococcusoknak a méhüregbe való vitélével, akár pedig az edzés okozta helyi izgalom folytán ascendált a folyamat.

Mindebből természetesen folyik, hogy ezen nehézségekkel egy olyan kezelés fog a legjobb sikerrel megküzdeni, mely a mellett, hogy bactericid hatásával a fertőzést megakasztja, izgatónak nem hat vagy a folyamat terjedését — ascendálását — meggátolja.

Hogy e követelményeknek, a mint látni fogjuk, ma már megfelelhettünk, újból *Neisser* érdeme, ki a gonorrhoea gyógyítására mint első ajánlotta a protargolt.

Azon eredmények, melyeket számosan a férfi gonorrhoeájának protargollal való kezelésével elértek, valamint Fürstnek e szerrel női gon.-nál elért sikerei (Therap. Monatshefte 1898. April), engem már 2¹/₂ év előtt arra készítettek, hogy a szt. Rókus-kórház XI. orvosi fiókosztály bőven kínáló beteganyagán a genitális-csatorna gon.-ás megbetegedéseinek a protargolkezelést megindítsam. Bár már aránylag rövid idő múlva meggyőződhettem arról, hogy a protargolkezelés épen acut és subacut esetekben várakozáson felül fényesen bevált, ez irányban való eredményeim közlését mégis oly időpontra halasztottam, a hol azokat nem rövid idő óta tett észleletek, hanem már évekre terjedő tapasztalatok támogatják.

*

Eichengrün szerint a protargol az ezüstnek szerves összekötése egy proteinanyaggal; vízben 50%-ig, vérsavóban, fehérje-oldatokban, glicerinben könnyen oldható. Vizes protargol-oldatok sem fehérje-, sem hígított konyhasós-oldatok által ki nem csapataknak, sőt még azokban könnyebben is oldatnak; a szernek ezen tulajdonsága magyarázza annak úgy felületi, valamint mélységbe is terjedő intenzív hatását, közömbös vegyhatása pedig izgalom nélküli hatását a nyákhártyákra — cardinalis előny az alcalikus vegyhatású argentaminnal szemben, mely a nyákhártyára izgatónak hat s így csak korlátok között alkalmazható. *Benario* beható bacteriologiai vizsgálatai a protargolnak úgy kiváló bacteriumfejlődést gátló valamint, főleg bactericid és a mélybe való hatását kétséget kizáróan kimutatták. A szernek ezen izgató reactio nélküli páratlan bactericid hatása birta *Neisser*-t arra, hogy vele gonorrhoeánál kísérletet tegyen, a vele elért kitűnő eredmények egy csapással előkelő helyet biztosítottak neki a gonorrhoea terapiájában.

Mielőtt még a női gonorrhoea gyógyításához protargollal hozzáfogtam volna, tisztában voltam azzal, hogy annak értékéről teljes képet csak úgy nyerhetek, ha azt oly fekvő beteganyagon alkalmazom, mely állandó megfigyelés mellett újabb coitus, illetve fertőzés lehetőségét is kizárja. A XI. orvosi fiókosztályon megforduló elég nagy beteganyag egészen alkalmas volt; sajnos azonban, hogy teljesen végig észlelhető eset csak csekély számban kínálkozott, a mennyiben a legtöbb beteg, ha előbb nem, oly időben hagyta el a kórházat, a mikor subjective jobban érezte magát, egy időpont, mely nem esett mindig a folyamatnak teljes gyógyulásával vagyis a gonococcusok végleges eltűnésével össze. Így értelmezendő, hogy alábbiakban csupán 34 teljesen kifogásolatlan, végig észlelt esetről számolhatok be, melyek azonban elegendő arra, hogy a protargol gyógyértékét bizonyítsák.

A kórisme minden egyes esetben úgy a klinikai képből valamint a bacteriologiai lelethől lett megállapítva. A tárgylemezre hozott váladék szárítás után koncentrált vizes fuchsin-oldattal lett megfestve, a mely módszer teljesen kielégítő eredményeket szolgáltatott. E sorozatban csupán oly esetek foglalnak helyt, melyekben a gonococcusok intracellularis elrendeződést mutattak; az extracellularisokat egyszerűen azért mellőztem, mert ily elrendeződéssel más, nem pathogen természetű diplococcus is található a váladékban, törekvésem pedig

az volt, hogy csupán kifogástalan esetek kapcsán tisztázzam e kérdést.

A 34 esetben gonococcusok találtak: csupán a húgycsőben 2-szer, a húgycső és nyakcsatornában 17-szer, csupán a nyakcsatornában 15-ször, vagyis a húgycsőben 19-szer, a nyakcsatornában pedig 32-szer. Ezek után eseteim nem bizonyíthaták azon feltevést, hogy a gon. fertőzés legelső sorban a húgycsövet éri, a mennyiben csak 56%-ban voltak ott gonococcusok, míg a nyakcsatornában, mely mások észleletei szerint 50—70%-ban lesz fertőzve, az esetek 94%-ában mutathattam ki gonococust. E vizsgálati leletem nagy jelentőséggel bír, mert azt mutatja, hogy a nyakcsatorna már a folyamat kezdetén fertőzött és hogy a gon.-nak már ily szakban való eredményes gyógyítása csak úgy képzelhető, ha a nyakcsatorna is kezelve lesz.

Klinice a folyamat localisatioja csekély eltéréssel a bacteriologiai lelettel megegyezett, az ugyanis csupán a húgycsőre 1-szer, a húgycső és nyakcsatornára, illetőleg méhre 15-ször, csupán a nyakcsatornára, illetőleg méhre pedig 18-szor szorított, vagyis a húgycsőre 16-szor, a nyakcsatornára, illetőleg méhre 33-szor, azaz 47% : 97%. A genitális csatorna gon. és megbetegedésénél még nehezebb megállapítani, vajjon a folyamat csupán a nyakcsatornában székel-e, avagy már a méhüregbe is terjedt. Sem a váladéknak minősége, sem a méhnek érzékenysége ez irányban támpontot nem nyújtanak; acut vagy subacut esetekben az orificium externum uteriben megjelenő váladék egyaránt genyes, a fájdalom pedig ilyenkor a méhüreg megbetegedése nélkül is fennáll. A bántalom székelhelyének felismerése azonban a régebbi gyógyeljárásoknál igen fontos volt, a mennyiben mindennaposak voltak az olyan esetek, a hol a bántalom localisatiojának téves felvétele folytán az intrauterin-kezelés a fertőző coccusokat a nyakcsatornából az addig immun méhüregbe vitte és az ott teremtett izgalom folytán egyenesen a folyamat ascendálását okozta nemcsak a méhüregbe, de igen gyakran a tubákba is. Az ez irányban tett szomorú tapasztalatok lassan azon felfogásnak adtak helyet, hogy az intrauterin-therapia említett okokból acut és subacut esetekben mellőzendő és hogy a kezelés csupán a váladéknak a hüvelyben való ártalmatlanná tételére szorítkozék. Ily megszorítással tényleg nem észleltük oly gyakran a gonorrhoea ascendenst, de azt teljesen megakadályozni, sajnos, így sem sikerült. Miután tehát acut és subacut esetekben gonococcusok már a méhüregbe juthattak (a bacteriologiai vizsgálat sem képes ily esetekben megnyugtató felvilágosítást nyújtani, így *Schulz* cervicalis gonorrhoeánál 38%-ban a méhüregben is kimutathatott gonococcusokat), szükség volt oly szerre, mely azokat a méhüregben — bármiképp is jutottak is azok oda be — ártalmatlanná tegye. A protargol ily tulajdonsággal felruházott szernek bizonyulván, kivétel nélkül minden esetben, a hol a nyakcsatornában gonococcusokat találtam, a méhüregtet is kezeltem és mindjárt hozzátéhetem, a nélkül, hogy egyetlen egy esetben is gon. ascendenst észleltem volna, pedig ezen 34 esetem közül 18 volt acut, 12 subacut és csupán 4 idült.

Mielőtt még a terapiás eredményekről beszámolnék, még csak röviden a kezelés menetét kívánom vázolni, a hogy azt minden esetben követtem. Teljesen acut esetekben, a hol a hüvely nyákhártyájának duzzadása, élénk fájdalmak, esetleg vulvitis avagy lázas mozgalmakkal vagy a nélkül bartholinitis voltak jelen, absolut ágynyugalmat, prophylactice már ilyenkor is hideg borogatásokat, székrendezést, könnyű, nem izgató étrendet (főleg sok tej) rendeltem el; a váladék eltávolítása, illetőleg ártalmatlanná tétele czéljából 2-szer napjában langyos sublimatos, többnyire azonban lysolos hüvelyöblítések végeztek. A mint a heveny tünetek némileg csak engedtek, subacut és chronikus esetekben természetesen kezdettől fogva áttertem a helyi kezelésre, mely 3-szor hetenkint — másnaponként — következő módon lett végezve. A húgycsőbe mindannyiszor 5%-os protargol-oldatot fecskendeztem a Fritsch-féle canule-lel ellátott fecskendővel be; ezen eljárást a betegek igen jól tűrték, fájdalomról vagy égésről még a legheve-

nyebb esetekben sem panaszkodtak, reactio pedig egyetlen egyszer sem észleltetett. A *méhüregi* kezelés menete következő volt: a vulvának letisztítása és desinfiálása után (sublimat) a tükörbe beállított portio le lett tisztítva és szárítva, azután pedig a 10%-os protargol oldatba mártott Sängér-sonda a méhüregbe bevezetve, a hol 1—2 perczig időzött; utána minden egyes esetben a portio elé egy 10%-os protargol-glycerin-oldatba mártott vatta-tampon került, mely másnap reggelig maradt a hüvelyben. Kezelés céljából a méh kiegyenesítését és rögzítését a portioba akasztott golyófogó segítségével sohasem gyakoroltam, egyrészt mert a vékony Sängér-sonda rögzítés nélkül is bejut a méhüregbe, másrészt, mert eltekintve, hogy a chronikus sactosalpinxok eseteiben is történt, nem tartottam tanácsosnak a méhet acutabb esetekben lehúzni, vongálni, mert az így okvetetlenül bekövetkező vérkeringési változások a folyamatot könnyen károsra befolyásolhatnak.

Az intrauterin-kezelés vázolt módját a betegek szintén minden *reactio nélkül* túrték: egyetlen egyszer sem észleltem a folyamat tovaterjedését avagy más káros hatást. A kezelés közti napokban reggel-este lysolos hüvelyöblítések lettek végezve. A betegek a kórházban való tartózkodásuk legnagyobb részét ágyban töltötték, még akkor is, a mikor a tünetek enyhéknek bizonyultak.

Vázolt kezelés mellett 34 esetben a *kezelés tartama* 11 és 61 nap között változott, átlagban pedig 31 napot tett ki, megjegyezve, hogy a rövidebb időtartam rendszerint az acut, a hosszabb pedig a chronikus esetekre vonatkozott.

Közel minden kezelés előtt történt gonococcusvizsgálat, átlag 1—3-szor hetenkint azért, hogy pontosan megállapíthassam, hogy a kezelés megkezdése után hány nappal tünetek el a gonococcusok a váladékból. Vizsgálataim szerint e 34 esetben a gonococcusok a váladékban 7—40 nap után többé nem találtattak, átlag tehát 18⁵ nap mulva. Ezen betegek csupán akkor hagyták el a kórházat, a mikor a váladék legalább is 1 hétig gonococcusmentes volt, rendszerint 3—4 negatív vizsgálati lelet után.

Annak megvilágítására, hogy mily hatásos a gonorrhoeának protargollal való kezelése az előbb általánosan használt lapis-oldattal való gyógyítással szemben, következő 3 esetet hozhatok fel, melyeket a kórházba való belépésem idején volt alkalmam észlelhetni:

1. 21 napi lapis-kezelés után még gonococcus, 8 napi protargol-kezelés után gonococcus *nincs*.

2. 45 napi lapis-kezelés után még gonococcus, 15 napi protargol-kezelés után gonococcus *nincs*.

3. 65 napi lapis-kezelés után még gonococcus, 19 napi protargol-kezelés után gonococcus *nincs*.

A 34 beteg közül volt 25 O.P., 8 I.P. és 1 IV.P.

Ha még kiemelem, hogy a protargol-kezelés kapcsán nemcsak e 34, hanem 2¹/₂ év alatt több százra menő esetben egyetlen egyszer sem láttunk lobos affectiot fellépni, úgy közleményem végére jutottam, melyet nem bocsáthatok útnak a nélkül, hogy a XI. orvosi fiókosztály volt és jelenlegi vezetőjének, Török Lajos dr. és Nékám Lajos dr. egyetemi magántanár uraknak, kik a beteganyagot készséggel rendelkezésemre bocsátották és munkásságomban mindenkor jóindulatúan támogattak, e helyen hálás köszönetet ne mondjak.

Végül a női genitális csatorna gonorrhoeájának protargollal való kezelése körül nyert tapasztalataimat következő pontokba foglalhatom össze:

1. A női genitális csatorna gonorrhoeájának gyógykezelésében a protargol specifikus szernek tekinthető.

2. A leggyorsabb és legbiztosabb eredményeket a bántalom acut és subacut alakjainál nyújtja, a gyógyulás ilyenkor átlag 3 hét mulva következik be.

3. Nyakcsatornából jövő váladék mellett minden esetben, még ha a folyamat látszólag a méhüregre nem terjedne, a méhüreg is kezelendő.

4. A protargol a genitális csatorna nyákhártyáját nem izgatja, lobos affectiot, a folyamat terjedését nem okozza, ellenkezőleg a gonorrhoea ascendens kifejlődését meggátolja.

5. A tüneti gyógyulás nem esik mindig össze a tényleges gyógyulással, a mennyiben a klinikai tünetek megszűntével a váladékban még elég gyakran mutathatók ki gonococcusok.

6. Az elért eredményben tagadhatatlanul a kórházi kezelésnek is van része, a miért, ha csak lehet, a gonorrhoea fekvőleg kezelendő.

A lupus vulgaris kezelése kalium hypermanganicum borogatásokkal.

Irta: Nékám Lajos.

F. év márczius havában *Hallopeau* a francia bőrgyógyászok egyesületében a lupus tuberculosusnak egy *Butte*-től származó kezelését ismertette, betegeken illusztrálva az eljárás értékét. *Butte* módszere, melyet, miután már öt évig alkalmazta, 1900. októberben közölt az Académie de médecineben s a melyhez hasonlót *Kaczanowski* már 1899-ben leirt, lényegében abból áll, hogy a gondosan megtisztított területre naponkint 10—15 perczig langyos 2%-os kalium hypermanganicum borogatásokat tesz. 10—14 nap mulva, a midőn már tetemes javulást lehet rendszerint látni, ezeket csak két naponkint alkalmazza. *Butte* közlésében az eredmény 16 esetből 15-ször „excellents et prompts resultats”. *Kaczanowski* említett eljárása annyiban különbözött *Butte*-étől, hogy ő a $KMnO_4$ -et in substantia alkalmazta naponkint egy negyedórájig, a mely módon szintén a legjobb eredményt érte el.

Hallopeau számos esetben használta ez eljárást, mindig naponkint és renitens esetekben magát a $KMnO_4$ -et in substantia alkalmazva. Tapasztalatait abban foglalja össze, hogy ez a kezelés a lupusos részeket gyorsan destrualja, egyszerű és rapide gyógyuló sebbé alakítja át.

Hallopeau közlését különbözőképen ítélték meg. *Darier* a legnagyobb skepsissel fogadta s az elért eredményt más eljárásokkal is elérhetőnek, általában azonban kevésnek tartotta. *Leredde* a lupus elleni kezeléseket két csoportba osztja: véglegesen gyógyítókra: ilyen szerinte a *Finsen*-féle phototerapiái és enyhítőkre. Az utóbbiak károsak és veszélyesek, mert a radikális gyógyítás elhanyagolását okozzák s így az előbbieket az egyedül alkalmazandók. Egyedül *Besnier* ítélt a töle megszokott higgadsággal: kijelentette, hogy egy új eljárás értékéről csak akkor alkothatunk magunknak fogalmat, ha ismerjük a beteg állapotát már a kezelés előtt is. Ehhez képest *Hallopeau* ama társulat májusi ülésén be is mutatta azt a beteget, a kin az eljárást újabban alkalmazni szándékozott.

Tekintve a lupus vulgarisnak hazánkban való nagy gyakoriságát (statistikai vizsgálataim szerint 15—16⁰/₀₀ az összes bőrbajosoknak), az esetek súlyosságát s a nép csodálatos indolentiáját — a lupus kezelése nálunk elsőrendű fontosságú kérdést képez. Minthogy pedig a *Butte* féle eljárás, melyet minden eddigi alkalmazója — *Butte*, *Kaczanowski*, *Hallopeau* mint meglepően gyógyító hatásút ajánl — a képzelhető legegyszerűbb, olcsó, bárhol kivihető, a *Leredde* és mások által praecönizált phototerapia pedig rendkívül lassú hatású, drága, csak kevés helyen vihető ki, recidivák ellen mit sem véd (*Hallopeau* egyik betege 79 megvilágítás után, 7 hónapi folytonos kezelés daczára erős recidivát kapott s az én eseteim egyike is keresztül ment egy, valószínűleg nem kielégítően alkalmazott phototerapiás gyógyítási kísérleten), kívánatosnak látszott ezen új és sokat ígérő eljárást kritikailag kipróbálni. Mint *Hallopeau*, kísérlet céljából én is belevontam a lupus erythematodes vizsgálataimba, ezen eseteimmel azonban ez alkalommal nem kívánok foglalkozni.

Összesen 12, az osztályomon fekvő, 7 a klinikai ambulanciára járó és 1 magánbeteget kezeltem ily módon, 20-at

tehát, a kiknek egy részét azonban rövid tartam, pontatlanság, elutazás, stb. miatt nem veszem tekintetbe.

A kezelésben eleinte kizárólag a Butte-féle eljárás értékét óhajtottam megismerni, s minden más beavatkozástól tartózkodni.

K. L. 13 é. rk. bojtárfüosztályomra 1901. április 4-dikén vettem fel.

A beteg csecsemőkora óta szenved folyton súlyosbodó bajában, mely ellen komoly kezelésben eddigelé nem részesült, s mely nála már odáig fejlődött, hogy a járást is lehetetlenné teszi.

A baj az arczon kezdődött s jelenleg a két zygomaticus csont közötti arczrészt, a glabelláig és az os hyoideumig 1—2 szigetecske kivételével teljesen ellepte. Az ajkak igen tetemesen duzzadtak, kicselesorítottak. A nyelv valamivel duzzadtabb a rendesnél. Nagy pörkötömg borítja az orrot, melynek leáztatása után a porczrészek fölött a bőr egy lupusos granulatiós tömegnek látszik, puha sarjakkal töltve ki a nyílásokat. Az arcz beteg része többnyire $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ cm. mély ulceratiókkal borított, melyeket szabálytalan, hol callosus, hol málnaszerűleg burjánzó lupusos sarjak környeznek. Az egész felület bőven genyedt. A szomszédos nyirokmirigyek valamennyien duzzadtak, egyesek sajtos, puha tapintatúak. A nyelven számos heg, feltörés, melyek némelyikéből még némi váladék szivárog.

A bal kézfej oedemás tömeget képez, mely az ujjak proximalis perczreire is áttérjed. A tenyér bőre egy myriapodához hasonló heggé vált, melynek zsugorodása miatt az ujjak fél flexionál tovább nem voltak nyújthatók. A hegben s környékén tömördek lupusos göb található. A kézhat bőre vörös, itt-ott heges, több lencsenyi ulceratióval, callosus gerendával bir. A csontközök alig tapinthatók egy oedemás, viscosus infiltratio miatt.

Mindkét lábfej ugyancsak formátlan, duzzadt, oedemás, egyes helyeken ellágyult, heges behúzódsokkal, melyekből itt-ott fungosus granulatiók nyílnak ki.

A nagymérvű elváltozások kezelése czéljából április 16-dikán chloroform-narcosisban műtétet végeztem. A szükséghez képest egyes részeket kikaptam vagy kivágtam, másokat paquelinnel roncsoltam el. A granuláló területek 10—20%-os tejsavval dörzsöltettek két naponkint be. Beteg belsőleg 3 fél gr. natr. fluorbenzoic. kapott, mely szert *Philippon* ajánlotta s mely szerhez első kísérleteim biztató eredmény után nagy reményeket fűztem, de a melynek hatástalansága sajnos, csakhamar nyilvánvaló lett. Május 17-dikén először alkalmaztam a langyos 20%-os kameleon-borogatásokat *Butte* praescriptioja szerint. Ez alkalommal az arcz baloldalt majdnem teljesen, jobboldalt gyermektenyérnyi felületen alig genyedő, behámosodásra semmi tendenciával sem bíró granulatiókkal volt borítva. A borogatás naponkint, eleinte 10, majd 20, sőt 30 percig feküdt a bőrön. Beteg eleinte csipős fájdalmakról panaszkodott, később teljesen megszokta. Julius 6 dikán folyamat mindenütt laposabb, egyes helyeken behúzódo, itt-ott finom hegkötegeket enged felismerni. Junius 10-dikén kiterjedt hegek. Egyes helyeken talán el is multak egyes göbök. A sarjak minimalisak, szárazak. Secretio megszűnt.

Kétségtelen, hogy a folyamatot külsőleg igen jól befolyásolták a borogatások s a beteg subjectív panaszait tetemesen alászállították. Ettől a stadiumtól kezdve azonban a baj nem javult tovább, végleges eltűnést sem lehetett észlelni, a lábon lévő periostalis folyamat itt-ott újra mutatkozni kezdett s így július 18-dikán, tehát egy havi borogatás után újból paquelinezést s kaparást végeztünk, különösen a lábon. A sebfelületeket újra kal. hypermang. oldattal kezelve, az eredmény megint az volt s ezt vettük a többi eseteinkben is észre, hogy a borogatások rendkívül jó *adjuvans* szolgálatot tesznek, az operatiós sebeket a paquelinezett

területet gyorsan begyógyítják, a granulatiót mérsékelik, csatlakozó infectiókat megszüntetnek, helyenkint lupus göbököt is tönkretesznek, a terület sterilizálását azonban nem hozzák létre.

Semmiféle eljárással oly rapid enyhülését a lobnak, oly gyors lelapulást, felpuhulást, elhalványodást s behámosodást nem lehetett latni, mint ezzel; a mikor azonban 1% ferrum sesquichl. kenőccsel a megfeketedett bőrt letisztítottuk, a mutakozó lágy hegben, különösen exspectatio után mindig lehetett lupusos göbököt találni.

Egy másik eset, P. J. 30 éves asszonyra vonatkozott, ki február 13-dikán kerületosztályomra egy, az egész arczát beborító lupus non exedens miatt. Műtét paquelinnel narcosisban február 22-dikén. 5 napig sublimat borogatások, 10 napig 10% salicyl majd bórkenőcs, 18 nappal később hirtelen erős orbáncz tört ki. A beteget a szt. István-kórház orbánczos osztályára tettem át. Márczius 20-dikán visszatért onnan lupusának lényegesebb javulása nélkül. Az arcz április hó 2-dikától kal. hyp. borogatásokat kapott; két nap alatt a duzzanat lelohadt, a vörösség fokozatosan csökkent, fájdalomosság, tensio engedett s április 16-dikán már egyenetlen, göbös heggé volt alakulva. A további borogatás nem látszott hatással birni. Április 30-dikától a leginkább infiltrált területeken kal. hyperm. in substantia alkalmaztatott; itt május 2 dikán erosiok léptek fel, melyek azonban 10—14 nap alatt megint begyógyultak s vékony hyperaemiás lupusos hegek adtak helyet.

Különösen jó szolgálatokat tett ez az eljárás genyedő kimaródott lupusnál.

B. Fanny 17 éves eseléd orra hegyén gyermekkor óta pusztított a lupus. A jobb orrlyukat teljesen kitölti egy a septumról lelógo tumor. A törzsön számos plaqueokba rendezett folliculitis scrophulosorum kiütés. Balarcz felén tenyérnyi, genyes exulcerált lupus vulgaris. Az alkalmazott borogatásokra a seb rapide kitöltődött, az orrszárnny duzzanata megcsökkent, az egész halványodni kezdett. Április 7-dikén Pollacsek dr. a septumról lelógo tumort eltávolította, az orrüregtet belülről 10% tejsavval kezelte. Úgy a bőrnek, mely változatlanul 20% kal. hypermanganiummal volt kezelve, mint az orrüregnek elváltozásai kb. 2 hét alatt behegedtek, de mindig csak addig a pontig, hogy 2—3 heti exspectatio (bórkenőcs) után a puha halvány hegben újabb lupusos göbököt fedeztem fel.

Többi eseteim ehhez nagyjában hasonló lefolyást mutattak. Kisebesedett, kimart, hyperaemiás, duzzadt lupusos részek lecsillapítása, desinfiálása, behegesztése semmiféle eljárással gyorsabban nem volt elérhető. Radikális gyógyulásra azonban szó sem lehetett s ez a dolog természetében fekszik. Lupus kezelési eljárásaink a Röntgen és Finsen módszerek kivételével mind csak repressiv eljárások, melyeket csak a már szabad szemmel is felismerhető gümők ellen tudunk dirigálni, de az egyes bacillusokat, az izolált óriás sejteket, a nyirok edényekben s a szövetben mindig rejtőző, még reactiot nem kelteft inficienseket nem irtják ki.

E *Butte*-féle eljárás fontosságát ennélfogva a lupus kezelése terén abban látom, hogy az egy elsőrangú adjuvanst, hegesítő eljárást képez a kauterizálás mellett, némileg desinfiálva a vele érintkező szövetet. Azokat az intervallumokat, melyekben az energiás kauterizálások végbe vihetők, megrövidíti, s így a kezelés egész tartamát tetemesen csökkenti. Egyszerű, olcsó, mindenütt kivihető eljárás, mely, ha theoretice kevésbé értékes is a Finsen vagy Röntgen-féle kezelésnél, a gyakorlati életben bizonyára több szolgálatot fog amazoknál tenni.

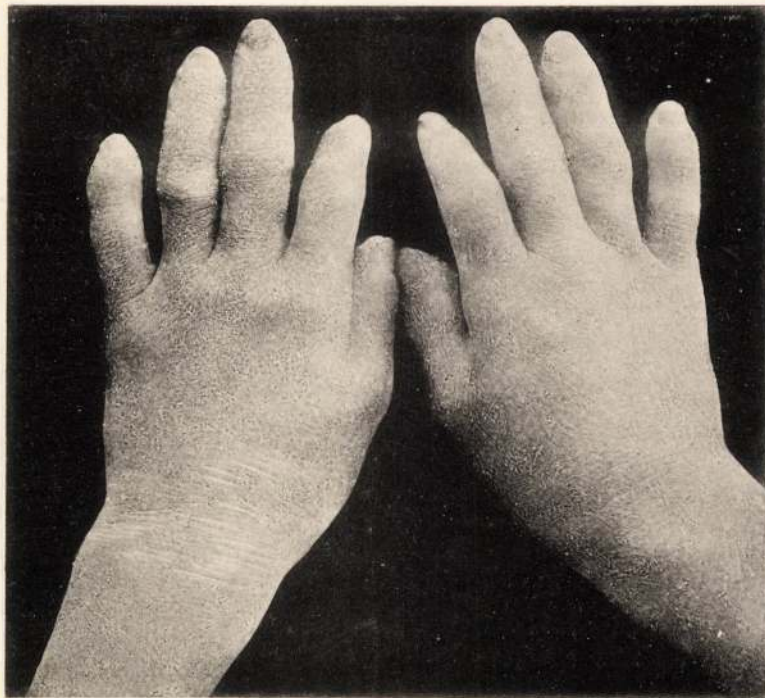
Melléklet dr. Nékám cikkéhez: A xeroderma pigmentosum atypusos alakjairól.



2. ábra.



3. ábra.

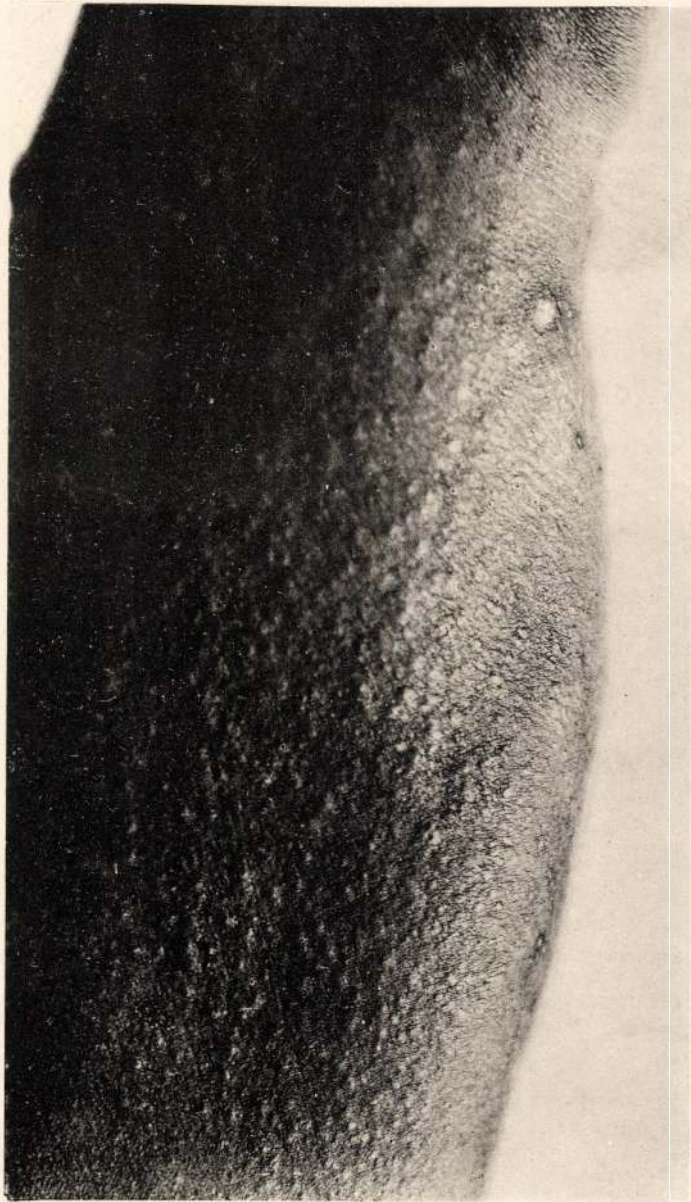


1. ábra.

Dolgozatok az egyetemi bőrkórtani intézetből. 1901. 3.

II. tábla.

Melléklet dr. Szatmári cikkéhez: Basedow-kórt kísérő súlyos bőrelváltozásról.



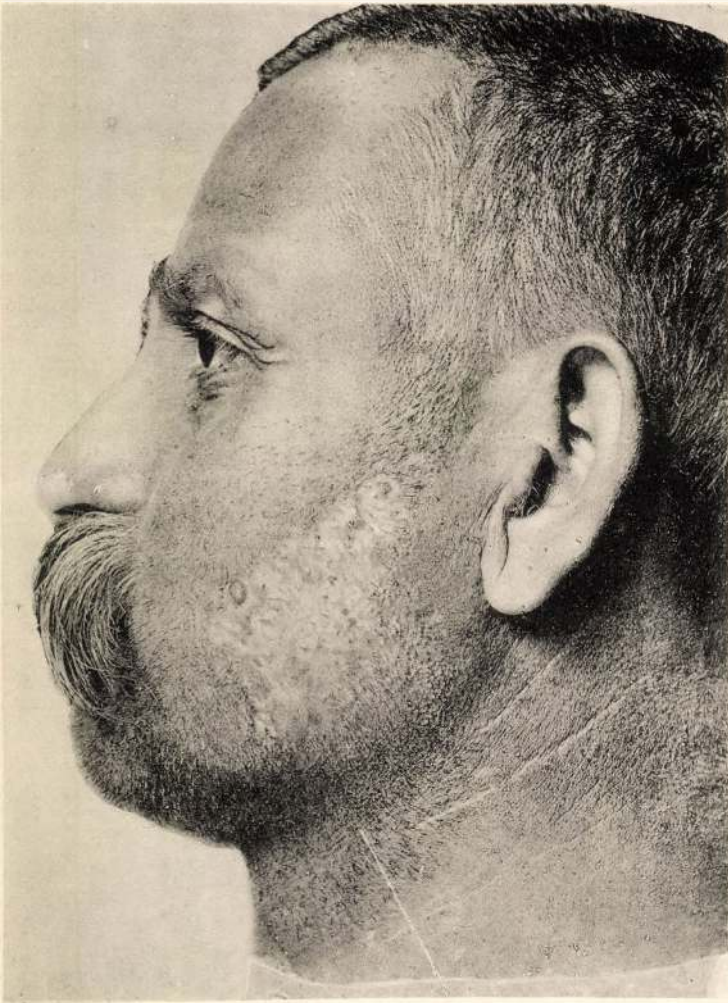
1870. 10/10/10. 10/10/10. 10/10/10. 10/10/10. 10/10/10.

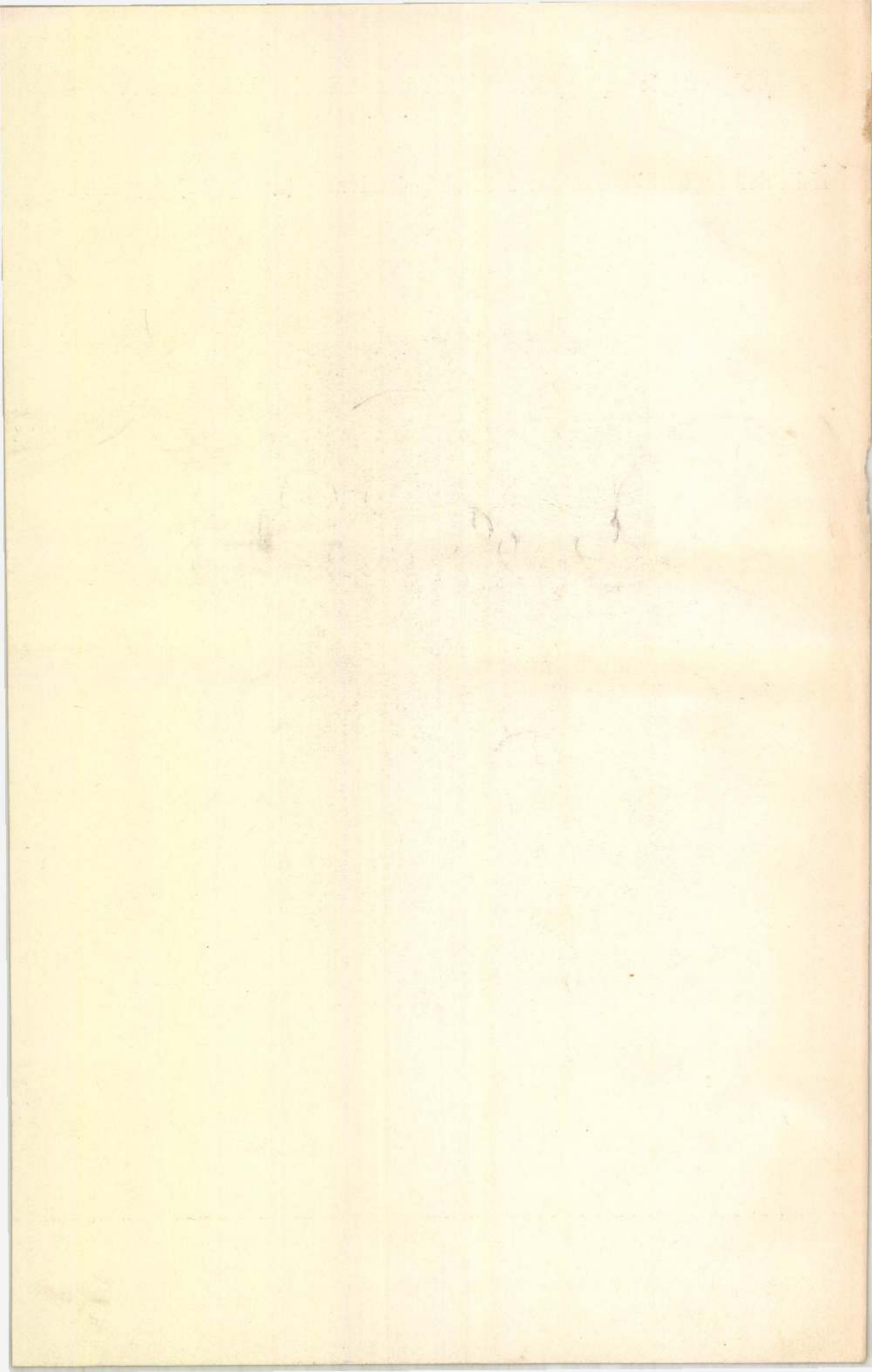
10/10/10

10/10/10. 10/10/10. 10/10/10. 10/10/10. 10/10/10.

III. tábla.

Melléklet dr. Tóth cikkéhez: Folliculite décalvante (Quinquaud) egy esete.





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, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrássik 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.

- Kopits Jenő:** Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.) A coxa varának nevezett kórkép ismertetése. 739. l.
- Beck Soma:** Közlemény a budapesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekórházából. A Blaschko-féle „mercolint“ alkalmazásáról a esecsemő- és gyermekkori öröklött vagy szerzett syphilisnél. 741. l.
- Deutsch Izidor:** Arthritis urica idült esetének rohamos javulása. 743. l.
- Ráskai Dezső:** Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikájából. Lithiasis-esetek. 744. l.
- Vidakovich Lajos:** Az aethylchlorid-narcosisról. 746. l.
- Tárca. Némái József:** Az énekhang és énekművészet physiologiája. 746. l.
- Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Novotny Lajos:** A hólyagbetegségekről. 747. lap. — *Könyvismertetés. Nicolle-Düschmann:* Grundzüge der allgemeinen Mikrobiologie. 748. lap. — *Jean Finot:* Die Philosophie der Langlebigkeit. (Gy-y.) 748. l. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Bosc és*

- Vedel:* Konyhasó-oldat injectiók a fertőző bajok és mérgezések terapiájában. (Dalmady Zoltán.) — *Frenkel és Bronstein:* A gümöbaccillusok toxinjai. (Torday Árpád.) — *Belgyógyászat. Worobjew:* A szívhajók vizsgálata a kóroktan szempontjából. (Torday Árpád.) — *Ekgren Erik:* A hasmassage hatásáról a gyomorra, szív működésre, pulsusra és peristaltikára. (—nt.) — *Einhorn M.:* Az intestinalis eredésű sitophobia. (—nt.) — *John M.:* A phthiasis-kusok arteriosus nyomása. (—nt.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Schnirer:* Thioeol. — *Folyóiratok átnézete.* 748–749. l.
- Hetiszemle és vegyesek.** A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — A közegészségügyi tanszék jelöltjei. — Negyven év előtt beiratkozott orvoshallgatók találkozója. — Kinevezés. — Árkövy József. — Róth-Schulz Vilmos. — Kiténtetés. — Orvosi kinevezések. A szepesi orvos- és gyógyszerész-egylet. — Belorvostani társulat. — Tudományos intézetek egyesítése. — A budapesti általános poliklinika. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — Nyilatkozat. — Megjelent. — Elhunyt. — Herezal dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 750. l. — Pályázatok. — Hirdetések.
- Tudományos társulatok és egyesületek.** Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat. — Szemlények külföldi tudományos társulatok üléséből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.)

A coxa vara-nak nevezett kórkép ismertetése.¹

Közli: *Kopits Jenő* dr. műtőorvos.

Tisztelt Vándorgyűlés!

A coxa vara-nak nevezett deformitas fontossága, másrészt azon körülmény, hogy a magyar orvosi irodalomban a czombesont ezen érdekes elgörbüléséről még szó nem esett, bátorít fel az I. sz. sebészeti klinikán észlelt ilyenü esetek bemutatására, kitérve egyúttal a coxa vara tanának kifejlődésére és annak mai állására.

Mint e vázlatos kép is mutatja (1. ábra), a czombesont proximalis végének lefelé hajlását nevezzük coxa varának, a mi által a czombfejecs a czombesont testéhez közelebb jut, de a mellett a czombnyak folytonosságában megszakítva nincs és a fejecs az izületi vápával érintkezésben áll.

Ez elváltozás és az általa okozott klinikai tünetek ismerete, mint külön kóralak, nem több mint 12 esztendő. Bár előbb is jelent meg egy-egy hasonló eset ismertetése, melyre csak mostani ismereteink vetnek kellő világot, mégis Müllert illeti meg a prioritas, a ki 1889-ben Bruns klinikájáról közölt négy esetével e még addig kórboneztanilag és klinikailag nem ismert „új megbetegedésre“ irányította a sebészvilág figyelmét. Müller mint a serdülő korban előforduló megbetegedést ismertette a czombesont

nyakának lefelé görbülését és hangsúlyozta a rokonságot az ugyan ezen korban fellépni szokott gacsos térd és lúdtalp között. Csakhamar megindult erre a czombnyak ilyenü elferdülésének ma már nagy számra rügő casuistikus ismertetése. A felfedező után Lauenstein egy kétoldali hasonló megbetegedést ismertetett egy gyermeknél, kinek több végtagján angolkóros elgörbülések voltak; majd Schultz, Strubel és Kirmisson közöltek egyes eseteket. 1894-ben Kocher nevezte először az elváltozást az irodalomban coxa varának, bár Müller szerint ez elnevezést már előbb, az ugyanazon év tavaszán megtartott berlini sebészcongressuson, használta Bruns és Hofmeister. Kocher három esetet ismertett ez alkalommal, melyeknél a czombnyak elgörbülése különbözött Müller eseteitől. Müller betegeinél a czombnyak a fejecsessel együtt csak lefelé hajolt, Kocher betegeinek a czombnyaka ellenben a lefelé hajlás mellett még hátrahajlást és hossz tengelye körül hátrafelé csavarodást is mutatott. E két kórkép közti különbség, mely tulajdonképen egy és ugyanazon megbetegedésnek két különböző alakját mutatja, indította arra Kochert, hogy eseteit mint külön megbetegedést mutassa be és csakis ezen esetekre tartsa jogosnak a coxa vara név alkalmazását, míg Müller eseteit coxa adducta névvel illette. Kocher ez állítása a tübingai Bruns-klinika és a berni klinika közt prioritási vitára adott alkalmat, mely vita a Deutsche Zeitschrift für Chirurgie hasábjain látott napvilágot 1896-ban. Minden esetre Kochert illeti meg az érdem, hogy a coxa varának egy új, fontos tünetét, a nyak rotatioját és hátrahajlását felfedezte, de külön, önálló megbetegedésnek a Kocher-féle eseteket ma már senki sem ismeri el.

Ugyanazon évben Hofmeister az eddig leirt és általa észlelt esetek ismertetését közli pathologiai és klinikai szempontból, valamennyit egy kóresoportba tartozónak tekintve.

A coxa vara tanának a kifejlődését megnehezítette a kórboneztani közlemények kis száma. Az elgörbülés, miután nem halálos betegség következménye, alig észleltetett eddig bonez-

¹ Felolvasatott a magyar orvosok és természettudósok 1901-diki bártfai vándorgyűlésén.

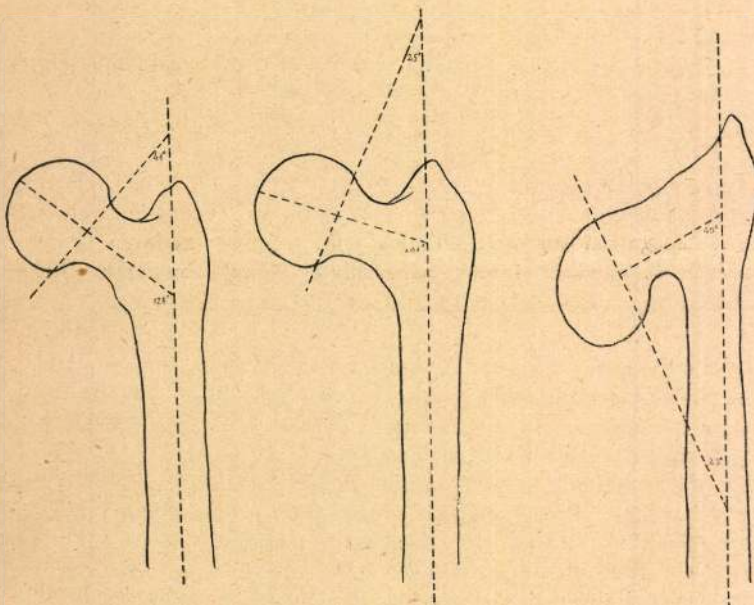
asztalon; azon a pár csípőizületi resectioval nyert czombfejecsen és nyakrészleten épültek fel kórboneztani ismereteink.

Nagyot lendített a bántalom megismerésén az 1896-ban felfedezett Röntgen-sugarak alkalmazása sebészeti vizsgálatokra. Két évvel később Hofmeister-nek saját észleletéből már 80 eset állott rendelkezésére, az esetek legnagyobb számában a diagnosis Röntgen-felvétellel ellenőrizve, melyek alapján leírta a coxa vara pathológiáját és terapiáját.

Mind általánosabbá vált ezután a deformitas ismerete; s míg a felfedező cikkek a deformitas általános leírásával foglalkoztak, addig a ma már nagy számban megjelenő ismertetések az elgörbülés még eddig ismeretlen részleteinek a megoldására törekcsenek, de számuk oly nagyra nőtt, hogy azoknak egyenként felsorolása ez ismertetés keretében lehetetlen.

* * *

Kórboneztanilag a coxa varának az összes esetekben mint leglényegesebb tünetét ismerjük a czombnyak lefelé hajlását, mi által a czombnyak és czombesontdiaphysis közti szöglet sokszor megkisebbedik. E közös tünet azonban oly gazdag variatioiban nyilvánul, hogy a czombnyak elhajlásának alakjáról szabályt felállítani nem lehet. A nyak nagyon ritkán egyenes, majdnem mindig a convexitásával felfelé néző ívet képez, majd szögbetörést mutat egyik vagy másik helyén. A szögbetörésnek megfelelően sokszor egy erősebb csontél látható (Lauenstein, Sudeck).



1. ábra.

A czombnyak az esetek nagyon kis számában görbül csak a frontalis síkban lefelé, legtöbbször erősen hátra felé is hajlik.

E kétirányú elhajlásnak megfelelően a czombnyak ívének a görbülete alsó és hátsó felületén a legnagyobb, mi által az erősen megrövidül és a czombfejec a trochanter minorhoz közeledik. A görbület néha mint egy csigavonal oly merészen hajlik és ily nagyfokú görbületnél sokszor a fejec alsó része elhagyja az izületi vápát s mintegy gombaszerűen ráhajlik a nyak alsó és hátsó részére. A czombnyak mellső és felső részében ellenben meghosszabbodik, a mit Kocher szerint az epiphysis vonalban fellépő csontszaporodás okoz; e tünet emlékeztet bennünket a condylus internus meghosszabbodására genu valgumnál.

Legtöbb esetben e kétirányú elgörbüléshez a nyaknak mellülről le- és hátrafelé rotatioja csatlakozik.

Hofmeister nagyszámú Röntgen-felvételeinél úgy találta, hogy e három irányú elgörbülés helye nagyon különböző; lehet az epiphysis vonalban vagy közelebb és távolabb a fejecshez, de kezdődhetik a trochanter magnusnál és ilyenkor a czombnyak egész hegyes szögben hajlik lefelé. A czombnyak elgörbülésének a helye klinikailag nagyon fontos. A tapasztalás ugyanis azt

mutatta, hogy minél közelebb fekszik a fejecshez a nyak elgörbülése, annál súlyosabb tüneteket okoz, nevezetesen annál inkább korlátolt az izület mozgása.

Ha az elgörbülés helye távolabb van a trochantertől, úgy a czombnyak hajlási szöge változatlan maradhat, dacára annak, hogy a coxa vara összes klinikai tünetei jelen vannak. Tehát a czombnyak hajlási szögének a változása, illetve kisebbedése nem szolgálhat mértékül a coxa vara kórképének a megállapításánál, mert a csípőizület mechanizmusának a megváltozását nem a hajlási szöglet kisebbedése okozza, hanem a czombfejec abnormalis helyzete, illetve azon változás, a mi létrejött a czombfejec porczfelülete és az acetabulum porczbélése között. Erre nagy súlyt helyezett Hofmeister is. Ujabban Alsberg a coxa vara fokának számbeli kifejezésére az izületi felszínnek közti változás nagyságát használta fel támpontul. Normalis izületnél ugyanis a czombfejec porczburkolatának a végződése a nyak felé minden pontján egyenlő távolságra fekszik az acetabulum porczos széleitől, ha a végtag adductio és abductio közt a középállásban áll. Ha most a frontalis hosszszímetzen a porczszél alsó és felső pontját összekötjük és meghosszabbítjuk, míg a czombesont diaphysisének a tengelyét metszi, úgy egy szöveget kapunk, mely szög a két izületi felszín közti viszony mérésére kiválóan alkalmas (1. ábra.). Alsberg e szöveget irányszögnek (Richtungswinkel) nevezte el. Minél kisebb e szög, annál nagyobb a végtag varus állása. E szög normalisan is nagy ingadozásnak van alávetve, átlagos nagysága 41.5°, nem lehet azonban kisebb 25°-nál és nagyobb 54°-nál.

E közös irányváltozások a nyakon, illetve a fejec állásán, megegyezően található a coxa vara minden alakjánál, kisebb-nagyobb eltéréssel. Ma már megszűnt a vita a felett, hogy a coxa varának mely fajtája viseli jogosan e nevet, mert a szerzők legnagyobb része osztja Alsberg nézetét. Alsberg szerint ugyanis a szóban forgó elgörbülés nem egy specialis megbetegedés következménye, hanem a coxa vara név egy anatómiai állapotot jelöl meg, mely állapot különböző kórfolyamat által okozatik. Ép úgy nevezzük a késői rachitis által okozott gaesos térdet genu valgumnak a kellő jelzővel, mint ha azt arthritis deformans, tuberculosis, osteomyelitis vagy condylus törés okozza. A coxa vara diagnosis is az eredetét megjelölő melléknévvel fejezi csak ki a megfelelő kóralakot.

Az elhajlás rendszeren statikus eredetű; legtöbbször bizonyos kórfolyamat következtében a czombesont proximalis vége elveszti normalis ellentállási képességét, minek következtében az a test-súlya által lenyomatik. Bizonyos esetekben trauma is okozhatja az elgörbülést akár czombnyakmegtörés, akár epiphysisleválás következtében; de lehet csontszaporodással járó izületi megbetegedés eredménye is; végül a deformitas igen ritka esetben veleszületett. Bármiként jöjjön is létre az elváltozás, klinikai tünetei mind megegyezők.

Alsberg az irodalomban eddig ismertett esetekből az aetiologiai momentumok szerint az esetek következő beosztását állította össze.

Coxa vara felléphet mint:

A) Veleszületett bántalom:

1. egybekötve más veleszületett izületi deformitásokkal,
2. mint a veleszületett csípőizületi ficzapot követő tünet.

B) Mint a méhenkívüli életben szerzett deformitas, melyet okozhat:

1. angolkór,
2. a fanosodás kórában fellépni szokott csontmegbetegedés, mely még közelebről meghatározva ninesen (Coxa vara adolescentium),
3. osteomalacia,
4. ostitis fibrosa,
5. osteomyelitis,
6. tuberculosis,
7. arthritis deformans,
8. trauma.

Az összes eddig közölt esetek között leggyakrabban fordul elő a pubertas korában fellépő coxa vara; a többi okból fej-

lődött esetek száma oly kevés, hogy ma még ritkaság számba mennek.

* * *

A vázolt kórbonczati elváltozásoknak megfelelően természetesen lényeges változások észlelhetők a beteg czombjának a mozgásában s így nagy akadályok a járásnál. Eseteinknél a coxa vara a következő klinikai tünetekkel jelentkezett.

Az első eset egy R. J. nevű 17 éves földmivest illet, lakik Alsó-Kalán (Komárommegye). A beteg előadása szerint szülei, valamint testvérei egészségesek, ép testűek, ő maga is gyermekkorában mindig egészséges volt. Sohasem sántított. 14 éves kora óta mezei munkát végez mint napszámos s főleg kapálásnál volt alkalmazva. 1898-dik évben körülbelül augusztusban, 16 éves korában érezte, hogy gyorsabban kifárad, majd múlt fájdalmak léptek fel bal czombjában, különösen az adductorok izomesortjában, mely fájdalmak azonban pihenésre csakhamar megszűntek, de munka közben ismét jelentkeztek. Lassanként észrevette, hogy járása is nehezebbé vált, sőt ugyanazon év október havában már sántitással fokozódott és már ekkor feltűnt a betegnek bal lábának

a kifelé fordulása. 3 hó múlva 1899. január hóban baja annyira rosszabbodott, hogy orvoshoz fordult, ki nek a tanácsára ágyba feküdt s három hétig fel sem kelt, a mi annyira csökkentette fájdalmait, hogy csakhamar ismét munkába állhatott, bár a sántítása mit sem változott, mignem ugyanazon év május hóban állítólag egy súlyos fa emelése után fájdalmi ismét felléptek és azóta felvételéig állandóan tartottak.

Felvételkor 1899. szeptemberben a beteg állapota a következő volt: a bal egész alsó végtag körfogata észrevehetőleg csökkent (mégmérve az époldali czomb körfogata 41.5 cm., a bal czomb körfogata 39 cm). Hátról tekintve a beteget, a farredők mindkét oldalon jól kifejezettek, a baloldali kissé alacsonyabban áll. A baloldali trochanter magnus körvonala jól láthatók s láthatólag magasabban és kissé hátrább áll a jobboldalinál (2. ábra).

Az ízület nem duzzadt, nyomásra nem fájdalmas.

A végtag teljesen nyújtott helyzetben van, sőt a csípőizület kiefokú hyperextensioiban, a láb és vele az egész végtag 45°-nyira kifelé fordult, ab- és adductio között a középállásban áll. A bal alsó végtag a jobboldalinál rövidebbnek látszik s ha mindkét talp éri a földet, a medeneze bal oldala mélyebben áll.

Járás közben a beteg a bal alsó végtagjára biccent, a bal czombját a csípőizületben alig hajlítja, inkább nyújtott helyzetben löki

előre. Letérdelésnél, a végtag kifelé rotatioja következtében, a bal alszár a jobb alszárát keresztezi, más helyzetben térdelni nem tud.

Az alsó végtagokat a mellső-felső csípőtövistől a belső bokához mérve a baloldalt 85 cm., a jobboldalt 88 cm. hosszúnak találjuk. A bal végtag rövidülése tehát 3 cm., ugyanennyivel áll a trochanter csúcsa magasabban a Roser-Nelaton-vonal felett. A trochanter basisának a hátsó széle és a mellső-felső csípőtövis közötti távolság a jobb oldalon 13 cm., a bal oldalon 15.5 cm., a baloldali trochanter tehát 2.5 cm.-rel hátrább áll.

(Folytatása következik.)



2. ábra.

Közlemény a budapesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekkorházából.

A Blaschko-féle „mercolint“ alkalmazásáról a csecsemő- és gyermekkorai öröklött vagy szerzett syphilisnél.

Beck Soma dr. kórházi rendelő orvostól.

(Vége.)

V. Cs. József három hónapos, ambulantián jelentkezett 1900 december 12-dikén.

Anyja egyszer elvetélt. A bal arczfél közepén krajezárnyi, sárgáspiros, pikkelyző, fénylő laesiok polycycikus szélekkel. Mindkét szájugban rhagadeok. Az ajkak körül finom, sugaras elrendezésű, hámló laesiok. Mindkét könyök felett, a bal oldalon egy, a jobb oldalon több összefolyó, halvány sárgáspiros, fénylő, finoman rovátkolt felületű papula. Teljesen hasonló jellegű, de erősebben hámló laesiok a kezek mindkét oldalán, a czombok és alszárak belfelületén, a talpakon és lábháton. A végbél körül és a scrotumon felületesen excoriált, kevés genyet secernáló plaque-ok. Erős coryza.

Diagnosis: *Syphilis congenita*.

Therapia: Calomel 0.04:10 porra, napjában két port.

December 17. Tünetek majdnem változatlanul fennállanak.

Calomel elhagyatik, helyette mercolint No 00.

December 21. Az összes laesiok részben tökéletesen elmultak, részben tetemesen javultak. Az arcz papulacsoportja egy rövid félívre szorult össze. Tenyerek és talpak hámlása megszűnt, csak kissé fénylők, papulái a végtagok többi papulosus kiütésével együtt eltűntek. Végbélkörüli és scrotalis plaque-ok nagyobbára behámosodtak, halványak. Nátha fennáll. Többé nem jelentkezett.

VI. Sz. Margit egy hónapos, ambulantián jelentkezik 1900. december 21-dikén.

Egy két éves testvére él és egészséges. A beteg bőrszíne és nyálkahártyái igen halványak. A karok *active nem mozgathatók*; a könyökizületekben találkozó csontok epiphysisei főképp baloldalt erősen megvastagodottak. Kéztöizület állandóan flectált helyzetben; passiv mozgathatóságnak semmi irányban nincsen akadály. A jobb tenyéren és mindkét talpon sárgáspiros, fénylő papulák. Erős nátha, gyakori hig székelet.

Diagnosis: *Syph. congenita. Osteochondritis syph. Catarrh. intestinalis.*

Therapia: Mercolint No 00. Tannigen 1.5:10 porra.

December 27. Tannigen két nap előtt obstipatio miatt kihagyatott. Bal karját a beteg kissé emeli.

December 31. Papulák teljesen elhalványodtak, hámlanak. Bal kar activ mozgása újból javult, nagyobb kitérésű. Általános állapot jó.

Január 9. *Karok active minden irányban akadály nélkül mozognak.* Általános állapot, főleg vérszegénység tetemesen javult.

Január 15. Állandó jóllét, súlybani gyarapodás. Új mercolint No 00.

Január 24. Súly 2775 gramm.

Január 31. Súly 2850 gramm, általános állapot igen jó.

VII. A. Mihály három hónapos. Ambulantián jelentkezett 1901. január 31-dikén.

Négy testvére közül kettő él; egy állítólag morbilliben, egy másik is bőrkiütésben halt meg. A beteg lues ellen röviddel születése után már kezelve volt. A karokon, natesen és scrotumon részben barnáspiros, fénylő, lapos papulák, részben egyszerű foltok, visszafejlődött laesiok helyei. Mindkét könyökizület kinyújtáskor fájdalmas, a gyermek activ mozgást karjaival alig végez, de az epiphysisek elváltozása tapintás útján ki nem mutatható, ellenben az alkar felső két harmadának bőre, kissé a könyökök fölé is kiterjedve, tegnap este óta manchettealakban és éles határral végződően halvány rózsáspiros, szélein kiemelkedő, erősen oedemás, tömött tapintatú. Állítólag hasonló elváltozás volt mult héten a jobb alszáron, a lábikra felett, melynek helyén jelenleg egy kis tömött esomócska tapintható.

Diagnosis: *Syphilis congenita.* A lobos oedemás bőrelváltozások jellege homályos. Talán kiefokú *osteochondritis syphilitica.*

Therapia: Mercolint No 0.

Január 5. Karok pirja elhalványodott, duzzanat még fennáll. Perionialis laesio halványabbak.

Január 7. Karok teljesen normalisak, a gyermek minden irányban fájdalom nélkül mozgatja őket, de az arcokon, főleg baloldalt, tömött duzzanat és pir. A jobb gastrocnemius felett ma már egy élesen határolt, jól körülfogható diónyi, tömött tumort lehet tapintani, a *gumma* összes karaktereivel. A fartáji plaque-ok eltűnőfélben.

Január 7. Az arc duzzanata nyom nélkül visszafejlődött, lábszár gummája változatlan.

Január 21. Állapot változatlan. Új mercolint No 0. Gumma főlé IIg-tapasz.

Január 28. Gumma felényire leapadt.

Február 4. Gumma állandóan kisebbedőben.

Február 11. Közérzet igen jó. Állandó javulás, testsúly gyarapszik. Új mercolint No 0.

Február 18. Gumma teljesen nyom nélkül eltűnt. Bőr tiszta.

Március 18. Kötény végleg eltávolítottak.

VIII. G. Margit 9 hónapos. Ambulantián jelentkezett 1900. január 12-dikén.

Néhány hónapos korában syphilis ellen már 100 calomelport vett be. Jelenleg az inguinális és térdhajlatokban diffúz élénkpiros alapon, kör alakú, kiemelkedő, barnás-piros, nagybárára exkoriált és macerált felszíni papulák, genyes lepedékkel fedve. A faron az anus szomszédságában krajezárnyi, szabályosan kör alakú, itt-ott összefolyó, fénylő, finoman ráncos külemű, ki nem emelkedő foltok.

Diagnosis: *Syphilis congenita*.

Therapia: Mercolint No 0.

Január 14. A papulák megtisztultak, sokkal halványabbak, erős gyógyhajlamot mutatnak.

Január 21. A papulák helyét csak sötétbarnán pigmentált foltok jelzik. Mercolint hordását folytatja.

Május hó folyamán újabb recidiva. Néhány lenesényi plaque muqueuse a nyelven és tonsillán, melyek ezúttal calomellel s localisan lapis-érintéssel kezeltetnek.

IX. B. István. 15 hónapos. Ambulantián jelentkezett 1901. január 8-dikén.

Mult évben syphilis ellen kezeltetett; 110 calomel-port vett be.

Jelenleg a nyelv hegyén éles határu, babnyi, sárgás-fehér lepedékkel bevont fekély. Egyebütt a nyelv felülete egyenetlen felszíni, mélyen barázdált, helyenként fehér plaque-ok. Nagyfokú rekedtség, majdnem teljes hangtalanság.

Diagnosis: *syphilis congenita*.

Január 11. A nyelven levő fekély feltisztult, a többi nyelvbéli elváltozások is tetemesen javultak. Rekedtség engedett, a gyermek jóval hangosabban sír. Mivel azonban erős nyálfolyás lépett fel, a foghús duzzadt és vérzékeny, ezenkívül a mercolinttal fedett bőrterületen összefolyó, helyenként papulosus piros foltok — erythema mercuriale — léptek fel, kénytelenek voltunk a kötényt eltávolítani.

Január 23. Nyálazás még fennáll, hydrargyrosis egyéb tünetei elmultak. Mercolint újból felkötötték.

Többé nem jelentkezett.

X. R. Kálmán egy éves. Ambulantián jelentkezett 1900. november 15-dikén.

Ki'enev testvére közül hat él; egy köhögésben, egy diphtheritisben, egy három hetes korban ismeretlen bajban halt meg. Anyja két év előtt syphilis ellen kezeltetett. E gyermek is hét hónapos korában syphilis és gyomorbélhurut ellen kezeltetett. Jelenleg a homlokon, a száj körül, a jobb czomb hajlító oldalán lenesényi, kör alakú, kissé kiemelkedő, sárgás-piros, fénylő papulák; karokon halvány rózsaszínű foltok.

Hónaljokban, natesen és scrotumon kiterjedt, tömött tapintatú, élénkpiros, nedvedző bőrfelület — eczema seborrhoicum. Az utóbbi helyen néhány specifikus papula is van. Fülék mögött szintén eczematosis. Polyadenitis.

Diagnosis: *Syphilis congenita*.

Therapia: Mercolint No 0.

December 2. Syphilitikus laesio lényegesen halványodtak. Az egész testen leszáradó varicellahólyagcsák.

December 5. Bőr mindenütt tiszta, mirigyek jóval kisebbek.

Pár nap óta köhögés, tüdők felett bő, száraz zörejek. Rend. Inf. ipecae. 0.15, liquor ammon. anis. VIII ad 80.

December 27. Két hét előtt a mercolint orvosi rendelet nélkül távolították el. Az egész bőrfelület akkor állítólag teljesen tiszta volt. Jelenleg a czombokon és a felső ajkon 1—2 fénylő, körkörös, sárgás-piros syph. papula. A mercolint újból feltétetik, de többé a beteg nem mutatkozott.

* * *

A kórtörténeteinkből folyó consequentiák világosak. A mercolint alkalmazása mellett a legkülönbözőbb syphilis laesio, úgy a leggyakrabban előforduló maculo-papulosus kiütések, nyálkahártya plaque-ok, exkoriált és exulcerált hypertrophias condylomák, mint a ritkábban előforduló osteochondritisek gyorsan elmúltak. Csupán egy esetben, a hol egy subcutan gummával állottunk szemben, vett a kezelés a rendesnél hosszabb időt igénybe s kényszerültünk localisan is higanytapaszt alkalmazni. Egyébként azon eseteinkben is, a hol a localis kezelés határozottan indicálva lett volna (I., II., IV. [ez utóbbinál két napig alkalmaztattak calomel-behintések, de azután elhagytak] VIII.), tisztán az általános kezelésre szorítkoztunk, hogy annál biztosabban ítélhessük meg a mercolint formájában alkalmazott higany távolítását. S a betegség lefolyása minden esetben azt mutatta, hogy a megfelelő tisztaság mellett, localis kezelés nélkül is gyorsan gyógyul a syphilis laesio. Néhány esetben arra is alkalmunk nyílt, hogy egy és ugyanazon gyermeknél összehasonlíthassuk a syphilis tünetek visszafejlődését, egyszer calomel vétele közben és másszor a mercolint hordásakor. Megfigyeléseink mindig a mercolint javára ütöttek ki. Míg ugyanis a calomel szokásos adagjainak az alkalmazása közben napokig változatlanul állanak fenn a kiütések s igen gyakran hetekig eltart lassú visszafejlődésük, addig mercolint hordásakor már 4—5 nap múlva feltűnő a syphilis bőrelváltozások javulása s mire a mercolint higánya s ennélfogva hatása is kimerül, vagyis 3—4 hét múlva, az esetek túlnyomó többségében a laesio nyom nélkül eltűntek. Vannak persze olyan jellegű bőrtünetek is, melyek nem minden esetben mulnak el az első mercolint hordása közben. Ilyenek pl. — eltekintve a gumma felszívódásának már említett hosszabb lefolyásától — néha a tenyerek és talpak nagyobb papulái, a melyek felnötteknél is a legmakacsabb és ha egyszer felléptek, a gyakrabban visszatérő laesio közé tartoznak. Gyermeknél ezek is legkésőbb a második mercolint alatt elmúlnak, a melynek hordása különben a legtöbb esetben indikálva van.

Ha a mercolint alkalmazásának indicatioit lehetőleg pontosan meg akarjuk szabni s el akarjuk kerülni, hogy egyoldalúsággal vádoltathassunk: a mercolint által okozott kellemetlen mellékhatásokkal is számolnunk kell. Ezek, mint az közölt eseteinkből is kitűnik, a higanymérgezésnek néha fellépő tünetei. Mercurialis mus súlyos tüneteit egy esetben sem észleltük. Összes eseteink között legsúlyosabb volt a IX., melyet épen a relativ súlyos tünetek demonstrálására választottunk közlésre. Ezen esetünkben az erősen megduzzadt és vérzékeny fogíny, valamint az erythema mercuriale a kezelés ideiglenes félbeszakítását tette szükségessé; tíz nap múlva azonban e tünetek teljesen elmúltak, úgy hogy jónak láttuk a kezelés folytatását. A gyermeket — sajnos — a mercolint újból való felvétele után többé nem láttuk, úgy hogy nem tudjuk, vajjon ismétlődtek-e az előbbi tünetek vagy sem. Erythemát, miliariaszerű kütetet ezen eseten kívül is láttunk néhányszor fellépni, többnyire az első 2—3 napon belül; de súlyosabb dermatitist, mely e kezelési mód teljes abbahagyására és a belső kezelésre való áttérésre kényszerített volna, sohasem észleltünk.

A mercurialis musnak egy valamivel gyakrabban fellépő tünete a bélhurut. Miután azonban meggyőződünk, hogy ez ezélszerű belső kezelés mellett, bevonószerek és adstringensek adására, a mercolint hordása mellett is elég gyakran megszűnik, nemesak, hogy soha le nem tétettük a mercolintot, ha könnyebb bélhurut lépett fel, hanem azon esetekben is, a midőn a syphilis gyermek már bélhuruttal jött a kórházba, minden aggodalom nélkül alkalmaztuk a mercolintot, a nélkül, hogy ennek valami káros hatását észleltük volna.

Recidiváknak természetesen ezzel a kezelési móddal sem

lehet elejét venni. Még arra nézve sem nyilatkozhatunk bizossággal, vajjon a mercolinttal való kezelés mellett hosszabb ideig maradnak-e ki a recidivák vagy kevesbedik-e azoknak száma. Bár a kezelt betegéről nyert személyes impressiók az, hogy e kérdésekre mindkét irányban kedvező válasz adható, tekintettel egyrészt arra, hogy aránylag csak rövid ideig volt alkalmunk betegeinket megfigyelni, sőt nagy részük az ad hoc gyógyulás bekövetkezése után többé nem is jelentkezett, másrészt pedig egyik-másik esetben mercolintkezelés mellett is elég gyorsan egymásután következő, többszöri recidivákat észlelhettünk — melynek egy példája a II. eset —, e kérdést, mint mondtuk, függőben kell hagynunk.

E kedvező eredményeinket *Welander*-nek korábbi, saját zaesko-eljárásával a gyermekek öröklött syphilisénél tett kísérletei megerősítik, miután a Hg alkalmazási módjának elve úgy ennél, mint a Blaschko-féle eljárásnál lényegileg ugyanaz. „Seit 1897 — mondja *Welander* — habe ich alle hereditär-luetischen kleinen Kinder, die in das Krankenhaus St. Görán aufgenommen worden sind, mit kleinen Hydrargyrumsäcken, in denen täglich $\frac{1}{2}$ —1— $\frac{1}{2}$ Gramm Unguentum hydrargyri ausgebreitet wird, behandelt, und mich dabei niemals versucht gefühlt, zu den älteren Behandlungsmethoden zurückzugehen; ganz sicher würde ich mich aber sehr versucht fühlen, solche syphilitische Kinder mit kleinen Mercolintschürzen zu behandeln.“⁹ *Welander* eredményeinek közzétételekor ugyanis, 1900 elején, gyermekek számára még nem készültek mercolintok.

Mindent egybevetve, nem szenved kétséget, hogy a mercolintban a gyermekkori, de főleg eseesemőkori syphilisnek olyan gyógyszerkötét nyertük, mely felette áll az eddig alkalmazni szokott gyógymódjainknak, mely a belső gyógykezelésnél gyorsabb és biztosabb hatású s csak ritkán okoz olyan fokú kellemetlen mellékhatásokat, a melyek a kúra félbeszakítását tennék indokoltá.

Arthritis urica idült esetének rohamos javulása.

Közlő: *Deutsch Izidor dr.*

W. M. 62 éves férfi előadja, hogy körülbelül 8 év előtt térdizületei lassanként megduzzadtak, erősen fájdalmasak lettek és a járásnál erősen akadályozták. Daczára a különféle belső szereléseknek és a fürdőzésnek, ezen baja folyton rosszabbodott, úgyannyira, hogy végre körülbelül $\frac{1}{2}$ évre a kezdettől a járás lehetetlen lett.

Beteg tolokoecin vitette magát, lábát kinyújtani nem tudta, sőt a lábáraállás megkísérlésénél oly erős szúrós és hasogató fájdalmak voltak, hogy a további kísérletezéstől elállott. Így telt el 2—3 év, a mikor is beteg észrevette, hogy a legerősebb erőmegfeszítés daczára sem képes lábait kinyújtani és lassanként egy merev contractura fejlődött ki. Lábat sem active, sem passive, ez utóbbit az óriási fájdalmak miatt, mozgatni nem tudta.

Közben különféle salicyl- és karlsbadi kúrákat vett, melyek semmi eredménnyel nem jártak. Ezen kísérletezések után, mert a kezdetben kezelő orvosok baját egy lobos gonitisnek tartották, semmiféle therapiát nem használt, míg végre ez év július havában hozzám jött, fenti panaszát előadva. Lues, potus tagadva.

Jelen állapot: A jól fejlett és táplált férfibeteg esontrendszere ép, alaki eltérést nem mutat. Bőre halvány-rózsaszínű, zsírpárna erősen kifejtett. Nyak rövid. Mellkas normalis, alaki eltérés nincs jelen; lépésnél mindkét mellkasfél egyenlően vesz részt.

Tüdők kopogtatási és hallgatódzasi viszonyai épek, úgy szintén a szív és a nagy edények is. Has elődomborodó, kissé puffadt, máj, lép normalisak. Vesék jól functionálnak, vizelet napi mennyisége és fajsúlya, valamint vegyhatása normalis.

Átérve az alszárakra, azoknak helyzete tűnik azonnal fel. Mindkét térdizület megnagyobbodott, bőr felettük feszes, fénylő. Mindkét térd felhúzott állapotban van és abducálva.

Tapintásra mindkét patella körül körben jól kifejezett csomók tapinthatók, melyek ujjnyomásra ropognak. Egyébiránt deformitásról szó sincs, sem esontmegvastagodásról.

⁹ *Welander*: Neumann J. tanár jubiláris kötetében.

Mozgatásánál az ízületeknek, mely igen nehezen ment a nagy fájdalmak miatt, szintén erős recsegés volt hallható, mely sokkal kifejezettebb volt a passiv mozgatásnál. A láb, valamint kéz egyéb ízületei intactak voltak. Midőn így meggyőződtem az ízületek kisfokú mozgékonyágáról, a 8 éves baj ellen a következő therapiát állapítottam meg. A therapia 2 főrészből állott: 1. belső szerelésből, azaz felszívó eljárásból és 2. külső beavatkozásból, azaz oszlató eljárásból.

Belsőleg, minthogy a beteg ér- és idegrendszere teljesen ép volt, első sorban a *lithion*t használtattam, melyről a tapasztalat megállapította, hogy kitünő anyagforgalom előmozdító és a felszívódást is elősegíti.

Ebből a *lithion carbonicum*ból rendeltem 3-szor napjában 10 egm.-ot 1 pohár Selters-vízben. Ezzel kapcsolatosan ugyancsak belsőleg jodkalit rendeltem 10:200-ra eleinte 2 óránként, de midőn patiensnél az első napon jelentkezett a jodnátha, mit 2 napi natr. bicarb. szedésével és a jodkali kihagyásával megszüntettem, később csak szintén 3-szor napjában rendeltem. A külső therapia több részből állott: 1. *Massage*, kétszer napjában eleinte csupán 10—10 percig, később pedig $\frac{1}{2}$ óráig. Főleg a térdizület és környéke masszírozottak, időközönként azonban az egész alszár.

2. *Frenkel-kúra*. Miután patiensnél az izomérzés a hosszú inactivitas folytán alászállt, a járás pedig, valamint a lábának patienstől való mozgatása lehetetlen volt, az alábbi kúrát végeztem felügyeletem alatt napjában 2-szer $\frac{1}{4}$ órai tartammal következőképen: különféle ábrákat rajzoltam neki a porban, a miket patiens a lábával utánzott. Ezután egyes akadályokat állítottam fel, a melyeket a patiensnek részint át kellett lépni, részint az akadályok közt, melyek egyes alakokból állottak, kellett mozogni.

Patiens ezen kúra után $1\frac{1}{2}$ hét múlva már maga jelentette, hogy egyes akadályokat behunyt szem mellett is képes kikerülni, sőt azokat átlépni. Ezen methodusokon kívül patiensnél a végtagok activ és passiv mozgatását végeztem, a mi szintén fokozta a mozgékonyágot és izomerőt. Esténként egész éjjelen át patienssel meleg ruhát tettem a térdizületeire.

Mindezen therapeutikus beavatkozásokon kívül főleg az étrendre fordítottam főfigyelmet, könnyű és kevés táplálékra szoktattam a beteget és kerültem mindazon tápszereket, mik a húgsavas diathesis fokozódását elősegítik, így a savanyú dolgokat, zöld főzelékeket, gyümölcsöket stb.

A tapasztalat megtanított bennünket, miszerint az arthritis urica rendszeren jól táplált és kényelmes életmódot folytató vagy folytatott egyéneket támad meg, miért is, mert jelen patiens szintén igen jól táplált volt, arra is törekedtem, hogy patiens testsúlyában minél hamarabb, minél többet veszítsen. Ezt pedig lehetséges volt keresztülvinni főleg lithionnal, mely kitünő anyagforgalmat létesített és az igen erősen megszorított diatával, mit a beteg kitünően betartott.

Ér- és idegrendszer részéről az egész lefolyás alatt semmi olyas nem merült fel, mi a *lithion* további adagolását contraindicalta volna. Ezen kúra közben patienst Topliczára küldtem 4 hétre, hol a *lithion*t, massaget tovább vette és azonfelül még fürdőket. Patiens állapota egyre javul. Az eleinte csak kisebb útát megtenni tudó patiens a fürdő és gyógykezelés hatása alatt annyira haladt, hogy Toplicán már napi 2 kilométert képes volt menni. A fürdőből hazajövet egy kis szünetet rendeltem neki, csupán a massaget és diatát folytattattam vele, és patiens állapota annyira javult, hogy a csomók 1—2 kivételével mind eltűntek, lábát patiens igen jól tudja mozgatni és bot és minden támasz nélkül is hosszabb utakat képes megtenni.

En patienst részéről még korántsem tartom ad integrum restituálnak, mert a köszvény iránti hajlamát nem vesztette el, ellenben ezen therapia és életmód esökkente: nála a hajlamot, mert eddig, most már az ötödik hónapja, patiensnél recidiva nem lépett még fel és a kezdetben volt fájdalmak is szüneteltek azóta. Patienssel ezen kúrát tovább folytatom egyes rövid megszakításokkal és akkor majd, körülbelül 1 év után positiveret fogok mondhatni felőle; jelen közleményt a rohamos jó eredmény fel-tüntetésére bátorítottam közzé tenni.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából.

Lithiasis-esetek.

Közlő: *Ráskai Dezső* dr. műtőorvos.

(Vége.)

A felső hólyagmetszés hat esetben végeztetett.

A 31. sz. esetben a hasfal a linea alba-ban nyitattott meg, a hólyag ugyanezen irányban. A kő eltávolítása után a hólyag csomós selyemvarratokkal egyesítettett, a hasfal sebe tamponálva lön; ugyanígy végeztetett a műtét a 36. és 37. sz. esetben, ez utóbbinál a varratok nem tartottak és a hólyag nyitva kezeltetett. A 34. sz. betegnél az *Antal* által ajánlott hólyagmegnyitás (karelyos, réteges metszés) és varrat alkalmaztatott, a varratok azonban már másnapra szétváltak.

A műtétet *Réczey* tanár a klinikumon ez idő szerint következőképen végezi: a beteg Trendelenburg-fekvésben elhelyezve, a hólyag bór-öldattal mérsékelten megtöltve, végbél colpeurynterrel tamponálva, a hasfal harántul nyitattik meg, a hashártya redője tompán felkészítve, az egyik segéd által ujjával vagy tompa kampóval felfelé húzva, a hólyag két pincetával megfogva, harántul nyitattik meg. A kő fogóval vagy kézzel eltávolítva.

A hólyag *Lembert* csomós catgut-varratokkal, ugyanezek catgut csomós varratokkal az izomzat, a hasfal sebe selyem-öltésekkel összehúzva, a praevescalis ürbe jodoformgaze-csik vezetetik. Azon esetekben, a melyekben a hólyag varrása nem szándékolatik, a hólyag már megnyitása előtt két öltéssel a hasfalhoz lesz erősítve, a kő eltávolítása után pedig egyszerűen kiszegve.

Azon módosítások, melyek a magas hólyagmetszésnél ajánlottak, részben a metszés irányára, részben a varratok minőségére, részben pedig a hólyagnak rögzítésére vonatkoznak, a műtét esélyeit azonban nem változtatják meg. Egyik-másik formájukban inkább daganatok eltávolításánál tesznek jó szolgálatot, a kő eltávolítását czélzó műtétnél a fentebb leirt eljárással szemben haladást nem képeznek. A felső hólyagmetszés története mutatja legelőkeltebben azon változásokat, nem mindig és feltétlen haladásokat, a melyeken az azonos czélokot szolgáló műteti eljárások fölötti nézetek átmentek. A midőn még 40 év előtt *Balassa*²³ e szavakkal kezdi meg egy felső hólyagmetszésről szóló közleményét: „kórodánknak százat meghaladó oldalmetszési esetei között, midőn egy fanív fölötti hólyagmetszés fordul elő, azt külön megemlíteni szükségesnek tartjuk, egyrészt mint a fanív fölötti metszés javulatát kiválóan feltüntetőt, másrészt mint az érintett műtét utáni szokványos körlefolyást ábrázolót“, úgy ma a gátmetszés választása igényel majdnem indokolást.

Bizonyos, hogy a felső hólyagmetszés nagy előnyei, főlénye az összes hólyagmegnyitási műtétek fölött, technikájának kifejllettsége, a sok módosítás dacára könnyű kivihetősége, már közepes ügyesség és gyakorlat mellett is a peritoneum megsértésének veszélytelensége, a sebfertőzésnek majdnem biztos elkerülhetősége ma már vita tárgyát nem képezhetik. Mind a mellett, midőn két ugyanazon czélzó szolgáló műtét között választhatunk, választásunkban két szempont vezethet: a veszély, a melynek általa a beteg életét kiteszszük és a műtét által elérhető eredmény. Ha valamely kitézett czélzó „kisebb kockázat mellett“ valamivel lassabban érünk el, úgy mindenkor ez választandó. A medianmetszés a diaphragma urogenitale átmetszésével, a bulbus és dűlmirigy megsértésének elkerülésével egyszerű és teljesen veszélytelen műtét; megengedi az egész hólyag falának kitapintását (*Thompson*), még nagy kövek eltávolítása is a szövetek minden zúzódásának elkerülésével könnyen eszközölhető (egész nagyok könnyen kisebbíthetők). Katheter állandósításával a sebgógyulás igen gyors, szövödmény nélküli, súlyosabb hólyagfertőzöttség mellett a hólyagdrainage kifogástalanul létesíthető. Az utánvérzés veszélye kicsi, könnyen megállítható. Kővér vagy erejükben lefogyott embereknél is mindig végezhető, nem számít a hólyag falának kóros elváltozásával, független a hólyag telíthetőségétől vagy a hólyagnak anatómiai viszonyaitól (odanövés a symphysis hátsó falához, rögzítés a medence mélyében), az utána esetleg fenmaradó sipolyok könnyen zárhatók, mindenütt, mindenkor és minden orvos által kivihető. Ezek oly előnyök, a melyek e műtét egyenjogúságát minden időkre biztosítják.

A lithotripsia illetőleg lapaxia javalatai és előnyei, kivihetőségeknek határai egyrészt sokkal ismertebbek, másrészt sokkal inkább adódnak a műtétnek a műtét iránti előszeretetéséből, sem hogy klinikumunk kevés esete kapcsán külön megbeszélést igényelnének.

A kő eltávolításával a feladat sok esetben még nincs teljesen megoldva; *Guyonnak* azon mondása, hogy minél könnyebben távolítható el egy kő, annál könnyebben tér vissza, irányt szab a kő eltávolítása után reánk háramló feladatnak. Ez a hólyag állapotának rendbehozatala és így, a hólyag lobterményei folytán létrejött kövekről (phosphat) levén szó, azok újraképződésének meggátlása és mint ezek képződései tisztán helybeliek, úgy a kezelés is tisztán helybeli: a hólyag mosása, rendszeres tágitása, desiniciálása. A betegek egy része ezért volt sebének teljes gyógyulása után is még a klinikumon ápolás alatt.

A röviden összefoglalt kórtörténetek mellett könnyebb áttekinthetőség czéljából az esetek táblázatos összeállítását ide csatoljuk.

Szám	Műtét neve és napja	Kor	Bántalom kora	Kő minősége, kimenetel	Gyógytartam	Megjegyzések
1	perin. lat. metszés 1880. április 22.	9 év	5 év	phosphorsavas javult	25 nap	1 1/2 cm. hosszú sarjadzó sebfel.
2	perin. lat. metszés 1880. december 6.	25	6-7 év	urat és phosph. gyógyult	43	
3	perin. lat. 1881. ápr. 30.	18	néhány hónap	phosphat gyógyult	30	pyelonephritis
4	perin. lat. április 23.	24	gyermek-kora óta	oxálsavas mészhúgysavlerakódással gyógyult	27	nagy utánvérzés
5	median (?) május 25.	13	6 év	gyógyult	30	
6	urethrot. exter.	23	gyermek-kora óta	2 cm. hosszú, 11 mm. széles, sötétbarnakő hajszálsipolylyal	25	genysülyedés a hereborékban
7	median metszés 1882. május 15.	9	detto	phosphor-urat kő galambtojás mekkorában, gyógyult	1 hó	
8	urethrot. exter. máj. 22.	30	detto	gyógyult	3 hó	a gáttájt ért traumára visszavezetett köképződés
9	median metszés szept. 8.	11	egy év	galambtojásnyi gyógyult	40 nap	
10	median metszés nov. 9.	29	1 1/2 év óta	gyógyult	3 hó	hajszálsipoly
11	perin. lat. metszés december 16.	74	3 hó óta	phosphorsavas kő, gyógyult	24 nap	
12	median metszés december 5.	19	—	urat, phosphat gyógyult	50	
13	med. metszés 1883. febr. 13.	39	3 év	uratkövek gyógyult	35	2 korongalakú, a hólyag egy gurdélyában elhelyezett kő
14	perin. lat. metszés 1883. márczius 13.	16	detto	uratkő gyógyult	27	
15	perin. lat. metszés 1883. április 25.	9	1/2 év	oxálsavas kő dió mekkorában, gyógyult	23	
16	perin. lat. metszés 1883. június 13.	48	18 év	gyógyult	28	
17	húgyesőtágítás	58	10 hó	phosphorsavas javult	36	pars membr.-ban székelő kő

Szám	Műtét neve és napja	Kor	Bántalom kora	Kő minősége, kimenetel	Gyógytartam	Megjegyzések
18	median metszés okt. 20.	év	néhány év	gyógyult	21 nap	
19	median metszés aug. 23.	20	3 év	meghalt	27	ascendáló húgyfertőzés
20	sect. lateral. 1884. márczius 14.	30	több év óta	húgysavas sókból, gyógyult	3 hó	hajszálfistula
21	perin. lat. metszés 1884. április 2.	22	születése óta	oxalsavas mag húgysavas burok, gyógyult	31 nap	genysülyedés a borékba
22	perin. lat. metszés 1884. május 3.	68	2 1/2 év óta	2 kő, javult	39	prostata hypertr.
23	perin. lat. metszés 1884. május 29.	26	öt éves kora óta	galambtojásnyi kő, javult	15	tisztán sarjadzó sebbel saját kívánságára kibocsátva
24	litholapaxia	60	egy év	3-50 gm. súlyos morzsalék gyógyult	6	chlorof. bódítás
25	perin. metszés 1886. ápr. 3.	9	négy év	gyógyult	32	
26	lithotripsia október 10., november 3., november 5., november 8., november 11.	74	négy év	gyógyult	egy hó	22, 10, 9, 12, 10 fogással morzsoltatott
27	median metszés 1899. április 1.	68	kilencz év	gyógyult	35 nap	
28	median metszés 1889. szept. 28.	34	két év	két kő meghalt	†	uraemia tünetei között végzett műtét napján meghalt
29	litholapaxia jan. 28., február 1. 1890.	61	egy hónap	öt cm. átmérőjű oxalsavas kő gyógyult	23 nap	
30	litholapaxia 1890. okt. 11.	67	egy év	gyógyult	20	chlorof. bódítás
31	epicystotomia 1890. szept. 20.	16	három év	oxalsavas kő	48	hólyag csomós selyemvarratokkal egyesítve
32	felvétetett 1890. okt. 25.	11	hosszabb idő óta	—	†	leánygyermek, műtét beavatkozás előtt meghalt okt. 29-dikén
33	perin. lat. metszés márczius 29. 1891.	20	gyermek kora óta	április 20-dikán meghalt	†	nephritis, perinephr. fibrinosa chron., pyelitis diphtheritica
34	sectio alta modif. sec. Antal 1890. jun. 22.	14	3 év	gyógyult	70 nap	hólyagvarratok másnap szétváltak
35	lithotripsia 1891. nov. 3.	65	nyolcz év	javult	24	újabb műtétbe nem egyezett
36	sectio alta 1892. febr. 9.	22	öt éves kora óta	gyógyult	28	
37	sectio alta 1893. aug. 8.	67	2 év	gyógyult	83	
38	spontan eltávolodás 1893. november 27.	4	első életév óta	gyógyult	—	
39	median metszés 1895. május 29.	70	öt év óta	phosphorsavas kő, gyógyult	59	előzőleg másfél év alatt 11-szer végeztek morzsolást
40	sect. lat. perin. 1896. augusztus 8.	6	egy év óta	2 uratkő	71	

Szám	Műtét neve és napja	Kor	Bántalom kora	Kő minősége, kimenetel	Gyógytartam	Megjegyzések
41	median gátmetszés 1896. augusztus 3.	46	három év	több kő gyógyult	35 nap	
42	median gátmetszés 1896. szeptember 3.	52	öt hónap óta	86 gm. phosphorsavas kő gyógyult	5 hó	fistulaképződés által késleltetett gyógyulás
43	median gátmetszés szeptember 7.	30	négy év	96 gm. phosphorsavas kő gyógyult	4 hó	epileptikus rohamok miatt a kórházban visszatartva
44	median gátmetszés 1896. december 23	54	1 1/2 év óta	diómekekora-ságú kő gyógyult	2 hó	
45	median gátmetszés 1897. márczius 10.	29	három hó	catheter körül képződött phosphorsavas kő, gyógyult	30 nap	
46	median gátmetszés 1897. április 27.	62	öt év	10 db. egyforma uratkő, 142 gm. össz-súlyban gyógyult	33	
47	perin. later. metszés 1897. október 9.	10	csecsemő kora óta	oxalkő gyógyult	20	
48	median gátmetszés 1897. október 7.	64	4 év előtt	phosphorsavas gyógyult	20	egy év alatt 3-szor műtété
49	median gátmetszés 1897. október 9.	51	3 év óta	detto	26	
50	felvétetett 1897. okt. 1.	61	hat hét	gyógyult	—	műtétbe nem egyezett
51	median gátmetszés 1897. december 1.	70	40 év óta	meghalt	†	a műtétet követő 4-dik napon szívgyengeség tünetei között
52	median gátmetszés 1898. február 12.	32	egy év	oxalsavas kő gyógyult	2 hó	
53	median gátmetszés 1898. február 15.	70	két év	phosphatkő gyógyult	43 nap	
54	perin. later. metszés 1898. márczius 28.	4	egy év	meghalt	†	a műtét napján szívgyengeség tünetei között
55	epicystotomia 1898. október 12.	70	12 év óta	két phosphatkő gyógyult	2 hó	prost. hypertr. miatt funiculus resectio
56	epicystotomia 1898. július 30.	64	két év óta	3 db galambtojásnyi uratkő gyógyult	40 nap	

Irodalom. 1. Balassa: A húgykövekről hazánkban. Orvosi Hetil. 1857. 1-3. sz. — 2. Kovács: Húgykövekről. Orv. H. 1883. Húgykőműtét eseteim. Gyógy. 1887. — 3. Prochnov: Ujabb kőműtétetek. Gyógy. 1890. Ugyanott. 1895. — 4. Makara: Ujabb kőműtét esetek. Gyógy. 1895. — 5. Verebélyi: Tapasztalatok a szegénygyermekórház-egylet ágyain 18 év alatt ápolt húgykőbetegek körül. Gyógy. 1889. — 6. Bókay: A gyermekkori lithiasis hazánkban. Orv. Hetil. 1894. — 7. Preindlsberger: Ueber die Beziehungen des Trinkwassers zur Lithiasis. Centralverband der Balneologen Oesterreichs. 1900. — 8. Thompson: Lithotomie und Tripsie. Lipsee, 1882. — 9. id. Bókay János: Ueber Steinkrankheit d. Kinder. Jahresb. f. Kinderheilk. V. k. — 10. Réczey Imre: Ueber Steinkrankheit der Niere und Blase. Zuelzer-Oberländer Handbuch. 1894. Belg. kézikönyve. V. k. — 11. Prochnov: Adatok a húgyhólyagkövek képződésének ismeretéhez. Gyógy. 1891. — 12. Borbély: Kimutatás a kolozsvári egy. klinikán előfordult húgykövekről. Orvosi Hetilap. — 13. Ivanchich: A kömorzsolásról. Orv. Könyvk. társ. Budapest, 1893. — 14. Cicala: Traité de l'affection calculuse etc. Paris. — 15. Rodsewitsch-Ebermann: Studien über die Steinkrankheit etc. Cbl. f. Harn- u. Sexualorg. 1891. II. — 16. Kukula: Lithiasis in Böhmen. Wien, 1894. — 17. Ullmann: Die Harnconcretionen des Menschen etc. Bécs. 1882. — 18. Guyon: Sensibil. de la vessie à l'état normal et path. Ann. 1887. — 19. Ebstein: Natur u. Behandlung d. Harnsteine. 1884. — 20. Prochnov: Adatok a húgyhólyagkövek képződésének ismeretéhez. Gyógy. 1891.

— 21. *Borbély*: A húgykövekről, három érdekes eset kapcsán. Orvosi Hetilap. 1897. 47. sz. — 22. *Borbély*: A húgyesőkövek okairól. Gyógy. 1898. 33. sz. — 23. *Balassa*: Adalék a faniv fölötti hólyagmetszés méltánylásához. Orvosi Hetilap. 1859.

Az aethylchlorid-narcosisról.

Irta: *Vidakovich Lajos* dr. bányarvos és kórházvezető.

Az aethylchlorid (C_2H_5Cl), melyet „Kelen“ név alatt *Gilliard*, *Monnet* és *Cartier* francia cég bocsátott forgalomba, már sok év óta ismeretes, mint helybeli érzéstelenítő szer. Körülbelül 3 esztendő előtt ismertette *Hacker* tanár innsbrucki klinikája először, mint általános anaestheticumot s ugyanezek ott alkalmazták először rendszeresen altató-sokhoz. Ezen ismertetések szerint a kelen teljesen ártalmatlanul és veszély nélkül alkalmazható főleg ott, a hol a chloroform és aethernarcosis alkalmazásában contraindicatit látunk, sőt *Wiesner* szerint még szokban lévő egyénekben is.

Többször volt már alkalmam kelen-narcosist alkalmazni, és ezen alkalmazásban nyert tapasztalataimat és megfigyeléseimet a következőkben foglalhatom össze.

A narcosis kivételéhez legalkalmasabb a modificált Breuer-féle kosár; ennek alkatrészei: egy alsó nagyobb félgömb, ezen két szelentyű, az egyiket keresztül történik a belégzés, a másikon keresztül a kilégzés; a félgömb alsó szabad karimája egy léggel töltött gummicsővel van ellátva, melynek segítségével légáthatatlan odatapad a légzés nyílásaihoz. A belégzési szelentyű felett egy henger van alkalmazva, mely egy kisebb üres gömbben végződik, ennek oldalán egy $\frac{1}{2}$ cm. széles és 3 cm. hosszú bevágás van egy gaze-csik befogására, mely a chloraethyl felvételére szolgál.

Az altatás kivitele most már következőkép történik: a chloraethyl erős sugárban irányítjuk a leirt nyíláson keresztül a gazecsikra, a kosarat a légzés nyílásaira helyezük, mire pár légvétel után beáll az excitatio stadiuma.

Ezen izgalmi stadium — *Wiesner* tapasztalataival szemben, ki azt csak iszákosoknál látta — mindig rövid ideig tartó csak, de igen hevesen lépett fel, kimaradását nem láttam soha, tartamára nézve alkoholistáknál minden esetben hosszabb ideig tartó volt és vehemensebb is.

$\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ perc után az érzéstelenítés teljessé válik, pupilla- és cornea-reflexek jól kiválthatók, az izomelernyedés azonban nem teljes: a szív-működés részéről semmi változás nem volt tapasztalható, dacára az egy esetben fennállott nagyfokú mitralis insufficienciának. Hányás, dacára annak, hogy a betegek előzőleg étkeztek, nem volt tapasztalható.

A kelen hosszabb behatására az arcon cyanosis tünetei mutatkoznak, melyek azonban a kosár levétele után rögtön visszafejlődnek. Ezen hatás volna a határ, a meddig a kelen behatását megengedhetjük.

A kosár levétele után az öntudat rögtön visszatér, de az érzéstelenítés még pár percig megmarad, s csak lassan — legutóljára a végtagok érzésének visszatérésevel — mulik el teljesen. Sőt *Wiesner* egy betegéről emlékszik meg, a ki a narcosis alatt kérdéseire határozott feleleteket adott, de a felébredés után ezekről mit sem tudott.

A betegek a narcosis után rendszeren segítség nélkül maguk mehetnek ágyukba, nem panaszkodnak soha fejfájásról, s így hiányzik a kellemetlen altatási részesség. Magam ambulansokon is alkalmaztam a kelen-narcosist, különösen foggyökér extractioknál, s a betegek dacára annak, hogy a narcosis teljes volt, a műtét után akadálytalanul folytathatták munkájukat. Egy alkalommal fogóműtét végrehajtása céljából szülőnőn alkalmaztam s megemléstésre méltó, hogy az uterus-contractiok az egész narcosis alatt, gyengébben és fájdalomtalanul bár, kiváltattak, a mi a műtétet igen hathatósan befolyásolta. Fájdalom, eddig hasonló esetben nem volt többé alkalmam a kelen használatom.

Azt hiszem, hogy vidéki gyakorlatban a kelen-narcosis kitünően beválhat és a vidéki orvosnak sok beavatkozását fogja megkönnyíteni és lehetővé tenni, különösen, mert veszély nélkül alkalmazható, főleg ott, a hol chloroform- és aether-narcosis contraindicálva van, tehát a vérkeringés szerveinek megbetegedéseinek, cachectikus állapotoknál, nagy vérvesztéseknek és szokban (*Wiesner*) levő egyéneknek. Továbbá mindama beavatkozásoknál, melyek 40—50 percnél hosszabb időt nem igényelnek, mivel az ébredés hamar bekövetkezik, mi, ha bekövetkeznék, a műtétre minden esetre hátrányos lenne. A mint már fent említettem, az izmok elernyedése nem tökéletes, de elégséges arra, hogy elévült fizemódásokat helyreigazíthassunk vagy hogy a tört patella törvégeit egymáshoz közelítsük (*Wiesner*).

Annak megállapítása, hogy a szülészeti gyakorlatban minő eredményre fog beválni, még sok tapasztalatra, megfigyelésre szorul; fenti esetemben az uterus-contractioknak megtartása miatt — ha a narcosis alatt kívánatos — a kelen-narcosis a chloroform- vagy aethernarcosisnál sokkal észszerűbbnek bizonyodott.

Végezetül felemlitem a chloroform-narcosissal szemben tapasztalható hátrányait: ezek a könnyű ébredés és az izomzatnak nem teljes elernyedése.

Irodalom. Lotheisen: Archiv für klin. Chirurgie. 57. kötet, 4. f. — *Pircher*: Wiener klin. Woch. 1898. 21. sz. — *Loebisch*: Realeencyclopaedie der gesammten Heilkunde. 3. Auflage. — *Wiesner*: Wiener med. Woch. 1899. 28. sz. — *Ludwig*: Beiträge zur klin. Chir. XIX. k. 3. f. — *Ruegg*: Centralblatt für Zahnheilk. u. Zahntechnik. 333—334. sz.

TÁRCZA.

Az énekhang és énekművészet physiologiaja.¹

Kétségen kivüli, hogy minden művészethez, vagyis minden művésznak az ő művészetéhez bizonyos részben öröklött, részben kiművelt lelki tulajdonságai kell, hogy legyenek. A physiolog szempontjából ezen lelki tulajdonságnak valami anyagi substratuma van az idegrendszerben, a mit ez idő szerint még elemezni nem tudunk. A művészetnek aesthetikai fogalmát tárgyalni nem kívánom; ámbár bizonyára egészen más valami az, mint a virtuositás, mégis a közéletben úgy találjuk, hogy e két fogalmat sokszor felesérölve használják; és nehéz is volna megállapítani, hogy a kettő között hol van az éles határ. Különösen áll ez a zene- és énekművészetre nézve, mely utóbbi a közönséges életben majdnem egészen azonos fogalom az énekvirtuositással. Érdekes és nem is hálátlan dolog az énekművészet physiologiai megfigyelése, mert azon nyilvánulása a hangszervnek és idegrendszernek, a melynek műhelyébe még leginkább tudunk bevilágítani, a melynek folyását még leginkább bírjuk követni.

Alig szükséges felemlítenem, hogy teljes és kimerítő tanulmányt nem adhatok, mert bárha az emberi gége anatomája és physiologiaja, tehát a hangképzés tana meglehetősen ismert; az énekhang mechanikája sokkal finomabb változatokra és egész más irányban hívja fel a vizsgálatot; oly irányban, melyben a physiologia és a muzsika találkoznak egymással. Számos nagybecsű munkát áll már ez irányban rendelkezésünkre és a legutóbbi évek irodalma tanúságot tesz arról, hogy mily becsben áll az énekhang elemzése; mindazonáltal a fenti cím szokatlan és eddig használatlan. Midőn a következő fejezetben az énekhang- és az énekvirtuositásnak physiologiaját *iparkodom megállapítani*: egyrészt régóta ismert anyagot fogok új irányban felhasználni, másrészt saját megfigyeléseimet és újabb adatokat kívánok ezen anyaggal egybekapcsolni.

A hanganyag. Az a rajongás, a melylyel egyes művészeket a művelt közönség ünnepe, az a győzedelmes körút, a melyben az egész világot bejárják, mindenütt hódítva, mindenütt elragadva, sokakat is vonz hasonló pályaválasztásra.

De ahhoz, hogy az énekes énekének varázserejével mindenütt elbájolja a közönséget, és hogy ezzel kapcsolatban nemcsak babért, hanem csengő érzet is arasson bőségben, nagyon sok kellék szükséges, a mit bizonyít az, hogy ezen és ezen tódulnak azon művészi pályára és mégis csak egy töredékrész válik be többé vagy kevésbé, kisebb vagy nagyobb körben, valamely operában vagy más lokális hivatásban. Ezeknek ambíciója ki lehet elégítve; helyüket kitöltik és a közönséget gyönyörködtetik. Mennyi ezekhez képest a családottak száma, ha tekintetbe vesszük, hogy csupán Németországban több ezerre, Budapesten magában több százra tehető évenként az éneknövendékek száma.

Es mily kivételszámba mennek ehhez képest azon énekművészek, kik csodaszép énekükkel az egész kontinensen és túl az oceánokon mindenkit elragadnak, kiket mindenütt a rajongásig megszeretnek.

Mi kell tehát ezen kiváló kvalitáshoz, ezen isteni adományhoz?

Ha épen a közvetlen behatás, a művelvezet hatása alatt kartársaim ilyen kérdést intéztek hozzám, különösen azt, hogy lehet a hangszervnek alkalmas voltát vagy fogya ékosságát a gégetükörben meglatni; kell-e bizonyos izmoknak és melyeknek kiművelve lenni; úgy erre rövidesen nem tudtam felelni. A hangszerv fogyatékoságait vagy kiválóságait meglehetősen fel lehet ismerni az objectív vizsgálattal; de a gépezet precizitóját és munkaképességet már alig lehet megítélni. *Az énekművészet lelki tulajdonság, melyhez azonkívül rendkívül szabatos finomsággal dolgozó hangadó gép szükséges.*

A mit az éneknövendéknek nagyreményű pályája számára hoznia kell, az még a hangszerv előtt kezdődik; az mindenekelőtt kifogástalan physikum, ha nem is épen akrobata-izmok, de teljes épség; mert még elég ideje és alkalma leszen később a pálya izgalmai és megerőltetései közben betegeskedni; kezdeni minden esetre ép testi és leki energiával kell; a második főfeltétel a *hangszerv épsége és a hanganyag*. A művészi kellekekről, a kiváló muzsikai tehetségről, az izlés és érzés finomságáról nem is akarván szólni.

Mi tehát a hanganyag? A bíráló, ha az énekest meghallgatják, mindenekelőtt a hang kvalitását írják le olyképen, mint azt mindennap olvashatjuk: nagy, öblös, hatalmas hangról beszélnek, mely telve érzésséggel hangzik, melyet hatalmas lélekzet hajt; azután kiesiny, puha, üde hangról, a mely rugalmas, hajlékony, a felső régiókban üres, nem jól csengő, azután fiatal, behizelgő, meleg, sympathikus, vagy hideg, merev, halvány lehet a tonus, stb. sok leírás. Egyszóval a személyes impressiók képletes kifejezésekben nyilvánulnak. És ez nagyon természetes is, mert nincsenek szavaink egy nyelvben, az olasz nyelvben sem, a melyekkel a hang kvalitásait meg lehetne jelölni, hiányoznak a fogalmak, a melyekkel az egészen szép és normalis hangok azon különbségeit megjelölhetnők, a melyeket hallószervünk kétségen kívül észrevesz. Mert hallószervünk ezen különbségek észrevételében nagyon finom és a különbségek nagyon sokfélék, hisz, hogy egyéb példát ne hozzak fel, majdnem minden ismerősünket megismerjük a hangján. (Mellesleg megjegyzem, hogy beszéd hangján jobban ismerjük fel, mert hozzájárul a beszédmodor, az articulatio és a beszédzörejek jellegzetes tulajdonsága, a mely annyira polyphon, hogy alig van két ember, a ki egyformán beszél; az énekhangban már a különbségek nem annyira feltünők.) Ha tehát nem is tanultuk meg azt, hogy a hangok kvalitását megfelelő szavakkal is

¹ Előadott részben a budapesti kir. orvosegyesületben, részben a magy. fül- és gégeorvosok egyesületében.

megkülönböztessük, úgy mint a színeket vagy alakokat; mégis bizonyos sajátosságokat elemezni fogunk.

Nagy hangnak a tömör és telt éneklés nevezik, vagyis azt, a melyet már oly távolságról is meg lehet hallani, a minőről egy másikat már nem hallanánk. A nagy hangnak azonban már a középhangokban kell kifejeznie, nem pusztán a magas fekvésben. Mert a magasabb fekvésben az énekes erősen beidegezni képes, tehát az erősen fokozott légnyomás ellenében, mely légnyomást a mell- és hasizmokkal hoz létre, erősen feszülő hangszalagokat, vagyis nagy ellentállást kifejtő ventilt tud produkálni; és hangja annál erőteljesebb lesz, annál nagyobb messzeségben is jól visz, minél magasabb légnyomással dolgozik.

A nagy feszességű lég nagyobb amplitudában rezeg, erős együtt-rezésre bírja a resonátorokat, számos harmonikus felhangot kap a garat és szájüreg által képezett resonatortól és ekkor telt és tömör. A legkevésbé tehát a mit tenor- vagy sopranénekestől várhatunk az, hogy legalább a felső fekvésekben legyen hangjának csengése és tömörsége.

De a nagy hang már a középhangokban is, vagyis azon helyzetben, mely aránylag a hangrés nyugalmi helyzetének mondható, kell, hogy megnyilatkozzék. Sőt már a beszédhangban is azonnal feltűnik. Akárhányszor tapasztalhatjuk, hogy egy társaságba belépve, már messziről meghalljuk valakinek a szavát, a ki pedig nem is erőltetett hangon, nem is erősebb beidegzéssel, hanem normalis könnyedséggel beszél. Nyilván igen jó resonantiája van a hangjának, melyet azonkívül szélesebb mellkas is fújtat; de hangszervének is izmosabbnak kell lennie, hangszalagjai rendszerint szélesek, záró izomzata kitűnően és nagyobb erőltetés nélkül működik. Drámai művészeinknél is tapasztaljuk azt, hogy az egyik szavát nagyon jól meg lehet hallani, bármily nyugodtan beszél is; a másikat pedig alig.

Nagy hang alatt a sorok közt rendszeren az is értetik, hogy a hangnak nagy terjedelme legyen, hogy a hangok minél nagyobb scálájára kiterjedjen és hogy legalább is két octávát felölelve, ennek minden kótáját szépséggel és könnyűséggel énekelje az illető.

Ambár a nagy hang művészi okokból is szükséges, mert minél több az anyag, abból annál többet lehet alkotni és természetesen kellő művészettel a leghatalmasabb hang is alkalmas a legfinomabb és legalkalmasabb modulációkra is; mindazonáltal a nagy horderejű hang külső okokból szokott elengedhetlen feltétel lenni.

Operaházaink rendszerint nagy nézőtérrel és nagy színpaddal bírnak; ezen nagy térszűkhöz mérten a zenekarok is nagyok és azért szükséges, hogy az énekes hangszerve is megfelelő horderővel bírjon, hogy jól legyen hallható és a zenekar mögött egészen el ne veszzen.

Epen azért nem is igen lehet véleményt alkotni az énekes értékről, ha valamit a szobában zongorakísérettel előad. Egészen más az, ha az opera zenekara mögé állítják és reánehedzik a zeneszerző partitúrája. Mert ott nem saját tetszése szerint választhatja meg az énekét, nem azt veheti, a mi neki könnyebben és szebben fekszik, nem is azt, a mi ő szereti és mi neki tetszik, hanem kénytelen énekelni azt, a mi a hangszervének magasságban vagy mélységében nem oly jól fekszik; kénytelen parlando énekelni középhangokon, a melyek talán alig hallhatók és egészen szánalmas benyomást tesz a hallgatóra.

A legtöbb énekes növendéknek van egynéhány szépen csengő hangja és pedig rendszerint a magasban (de nem nagyon magasban), ezekkel ő hódítani kíván; és mivel hangjának eddigi gyakorlásával elérte azt, hogy a hanglétra magasságában egy-két hangot nyert (vagyis könnyebben, esetleg szebben is éri el magas hangjait), azért abban bizik, hogy hangja még tovább is lesz fejleszhető, a mi pedig a középhangokat illeti, azokra egyelőre alig is gondol; a már elért eredmények a növendékművészt mindig nagy reményekkel töltik el és ha észreveszi, hogy mily messze van hanganyagja a kész művésztől, úgy mindig amannak nagy rutinját és hosszú évi tanulását veti latba. Ezen művészi ambícióit növelni akarta azonkívül az ének-mester elismerése és buzdítása. A mester e közben a hang fejlesztését mindinkább oly irányban folytatja, hogy a növendék minél több hangot nyerjen és azon hangterjedelemmel bírjon, a melyben az operapartiek meg vannak írva; de a mi rendkívül fontos, hogy a hang középhangokban is erős legyen, arra kellő gond nem fordítatik, de talán nem is fordítható, mert erős középhangokat, mint az éneklés fundamentumát, a növendéknek a természettől magával kell hoznia; és ezeknek már rövid énekgyakorlás után könnyen kell fakadniuk a hangszervből. Igaz ugyan, hogy a folytonos gyakorlás fejleszti a megfelelő izmokat, de a leendő művészt; a leánynak 20, a férfinak 23 éves korában kell, hogy középhangjai kiváló resonantiával bírjanak.

De a nagy és tömör hanganyag (vagy mondjuk a nagy amplitudó-okban rezgő és felhangokban gazdag alaphang) még nem minden és még korántsem egyenértékű a művészettel.

Némai József dr. egy. magántanár.
(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A hólyagbetegségekről.

Közli: **Novotny Lajos** dr. kir. tanácsos.

A hólyagbajok felismerése körül bizonyos nehézségekkel kell megküzdünk.

A nehézségek jobbára olyanok, hogy könnyen kicsiségeknek

vehetjük; de adott esetekben mégis elég nagyok arra, hogy hamis diagnózisra s így téves irányú gyógykezelésre adjanak alkalmat. Így a kankós beteg vizeletének bő, genyes üledéke, a vizelet zavarossága s az alakjukat vesztett felhámok: hólyaglobosodásra vagy pyelitisre keltethetnek gyanút, ha nem vagyunk kellően óvatosak. A hólyag nyaki részén támadó hevenyész gyuladás terminalis vérzéssel jár, azaz a hólyag kiürülése után véres hólyag szivárog ki a húgycsőből. Ha azonban óvatosak nem vagyunk, a csüngő húgyvese acut lobjával téveszthetjük össze, hol szintén vér szivárog néha elő. A különbség csak az, hogy míg urethritisnél a hólyag megcsakítása után, tehát mintegy commandora is beáll a vérzés, addig cystitisnél csak a hólyag teljes kiürítése után.

A diagnózisbeli nehézségek más oldalról is felmerülhetnek.

Igy köztudomású, hogy idegbajosoktól gyakran hallunk a húgyszervekre irányuló panaszokat, pl. tabesben a vizeleti nehézségek már jóval előbb köszöntenek be, mint egyéb kiáltó tünetek.

Viszont ismét maguk a húgyszervek bajai is, pl. a prostata túltengése, más szervekre irányuló tünetekkel és jelekkel, dyspepsiával s egyéb ideges tünetekkel köszöntenek be s csak később mutatkoznak azon jelek, melyek a húgyszervek betegségeire irányítják a figyelmet.

Szerencsére azonban e nehézségek olyanok mégis, hogy egy kis gondolkodással s körültekintéssel leküzdhetők.

Ilyen nehézségeknek tekinthetők továbbá azok is, melyek tulajdonképpen már a vizsgáló módszerek alkalmazásakor is tévedést okoznak. Dysuria alkalmával természetesen stricturára gondolunk s ha a sonda a húgycsőben, pl. a bulbus táján, felakad, az előbb még csak valószínű diagnózis biztos kórisemének vesszük; holott atoniás hólyagnál is dysuriás tünetek állnak fenn s ha nem ügyelünk eléggé, sondánk a petyhüdt, tasakszerű bulbusban szintén felakadhat.

Igen gyakoriak a diagnózis felállítása körül azon nehézségek is, melyek a vizsgáló módszerek tökéletlenségének tudhatók be. Hogy többet ne említsék, nem csak a sonda, de a cystoskop is elkerülheti a diverticulumban rejtőzködő követ.

Nem hagyhatom szó nélkül a nehézségek azon különös fajtáját sem, mely úgyszólván specialis a maga nemében s ez a beteg viselkedése a consultatio alatt, mely míg egyrészt megnehezíti a diagnózist, addig másrészt felette veszedelmes is magára a betegre s kellemetlen az orvosra nézve. A nehézségek első esetben a beteg morális érzéséből fakadnak. A tagadás szelleme kísért itt s a jóakarát megtöri a rosszul értelmezett szeméremézésen.

A beteg viselkedéséből fakadó további nehézségek már akaratán kívül támadnak és gördítenek akadályokat a diagnózis elé.

E nehézségek az idegélet abnormis nyilvánulásából állanak, melyek vizsgálat közben lepik meg a beteget. Az orvostudomány egy szakmájában sem állnak be a betegség felismerésére irányuló vizsgálatok alatt oly gyakran önkívületi állapotok, ájulás, szédülés stb. mint épen a húgyszervekre irányuló vizsgálatoknál. Némelykor az egyszerű sonda avagy tükörvizsgálat nemcsak ájulásba ejti a beteget, de a legnagyobb szerencsétlenségnek, halálos kimenetnek lehet okozója. Ily tragikus végű volt 12 év előtt amaz endoszkopos vizsgálat, melyet néhai Antal az ő szokott gyöngéd, jó modorával, a legnagyobb körültekintéssel ejtett meg. Az autopsia annyiban érdekes, hogy néhai Scheuthauer, a nagy tudomány s kiváló kórisemnek, kit a boncolásra, mint a kórház secundáriusa, felkértem, halálokat nem jelezhetett.

Természetes, hogy ily szomorú esetek nyilvánosságra hozatala, míg egyrészt gátat vet a derfire-borúra alkalmazott instrumentális vizsgálatoknak, addig másrészt túlságos óvatosságra is vezet, mi ismét a diagnózis kárára esik, mert a vizsgálatoktól való tartózkodás a tüneteken alapuló kórismet nem emeli az instrumentális vizsgálat által a biztosság szintjére.

Érdekes, hogy az idegéletre ható elváltozásokon kívül a műszerrel való beavatkozásnál még egy más tünetesoport is megteheti a beteget, mely ismét csak az urologia specialitása s mely ismét a már többször említett diagnosztikai nehézségekhez sorolható. E tünetesoport egy sajátos lázas roham, mely sok esetben a sonda-, catheter- és tükörvizsgálatot követheti. A vizsgálatok végzésénél e körülmény is, míg egyrészt óvatosságra int, természetesen túlhajtásában ismét ama bizonyos nehézségeket okozza a diagnózisban, melyre figyelmünket léptenyomon felvetik a körülmények, s melyek megnehezítik a diagnózis biztosságát.

Az újabb idő haladásáról szólva, az urologia irodalmát ez alapon az jellemzi, hogy minduntalan felveti azon körülményeket, melyek a diagnózisban és terapiában a betegre nézve oly nagy fontosságúak, s melyek a húgyszervek bajaiban specialitás számba mennek. Jeles kutatók, mint Antal, Guyon, Thompson, Gütterbock, Dollinger, Réczey a húgyszervek bajaiban a diagnózis tisztába hozatala céljából, hogy részint a nehézségek leküzdhetők legyenek, részint, hogy hamarosan célhoz juthassunk, a betegvizsgálatban bizonyos sorrendet követnek, részint a panaszok meghallgatásában, részben pedig a műszerrel való vizsgálatban, így akarván megkönnyíteni a betegség felismerését, megkímélni a beteget a zaklató és nem céltudatos instrumentális vizsgálatról s egyszersmind megkímélni az orvost sok felesleges munkától.

A habitus megfigyelésével, hogy vajjon szegényvérvű, görvélykóros-e a beteg, mivel különösen ezeknél a bántalom jobbára elhúzódó, chronikus alakba megy át, a panaszokat hallgatjuk meg. A panaszok meghallgatásakor, hogy a beteg a kellő mederben haladhasson, legcélsebb, ha a Thompson ajánlotta fogással kérdéseket intézünk a panaszokhoz.

Igy megkérdezzük, hogy van-e húgyvesefolyása, gyakran kell-e vizelni, fájdalmas-e a vizelet, véres-e a vizelet, milyen a húgy sugar, zavaros-e a vizelet s állanak-e fenn háttáji, vesetáji fájdalmak.

S ha e kérdésekre feleletet kapunk, csakhamar helyes irányba terelhetjük a vizsgálatot, sőt felismerhetjük magát a betegséget (a vizelet végén beálló vérzés a hólyagnyaki rész lobjánál észlelhető); továbbá útmutatást nyerhetünk arra, hogy mily eszközzel ejtsük meg a vizsgálatot (a kocsiirázásra beálló vérvizelés pl. köre kelt gyanút, tehát kökutatóhoz nyúlunk) s végre harmadszor ép a panaszokból tudjuk meg, hogy vajjon szükségünk van-e az úgynevezett vizsgáló eszközökre.

„Mert különben is a vizsgáló eszközöktől az egész betegség lefolyásában tartózkodnunk kell, mert a húgyszervek bajai többnyire akut vagy régen elhúzódó gyuladásból állnak s így azokat a panaszokból vagy egyéb jelekből, a vizeletből és váladékokból is könnyen felismerhetjük.“

„Az eszközökkel történő vizsgálat az akut gyuladást különben is csak fokozná s így kivitele ellen tiltakoznunk is kell.“ (Novotny dr.: A húgyszervek betegségeinek felismerése I. köt.)

A vizsgálatban így sorrendet tartva s a beteget is mintegy magunkhoz szoktatva s bátorítva, a subjectiv panaszok meghallgatása után, másodsorban a vizelet s egyéb váladékok vizsgálására irányul a figyelem.

Gyakorlati szempontból természetesen csakis azon abnormalis eltérésekre kell ügyelni, melyek a diagnózisra épen szükségesek s a panaszokból megalkotott valószínű diagnosist a biztosság niveaujára emelik. A beteghez intézett kérdések ugyanis nemcsak az instrumentalis vizsgálatnak szoktak irányt szabni, hanem magát a vizeletvizsgálatot is oly mederbe terelik, hogy általa rövid úton s sok felesleges munkát elkerülve, felismerhetjük a betegséget.

Igy, ha az a panasz, hogy a vizelet zavaros, sokszor téglavörös, s ha a feltett kérdésre azt a választ kapjuk, hogy ez azonban csak időközönként van így, sőt napjában váltakozva, hol zavaros, hol tiszta, természetesen a phosphaturia kimutatására teszünk előkészületet s nem kutatunk zsirgömbök, genysejtek s véresejtek után.

Sokszor már a vizeletben lebegő alvadt vér megszemlélése (ureterlenyomat) vesebajra irányítja a figyelmet s így természetesen nem ejtjük meg ama körülmenyes vizsgálatot, melyből húgyeső-, hólyag- avagy vesevérzésre gondolhatunk.

Hogy a vizelet mennyiségének ismeretéből, 24 órán át gyűjtögetve, a fehérségének jelenlétéből, a vese alakos elemeinek kimutatásából már magát a betegséget is felismerhetjük, az a gyakorló orvost igen közlelő érdeklí, de ne feledjük, hogy ily irányú vizsgálatot akkor is fogantatosítanunk kell, ha nem is a vesére irányuló panaszokkal áll elő a beteg, mert pl. a prognosis lehetőleg rossz prostatatültengésben, ha egyidejűleg a vese is beteg.

Hogy a vizeletnek vizsgálata — ha lehetőleg hamarosan is végezzük — nagy segítségünkre van, kitűnik pl. cukorvizelésnél, midőn kétszeres óvatossággal fogunk valamelyes operatiohoz.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Grundzüge der allgemeinen Mikrobiologie. Von M. Nicolle. Ins Deutsche übertragen von H. Dünschmann. Berlin, 1901. Verlag von August Hirschwald.

Nicolle, a konstantinápolyi császári bakteriologiai intézet igazgatója, Pasteur iskolájából került ki, s így nagyon természetes, hogy munkája, melynek jó német fordítása jelent meg az imént, Pasteur iskolája tanainak szószólója, a mi különösen a munka azon részeiben feltűnő, a melyekben a humoralis felfogással szemben a cellularis folyamatok fontosságát fejtegeti a szervezet védekezésénél a fertőző csírok ellon. A használatot nagyon megkönnyítő kimerítő tárgy- és névmutatóval ellátott munka körülbelül egyenlő terjedelmű két főrésze oszlik. Az első főrészben a mikroorganizmusok anatómiájára és fiziologiájára vonatkozó ismeretek vannak jól áttekinthetően összeállítva, mi mellett a mikrobiologia vegyi része is a német munkákban találhatónál bővebb méltatásban részesül. A kétségtelenül becsesebb második főrész a phagocytákról, az infectioról és az immunitásról mondja el tömören a szükséges tudnivalókat. Az ide tartozó irodalmi adatok ma már annyira felhalmozódván, hogy egy ember az ezen fejezeteket alkotó kérdések valamennyit már alig képes összes részleteivel áttekinteni: nem csudálkozhatunk azon, hogy egyik-másik helyen hézagok mutatkoznak; azon czélt azonban, hogy jól áttekinthető rendszerbe foglalt, könnyen érthető rövid leírását adja az infectiora és az immunitásra vonatkozó ismeretek mai állásának, szerző mégis elérte. Ezen második főrész öt nagyobb fejezetre oszlik. Az első a phagocytákat ismerteti, a másodikban pedig az infectio, valamint a baktériumok és toxinok előidézte lob vannak ismertetve. A 3. fejezetben szerző a következő felosztás alapján tárgyalja az immunitás fontos kérdéseit: a) természetes immunitás; b) szerzett nem specifikus immunitás; c) mikrobák vagy toxinok által létesített specifikus immunitás; d) serummal létesített specifikus immunitás; e) betegség átállása által szerzett specifikus immunitás; f) öröklés útján szerzett specifikus immunitás; g) tej útján szerzett specifikus immunitás. A negyedik fejezet az antitestek képzésével foglalkozik, az ötödik fejezet pedig rövid vázlatot adja a növények fertőző betegségeinek. Az összesen 300 lapra terjedő munka jó szolgálatokat fog tenni azoknak, a kik az orvostanban ma oly fontos szerepet játszó mikrobiologia elemeivel és újabb vívmányaival könnyű szerrel megismerkedni óhajtanak.

Jean Finot: Die Philosophie der Langlebigkeit. Einzig autorisirte Uebersetzung aus dem Französischen von Alfred H. Fried. Berlin, 1901. Hermann Walther. 8-adrét. XII. és 300 l. Ára 4 márka.

Ezen harsonahang és dobszó kíséretében a piacra bocsátott könyv azt a czélt tűzte maga elé, hogy a halált az emberekkel, illetve olvasóival megkedvelteti. „A legújabb biológiai kutatások“ (sic!) alapjából indul ki! „Az anyag megmaradásának elve“ — e körül forog a dolog. Ne féljük a halált. Hiszen a mi a siron túl van: az is élet. Mert az anyag megmarad: milliónyi élő féreg válik az emberből. Es „míg életünkben mindössze csak egynéhány emberi lény nemzői voltunk, a sír mélyében a lények myriádjainak leszünk apjává“ (91. lap). Arra a jogosult kérdésre, hogy hát az életben birt öntudatból mi lesz, egyszerűen azt feleli: „hiszen tulajdonképen hány ember is van, a kinek életében is volt öntudata?“ (89. lap). Mi sem természetesebb, hogy ezek után egy kirohanás következik a tetemégetés ellen! Már annyira következetesen meg kell maradnia a nagy szeretettel, megkívánással ábrázolt kukacok kedvéért a földbe temetés mellett, hogy a tetem elégetését mindenkép elítéli. Attól, hogy a földben nagyon felszaporodnának a tetemek, nem fél, mert a családi traditiók ügyis kivesznek és nincs miért tovább ápolni, fentartani a sírhelyet. Nemesi familiáknál 300, polgáriaknál 150 év múlva vész ki a traditio s szűnik meg a kegyeletlessé sírfentartás (131. lap); így tehát a temetők túlnépesedése nem okozhat aggodalmat.

Ilyen és ehhez hasonló bizarr ideák foglaltatnak ebben az olvasásra nem ajánlható könyvben.

Gy—y.

Uj könyvek. Runge: Lehrbuch der Geburtshilfe. VI. Auflage. Berlin, J. Springer. — *Wilhelmi*: Die mecklenburgischen Aerzte von der ältesten Zeit bis zur Gegenwart. Schwerin, E. Herbirger. — *Simon*: Eine neue rationelle Methode zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht. Göttingen, Vanderhoeck und Ruprecht. — *Oppenheim*: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. III. Auflage. Berlin, S. Karger. — *Schlesinger*: Die Syringomyelie. II. Auflage. Leipzig und Wien, F. Deuticke. — *Fink*: Die Behandlung der Othreiterungen durch den praktischen Arzt. Berlin und Leipzig, Vogel und Krelenbrück. — *Heimann*: Über letale Othrerkrankungen. Jena, G. Fischer. — *Tappeiner*: Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre. IV. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *Brasch*: Die Anwendung der physikalischen Chemie auf die Physiologie und Pathologie. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Petersen*: Beiträge zur pathologischen Anatomie der graviden Tube. Berlin, S. Karger. — *Schaeffer*: Experimentelle und kritische Beiträge zur Händedesinfektionsfrage. Berlin, S. Karger. — *Moritz*: Über Lebensprognosen. St. Petersburg, Buchdruckerei der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften. — *Gottstein*: Technik und klinik der Oesophagoskopie. Jena, G. Fischer. — *Baedecker*: Die Arsonalisation. Wien und Berlin, Urban und Schwarzenberg. — *Fritsch*: Die Krankheiten der Frauen. Zehnte Auflage. Leipzig, Hirzel. — *Neuhauss*: Lehrbuch der Projection. Halle, Knapp. — *Kutner*: Das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen. Leipzig, G. Thieme. — *Gemmel*: Die Gicht. Berlin, A. Hirschwald. — *Jessner*: Die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. Würzburg, A. Stuber. — *Wegscheider*: Geburtshilfe und Gynäkologie bei Aëtios von Amida. Berlin, J. Springer. — *Sabouraud*: Maladies du cuir chevelu. Paris, Masson et comp.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Konyhasó-oldat injectiok a fertőző bajok és mérgezők therapiájában. A konyhasó-oldatok subcutan és intravenosus adagolásával régebben a szervezet kitisztítását, mintegy kiöblítését akarták elérni, hogy az anyagforgalom salakjai vagy a mérgek gyorsabban és alaposabban kiürüljenek.

Bosc és Vedel kísérletei azt mutatják, hogy a konyhasó-oldat úgy az osmotikus folyamatok befolyásolása, valamint a veseepithel direct izgatása folytán diuretikus. Betegnél nehezebben indul meg a diuresis, mint egészségesnél.

Ha a diuresis folytán csakugyan gyorsabban tisztul meg a szervezet a mérgektől, úgy ezeket a vizeletben nagyobb töménységben kell megtalálnunk, mint voltak azelőtt. A vizsgálat azonban azt mutatta, hogy itt — minden várakozás ellenére — a vizelet toxicitása nemcsak a dilutio folytán, hanem absolute is csökkent, míg a húgyanyag, chloridok és phosphatok mennyisége erősen felszökött.

Szerzők e jelenségeket azzal a felvétellel magyarázzák, hogy a Na Cl-oldat a sejtekből osmotice kivonta a mérget, ez által a sejtek felszabadultak, s erősebb élettevékenységre, oxydatiora képesek, úgy hogy a képződő mérgeket tönkreteszik. Ez magyarázza a hypotoxicitást s az anyagcserevégttermények mennyiségének fokozódását.

Az injectio a phagocytosist és a vérnyomást is előnyösen befolyásolja. (Revue de méd. 17. és 18. kötet.)

Dalmady Z.

A gümöbacillusok toxinjai. *Frenkel és Bronstein* a gümöbacillus-tenyészetekből a toxikus anyagokat izolálták, azok erősségét meghatározták, valamint azt is vizsgálták, vajjon a *Maragliano*-féle savó képes-e ezen toxikus anyagokat közömbösíteni. Szerzők a következő véggövetkeztésekre jutottak: 1. a gümöbacillus-kultúrákból glycerines kivonaton (tuberculin) kívül egy esomó derivatum nyerhető, mint a tuberculo-toxin (folyékony és szilárd alakban), vizes tuberculin-kivonat, zsirtalantított bacillusok (bacilli digrassati) stb.; 2. ezen productumok nagy

része kifejezett toxicitással bír, a mely mérhető; 3. valamennyi bizonyos adagban typosus tünetek mellett állatoknál halált okoz; 4. a toxinok lassan fokozódó adagaival állatoknál immunitás létesíthető; 5. az immunizált állatok vére kifejezett antitoxikus hatású. (Medicinskije Obosrenje, 1901.)

Torday Árpád dr.

Belgyógyászat.

A szívbajokat a kóroktan szempontjából vizsgálta *Worobjew* és azt találta, hogy az idült billentyűbajoknál, az egyes fertőző bajokat egyenként tekintve, a *heveny sokizületi* csúsz játszsza a legfontosabb szerepet, azonban kisebb jelentőségű, mint a többi fertőző baj együtt véve. Valószínű, hogy a legtöbb nem rheumás eredetű billentyűbántalom kezdettől fogva idült bajként lép fel; a bántalom sokszor öröklött. (Deutsches Archiv f. klin. Med. 69. kötet, 5. és 6. füzet.)

Torday Árpád dr.

A hasmassage hatásáról a gyomorra, szív működésre, pulsusra és peristaltikára. *Ekgren Erik* erre vonatkozó vizsgálatai kimutatták, hogy a hasmassage a szív működésre megnyugtatólag és szabályozólag hat. A pulsus gyéribb lesz s az edények tonusa csökken. A peristaltica fokozódik. Ezeken kívül a hasmassage valószínűleg reflectorikus úton még bradycardiát és edénytágulást is okozhat. (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. V. kötet, 3. füzet.)

—nt.

Az intestinalis eredetű sitophobiáról ír *Einhorn M.* Sitophobiának nevezi azt az állapotot, mikor a beteg nem akar táplálékot felvenni, mert fél annak esetleges rossz következményeitől. Az állapot, ha nem gyógyítják, az életet is veszélyezteti. Több esetet közöl, a hol a beteg azért nem táplálkozott, mert félt, hogy már meglévő bélzavarait a nagyobb mennyiségű táplálék rosszabbítani fogja. Legkárosabb a sitophobia hatása olyanoknál, kiknél obstipatio van jelen, a melyet a tápfelvétel kisebbedése még fokoz. A gyógyítás a beteg táplálásában áll, akár mi is az oka a sitophobiának, s akár mily módon történik is az. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. V. kötet, 3. füzet.)

—nt.

A phtisikusok arteriosus nyomásáról ír *John M.* Kisérletei nyomán, melyeket Gärtner-féle tonométerrel phtisikusoknál, hörghurutosoknál és emphysemásoknál végzett, s melyeket a vér fajsúlyának mérésével kötött össze, a következő eredményekre jut:

1. A tüdőtuberculosis kezdő szakában a vérnyomás és a vérfajsúly normális.

2. A vérnyomás csökkenése a vérfajsúly csökkenésével összeköttetésben a tuberculotikus folyamat erősebb fejlődésére mutat, még akkor is, ha ez a kopogtatási és hallgatódzásai tünetek útján nem mutatkozik is.

3. A súlyedt vérnyomás emelkedése, a mi, ha a nyomás 70 mm.-ig súlyedt, ritkán fordul elő, azt jelenti — a nephritises eseteket kivéve —, hogy a folyamat rosszabbodik s halad.

4. Emphysemánál a vérnyomás és fajsúly emelkedett. (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. V. kötet, 4. füzet.)

—nt.

Kisebbs közlemények az orvosgyakorlatra.

A thioicol, mely a tüdőbetegségek gyógytanában ma nagy szerepet játszik, *Schnirer* szerint mint anti diarrhoeicum is igen jól megállja helyét. Különösen subacut és idült bélhurutoknál látott tőle szerző igen jó eredményeket. Noha egy esetben sem adott opiatokat, a hasfájások mégis már néhány thioicol-adag bevétele után megszűntek, valószínűleg a thioicolban foglalt guajacol érzéstelenítő hatása folytán. A tannin-készítményekkel szemben előnye a thioicolnak, hogy obstipatiót sohasem okoz. Kellemetlen mellékhatások állítólag sohasem mutatkoztak. A szerző által közölt kórtörténetek között találunk olyanokat, a melyekben bismuth-, tannin- és opium-készítmény hatástalanok maradtak, thioicol-kezelésre pedig néhány nap alatt gyógyulás következett be. Felnötteknek $\frac{1}{2}$ grammos adagokat rendelt 3-szor naponként bevételre, legcélszerűbben comprimált tabletták alakjában; gyermekeknek $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ gramm adható naponként oldatban, narancsszörpvel édesítve. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1901. 32. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1901. 45. szám. *Strausz Aladár*: A prostata lobos megbetegedéseinek orvoslásáról. *Borbély Samu*: Gyomor-bélműtétek. *Herszky Manó*: Virchow és kora.

Orvosok lapja. 1901. 45. szám. *Hönig Izsó*: Az emberek élet-tartamáról, különös tekintettel az orvosok halálzási viszonyaira Magyarországon.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1901. 45. szám. *Drasche*: Szívzörejek. *Brügelman*: Az asthma aetiologiája és tünettana. *Sternthal*: Új Röntgen-eső és megjegyzések a radium-hatásokról. *Coert*: A sérvek a baleset-biztosítás szempontjából. *Burger*: Fül és életbiztosítás. *Finger*: A szájjüreg syphilise.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 45. szám. *Klein*: Cataracta diabetica. *Jellinek*: Elektromosság és chloroformnarcosis. *Preindlsberger*: I. Az ileus műtéti kezelése. II. Wölfler-féle strumadilocatio módosítása. *Fürth*: Parotitishez hasonló tünetekkel járó heveny jodismus.

Wiener medicinische Presse, 1901. 45. szám. *Knotz*: Pseudobulbaerparalysis esete egyoldali reflectorius pupillamerevséggel. *Bonne*:

Gyógyítás suggestioval a mindennapi gyakorlatban, főleg alkoholistáknál. *Herz*: A periferiás vérkeringési készülék neurosisai (vasomotorius ataxia).

Prager medicinische Wochenschrift, 1901. 42. és 43. szám. *Walsch*: Idült nem gonorrhoeás urethritis. *Bayer*: Spina bifida. *Kast*: A szívaffectiók viselkedése idült izületi csúznál, illetőleg arthritis deformansnál.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 45. szám. *Martius*: A gümőkór constitutionális tényezőjének öröklődése. *Wolff*: Vizsgálatok a pleuraizadományok illetőleg. *Gumpertz*: Kettős öntudat. *Baumgarten*: A gümöbacillus pathohistologiai hatása. *Prowe*: Gonorrhoea és prostitutio.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 45. szám. *Beck*: A hypospadiasis műtévese. *Uhlenhuth*: Különböző állatok húsának felismerése specifikus serumokkal és ennek jelentősége a húsvizsgálatnál. *Jores*: Májcirrhosis ritka alakja. *Shiga*: Az epidemias dysenteria Japánban, különös tekintettel a bacillus dysenteriae-re. *Strauss*: A máj functiovizsgálata. *Durlacher*: Méhrepedés, a levágtott fejnek a hasüregbe jutásával. *Ascher*: Városi egészségi hivatalok.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 43. szám. *Deutschländer*: Perimetriás püpmérés. 44. szám. *Casper*: A functionális vesevizsgálat értékesítése a vese- és a hassebészeten.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 45. szám. *Zander*: Anus praeternaturalis vestibularis esete. *Guérard*: Valódi graviditas interstitialis. *Gröné*: Facialis paresis spontán szülés után.

Neurologisches Centralblatt, 1901. 20. szám. *Bechterew*: Reflexek az arcz és fej területén. *Hudovernig*: A supraorbitalis reflex kérdéséhez. *Parhon és Goldstein*: A spinalis motorius localisatiók és a metameriák elmélete. *Bikeles*: A motorius agyidegek fekvése a pedunculi cerebriben. 21. szám. *Bregman*: Reflexepilepsia spastikus oesophagus-stenosisnál. *Stransky*: Rostfestések konzerválása. *Parhon és Goldstein*: A spinalis motorius localisatiók és a metameriák elmélete.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1901. október. *Kowalewsky*: Podagra és neurosisok.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1901. 14. kötet, 1. füzet. *Kraus*: A rákmetastasisok keletkezése az ovariumban primaer ráknál. *Amann*: Az ovarium polyposus cystomája. *Stolper*: Szülési hűdések. *Knapp*: Adatok az eclampsia történetéhez.

Zeitschrift für Heilkunde, 1901. 10. füzet. *Lazarus*: A pankreas-cysták pathogenesise. *Schneider*: A gonococcusok jelentősége a gonorrhoea-szövődmények és metastasisok szempontjából.

Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen, 2. kötet, 5. füzet. *Schwabe*: Az emberi gümőkór viszonya a marhagümőkórhoz egy sajátos eset kapcsán. *Giovanni*: A gümőkórra hajlamosítottak. *Reiche*: A sanatoriumi tüdővészkezelés eredményeinek kritikája. *Blad és Videbeck*: A diazoreactio, különös tekintettel a tüdőgümőkóra. *Goldschmidt*: A tüdővész sanatoriumi kezelése. *Weber*: A köpet fertőtlenítése. *Moeller*: Megjegyzés az előző közleményre.

Archiv für Gynäkologie, 64. kötet, 2. füzet. *Schröder*: Folliculoma. *Landau*: A belső női genitáliák gyuladásai klinikai szempontból. *Abel*: A méhrák korai diagnosisa. *Falk*: A esontos medence alakja és fejlődése az intra-uterin élet első felében. *Josephsohn*: A torzképződésű méh újképletei. *Fränkel*: Az ureter alaklötése. *Gabriel*: A haematocoele retrouterina fejlődése ovarialis vérzésekből.

La presse médicale, 1901. 89. szám. *Hulot és Rosenthal*: Generalizált enterococcia. *Martinet*: Mikor és miért használjuk a natrium salicylicumot? 90. szám. *Chaput*: Általános érzéketlenség előidézése rachicocainisatioval. *Leguen*: Rachicocainisatio után 2 haláleset. *Dumont*: A rachicocainisatio technikája.

Le bulletin médical, 1901. 87. szám. *Michel*: Az abdominalis influenza klinikai alakjai.

Progress médical, 1901. 44. szám. *Foveau de Courmelles*: A phototherapie.

La semaine médicale, 1901. 46. szám. *Lépine*: A diabetes mellitus kezelése. *Bourget*: A tüdő részarányos helyeinek binauricularis auscultatioja.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 45. szám. *Zunz*: Az albuminoid anyagok fractionált praecipitálása sók segítségével. *Poncet*: Gümőkóros rheumatismus. *Meillère*: Epesavak kimutatása organikus folyadékokban, főleg vizeletben.

British medical journal, 1901. november 9. *Judson S. Bury*: Az idegbajok prognosisa. *F. Semon*: A felső légutak betegségeinek helyi kezelése. *J. M. Clarke*: A thalamus opticus daganatai által okozott némi tünet. *J. Coubro Potter*: Influenzával kezdődő typhus. *E. Mansel Simpson*: Gégepapillomák. *E. Blacker*: Az intussusceptio kezelése inflatioval és succussioval. *C. Ballard*: Hólyagkö 75 éves nőnél; műtét után gyógyulás. *H. G. Nicholson*: Szülés utáni méhinversio. *A. Powell*: A syphilis gyakorisága körülméltéknél és nem körülméltéknél. *Faulder White*: Otitis suppurativa esete.

The lancet, 1901. II. 18. szám. *Judson S. Bury*: Az idegbajok prognosisa. *Dyce Duckworth*: A személyi tényező gümőkóránál. *A. Ogston*: A vér és a secretumok fagyponjtjának meghatározása a prognosiz szempontjából. *T. Clifford Allbutt*: A tüdővész kezelése sanatoriumban.

Ch. R. Box és Cuthbert S. Wallace: Heveny gyomortágulat. Ch. Bell Taylor: Hályogkivonás néhány kivételes esete. E. S. Yonge: Ozaena kezelése elektrolysisal. Clayton A. Lane: Terhesség és szülés kétébényű méh egyik szarvában; placenta praevia. G. A. Clarkson: Thrombosis a vena saphena cystikus tágulatában. Harold L. Barnard: Prostata-adenomák enucleatioja. E. Mackey: Antitoxin használata után gyógyult traumás tetanus három esete.

The practitioner, 1901. november. W. H. Broadbent: Vesebaj és vérkeringés. J. R. Bradford: Uraemia. Theo. B. Hyslop: A Bright-kórral és uraemiával kapcsolatos elméleti állapotok. F. Foord Caiger: Nephritis előfordulása egyes specifikus fertőző bántalmaknál, különös tekintettel a prognosira és gyógyításra. J. J. Pringle: Bőrkiütések Bright-kórral. R. T. Williamson: A Bright-kór klinikai alakjai és diagnózisuk.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 44. hetében (1901. október 28-diktől november 2-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1901-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 728,235, katona 16,484, összesen 744,719. Elve született 400 gyermek, elhalt 218 egyén, a születek tehát 182-el multák felül a halálozásokat. — Születek arányszáma: 1000 lakosra 27.9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 15.2 az egy éven felüli lakosnál: 12.3, az öt éven felüli lakosnál: 11.4 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 1, pertussis 1, morbilli 3, scarlatina 4, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 5, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 6, apoplexia 7, eclampsia 5, szervi szívbaj 14, pneumonia 17, pleuritis 2, pneum. catarrh. 2, bronchitis 4, tuberculosis pulmonum 34, enteritis 16, carcinoma 15, ezek közül méhrák 0, egyéb újképletek 4, morbus Brightii et nephritis 3, veszülött gyengeség 13, paedatrophia 3, marasmus senilis 9, erőszakos halálos 11, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 4, bal eset 7, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi köz-kórházakban. A múlt hét végén volt 2879 beteg, szaporodás e héten 768, esőkkenés 747, maradt e hét végén 2879 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi október 29-étől november 5-dikéig terjedő 44. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 34 (41), diphtheria, croup 20 (22) hagymáz (typhus) 12 (11), kanyaró (morbilli) 45 (59), trachoma 9 (6), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 21 (10), orbáncz (erysipelas) 20 (19), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 2 (1) járv. fültömirigylob 5 (9), ezenfelül varicella 71 (65).

— **Egyetemi alkalmaztatások.** Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén alkalmazást nyertek: *Unterberg Hugó* dr. a II. seb-klinika mellett mint díjazott műtönövendék. *Benedikt Henrik* dr. mint III. tanársegéd, *Bálint Rezső* dr. mint díjazott gyakornok, *Pollatsch Elemér* és *Elischer Gyula* dr.-ok mint díjazatlan gyakornokok az I. belklinikai tanszék mellett; *Tornay József* dr. mint díjazott gyakornok a II. belklinikai tanszék mellett; *Lichtenberg Sándor* és *Lobstein Leó* V. éves o. h. a II. bonczatani intézetben mint díjazatlan gyakornokok; *ráthonyi Reusz Frigyes* dr. és *Patzy Popovits Orosz* mint díjazatlan gyakornokok az elmekörtani intézetben; *Genersich Vilmos* dr. mint tanársegéd és *Becheft Armin* dr. mint díjazott gyakornok a közegészségtani intézetben; *Fodor Leó* V. éves o. h. mint díjazatlan gyakornok a II. kórbonczatani intézetben.

⊕ **A közegészségtani tanszék jelöltjei.** A Fodor tanár halála folytán megüresedett közegészségtani tanszékre a budapesti orvoskari tanártestület szótöbbséggel első helyen *Liebermann Leó* dr. egyetemi rk. tanárt és az országos központi chemiai intézet igazgatóját és az állatorvosi főiskola chemiai előadóját, második helyen aequo loco betűrendben *Riegler Gusztáv* dr.-t, a kolozsvári egyetemen a közegészségtan ny. r. tanárát és *Székely Agoston* dr. egyetemi magántanárt és az általános kór- és gyógytani tanszék adjunctusát jelölte ki.

± **Negyven év előtt beiratkozott orvostanhallgatók találkozója.** E hó 11-dikén az István főherceg-fogadóban kedélyes lakomát rendeztek a budapesti egyetemre negyven év előtt 1861-ben beiratkozott orvostanhallgatók, a kik ma jobbra tekintélyes orvosok. A találkozóon megjelentek: *Török Aurél* dr. budapesti és *Grünfeld* dr. bécsi egyetemi tanárok, *Bernolák* császári és királyi vezértörzsorvos, *Stern Adolf* dr. és *Elber Károly* dr. törzsorvosok, *Schermann Adolf* dr. Budapest főorvosa, *Feja Ferencz* dr. zólyomgyepei főorvos, *Nenadovics Ljubomir* dr. pancsovai, *Fürst Henrik* dr. szízesi főorvos, *Ehrenhaft Rezső* dr., *Frank Samu* dr., *Kéry István* dr., *Szamek Fülöp* dr., *Weisz Jakab* dr. fővárosi gyakorló orvosok, *Berezky Endre* dr. fővárosi kerületi orvos, *Homonnay Ferencz* dr., *Izsó Lajos* dr., *Sáska László* dr. körorvosok, *Novák Károly* dr. kinsztári főorvos, *Fodor Pál* dr. Miskolcz város főorvosa, *Závori Sándor* dr. gleichenbergi fűrdőorvos. A találkozóon megjelent *Than Károly* főrendiházi tag egyetemi vegytan tanár is, a ki a jubiláló orvosok egykori tanárai közül már csak egyedül van életben. A találkozóon nagy ovációban részesítették az ősz professort, a ki reminiscenciákban gazdag beszédben köszönte meg volt tanítványai üdvözlését. *Novák* dr. és *Weisz* dr. mondtak még pohárköszöntöket. A negyven év előtt beiratkozott 117 hallgató közül ma már csak harmincznégyen vannak életben.

± **Kinevezés.** *Herczel Manó* dr.-nak, a budapesti tudomány-egyetem magántanárának Ó Felsője a vallás- és közoktatásügyi minster előterjesztésére az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta.

± **Árkövy József** dr. egyetemi tanárt a „Verein oesterreichischer Zahnärzte“, mely e hó 14-dikén tartotta 40 éves fennállása jubileumát, egyhangúlag dísztagjává választotta.

± **Róth-Schulz Vilmos** dr. orvosi működését *Meranban* megkezdette. Egyszersmind a „Hungaria“ tüdőbetegség kezelésére létesült intézet társorvosa.

△ **Kitüntetés.** *Márton Jenő* dr. I. oszt. honvéd-ezredorvosnak több egyénnel a saját élete veszélyeztetésével eszközölt megmentéseért Ó Felsője a koronás arany érdemkeresztet adományozta.

— **Orvosi kinevezések.** A fő- és székváros főpolgármestere a balparti kórházhoz kinevezte: *Battinger Károly* dr.-t, *Várkonyi Jenő* dr.-t alorvosokká, *Kovács Aladár* és *Szafanek János* dr.-okat segédorvosokká, a jobbparti kórházhoz *Sipőcz Géza* dr.-t segédorvosá.

○ **A székesi orvos- és gyógyszerész-egylet** — mint az *Alexander Béla* dr. szerkesztette évkönyvben olvassuk — az 1900. év folyamán is élénken folytatta működését. Két közgyűlést tartott *Felkán és Lőcsén*, melyeken nagy számban voltak jelen a tagok, kiknek száma 71 volt. Ez üléseken többen tartottak előadást, melyek az évkönyvben láttak napvilágot; így *Lorx Sándor* dr.: Szepesmegyének közegészségi állapota 1899-ben. *Fáy Mátyás Miklós*: A tüdővész sanatoriumi gyógykezelése, különös tekintettel az újtátrafűredi sanatoriumra. *Weber Samu*: Lubló-fűrdő 100 év előtt. *Alexander Béla* dr.: A kéz x-sugaras képe. *Daits Ede* dr.: Az utolsó 12 év alatt Felka városában előfordult rosszindulatú újképleteknek statisztikája, tekintettel azoknak aetiologiájára. *Daits Ede* dr.: Megemlékezés iglói Szontágh Miklós dr.-ról.

△ **Belorvostani társulat** alakult Bécsben és f. hó 9-dikén tartotta alakuló ülését. Elnök lett *Nothnagel* tanár, alelnökké lettek: *Schrötter* és *Neusser*, titkárokká pedig *Schlesinger Hermann* és *Herz Max* urak. A „Wiener medicinische Club“ helyébe alakult ez egyesület minden két hétben szándékozik egy tudományos ülést tartani.

— **Tudományos intézetek egyesítése.** Hamburg városának polgársága törvényként elfogadta, hogy a város összes tudományos intézményei az egyetemek mintájára egységes testületté egyesítenek. Az egyes intézetek igazgatói, valamint az előadók megtartásával megbízott tudósok a professori címet kapják s együttesen „a tudományos intézetek tanári egyesületét“ („Professoren-Konvent der Wissenschaftlichen Anstalten“) alkotják, mely elnökét egy évi tartamra a maga kebeléből választja. A tanári egyesület feladatahoz fog tartozni az egyes tudományos intézetek működése és hatása körébe vágó szakkérdések megadása, egy tudományos évkönyv kiadása, s a tartandó előadások és gyakorlati tanfolyamok évi tervének elkészítése. Az intézmény törvényileg kimondott végcélja pedig a tudomány fejlesztése egyrészt önálló kutatások, másrészt pedig mások buvázkodásának támogatása útján. Az idei téli félévre 117 szakudós, köztük 20 főiskolai tanár jelentkezett előadónak. A virágzó Hansa-városnak régi terve valósult meg ez által.

△ **A budapesti általános poliklinikán** október hóban 2841 új betegnek 11,261 rendelés történt.

□ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** segélyét október hóban 915 esetben vették igénybe. Évi folyó szám: 8162.

⊙ **Nyilatkozat.** Alólirottak hálás érzelmekkel látják a most megjelent *Magyar Orvosi Vadmecum* előszavában, hogy a szerkesztőség a *Vadmecum* nyelvezetében tekintetbe venni óhajtott azon javaslatokat, a melyeket mi, nyelvünk tisztaságának érdekében tettünk. Félreértés elkerülése céljából mégis kénytelenek vagyunk annak kijelentésére, hogy csakis a szerkesztőség jóakarattal szándékát érezzük nevünk felemelésében, de a nyelvezetben, sajnos, nem látjuk a szerkesztőség szándékát megvalósulva. Budapest, 1901. november 15. *Csapodi, Jendrassik.*

± **Megjelent.** *Nagy képes világtörténet* 141. füzete. A hugenották történetének folytatását tartalmazza. Ára 60 fillér. — A magyar királyi állatorvosi főiskola évkönyve az 1900—1901. tanévről.

† **Elhunyt.** *Pallay Miklós* dr., volt 1818/49-diki honvédfőhadnagy és gyakorló orvos Debreczenben 73 éves korában.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**“ (Ujonnan épült magán-egyetemintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbeteg** részére. **Budapest**, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kiváratra prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencéiben az ásványvíz napokint négyszer megújul, **loccális iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küldi az igazgatóság.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (Rendkívüli ülés november 9-dikén.) 751. l. — Közkórházi orvostársulat. (XII. bemutató ülés 1901. október 9-dikén.) 751. l. — Személynevek külföldi tudományos társulatok üléseiből. 753. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(Rendkívüli ülés 1901. november 9-dikén.)

Elnök: **Taufer Vilmos.** Jegyző: **Grósz Emil.**

Elnök az ülést megnyitja.

Napirendre ki van tűzve az egyesület házának átalakítása. Elnök felkérésére **Grósz Emil** bemutatja az igazgató tanács jelentését, mely szerint az egyesületi ház gyökeres tatarozása okvetlenül szükséges, minthogy a homlokzat, a fedél, a II. emeletet tartó gerendázat és a lépcsőzet nagy mértékben megrongálódott úgy, hogy a szakértők véleménye szerint a ház veszélyes állapotban van.

Tekintettel az egyesület jelenlegi helyiségeinek hiányaira, nevezetesen a nagy ülésterem elégtelenségére, a mellékhelyiségek kényelmetlenségére s a könyvtár elhelyezésének lehetetlenségére, az elnökség azt javasolta, hogy tétessék megfontolás tárgyává, nem lehet-e a javítás alkalmából e hiányokon is segíteni.

Az igazgató tanács által e kérdés tanulmányozására kiküldött bizottság — **Taufer Vilmos** elnöke alatt **Jurkiny Emil**, **Temesváry Rezső** és **Tóth Lajos** — elfogadták a felkért **Berczik Gyula** ministeri osztálytanácsos tervét, mely szerint 36,000 koronáért az egyesület háza úgy volna átalakítható, hogy a földszinten a ruhatárak s a szakosztályok ülésterme lenne, az I. emeleten a kibővített nagy terem, betegvároszóba és társalgó, a II. emeleten a könyvtár. A költségek fedezésére az első magyar ált. biztosító társaság a már részben letörlesztett régebbi kölcsönt újból engedélyezné és pedig most is a lehető legkedvezőbb feltételek mellett: 4¹/₂%-os kamatozással s időhöz nem kötött törlesztéssel. Ilyen módon a tagok megterhelése nélkül az egyesület házának hiányain legnagyobb részben segítve lenne.

Thrig Lajos: Elismeri, hogy az orvosegyesület helyiségei rosszak. De azt tartja, hogy az orvosegyesület háza az átalakítás után sem lesz alkalmas e célra. Azért, mert a ház fekvésénél fogva sem alkalmas az egyesület céljaira, azt ajánlja, hogy szabadulni kell e helytől és épen ezért foglalkozzék az igazgató tanács az orvosegyesület céljainak megfelelő helyiség szerzésével, ha ez 10 év múlva lenne is csak lehetséges. Szó az elvet hangoztatja, mely mellett az anyagi kérdés másodrendű.

Andrácszky Jenő hosszabb megokolás kíséretében, mely főleg a költségvetés és a számítás nem elég pontos voltával foglalkozik, határozati javaslatot terjeszt be, mely szerint: „a közgyűlés a tervbe vett átalakításokat nem szavazza meg és elhatározza, hogy mindaddig, míg új épületnek az építésére a kellő feltételek nem forognak fenn, lényegesebb költséges átalakításokra nem hajlandó”.

Inselt Arnold ellenző, **Jurkiny Emil** pártoló és a számítások realitását bizonyító felszólalása után **Taufer Vilmos** rectificálja a vitában felmerült téves állításokat, azután felteszi a kérdést: *Elfogadják-e a közgyűlés az igazgató tanácsnak a ház átalakítására vonatkozó előterjesztést?*

A közgyűlés túlnyomó többsége nem kívánja az átalakításokat végrehajtani.

Közkórházi orvostársulat.

(XII. bemutató ülés 1901. október 9-dikén.)

Elnök: **Bradách Antal.** Jegyző: **Terray Pál.**

(Folytatás.)

A hallóideg megbetegedése nicotin-intoxicatio folytán.

Tomka Samu: Acut nicotinismus kezdő dohánygyári munkásoknál az első hat hónapban gyakori. Ily esetet mutat be előadó, valamint egy erős dohányzónál egy idült nicotinismus esetet.

K. M. 28 éves dohánygyári munkásnál ez év szeptember 12-dikén reggel felkeléskor szédült, elesett, a délelőtt folyamán még háromszor elesett, nagyon szédült, bal füle igen erősen zúgott és bal fülére elvesztette hallását. Az összeesés alkalmával nem hányt és eszméletét nem veszítette el. Megbetegedése előtt két hét óta náthás, különben azelőtt orra, torka, füle teljesen egészséges volt. Megbetegedésekor ágyba fektült, tíz napig ágyban maradt, folyton szédült, végtagjait, fejét és szemét nagyon nehézként érezte; most egy hete jobban van, szédülése, zúgása nem folytonos és kisebbfokú. A torokban adenoid vegetatiók vannak. Suttogást bal oldalon nem hall, hangos szót 10 cm.-ig. Rinné pozitív, de a csontvezetés nagyon megrövidült, mély hangvillát nem hall, de a magasakat jól, legjobban a C₁-t.

M. B. 18 éves. Nyolcz éves kora óta szenvedélyesen cigarettázik, huszat is naponta. Fejfájása több év óta, különösen, ha dohányzik, oly nagy, hogy az égő cigarettát el kell dobnia, olyankor a nyak mozgása is nehezére esik. Pharyngitis, dobhártya normalis. Suttogást bal oldalt nem hall, hangos szót 1/4 meterig. Mély C₁-C₂ hangvillát nem

hallja, C₃-C₄-t jól hallja. Ha 1:250% nicotint veszünk fel a dohányban és egy cigarettát 8 gm.-nak, úgy a húsz cigarettában annyi nicotin van, a mennyi, ha a szervezetbe jutna, sok ember megölésére volna elegendő.

A dohány helybelileg izgat, az orr, torok, középfül nyákhártyáját marja, hat a szaglásra, ízérésre, általános toxikus hatása által az agy sensorikus központjainak hűdését és a vagus izgatását okozza. A dohányzóknál többnyire találunk orrgarat- és garathurutot, innen átterjedhet a hurut a tubára és a középfülre, ezért dohányosoknál leginkább középfül-huruttal találkozunk. Vannak azonban súlyosabb elváltozások is a fülben: Meniere-féle tünetcsoport, labyrinthántalom, acusticus hűdés, hyperaesthesia, torpor.

Kérdés, vajjon a dohányzás, szippantás vagy rágás útján van-e a dohánynak károsabb hatása. Annyi bizonyos, hogy a rágás által a dohánynak localisan maróbb a hatása a nyálkahártyákra, hogy a szippantás által kis szilárd részek juthatnak a tubába és középfülbe és ott lobot okozhatnak, míg a dohányzás alkalmával a nicotinon kívül egyéb hasonló ártalmas termények is keletkeznek, mint a pyridin és collidin.

A dohánygyárakban pedig részben új levelek rakosgatása közben a levelekből a párákkal együtt sok nicotin és egyéb illó termékek elpárolognak és azonkívül a levegőben is sok por repdes. A kezelés orr-, torok-öblögetésben, ecsetelésben, az adenoid eltávolításában, a proc. mastoideus bedörzsölésében jodkenőccsel, a dohányzás megtiltásában, illetve a dohánygyártól távolmaradásban áll. A kórjóslat bizonytalan, a heveny esetben javulás, sőt gyógyulás is lehetséges, az idültben erre alig számíthatunk.

Mint tehát láttuk, az egyik betegnél pharyngitis és kúrthurut van jelen. Az utóbbinál a dohánygyári alkalmazás és így intoxicatio és dohánypor folytán hevenyen keletkezhetett a torok- és fülbántalom; a másik betegsége idült, kilencz év óta erősen dohányzik.

A nőbetegnél hevenyen, csaknem Meniere-féle tüncsoport képében lépett fel a bántalom, összeesett, egyik fülére elvesztette hallását, fülzúgás lépett fel, ezen tünetekkel azonban az acut nicotin-intoxicatio tünetei közt találkozunk, de meg az acusticus megbetegedés első tünetcsoportjának, az izgalmi tüneteknek is megfelelőnek.

Igy tehát ezeket a tüneteket a positiv Rinnével nem lehet tömkelegmegbetegedés karakteristikus tüneteinek tekinteni, annál kevésbbé, mert a csontvezetés igen megrövidült, továbbá a tömkelegbántalomnál a mély hangot jól, a magasat rosszul hallják, míg esetünkben a mély hangot alig, a magas hangot legjobban hallja; a középfülhurutnál is így van ugyan, de ennél a csontvezetés meghosszabbodott, míg jelen esetben megrövidült. Azonkívül a középfülhurut lassan fejlődik ki, míg esetünkben az hirtelen lépett fel.

A férfibetegnél pedig a Rinné negatív, de a csontvezetés igen megrövidült, a mély- és középhangokat nem, míg a magas hangot jól hallja, a beszédhallás nagy mértékben esökkent.

A tüneteket összegezve, előadó mindkét esetben acusticus megbetegedést vél felvehetni.

Baum Ignác: A nőbetegét szülő kezelte először. A betegség kezdetén kifejezett influenza-tünetei voltak: fejfájás, torokfájás, tüdőhurut, végtag- és derékfájás. 5.0 gm. salicylsavas natriumot rendelt, hogy azt két este vegye be. A beteg azonban egy óra alatt fogyasztotta el a nagy dosist. Másnap nagyfokú fülzúgása volt. Kérdi, mennyiben irható e fülzúgás a nicotin és mennyiben a salicyl rovására, mert előbb sohasem volt fülzúgása.

Tomka Samu: Beteg nem említette ugyan, hogy salicylt kapott és a dosis elegendő is arra, hogy fülzúgást és nagyothallást okozzon, de mert a fülzúgás már a rosszullet alkalmával még a salicyl előtt fellépett és a salicyl után sem szűnt meg hamarosan, szülő a nicotin rovására írja az acusticus megbetegedést. A salicyl után vérbőség, vérömleny keletkezhetik a tömkelegben, míg jelen esetben acusticus megbetegedés van.

Agysérülés okozta motorikus és sensibilis hemiplegia esetei.

Donáth Gyula: Ezen 24 éves földmivest öt év előtt a jobb fül fölött bicsakkal szúrták meg. Hat hétig eszméletlenül feküdt. Midőn felke't, baloldali végtagjaiban gyengeséget és zsibbadást tapasztalt: bal alvégtagját maga után vonszolta, bal kezében a tárgyakat nem jól érezte és könnyen elejtette, szája erősen jobb felé volt húzva. Az első időben kettős látása is volt, a mi nemsokára megszűnt és jelenleg többé ki nem mutatható. Görösös állapotai sohasem voltak. Az arczhűdés, valamint a jobb felvégtag úgy motorikus, mint sensibilis hűdése némileg javult, de finomabb tárgyakat a hiányos érzés következtében még most is könnyen elejt kezéből.

A középtermetű, jól fejlett és táplált egyénen feltűnik még most is a bal oldalon, hogy a szemrés kissé tágabb, ámbár mindkét szemét jól beesukhatja, valamint, hogy a facialis szájagái kissé paretikusok. A bal felső végtagban csekély reszketés, mely a kéz kinyújtásánál fokozódik. A bal hüvelyk- és kisujj erős hyperextensioban vannak. Betegnek éjjel, mint mondja, néha rángásai vannak a bal vállban és alvégtagja annyira kifeszül, hogy azt gyakran térdben kell átkötnie,

hogy ki ne nyúljon. A baloldali végtagok paretikusok és mozgásuk ellen bizonyos spastikus ellenállást tanúsítanak. Járásnál a mereven tartott bal alvétel az egészséges elé vettetik és a térdek belső felületükkel egymáshoz súrlódnak, miáltal a járás nehézkessé válik. Az in-reflexek a felső végtagokon nem mutatnak eltérést, ellenben a patellaris reflexek élénkek, különösen a baloldali, feltéve azonban, hogy az izomzat hypertonusit csökkentjük, ellenkezőleg az gyengébbnek tűnhetik fel, mint az egészséges oldalon. A lábelen is baloldalt erősebben ki van fejlődve. *Babinski* nincs jelen. Talpreflexek gyengék; cremaster- és hasreflexek mindkét oldalt élénkek; a *Bechterew*-féle epigastrikus reflex baloldalt gyengébb. A bal ezomban a m. vastus externus erősebben kidudorodott és ezen ezombnak körfogata (50.5 cm.) 0.5 centiméterrel nagyobb a jobboldalánál.

Érdekes az egész hűdött testfelre kiterjedő csökkenése a tapintási, fájdalom- és hőérzésnek, mely a köztakarón kívül a hajzatos fejet, a szem, orr és száj nyákhártyáját is illeti. Ezen hemihypaesthesia a középvonalban oly élesen határolt, hogy a scrotum és penis jobb és bal felében is ezen érzési különbség kimutatható. A beteg már a sérülés óta tudja, hogy egész bal testfelében mindent gyengébben érez, még az ételek ízét is. Különösen nevezetes a baloldali conjunctiva és cornea érzéketlensége, míg ez a jobb szemem egészen normalis. A bal kéz stereognostikus érzése teljesen hiányzik, míg a jobb kézé prompt. A többi érzékek is részt vesznek ezen lefokozottságban. A látóterek is fehérre nézve mérsékelt concentrikus szűkületet mutatnak. Ellenben a pupillák, a szemfenék és szemmozgások rendellenességet nem mutatnak. Izlés a bal nyelvfélén minden izlésnem iránt csökkent. A szaglás felülnő különbséget nem mutat. Hallást illetőleg a zsebórát a jobb fülön 75, a bal fülön 55 cm.-re hallja. Csontvezetés mindkét oldalt csökkent. *Rinne* mindkét oldalt positív, *Weber* mindkét oldalt laterizálta.

Kétségkívül dolog tehát, hogy a késszúrás itt a capsula interna egész hátsó szakát, tehát úgy a mellső két harmadon áthaladó facialis rostokat és pyramispályákat, valamint a hátsó harmadot képező sensorikus és sensibilib pályákat legalább részben megsértette. Bizonyos az is, hogy inna már secundaer degeneratio is kiindult.

Ezen alkalommal fel akarom említeni ezen esetnek pendantját, melyet a szt. Rókus-kórházban az idén észleltem. Egy 33 éves egyén 1900. június 14-dikén nagy hőségben az országúton haladva, a napon lefeküdt és elaludt. Arra járók felkeltették őt, hogy az árnyékba menjen, a mire ő még emlékezett. Ezután őt saját revolverével haláltkön löve találták. Hogy hogyan jött létre ezen öngyilkossági kísérlet, melyre semmi oka nem volt, azt nem tudta megmondani. Ő mindig rendes életű, jó keresetű és mértékletes egyén volt. Felette tanulságos ezen napszúrás okozta acut elmezavar és öntudatlanság, melyben az öngyilkossági kísérlet véghezvitetett. Ezen egyénnél szintén baloldali hemiplegia és hemianaesthesia volt jelen, időnkénti Jackson-féle epilepsiával. A hallás — úgy a lég- mint a csontvezetés — ezen oldalon csökkentve volt, a látóterek pedig hemianoptikus kieséseket mutattak. Az en face és profilban felvett Röntgen-photographiák a löveget az agykéreg alatt a capsula szomszédságában mutatták. A halál agyabscessusok következtében f. é. április 25-dikén állott be és az autopsia az összenyomott löveget és a sérüléseket a klinikailag és Röntgen-képek által megállapított helyen ki is mutatta.

Rákosi Béla felemlit egy esetet praxisa kezdetéről. 34—35 évvel ezelőtt hívták egy fiatal székelyhez, ki állítólag háztöről esett le. A koponya bőre háromszög alakban volt berepedve és a csont befelé volt nyomva. Eszméletlenül feküdt a beteg. Közönséges elevatoriummal próbálta kiemelni a csontot, de beletört az eszköz hegye. Pulsus nagyon lassú, ritka volt és a carotis kötélszerűleg kiemelkedett. A prognost nagyon rosszra tette. De a beteg egy fél év múlva eljött hozzá és bal térde felett alkalmazott kötélekkel emelte bal lábát, úgy járt mint a bemutatott beteg. Megvallotta, hogy bátyja verte fejbe. Elmondta, hogy néha nyavalyatörős, a Jackson-epilepsiát akkor még nem ismerték.

Teljes felső állkapocs resectio gyógyult esete.

Fischer Aladár: R. J. 19 éves hajadon, nőbeteg, mintegy fél év óta veszi észre, hogy jobb felső állsontja vastagodik és ennek megfelelőleg a jobb arcfele előredomborodik. Kezdetben nem sok ügyet vet a dolgra, felvétele előtt azonban mintegy 4—5 héttel rohamszerűleg rendkívül heves fájdalmak jelentkeztek betegnél az egész jobb felső állkapocsban és a felső fogor jobb felében, miért is a szt. Rókus-kórház Navratil tanár vezetése alatt álló II. sebosztályára vettette fel magát. A jobb arcfele erősen előredomborodott, ennek oka a megnagyobbodott jobb felső állsont, mely a jobb dens caninustól kezdve hátra a pofagarat redőig félgömböszzerűleg előredomborodik a szájtornácza és a fogor elé párkánszerűleg előemelkedik. A fogak mind épek.

A diagnózis biztosítása szempontjából f. é. június hó 21-dikén be-eg-nél bemutató próbafúrás végzett és az eltávolított részletből kiderült (Holló dr. tanársegéd végezte a vizsgálatot), hogy betegnél a jobb felső állkapocs osteomájával állunk szemben, helyenként a sejtek sarcomaszerű megszáporodásával. Tekintettel a göröcsői leletre és a beteg immár elviselhetlen fájdalmaira, bemutató betegnél f. é. július hó 11-dikén előre ment mély tracheotomia után és morphin-chloroform-narcosisban a jobb felső állsont totalis resectioját végezte a Nelaton-féle metszés felhasználásával.

Bemutató két szempontra kíván súlyt helyezni. Egyik a narcosis kérdése, a másik az arczon vezetett metszés megválasztása.

A régi sebészek a vér-aspiratio veszélye miatt a narcosist perhorrescáltak, legújabbban Krönlein; mások ezt elkerülendő, a carotis externa lekötését végezték (újabbban főleg Kocher); míg mások lógó fej-

jel operáltak Rose szerint; bemutató ezekkel szemben a Nussbaum és Trendelenburg által inaugurált praeventiv tracheotomiát tartja a leg-helyesebbnek a garat tamponálásával. Mély tracheotomiát végez, hogy a narcotizálás útban ne legyen és a gége bántódást ne szenvedjen, ilyenkor azután morphium-chloroform-narcosisban a garatir tamponálásával a legexactabban és a legkényelmesebben végezhető a műtét. Bemutató a Krönlein-féle legújabb propositiot (narcosis nélkül való operálásra való visszatérést) nem helyeselheti, mert maga Krönlein is bevallja, hogy „schleunigt“ kell operálnia, a mi mindig az exactság rovására megy.

A börmetszést illetőleg bemutató a Nelaton-metszést azért választotta, mert az arczidog egy jelentős ága sem sérül meg, csak a musc. levator alae nasi ága metszetik át és így az arcizmok mozgása és az arczjáték nem szenved.

Seblefolyás betegnél teljesen normalis. Bronchitis nincs.

A beteg egy Körmezői Zoltán dr. fogorvos által készített prothesissel látott el.

Bókay János: Egy körülményre kívánja a figyelmet felhívni. Azt hiszi, hogy a sebészek a praeventiv tracheotomia elkerülése céljából kísérletet tehetnének az O'Dwyer-féle tamponatubussal, melyet O'Dwyer opium-morphiummérgezésnél, mikor hosszú ideig kell mesterséges légzést alkalmazni, sikerrel használt. Szólok alkalmazta intrabuccalis, erős vérzéssel járó műtétknél, a mikor teljesen sikerült a légutakat tamponálni és a praeventiv tracheotomiát feleslegessé tenni.

Körmezői Zoltán készítette a prothesist. Feltétlenül indicálnak tartja a szájpaddás, orrgaratüreget minden olyan defectusánál, melyet a sebészek elzárni nem tudnak. A sebészt illeti meg az elsőégi jog és csak ha a sebész eljárása nem vezet célhoz, ott kell prothesis. Az orrhangzások beszéd, rágási, nyelési nehézségek és a cosmetical szempont indikálják a prothesist. Hogy mikor kell készíteni? Azonnal akkor, mikor a beteg azt fájdalom nélkül elviselni képes, mert a rágás iníciálhat és a cosmetical eredmény a zsugorodó hegek által kétségessé lesz. Ha később a hegesedés megváltoztatja az üreg alakját, a prothesist ki kell cserélni.

Substernalis struma operált és gyógyult esete.

Fischer Aladár: K. T. 63 éves földmives gyermekkorra óta golyvában és nehézlégzésben szenved; hét év előtt állítólag egy heveny lázas bántalom után légzési nehézségei annyira fokozódtak, hogy a Szt. Rókus-kórház II. sebosztályára vettette fel magát, hol rajta tracheotomia végeztetett. Ez időtől kezdve állandóan canule-t kellett hordania. Hogy a terhes canule-viseléstől szabaduljon, f. é. szeptember hó másodikán a szt. Rókus-kórház Navratil tanár vezetése alatt álló II. sebosztályára vettette fel magát. Korához képest igen jól conservált erőteljes férfi. A protuberantia laryngis a nyak középvonalában tapintható; innen kezdve a gége és trachea bal felé halad úgy, hogy a trachea nem az incisura jugularis közepén, hanem a bal articulatio sternoclavicularisnál éri el a thorax aperturát. A trachea ezen kihelyeződésének megfelelőleg a beteg által hordott canule a bal sternocleidomastoideus belső szélének megfelelő nyílásban foglalt helyet. A nyak alsó részében a tracheától jobbra egy félgömbnél kisebb gömbszeletnek megfelelő tumor érezhető, mely erős kilégzésnél a thoraxból kiemelkedik.

Világos volt tehát, hogy egy nagyobb részével a sternum alatt fejlődött strumával állunk szemben, mely a sternum, a jobb kulcsosont s a jobb I. borda, valamint a trachea között helyet foglalva, ez utóbbit balra tolta és megtörte. Hogy a beteg canulejétől szabadulhasson, a strumát kellett kiirtani. Ez okból chloroform-narcosisban betegnél a nyak jobb oldalán alul körülbelül 10 cm. hosszú ferde metszést vezetett bemutató; a jobb sternocleidomastoideus és a jobb musc. sternohyoideus és thyreoideus között a strumára hatolt a bemutató és először annak felső polusán kötötte le a felső pajzsmirigyereket. Ezután az ökölnyi alsó 2/3 részét, mely a thorax aperturán belül fektűt, óvatosan kigördíteni kezdte, miközben az alsó pajzsmirigy ereket is lekötötte.

A struma kigördítettén, a mi most már vérzés nélkül sikerült, kitűnt, hogy az arteria anonyma és a vena anonyma dextra jobbra és lefelé vannak eltolva; ezek, a trachea és sternum belső felülete között maradt sebír kitamponáltatott s a bőrseb legnagyobb része záratott.

Láztalan lefolyás; canule 5 nappal műtét után eltávolították, beteg teljesen jól lélegzik; a műtét helye begyógyult.

Tuberculosis nyaki mirigyekkel complicált lupus erythematosus esete.

Steiner Gyula: L. E. 25 éves hajadon cseléd f. é. szeptember 13-dikén jelentkezett Róna tanár osztályán. Az anamnesisből megemlí-tendő, hogy családjában the. nem mutatható ki; 15 éves kora óta állandóan nyaki mirigyduzzanatokban szenved. Három év előtt vette észre, hogy arczán vörös foltok keletkeztek, melyek az első évben teljesen elmúltak.

Két év előtt azonban a kiütés recidiválván, nem mult el teljesen, sőt azóta növekedett.

Anaemia, mérsékelt tápláltság, tengéleti szervek elváltozást nem mutatnak.

Typikus lupus erythematodes az arczban, mely az egész orrot, mindkét pofát mintegy ujnyi szélességben parallel a szemhéjszélel foglalja el; azonkívül az arczon elszórtan egy s göczök láthatók.

A jobb állzug alatt mogyorónyi, a nyak jobb oldalán olvasó-szerűleg több kis mogyorónyi, a tarkó jobb oldalán nagy mogyorónyi mirigy. A többi kitapintható mirigy nem mutat elváltozást.

A beteg kora, betegségének lefolyása, a laesio közepén a bőrnek

hegszerű atrophidja, a laesio denevérszárnyalakú elrendeződése, hámlása minden kétséget kizárólag „lupus erythematosus” mellett bizonyít.

Azt hiszi az előadó, hogy abban sem csalódik, ha a betegnél a nyaki mirigyduzzanatokat tuberculosisra vonatkoztatja. Ezért mutatja be a beteget.

A lupus erythematosus aetiologiája fölötti vita most újból napirendre került. A bécsi iskola álláspontjával, hogy a lupus erythematosus a tuberculosissal semmiféle nexusban nincs, szemben áll, a francziáké és másoké, a kik a lupus erythematosust tuberculidnak, azaz a tuberculosissal összefüggő exanthemának tartják.

Egyesek azután, a kik a tuberculosissal való összefüggést nem acceptálják, más-más magyarázatot adnak a lupus erythematosus aetiologiáját illetőleg.

Miután a kérdés nem tisztán dermatologiai, hanem általános orvostudományi érdekű s miután a gyakorló orvosok a betegek és családjuknak ismerése által nagyon is hozzászólnak majd a kérdéshez, szükségesnek tartotta szóló most, a mikor az eseteket a jelzett irányban újra tanulmányozzák, ezen esetet kezdetnek itt demonstrálni.

Poór Ferencz figyelmeztet, hogy habár az esetről a lupus erythematosus és tuberculotikus mirigyek körképe tényleg együtt fordul elő, nem tartja elégségesnek az eddigi észlelék adatait s histologiai leletét arra, hogy belőlük a két affectio azonos volta mellett foglaljunk állást, nem mintha a tuberculosus eredet kizártnak volna mondható, hanem ismereteink még nem elégségesek arra, hogy ily nagy horderejű kérdésben egyoldalú álláspontot foglaljunk el. A francia szerzők egy része (Hallopeau, Darier stb.) határozottan ragaszkodik a tuberculosus eredet-hez; a midőn a Koch-féle bacillus kimutatása nem sikerült, a toxidermiás hypothesis vetették fel, mely tan azonban ma még nem eléggé tisztázott. Poór, mint az Orvosi Hetilapban (1901.) közölte, 12 esetet észlelt, melyek közül hereditaire terheltséget a tuberculosisra nézve háromnál talált, míg direct személyi tuberculosist egy betegénél sem, de ezt az utóbbit, tekintve a tuberculosis gyakori előfordulását, inkább véletlenségnek tudja be. Praedisponálónak tartja a fokozott hőhatásokat, de nem kórokozónak.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléséből.

A gyomorrrákra vonatkozó tapasztalatait adta elő Mikulicz tanár a német orvosok és természetvizsgálók idei vándorgyűlésén. 1890 től 1900-ig 447 gyomorrrák-esetet vettek fel klinikájára, ezek között körülbelül 40 cardia-carcinoma volt. Műtétre 320 eset került, még pedig próbaincisio volt 44, gastrostomia 27, jejunostomia 12, gastroenterostomia 143, resectio ventriculi 100, exstirpatio ventriculi 3. A nem operált esetek átlagos élettartama 11 hónap volt. Azoknál, kiknél próbaparatomia végeztek, az átlagos élettartam 12 hónap volt; 44 ilyen eset volt, ezek közül a műtét következtében 2 végződött halálosan. 27 gastrostomizált beteg közül a műtét következtében 4 halt meg; az ily módon műtétet betegek az operatio után átlag még 3¼ hónapig éltek, összesen pedig a baj kimutatható kezdődése után 12 hónapig. A gastrostomiának tehát nincsen nagy értéke s legfeljebb a humanismus szempontjából végzendő a betegség ertőls szakában az éhség okozta kinok enyhítésére. A jejunostomia mint szerfelett veszélyes műtét elvetendő és csak akkor végzendő, ha az egész gyomorfalzat infiltratioja miatt fistula nem képezhető. A gastroenterostomia mortalitása 31¼/100 volt, az utóbbi években csak 26/100. Ilyen módon műtét 58 beteg a műtét után átlag még 5½ hónapig élt, a baj kezdetétől számítva 13¼ hónapig. A haszon tehát — tekintve a műtét veszélyességét is — nem nagy. A gyomor-resectio halálozási százaléka 37 volt, az utolsó években csak 25. Az ezen műtétet túlélő betegek 17/100-a gyökeresen gyógyultnak tekinthető. A resectionak mint palliativ műtétnek is előnye van a gastroenterostomiával szemben, mert a betegek a resectio után hosszabb ideig maradnak életben, átlag egy évig s a betegek többnyire belső, kevésbé fájdalmas és kevésbé kellemetlen metastasisok folytán halnak meg. A gastroenterostomia tehát megszorítandó egyrészt a resectio, másrészt a próbaparatomia javára. A kórisme még korábbi felállításával és a műtéti technikának javulásával még jobb eredmények várhatók.

A spermotoxin befolyása a termékenyítő képességre. Leslie az „Académie des sciences” 1901. október 7-diki ülésén érdekes kísérletekről számolt be. Him fehér egerekbe tengerimalaczból nyert spermotoxint fecskendezve azt észlelte, hogy ilyenkor 16–20 napra a termékenyítő képesség elvész, noha az ondótermelés és a copulatio normalis. Egy újabb injectio meghosszabbítja ezt az állapotot. Inaktivált vagy normalis serum hatástalan.

Ily steril állat spermája, noha az ondószálcák élénken mozognak, tengerimalaczba fecskendezve nem provokál spermotoxinképződést.

E jelenségeket azzal magyarázhatjuk, hogy a spermotoxin hatása révén elveszett a positív chemotaxis, mely az ondószálcákat a petéhez vonzotta s megszűnik a fehér vérszálaknak szereplése is a spermotoxin képzésénél.

A Pfeiffer-féle coccobacillus virulenssé tevésére Slatineano — a mint azt a párisi „Société de biologie” egyik október havi ülésén előadta — a tejsavat használja, mint a melynek az a hatása van, hogy a leucocytaikat távol tartja és így a phagocytosist megakadályozza. Tengerimalacz hasüregbe 4 csepp tejsavat fecskendez 2 köbcentiméter vízben feloldva, majd ½ óra múlva ugyancsak a hasüregbe viszi a Pfeiffer-féle coccobacillus tiszta tenyészetét. Az így kezelt állat 10 óra

alatt hypothermiában elpusztul, hasüregében pedig véres izzadmány található. Az állat szívvéréből kitenyészett tiszta tenyészet egy másik tengerimalaczot intraperitonealis befecskendezés után már akkor is megöl, ha az előbbinél kisebb mennyiségű tejsavat fecskendezünk előzetesen hasüregébe. Így folytatva a befecskendezéseket újabb és újabb állatokba, végre oly virulenssé lesz a Pfeiffer-féle coccobacillus, hogy az állatokat előzetes tejsav-befecskendezés nélkül is elpusztítja.

PÁLYÁZATOK.

Alulírott kórházi bizottság ezennel pályázatot hirdet a Gyergyó-Szent-Miklóson újonnan épült 30 ágyra berendezett nyilvános jellegű kórháznál betöltendő következő állásokra:

1. **Kórházi igazgató**, kinek legalább két évi kórházi vagy kórodi gyakorlatot felmutató orvos-doktornak kell lennie. Tiszteletdíja évi 600 korona.

2. **Kórházi rendelő orvos**, kinek legalább két évi gyakorlatot felmutató orvos-doktornak kell lennie. Járandósága 1200 korona évi fizetés s egy szobából és előszobából álló butorozott lakás a kórházban.

3. **Gondnok**. Évi fizetése 1000 korona.

Mindezen állások főispáni, illetőleg alispáni kinevezés útján töltenek be s 1902. évi január 1-jén lesznek elfoglalandók.

Pályázni óhajtok felhívtnak, hogy kellően felszerelt kérvényeiket folyó évi november hó 30-dikáig alulírott elnökségnek adják be.

Gyergyó-Szent-Miklós, 1901. évi október hó 28-dikán. 2-1

A „Gyergyói kórház” bizottsága nevében:

Dr. Fejér Mihály,
k. b. jegyző.

Lázár Menyhért,
k. b. elnök.

A kormányzatomra bízott Szabolcs vármegye törvényhatóságának tulajdonát képező „Erzsébet” közkórháznál Nyiregyháza benlakás kötelezettségével 800 korona törzsfizetés, fűtés, világítás és teljes ellátással reudszerezített első al-orvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kívánókat felhívom, hogy az 1883: I. t.-cz. 9. §-ban minősítvényüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat és életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi november hó 30-dikáig, mint záros határidőig nyujtsák be.

Nyiregyháza, 1901. évi november hó 8-dikán.

2-1

Br. Feilitzsch, főispán.

094/901. kig. sz.

Lemondás folytán megüresedett Somogy vármegye igali járáshoz tartozó szilli körorvosi állásra pályázatot nyitattik; a körorvosi kerület székhelye Szill, hol a körorvos lakni tartozik, a körhez következő községek tartoznak, ú. m.: Szill, Gadács, Büssü, Kozsák, Döröcske, Palalom, Zimány.

Ráksi község a szilli körtől a vármegye t. alispánjának f. évi 32,104. sz. határozata folytán elvételvé, az igali járásvörves kezelése alá adatot.

A körorvos évi javadalmazása fuvarátalányul együtt 1128 kor. 48 fillér és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A helybeli uradalomtól járó illetmény a megválasztandó egyén gyakorlati képzettségétől tétetik függővé és egyezkedés tárgyát képezi.

Felhívtnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket, a választást megelőző napig alulírott főszolgabíróhoz adják be, a később érkezettek figyelembe nem vétetnek.

Választási határmárpul f. év december hó 12-dik napjának délelőtt 10 órája Szill községbe kitézítik. Megjegyzetvé, hogy a megválasztandó körorvos állását legkésőbb december hó 31-dikéig elfoglalni tartozik.

Igal, 1901. évi november hó 2-dikán.

Trombitás, főszolgabíró.

2-2

9829/V. 1901. sz.

Torontál vármegye törökkanizsai járásába kebelezt Gyála község székhelyivel szervezett körorvosi állás, mely körorvosi kerülethez Gyála, Szerb-Keresztur és Osztván községek, valamint Tervárpuszta tartoznak, megüresedvén; annak betöltése céljából ezennel pályázatot hirdetek. Felszólítom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtnak, miszerint törvényes minősítésüket igazoló s eddigi alkalmaztatásukra vonatkozó bizonyítványukat hozzám f. évi november hó 20-dikáig benyujtsák.

A szóban forgó körorvosi állással egy 4 szobából s megfelelő mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás s 1245 korona havi előleges részletekben fizetendő közbérez javadalmazás van egybekötve, mi mellett a nappali látogatási díj 60 fillér, az éjjeli pedig 1 koronában van megállapítva.

A megválasztandó körorvos a teljesen vagyontalanokat ingyen gyógykezelné és a körhöz tartozó községeket az azok által előállítandó előfogatok igénybe vételével hetenként kétszer meglátogatni köteles; tartozik végül a vármegyei orvosi nyugdíjintézetbe belépni.

T. Kanizsa, 1901. október hó 24-dikén.

Tallán Emil, főszolgabíró.

3-3

2727/901. ikt. sz.

A máramarosvármegyei közkórházban M. Szigeten f. évi november hó 15-dikétől egy segédorvosi állás van üresedésben. Ezen állás évi 720 korona fizetéssel, elsőrendű élelmezéssel, szabad lakás (a kórházban), fűtéssel és világítással van javadalmazva. Ennélfogva felhívtnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy kellően felszerelt folyamódványukat az alólírt igazgatósághoz nyujtsák be.

M. Sziget, 1901. november 3-dikán.

3-3

Máramarosvármegyei közkórház igazgatósága.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat november 20-dikán.

Községi orvos. Bács-Topolya. 1700 k. Paeséri Császár Péter. Bács-Topolya.

Lejárat november 21-dikén.

Szemészeti oszt.-főorvos. Budapesti Szt. Rókus-kórház 3000 k. és 1000 k. lakbér. Márkus József főpolgármester. Budapest.

Lejárat november 25-dikén.

Körorvosi állás. *Bozovics* (12 közs. Krassó-Szörényim.). 1600 k. és 600 k. lakbér. Péczeli főszolgabíró. Bozovicsa.

Lejárat november 28-dikén.

Lajta-Pardány (3 község). 1000 k. és 300 k. u. á. *Wolf* szolgabíró. Kis-Marton.

Lejárat november 30-dikén.

Körorvos. *Etéd.* (3 k. Udvarhelyen). 1000 k. és 450 k. lakbér. Boltay Róbert szolgabíró. Székely-Keresztúr.

Községi orvos. *Tovarisoea* (Bács-Bodrogm.). 1200 k. Payub Nándor főszolgabíró. Palánka.

Körorvos. *Alpár* (3 község). 1000 k. Endre Zsiga főszolgabíró. Kis-Kún-Félegyháza.

Lejárat december 1-jén.

Körorvos. *Felső-Pulya* (9 község). 600 k., 167 k. u. á. Bründl Róbert főszolgabíró. Felső-Pulya.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag, húgydara és köszvénybántalmak ellen, vizeleti nehézségeknél, továbbá a légző és emésztési szervek hurutos bántalmainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Vegy-, görcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

1900. május 1-től VI., **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér).

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajka-tej-, ex- és transsudátum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

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

Dr. Brehmer TÜDÖBETEG-GYÓGYINTÉZETE Görbersdorf Sziléziában.

Téli és nyári kurák ugyanolyan sikerrel.

Főorvos: **Dr. Petri**, titkos tanácsos, **dr. Brehmer** volt segédje.

Prospectusokat díjmentesen küld a gondnokság.

Kalle & Co., chem. Fabrik, Biebrich a. Rhein.

Pharmaceutikai készítmények osztálya.

Hetol és Hetokresol a gümőkór gyógykezelésére **dr. Landerer** tanár szerint. **Hetol-befecskendések**, 1, 2 és 5%, sterilizálva, határtalan ideig eltarthatók.

Orexin-Tannat Legjobb stomachicum, teljesen íztelen, biztos hatással **étvágyhiány**, **hyperemesis gravidarum** és chloroform-narcosis utáni **hányás** ellen. **Orexin-tablettek és -csokoládé-tablettek** à 0.25 gr.

Dormiol Biztos **altató szer** 0.5–3.0 gr. adagokban. Hatása a chloralhydrattal egyenlő ennek hátrányai nélkül. Mellékhatásai nincsenek. **Dormiol-capsulák** à 0.5 gr.

Jodol Legjobb jodoform-pótlék, **szagtalan és nem mérgező**. Mindennemű syphilitikus betegség ellen, sőt kiváló hatással (0.4–2.0 pro die) mint a jodkalium pótléka **belsőleg** is alkalmazható.

Menthol-Jodol Különösen alkalmas befúvásokra a rhinolaryngologikus praxisban.

→ Irodalom ingyen és bérmentve. ←

Dr. FRIES-féle magán-gyógyintézet

ideg-, kedély-, morphia- stb. betegek részére

INZERSDORF Bécs mellett.

Orvosi vezetőség: Professor REDLICH és Dr. E. FRIES.

TÜDŐ- ÉS GÉGEBETEGEK SANATORIUMA ARCOBAN.

Gyönyörű fekvésű, pormentes, legmelegebb és legszélmentesebb helyen. 50 elegánsan berendezett szoba. Villanyos világítás. Telephon. Fürdő- és hidegvizgyógyintézet. Szabadbani fekvőkúrára való nagy csarnok. Erősen tápláló diéta. Folytonos orvosi felügyelet. Szabatos gégekezelés. Arak mérsékeltek. Prospektus kívánatra ingyen bérmentve.

Dr. KENTZLER JÓZSEF, vezető-orvos, nyáron fürdőorvos Gleichenbergben.

Tinctura Ferri Athenstaedt

(Ferrum. oxydat. sacch. verum.)

eredeti csomagolásban 1/4 és 1/2 kilós üvegekben 1 k. 60 f. és 3 k.

Legkellemesebb ízű, igen könnyen emészthető, a fogakra teljesen ártalmatlan, 0.2% vastartalmú készítmény. Tartalmazza a vasat az őször Athenstaedt által készített, tiszta, könnyen oldható, alkalimenter vas-sacharat alakjában.

Próbaküldeményekkel és prospektusokkal, a legelső orvosi tekintélyek ajánlataival, u. m. Dr. R. Fresenius, wiesbadeni egyetemi tanár és udvari tanácsos vegyi vizsgálatával ingyen szívesen szolgál a főraktár:

Dr. Rosenberg Sándor Csillag-gyógyszertára Budapest, VIII., Kerepesi-út 43.

Dr. Rosenberg-féle

HYPOPHOSPHIT-TABLETTÁK

(Tablettae Hypophosphit sec. Dr. Rosenberg.)

A kalcium, natrium, calcium, chinin, vas, mangan és strychnin alfoszphorsavas sóit (az ismeretes Fellow-szörp hatóanyagait) pontosan adagolva tartalmazza olyképen, hogy **egy tablettá** megfelel **egy kávéskanálnyi szörpnek**. A tabletták a gyomorban könnyen oldódnak; czukorral vannak bevonva és ezáltal fedve van a keserű íz, mely a szörp bevitelét a betegnek kellemetlenné teszi. — **Indicatioók:** Neurasthenia, Hysteria, Anaemia, Chlorosis és ezek következményei.

E tablettákat **kiváló szakorvosok** klinikákon, kórházakban, valamint magán-gyakorlatukban **kitűnő eredménnyel** rendelik.

Egy üvege (40 tablettá = 1 üveg Fellow-szörp) ára **2 K 40 fil.**

Fő- és szétküldési raktár:

Dr. ROSENBERG SÁNDOR Csillag-gyógytára, Budapest, Kerepesi-út 43.

Próbaküldemény kísérletezés céljából ingyen.

A tabletták csak **orvosi rendelre** adatnak ki.

MATTONI FÉLE
GISSHÜBLER
Legtiszább égyényes
-K- SAVANYUKUT

Giesshübl-Sauerbrunn
gyógyhely és vizgyógyintézet
Karlsbad mellett

Ivó- és fürdőkúrák.

Klimatikus és utókúrákra való
gyógyhely.

Legjobb diatetikus és üdítő ital.

HEINRICH MATTONI

Giesshübl-Sauerbrunn, Karlsbad, Franzensbad, Wien, Budapest.

Budapesti raktár **ÉDESKUTY L.** czégnél.

REINIGER, GEBBERT & SCHALL

Wien, IX/3., **Universitätsstrasse Nr. 12.**

Berlin—Erlangen—München.

Különlegesség: **Villamos orvosi készülékek** galvanisatio, elektrolyse faradisatio, franklinisatio, kaustik, endoskopia stb. orvosi csatlakozó készülékek villamos fényvezetékhez.

Röntgen-berendezések.

Villamos fényfürdők.

Képes árjegyzések ingyen és bérmentve.

Képviselő Budapesten:

WONKE REZSŐ műszerész

VI., Ó-utca 42 (Mintaraktár).

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmarszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Flósz Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Preisich Kornél és Schütz Aladár: Közlemény a Stefánia-gyermekkorház laboratóriumából. (Igazgató: Bókay János egyet. tanár.) Újabb adat a tuberculosissal fertőzés módjaihoz gyermeknél. 754. l.
- Várady László: Közlemény a szt. Rókus-kórházi ideg-ambulatoriumból. (Rendelő orvos Donáth Gyula dr. egyet. m. tanár.) Vizsgálatok az oculopupillaris (sensibilis) reflexre vonatkozólag. 757. l.
- Kopits Jenő: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.) A coxa varanának nevezett kórkép ismertetése. 758. l.
- Tárca. Hógyes Endre: Az orvosjelöltek gyakorlati évének szabályozása. 760. l.
- Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Novotny Lajos: A hólyagbetegségekről. 762. lap. — Könyvismertetés. P. Dittrich: Praktische Anleitung zur Begutachtung der häufigsten Unfallschäden der Arbeiter. (Friedrich.) 763. l. — W. Ebslein: Die chronische Stuhlverstopfung in der Theorie und Praxis. 763. l. — Jellachich István: Útmutató a törvényszéki orvosi gyakorlatban. 763. l. — Lapszemle. Szülészet és nőgyógyászat. Stratz: Vérgyülemek egyszerű és kettős

nemi részekenél. (Kern G.) — Veit J.: A chloroformnarcosis nélkülözhetősége. (Adler O.) — Fülgyógyászat. Alexander: A ganglion acusticum bonczani viszonyai. (Ifj. Klug N.) — Orr-, torok- és gégebajok. Trautmann: Egy új sterilizálható gégetükör. (Tóvölgyi E.) — B. Fränkel: Az ornyákhártya hyperaesthesiaja. (Tóvölgyi E.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Fournier: Creosotal. — Folyóiratok átnézete. 763—744. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A biztosító társaságok orvosszakértőinek nemzetközi szövetsége. — Huber Alfréd dr. — Kinevezés. — Nyilatkozat. — Tauffer tanár szülészeti poliklinikája. — Lakásváltoztatás. — Megjelent. — Herczel dr. — Sarbó Arthur dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 765. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar tudományos akadémia. — Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat.

Melléklet. Gyermekgyógyászat 4. szám. Szerkeszti: Bókay János egyetemi m. tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Stefánia-gyermekkorház laboratóriumából. (Igazgató: Bókay János egyet. tanár.)

Újabb adat a tuberculosissal való fertőzés módjaihoz gyermeknél.

Közik: Preisich Kornél dr. laboratóriumvezető és Schütz Aladár dr. kórházi gyakornok.

Sikeresen valamely betegség ellen csak akkor küzdhetünk, ha a betegség keletkezésének minden útját és módját ismerjük. Különösen áll ez akkor, ha tuberculosissal van szó, melynek a prophylaxis képezi az eddig ismert leghatásosabb gyógyszerét. A tuberculosissal való fertőzés, melynél, ha felnőttnél jut is kifejlődésre, igen sok esetben a betegséggel való fertőzést a gyermekkorra lehet visszavezetni. Brouardel, Grancher, Ziemssen, Heubner és Derecq ezen állítását mindennap igazolva látja a kórbonecznok és ezt mint tényt ma alig fogja valaki kétségbe vonni.

A tuberculosissal való fertőzés különböző módjaival gyermekeknél más alkalommal fogunk foglalkozni, most a fertőzésnek csak azon módját tárgyaljuk, mely az 1—6 éves korú gyermekeknél véleményünk szerint a legfontosabb, miután a leggyakoribb, és ez a gyermekeknek szobapiszokkal való fertőződése.

A csecsemő egy éves koráig, míg szobában van, helyét maga nem változtatja, legfőképpen a direct fertőzés veszélye alatt áll, mely őt tuberculosus környezetébe, anyja, dajkája, dadája, apja, testvérei stb. részéről fenyegeti; később, a mikor már helyét maga változtatja, a mikor már csúszik, mászik vagy járkal, a fertőzés egy újabb nemének van alávetve és ez egy közvetett fertőződés, mely a szoba porában foglalt tuberculosus-bacillusok által van feltételezve.

Gyermekeknek azon általános rossz szokása, hogy ujjukat,

kezüket szopogatják, orrukat piszkálják, hogy mindent, mi kezükbe kerül, szájukba vesznek, teszi könnyen lehetővé a fertőzést.

Tuberculosis-bacillust a szoba porában már több oldalról mutattak ki, elég e helyen Lalesque, Kirchner és Maximowitsch neveit említenünk. Utóbbi folyosókon gyakrabban találta e bacillusokat (42%-ban), mint szobákban.

A kezekkel való fertőzés módja pedig, mint igen plausibilis dolog, erre vonatkozó vizsgálatok és bizonyítékok nélkül is részeseült már némi figyelemben. Így D'Espine azt mondja, hogy a gyermek a köztakaró hámbiányait ujjai által oda lerakott bacillusokkal fertőzheti. Thomaco is említi a kezek útján való fertőzés lehetőségét. Derecq pedig az onychophagia és a tuberculosissal között összefüggést sejt.¹

Mi a tuberculosissal való fertőzésnek ezen módját pozitívabban alapra óhajtottuk fektetni és elhatároztuk annak vizsgálatát, hogy mily gyakran mutatható ki hat hónapos—két éves gyermekeknél a tuberculosis-bacillus a körömpiszokban. Ezen korú gyermekeket választottuk, mert ezek tartózkodnak legtöbbit a szoba padlóján oly körülmények között, hogy onnan és környezetük tárgyairól kezeikkel minden piszkot felszednek és szájukba visznek. Téli és tavasz elején végeztük vizsgálatainkat, mert a gyermekek ezen időben a szobát alig hagyják el és így a körömpiszok leletéből következtetést véltünk levonhatni a fertőzést megelőző körülményekre is.

A Stefánia-gyermekkorház ambulans betegeiből válogatás nélkül, csak előbb említett korra való tekintettel vettük vizsgálati anyagunkat. 66 gyermeket vizsgáltunk meg. A körömpiszkot ki-

¹ Munkánkkal már régen elkészültünk, a mikor ez év szeptember havában Dieudonné-nek jelent meg egy cikke a Münchener med. Wochenschriftben, melyben a mieinkhez hasonló vizsgálatokról számol be. 15 tuberculosus szülőtől származó gyermek kezét és orrváladékát vizsgálta tuberculosus-bacillusra. Két esetben kapott oltási tuberculosist tengermelaczból.

hevített lándzsával kapartuk ki steril, tiszta tárgyüvegre, ezen steril bouillonseppel emulsióvá dörzsöltük és szétkentük. A főlös körömpiszkot kémcsőbe helyeztük és vele tengerimalaczt oltottunk subcutan. Eleinte ezt minden esetben így tettük, s az eredmények megítélésében több súlyt véltünk fektethetni az állatoltásokra, mint a festett tárgyüvegekészítményre. Csakhamar be kellett azonban látnunk, hogy ezt nem tehetjük, még pedig két okból, melyek egyike az volt, hogy körömpiszokkal subcutan oltott állataink jó része az oltást követő 2–3. napon acut fertőzés tünetei között pusztult el és így bizonyító értékét tuberculosisra elveszítette. Másrészt a körömpiszokban tuberculosis-bacillusokat túlságosan csekély számban találtunk. Ezen nem kevésbé fontos okról a továbbiakban még lesz szó.

Igy tehát vizsgálataink további folyamán a tárgyüveg-készítmény leleteire voltunk főképen tekintettel és most szemünk előtt állott mindazon nehézség, mely felmerül akkor, a mikor festés útján és morfológiai alapon kell a valódi tuberculosis-bacillust az eddig ismertetett többféle, röviden pseudotuberculosis név alatt összefoglalt bacillustól megkülönböztetni. Hogy ezen megkülönböztetés a lehetőségig megtörténjék, a következőkre voltunk tekintettel: a legtöbb eddig leirt pseudotuberculosis-bacillus saválló sajátága a festésnél nem éri el azon fokot, melyet a valódi tuberculosis-bacillus, ezért mi a Ziehl-festési eljárás mellett 5%-os kénsavas alkohollal a szintelenítést minden esetben legalább öt percen át végeztük, a morfológiai megítélésnél pedig a legszűkebb határok között mozogtunk és csak akkor vettünk fel tuberculosis-bacillust, ha annak alakja tökéletesen megfelelt a tuberculosis köpetben vagy genyben rendszeren található tuberculosis-bacillusnak.

66 eset között így 14 esetet vehettünk pozitívnak; vagyis az esetek 21,2%-ában találtunk a körömpiszokban festődésre és alakra a tuberculosis-bacillusnak teljesen megfelelő bacillusokat. A keresés sokszor 1–2 órát vett igénybe, míg 1–1 bacillust találtunk; egy bacillussal a pozitív eredmény kimondásához nem elégedtünk meg. Egy esetben találtunk közepes számmal tuberculosis-bacillust, ötször kevés bacillust és nyolcszor csak elvéve.

A 14 eseten kívül nyolcszor találtunk a tuberculosis-bacillussal egyező festődésű, de morfológiailag attól többé-kevésbé elütő bacillusokat, ezen eseteket számításba nem vettük. Ilyen bacillusokat a valódi tuberculosis-bacillusok mellett ötször találtunk. Állatoltást az említett sikertelen oltások után csak nyolc gyanus és három pozitív esetben végeztünk. Ez utóbbiak közül egy az oltást követő 24 órában pusztult el, egy tengerimalaczt három hét után peritonitis miatt vesztettünk el, a harmadik malacznál az oltás oldalán az inguinalis hajlatban mirigyduzzanat fejlődött, mely később kisebbedett, majd lencsényi nagyságban stationær maradt. Hat hónap múlva az állatot leöltük, az inguinalis mirigyek sajtosaknak bizonyultak, lépben és májban számos macroscopice is felismerhető tuberculomot találtunk. A nyolc gyanus esetből oltott tengerimalaczkok közül öt hamar pusztult el, három életben maradt, ezeket 5–6 hónap múlva öltük le, tuberculosisist egyiknél sem találtunk.

De a tárgyüvegekészítmények lelete után nem is volt joggal várható pozitív állatkísérlet, még a góresőileg pozitívnak bizonyult esetekben sem. A körömpiszok, mely egy fiatal gyermektől nyerhető, csak néhány milligrammnyi, ennek nagyobb felét a tárgyüvegen kentük szét, kisebb felével oltottuk az állatot. A tárgyüvegen csak kevés bacillust tudtunk felfedezni, a kevés bacillus pedig, melylyel a tengerimalaczt oltottuk, különösen a fertőzés vegyes voltánál fogva hatástalan maradt. Megerősít bennünket ezen felfogásunkban *Lubarsch*, ki vizsgálatokkal állapította meg, hogy a legtöbb tengerimalacz kevés (30–50) tuberculosis-bacillussal való fertőzést kár nélkül tűr el. Azon egy malaczk, mely tuberculosis lett, azon körömpiszokkal lett oltva, melyben a tuberculosis-bacillusokat legnagyobb számmal találtunk. (14. eset.)

A 14 pozitív esetben a bennünket egyébként érdeklő részek a következők:

1. 14 hónapos gyermek, dyspepsia, hydrocele panaszaival mutatott be. Egy testvére hátgerincgyulladásban (spondylitis?), egy pedig diphtériában halt el, szülei és három testvére élnek,

egészségesek. Mater atyja tüdőgyulladásban (?) halt el. A körömpiszokban kevés tuberculosis-bacillust találtunk.

2. 22 hónapos, három testvére ismeretlen bajban halt el, egy testvére és szülei élnek, egészségesek, anyai ágon tuberculosis terheltség. Néhány tuberculosis-bacillus mellett pseudotuberculosis-bacillusok a körömpiszokban.

3. 12 hónapos, catarrh. bronchialis és rachitis miatt mutatott be. Szülők részéről tuberculosis terheltség, nyolc éves nővérénél esontearies, genyedő sipolyjáratok. Elvéve tuberculosis-bacillusok.

4. 19 hónapos, lúgmérgezés miatt hozták be, két testvére él, három ismeretlen bajban halt el. Anyja négy év óta köhög, ennek atyja tuberculosisban halt el. Körömpiszokban elvéve bacillusok.

5. 13 hónapos, lymphadenitis colli miatt mutatták be, serophulosis stigmáival. Két testvére él, ezek egyikénél spina ventosa, mely genyed; pater részéről tuberculosis terheltség. A gyermek jobb 2. és 3. ujját szopogatja. Kevés tuberculosis-bacillus.

6. 14 hónapos, tüdőlobbal és nyaki phlegmoneval hozták be. Három testvére él, egészséges, három ismeretlen bajban halt el; szülők egészségesek. Terheltség ki nem mutatható, bal kezét szopogatja. Elvéve tuberculosis-bacillusok.

7. 8 hónapos, tüdőhurutban és rhachitisben szenved. Kocsiban, a szomszédok lakásában tartózkodik, a hol egy gyermek agyhártyagyulladásban, egy tüdőlobban (?) halt el, egy gyermeknél nyaki mirigyduzzanatok vannak. Jobb hüvelykujját szopogatja. Elvéve tuberculosis-, ezek mellett pseudotuberculosis-bacillusok is.

8. 6 hónapos, rhachitis és hörghurut jelenségeivel. Gümőkórra anamnesis nincs. Mindkét kezét szopogatja. Elvéve valódi és pseudotuberculosis-bacillusok.

9. 6 hónapos, a bal alsó végtag zúzódása miatt mutatták be. Atyja vért köpött, egy nagynénje tüdővészben lakásukban halt el. A gyermek bal hüvelyk- és mutatóujját szopogatja. Elvéve valódi és pseudotuberculosis-bacillusok.

10. 6½ hónapos, catarrh. intest.-ban és rhachitisben szenved. A családban tuberculosis nem található. A gyermek mindkét kezét szopogatja, elvéve valódi tuberculosis-bacillus és ágazatos pseudotuberculosis-bacillusok.

11. 10 hónapos, dyspepsia miatt mutatták be. Egy testvérénél mirigyos nyak, phlyktaenás kötőhártyalob. Szülők egészségesek. Jobb hüvelykujját szopogatja. Kevés tuberculosis-bacillus.

12. 13 hónapos, dyspepsiára utaló panaszokkal. Anyai nagyapa tüdővészben halt el. A gyermek jobb hüvelyk- és mutatóujját szopogatja. Kevés tuberculosis-bacillus.

13. 22 hónapos, rostonyás tüdőlobbal hozták be, egy testvére jobboldali csipőbaj miatt sántít, egy testvérénél a jobb könyökizület felett genyedő sipolyjárat. Szülők egészségesek.

14. 6 hónapos, prurigoval hozták be. Négy testvére ismeretlen bajban halt el, egy testvére, kit három hó előtt hoztak faluról, multiplex cariesben szenved, genyedő sipolyjáratokkal. Szülők egészségesek. Körömpiszokban közepes számú bacillus (a vizsgált tárgyüveg felületén mintegy 20–25), a kísérleti állat oltási tuberculosisist kapott.

Ezen 14 eset között az anamnesisben tuberculosisist nem találtunk ötször; terheltséget tudunk kimutatni, de a családban ez idő szerint tuberculosisban szenvedő egyén nincs két esetben. Egyszer gyanunk van terheltségre. Tüdotuberculosisist a családban, illetve a lakásban két esetben találtunk; genyedő esontuberculosisist pedig négy családban, illetve lakásban találunk. A 7. számú esetben a gyermek nem terhelt, de oly családban tartózkodik, a hol két gyermek tuberculosisban halt el, egy pedig gyanus nyírkmirigyduzzatokkal bir.

Ha a negatív és gyanus eseteket taglaljuk így, akkor azt látjuk, hogy az 52 eset közül 25-ben negatív az anamnesis tuberculosisra, 5 esetben gyanunk van rá, 17-ben terheltséget tudunk kimutatni, de e 47 esetben tuberculosisban szenvedő egyén ez idő szerint a lakásban nincs. Öt esetben a családban, illetve lakásban tuberculosisban szenvedő egyénnel találunk és sajátosság, hogy ez öt eset közül kettőben találunk pseudotuberculosis-bacillust.

Vizsgálatainkból többféle tanúságot vonhatunk le:

Meggyőződünk arról, hogy a kezek, körömök tisztaságára

a szülők vagy gondozók a legtöbb esetben nagyon kevés vagy semmi gondot nem fordítanak. Csecsemőknél sokszor babonáságból hagyják a körmöket megnőni vagy pedig ollótól való félelmében sok anya lerágja vagy lerágatja gyermekének körmeit.

Tuberculosis-bacillust a körömpiszokban nemesak akkor találunk, a mikor a családban tuberculosis egyén tartózkodik, de akkor is, ha illet a lakásban nem vehetünk fel, de sőt akkor is, ha tuberculosis egyént sem a lakásban, sem a családban, sem a hozzátartozók között nem leltünk.

Ebből azt kellett következtetnünk, miután a körömpiszkot adott viszonyok között a szobapiszokkal azonosíthattuk, hogy a tuberculosis-bacillus a lakásban előzőleg ott lakott tuberculosis egyéntől származott vagy pedig kívülről hozatott be; előbbi lehetőségre nagyobb súlyt fektetnénk, miután nálunk nyílt tuberculosisban szenvedő egyén halálózása vagy lakásának változtatása esetén a fertőztetlenség nem kötelező.

14 pozitív esetünkben nyolcszor találkoztunk a gyermekek azon szokásával, hogy kezüket vagy ujjukat szopogatják, ezek közül ötször ott, a hol tuberculosisra utaló anamnesist nem kapunk, ebben is némi bizonyítékát látjuk az ujjszopogatás káros voltának. A nyálás ujjon a piszok jobban tapad, a gyermek minduntalan újabb piszkot visz a szájába.

Mindezeknél még fontosabb annak megismerése, hogy azon esetekben, a hol nyílt genyedő esonttuberculosis fordult elő a családban, ott kivétel nélkül minden esetben találtunk tuberculosis-bacillust a körömpiszokban.

Már régebb idő óta jelentékeny tényezőnek tekintjük a tuberculosis terjesztése terén a nyílt esont- és mirigy-tuberculosis. Vizsgálati eredményeink megerősítik felfogásunkat és ma jogosultnak tartjuk azon kijelentésünket, hogy a nyílt mirigy- és esont-tuberculosis a gümőkór terjesztésében közel oly szerepet játszik, mint a köpetet ürítő tüdő-tuberculosis.

Sajátságos, hogy a nyílt esont- vagy mirigy-tuberculosis genyét eddig alig vették tekintetbe, mindig csak tüdő-tuberculosisról és köpetről hallunk beszélni, a mikor a gümőkór terjedésének veszedelmét tárgyalják; csak egyesek tesznek említést a genyről is, így: L. H. Petit már 1893-ban a geny, vizelet, bélsár, tuberculosis abscessusok, vese- és emésztőrendszer fekélyződéseinek fertőzőképességét hangsúlyozza. Újabban Potain és Lancereaux hangoztatták a nyílt tuberculosis veszélyességét. Ernst Luton a „Berek sur mer“ kórházban használt és a szabadban tökéletlenül elégetett kötszerek révén nyúlnál fellépett tuberculosis abscessus esetét említi. Heubner 1899-ben figyelmeztet a nyílt mirigy- és esonttuberculosis káros voltára, bár úgy mondja, gyengült bacillusokat tartalmaz.

Ellenben Marfan, mikor a tuberculosisnak másokra káros voltáról beszél, a nyílt esont- és mirigy-tuberculosis meg sem említi. A párisi „Ligue contre la tuberculose“ 1899-ben az úgynevezett scrophuláz nyílt tuberculosisal nem foglalkozik. D'Espine az 1900-diki nemzetközi congressuson a fertőzés módjait tárgyalva, a nyílt mirigy- és esonttuberculosisról megfelelkeztek; ezt tapasztaljuk a legutóbbi londoni congressuson is.

Nagy jelentőségű a nyílt esont- és mirigy-tuberculosis azért is, mert a benne szenvedő gyermekek száma igen nagy. Ezt bizonyítja a „Stefánia“-gyermekkórház ambulans jegyzőkönyve. Ez év januártól augusztus hóig jelentkezett betegek számából összeállított statistika szerint havonként átlag 1152 beteg mutatott be (fogászati esetek levonásával); tuberculosisnak bizonyult 92 = 7.9%. Ezek közül esont- vagy mirigy-tuberculosisban szenvedett 75 = 6.3%. Ezek közül nyílt genyedő gümőkór volt 25 = 2%. Mi történik ez utóbbi betegekkel? Ha kórházi felvételt kívánnak, csak egy esekély százalékára kapja azt meg, a többi kórházról kórházra vándorol, felvételt sehol nem nyer, mert úgy mondják, helyet foglalna el hosszú időre oly beteg elől, kinek felvétele sürgős, kit gyógyítani hamarosan lehet. Egy ideig az ily beteg a kórházi kötözésre jár, végre megunja, otthon marad és ha otthon némi ápolásban részesül, fűrésztik, még pedig a többi gyermekkel egy teknőben; kötözészeit vagy ezek átnevesedése után szennyeződött fehérneműt a többi családtag fehérneműjével együtt mossák ki. Igen sok esetben, hiszen legtöbbször szegény emberek gyermekeiről van szó, a beteg gyermek az egészséggel egy ágyban hál, egy párnán játszik, a mint erről személyesen meggyőződünk. A köt-

szeren vagy testen beszáradt geny minduntalan a szoba porába kerül. Hogy mi a nyílt esont- és mirigy-tuberculosis fertőzőképességének közel oly szerepet tulajdonítunk, mint a köpet útján való fertőzésnek, azért is indokolt, mert az említett folyamatok legalább oly gyakoriak, mint a köpetet ürítő tüdőgümőkór.

Az állatoltás sikertelen voltát abból is magyaráztuk, hogy a körömpiszokban rendszeren nincs elegendő bacillus a fertőzés létesítéséhez. Gyermekre mégis károsnak jelentjük ki a fertőzésnek ezen módját.

A tuberculosisal való fertőzésnek fiatal gyermeknél két alakját lehet megkülönböztetni, az egyik egy rohamos *en masse* fertőzés, a másik egy lassú *cumulatív* fertőzés; hogy a fertőzés ezen két alakjának felvétele jogosult, azt a körülmények, a betegségnek alakja és lefolyása és statistikai adatok bizonyíthatják.

A csecsemő addig, míg pólyában van, nem tárgyakkal, hanem személyekkel érintkezik, még pedig szorosán; ezen egyének részéről, ha nyílt tuberculosisban szenvednek, a betegség csiráit folytonosan nagy mennyiségben kapja szoptatás, esőkolgatás, becézgetés alkalmával szájába, felső légutaikba, köztakarójára; és ennek a következménye az, hogy az ilyen gyermekeknek a tuberculosis hamar válik általánossá és halálóssá.

Saját és mások statistikai adatai szerint gyermekek között a tuberculosisban való halálozás az első és második életévben a legnagyobb és ezt az imént említett okra vezetjük vissza. Utolsó öt évi statistikánk szerint ugyanis 996 hulla közül összesen tuberculosis volt 236, ebből 0-2 évre 99, 2-3 évre 36, 3-14 évre 101 eset jutott, vagyis míg két évig minden évre átlag 9.9 tuberculosis-halálozás esik és a harmadikra 7.2, addig a további évekre átlag csak kettő.

Holstinak (Helsingfors) ennél jóval nagyobb statistikája szerint:

0-1 évig az esetek	12.11%-a	halt meg tuberculosisban
1-2 " "	10.16%-a	" "
2-5 " "	7.28%-a	" "
6-10 " "	2.37%-a	" "
11-15 " "	1.12%-a	" "

vagyis 0-2 évig 22.27%-os és 2-15 évig, vagyis 13 évre alig fél annyi.

Azon gyermekek, kik ezen *en masse* fertőzésnek áldozataivá nem lettek, midőn a pólyából kikerülnek, a földön esúsznak, másznak, a padló és környező tárgyak porával fertőzhetik magukat. Csak kevés bacillust juttatnak egy-egy alkalommal szájukba, orrukba, az egészséges szervezet az ily fertőzéssel meg is küzdhet; de ha a fertőzés gyakran ismétlődik, hatása mégis érvényre jut; a megbetegedés sok esetben csak localis marad. A szájban, orrban gyermeknél mindig vannak hámfosztott területek, melyeken át a csírok útát találnak a szervezetbe. Alkalmat adnak erre elég gyakran a mandulák és esetleges adenoid vegetatiók; ezeknek felületén tuberculosis-bacillusok több oldalról (Friedmann, Dieulafoy) ki lettek mutatva, ilyeneket mi is nem egy ízben találtunk.

Nagy szerepük lehet a bacillusok bevándorlásánál a cariosus fogaknak is; iskolás gyermekek 80-90%-ánál találhatók cariosus fogak. Grawitz, Starck virulens bacillusokat találtak cariosus fogakban.

A nyirkutak mind e területekről convergálólal haladnak a mellür felé, útjukba esnek az áll alatti és nyaki nyirkmirigyek, majd a mediastinalis és peribronchialis mirigyek. Érthető tehát, hogy ezeknek a megbetegedése gyermekeknek oly gyakori. (Nálunk az esetek 68%-ában [Torday].) A szájba jutott szobapiszok, ha tuberculosis-bacillust tartalmaz, nemesak mellüri, hanem lenyelés útján hasüri tuberculosis is eredményezhet.

A körömpiszkot vizsgálva, feltűnt nekünk márczius végén és április hóban, hogy a bakteriumflora előbbhöz képest sokkal dúsabb lett, hogy a tuberculosis-bacillus mellett vagy a nélkül egyéb bacteriumféleségek nagy számmal voltak találhatóak. Hogy ezek között pathogen csírok is lehetnek, sőt vannak, azt hosszasan magyarázni nem kell, a mi állatkísérleti eredményeink is támogatják ezen felfogást. Nem is csodálkozhatunk ezek után a lymphadenitis acuta colli vagy submaxillaris gyakoriságán gyermekeknek.

Az ez évi ambulans anyagot átnézve, azt találtuk, hogy a 0—3 év közötti időre 84 lymphadenitis esik, míg 3—7 évre 21 és 7—14 évre csak 15. Ezen számok is fényesen bizonyítják azt, hogy a szobapiszok útján való fertőzésnek mily nagy szerepe van. Leggyakoribb tehát a lymphadenitis fellépése azon korban, melyben a gyermekek legtöbb időt töltönek csúszva-mászva a padlón.

Tuberculosis lymphomák tavasszal a leggyakoribbak, vagyis oly időtartam után, melyet a gyermek leginkább a szobában töltött.

A fertőzésnek ezen előadásban tárgyalt lehetőségein miként lehetne és kellene segíteni, arról egy más dolgozatunk keretén belül leszünk bátrak szólni.

Közlemény a szt. Rókus-kórházi idegbeteg-ambulatoriumból. (Rendelő orvos Donáth Gyula dr. egyet. m. tanár.)

Vizsgálatok az oculopupillaris (sensibilis) reflexre vonatkozólag.

Irta: Várady László dr.

Az idegbetegségek diagnosisiban, ha nem is mindenkor souverain, de az esetek egy nagy számában igen fontos jelt birunk a pupilla alakjának, illetve a szívárványhártya működésének változataiban. A kicsiny szerv minimalis változatai óriásivá növekszenek jelentőségükben, mihelyt arról van szó, hogy belőle fontos organikus elváltozást állapítsunk meg.

A physiologia a pupilla minden változásait, természetesen ennek keretén belül, legnagyobb figyelmére méltatta. Mégis azt kell mondanunk, hogy a mit a klinikus saját szempontjából fontosnak vél, t. i. a pupillának viselkedését tapintási, fájdalom, hő, villanyos ingerléssel szemben, arról a physiologiai szakkönyvekben vajmi keveset találni. Hermann¹ ugyan említést tesz könyvében arról, hogy Heinrich Müller megfigyelte, hogy az angolna pupillája meleg behatására kitágul. A pupillának sensibilis ingerek iránti viselkedését legújabb időben ismét U. Stefani és E. Nordera² együttesen és ezektől függetlenül Bechterew³ behatóbban tanulmányozták. A két első bűvár e viszonyokat főleg egészséges egyéneknek vizsgálták, míg Bechterew röviden emlékezik meg róla, mint olyan symptomáról, melyet adott esetben gyakorlatilag alkalmazni lehetne.

Rubinovitsch⁴ szintén hosszasan megemlékezik ezen sensibilis reflexről, míg Gad⁵ főként a faradikus, acustikus és psychikus ingerekre beálló pupillamozgás központját kutatja. Ezen reflex, melyet oculopupillaris reflexnek nevezhetünk, mint látni fogjuk, tényleg klinikai értékkel bír.

* * *

Én ezen reflexet úgy egészségeseken, mint főleg idegbetegeken vizsgáltam. Stefani és Nordera többnyire egészséges egyéneknek ejtették meg vizsgálatukat; eszközül, melylyel a reflexet kiváltották, az ujj hegyét vagy valamely hegyes tárgyat, nevezetesen sondát, továbbá a hideget és meleget, s végül villanyos ingert használva.

Ha az inger csak rövid ideig hatott, pl. csak egyszerű érintésből állott, azt tapasztalták, úgy mint annak előtte Heinrich Müller és valamint Bechterew is, hogy a pupilla kitágult, s azután ismét előbbi méretére visszatért, ezen tágulás lassan és egyenletes gyorsasággal történik, s azután pedig hirtelen éri el eredeti nagyságát.

Az inger hosszabb behatásánál a tünet lefolyása következő volt. A pupilla tágult egy bizonyos fokra lassú, de egyenletes gyorsasággal, s azután hirtelen eredeti méretére szűkül. Az első tágulás után következő összehúzódás már nem szorítkozik arra, hogy eredeti tágasságát elérje, hanem ennél tovább menve, nagyobb fokban megszűkül, ezután a pupilla ismét lassan tágulni kezd, mígnem egy bizonyos határt elérve azon megmarad körülbelül 2 percig, ekkor ismét lassan összehúzódik. Az izgatás megszűntével a pupilla ismét eredeti nagyságára visszatér. Stefani és Nordera felfedezése tulajdonképpen abban áll hogy huzamosabb ingerre a kezdetleges tágulást az eredetinél nagyobb mérvű szűkülés követi, mely után ismét lassú tágulás, újra szűkülés következik, mely szűkülést most addig persistál, míg az inger tart és csak az inger megszűnése után nyeri a pupilla eredeti nagyságát vissza. Ezen tapin-

tás, fájdalom vagy hő ingerre fellépő pupillamozgás különbözik azon pupillareactiótól, mely fényre, accomodatoria és convergentiára fellép, a mennyiben az előbbi mozgás sokkal lassabban folyik le. E miatt gyakori ezen reflexnél az iris rezgése is, mely azonban szintén lassúbb lefolyású, mint a közönséges hippus. Nézetem szerint ez a pupilla sajátos ruganyos rezgése volna, olyas fajta, mint a melyet egy megpendített húr végez, ha nyugalmából kitérítették. Stefani és Nordera az ő reflexüknél legszembeszökőbbnek tartják az összehúzódást.

Én a kétféle reflex közti különbséget azonkívül a kiváltás eszközeiben és az applicatio helyében látom, mert a pupilla környezetéből, sőt mi több a test bármely helyéről kiváltható. Ebben a körülményben találja Bechterew is a reflex practikus értékét. Különbségnek tartom továbbá ama praecisio hiányát, mely épen a fény reflexét jellegzi.

A teljes reflex, úgy a mint fentebb leiratott, némely egészséges egyénnél nem váltható ki, úgy látszik, hogy a pupilla bizonyos labilitása szükséges és talán ezért is a neurastheniások szemén különösen jól észlelhető. Hozzájárul ez esetleges nehézséghez az is, hogy a legcsekélyebb változása a pupilla mozgási egyensúlyának megzavarja a reflex tiszta képét, s az egész kísérletet újra kell kezdenünk, ha biztosan tudni akarjuk, micsoda változást írhatunk fel a reflex javára. Ilyen zavaró körülménynek mondható a szemgolyó bárminő mozgása, valamint az accomodatio is. Zavaró továbbá legnagyobb mértékben a pislantás is. Azért a vizsgált egyén szemét mindig egy helyre, nevezetesen orrom gyökére irányítottam.

A dolog lényegére nézve teljesen mindegy, hogy kísérleteimhez a pupillának mely tágasságát választom kiindulási pontul, bár Stefani és Nordera szerint erős fény beesésénél, vagyis midőn a pupilla szűk, inkább a tágulást, míg fordítva gyenge fénynél inkább a szűkülést lehet tanulmányozni. Továbbá azt találtam, hogy egy egyéneken másodízben kiváltani sokkal nehezebb, mint első ízben, sőt néha nem is sikerül. A pupilla a reflex iránt kifárad, s ha a szemet egy darabig pihentetjük, ismét előidézhető. Már ezekből is látható, hogy a vizsgált egyének valóban alkalmas medimnak kell lennie, hogy utasításainkat már az első alkalommal megérti. Épen ezért ezen szerzők erre kitanított betegápolókon tették kísérleteiket. Sok függ a pontos vizsgálatnál az egyén érzékenységtől is. Ha az túlságosan ideges, esetleg fél minden biztatás daczára, úgy legfeljebb a reflex töredékeit kapjuk. Fialtal egyének sokkal alkalmasabbak vizsgálatra, mint öregek, sőt a legtöbb esetben ezeknél ki sem váltható. Ha a szemek épek és az egyén vizsgálatra alkalmas, akkor az egyik szem izgatására a tünet mindkét szemben egyenlően folyik le. A reflexmozgás tehát consensualis.

A Stefani és Nordera, valamint általam is észlelt teljes reflexet ezélszerűnek láttam már a gyakorlat kedvéért, de megkönnyebb tájékozódás szempontjából is részeire bontani. A tünet I. phasisának nevezem az első megérintés folytán létrejött tágulást és szűkülést. A tünet II. phasisát képezi az újbóli tágulás és rákövetkező szűkülés.

Ez volna maga a reflex egész tökéletességében, de egy emberen végig észlelni gyakran igazán nehéz feladat. A teljes reflex mindkét phasisának előidézése a legnagyobb technikai akadályokba ütközik, mert nem egyszer magam tapasztaltam, hogy egyéneim megszöktek a rájuk nézve gyakran igen kellemetlen vizsgálat elől, de másrészt a pontos észleléshez legalább két vizsgáló, s bizonyos nélkülözhetetlen segédeszközök szükségeltettek. Célom levén a reflexet nem a physiologia, de gyakorlati használhatósága szempontjából vizsgálni, mellőzöm a teljes reflex pontos részletezését, mert azok a gyakorlat céljaira úgyszólván irrelevansak. A physiologiának feladata lesz ezen pupillatünetet finomabb részleteiben tanulmányozni. Részemről elegendőnek tartom a gyakorlat céljaira a reflex első phasisát, de különben is kénytelenek volnánk vele a fenti okokból megelégedni, mert míg ennek tartama pár másodperc, az egész reflexé átlag két perc, mely idő alatt a betegnek valóságos torturát kell kiállania, hogy ne pislantson, szemét ne mozgassa — mit legtöbb esetben nem is képes megállani — s hogy a fájdalmas ingert elviselje. Küzködve a beteggel, küzködve magunkkal, mert a vizsgálat egész egyéniségünket, összes figyelmünket igénybe veszi, még az a nehézség is felmerül,

hogy a vizsgálatot tévedések elkerülése végett néha ismételnünk kell. *Gad* ezen egész reflexből csakis a tágulásról emlékezik meg. Belátható tehát, hogy a reflex ilyen alakban physikalís vizsgáló módszernek egyáltalán kevésbé alkalmas. Ezen okokból e pupillareactionak nem lehet majd a traumás neurosisoknál nagy hasznát venni és még kevésbé akkor, ha a patiens rossz-akarata is hozzájárul. Ez alapon kutatva, kerestem egy összekötő kapcsolatot a *Stefani* és *Nordera*-féle hosszadalmas reflex és azon reflex közt, melyet már *Bechterew* említ, s mint a pupilla egyszerű tágulását jelzi a fent említett behatásokra.

Vizsgálataim közben úgy találtam, hogy azon esetben, ha az ingert kissé huzamosabban, tehát mintegy fél perczig vagy még kevesebb ideig alkalmaztam, a pupilla, mint *Bechterew* említi, lassan tágul, ezután kissé gyorsabban megszűkül és pedig erősebben az eredeténél, mely erősebb szűkülésről *Stefani* és *Nordera*, mint már fent említették, azt állítják, hogy ez már hosszabb izgatás eredménye. Ekkor az ingert megszüntetem, s a szűkülést legjobban jelzi a pupilla gyors tágulása a normalis méretre. Ilyen lefolyású tehát ama reflex, mely egészében megegyezik az olasz szerzők által észlelt reflex első phasisával, s csupán abban tér el, hogy az ingerrel hirtelen felhagyok. Ez teljesen elegendő az oculopupillaris reflex gyakorlati használatára. Az egész reflex előidézése alig kerül néhány másodpercbe, tehát gyors, s a vizsgáltnak nincs is ideje kifáradni. Természetes, hogy ezen oculopupillaris reflex észleléséhez éles figyelmen kívül bizonyos gyakorlottság szükséges.

Jellemzője a pupilla többi reflexétől eltérőleg, hogy míg emennél egy fajta ingerre, tehát pl. napfényre a pupillának csak egy fajta, addig az oculopupillaris reflexnél több fajta, illetőleg több irányú mozgása jö létre. Még fontosabb eltérés a gyorsasági különbség, mely a tágulás és szűkülés lassúságában nyilvánul.

Az inger abbanhagyásával létrejövő tágulat már a pupilla egyensúlyi törekvését czélzó mozgás javára írható. A reflex e lassú mozgása emlékeztet a pupilla azon renyhe mozgásaira, melyek *Schiff* szerint a trigeminus átmetszése után a közönséges ingerekre (fény, accomodatio, convergentia) fellépnek.

Végül megemlíthető a pupilla ocellatiojának gyakorisága. Természetes, hogy legszembeszökőbben kiemelkedő momentum a tágulat, mely az által, hogy egy előzőleg nyugalmi állapotban levő pupillán jö létre, sokkal praegnansabb, mint a rá következő szűkülés, bár tagadhatlanul van eset indolens egyéneknél, különösen, hol a pupilla rigidebb, hogy tisztán e szűkülés észlelésére vagyunk utalva, azért mert a pupillatágulás, utána a szűkülés oly lassan történik, hogy az figyelemmel nem kísérhető, s csupán az inger abbanhagyása után visszatérő eredeti méret ad felvilágosítást a történt szűkülésről, s így az egész lefolyt reflexről. A pupilla-mozgás megítélése itt gyakran már azért is nehéz, mert minutiosus és lassú lefolyású. Jellegzőnek mondható tehát úgy a tágulás, mint a nagyobb fokú szűkülés egyaránt.

Összegezve az eddig mondottakat azt találjuk, hogy a pupilla:

1. Egyszerű érintésre tágul.
2. Huzamosabban izgatásra tágul és utána szűkül.
3. Tartós izgatásra tágul, szűkül, lassan tágul s 2 percz múlva szűkül.

A 2. alatti vizsgálati módját az oculopupillaris reflexnek én alkalmaztam legelőször úgy egészséges, mint beteg egyéneknél és ezen módosításában tartom legkényelmesebben kivihetőnek.

* * *

Ép viszonyok között vizsgáltam a reflexet 50 egyénen, s e szám bár nem nagy, de a kép rendesen oly egyöntetű, hogy elegendőnek tartom a később felhozandó consequentiák levonására. Miután *Stefani* és *Nordera* azt találták, hogy erős fénynél a tágulás, gyenge fénynél a szűkülés jobban észlelhető, kísérleteimet egy ugyanazon egyénen megtettem napfénynél és egy középérsőségű Auer-gázlámpánál. Inger gyanánt használtam 1. egy sondát, melylyel a felső vagy alsó szemhéjat dörzsöltem; 2. carbollal desinfiált tüt, melylyel huzamosabb szűrészt gyakoroltam a járomesont tuberositás malarisának tájékára, végül 3. ismét egy sondát, melylyel a bulbaris conjunctivára gyakoroltam enyhe nyomást a canthus externusban. Czéлом volt ezekkel kitudni, melyik esz-

közrel és módon válthatom ki legszemlélhetőbben a reflexet. Normalis viszonyok közt a jobb és bal szem közt nem volt különbség. A szűrés csak enyhe volt. *Prompt*-nak nevezem egyszerűség okáért azt a reflexet, mely minden kételyt kizáró módon karakteristikusan jelenkezett nemesak a gyorsaságra, de főként a nagyságra nézve is, mert hisz e reflexet leginkább jellemzi annak lassú lefolyása; *középerősnek* veszem, ha lassabb és a pupilla kisebb méretű változásokat mutat, s végül *gyengének*, hol csak a tágulás vagy csak a szűkülés állott be, vagy egyáltalán oly kisméretű és lassú volt, hogy biztos reflexet felvenni csak nehezen, s többszöri kísérlet után lehetett. Természetes, hogy ott, a hol csak a szűkülés vagy csak a tágulás volt jelen, ezek jelenlétéből az észre nem vett, de azért lefolyt megelőző tágulásra, illetőleg utólagos szűkülésre lehetett következtetni. Ezen reflexet ugyanazon egyénnél, ugyanazon időben egymásután vizsgálva gyakran azt találjuk, hogy a pupillamozgás úgy gyorsaságra, mint nagyságra nézve különbözik; ennek egyik okát, mint fentebb említettük, a kifáradásban kell keresnünk.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.)

A coxa vara-nak nevezett kórkép ismertetése.¹

Közli: *Kopits Jenő* dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

A megrövidült végtag mozgása a csipőizületben bizonyos irányban korlátolt. Míg a felhajlítás és kinyújtás active teljesen szabad, addig a végtag abductioja annyira korlátolt, hogy az csak 10°-nyi kitérést mutat a nyugalmi helyzetből, míg az adductio teljesen szabad, sőt határa jóval messzebb van a szokottnál. Ép úgy korlátolt a végtag befelé rotatioja is, a mennyiben az még a középállásba sem hozható, hanem a 45°-nyira kifelé rotált helyzetből csak 14°-ig rotálható befelé. Ha passive fokozzuk a mozgás határait az activ mozgás határain túl, úgy a medence követi a végtag mozgását.

Mozgásnál a betegnek fájdalmai nincsenek.

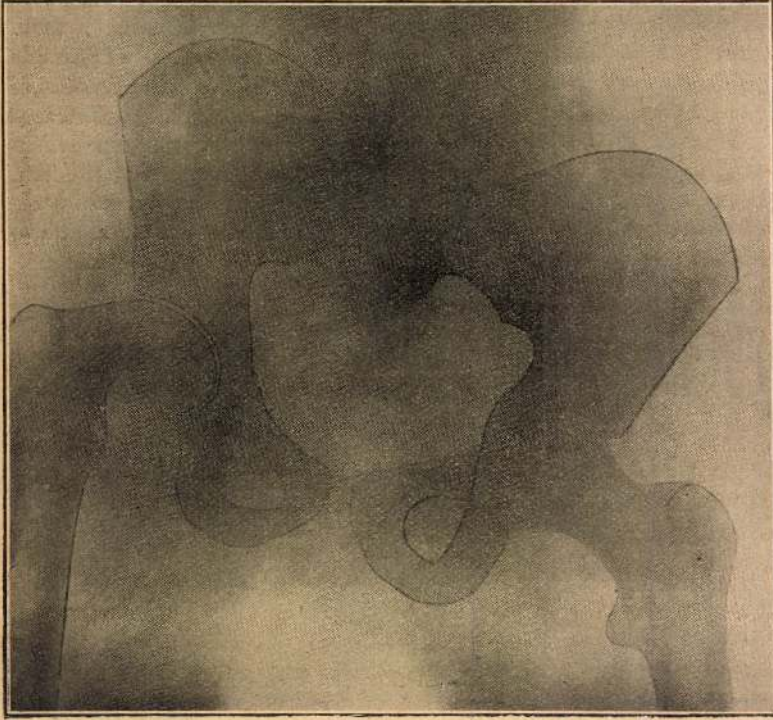
A diagnosis felállításánál figyelembe vettük a beteg által mondott anamnesist, mely a betegség idejének a kezdetéről és a baj fokozatos fejlődéséről adott felvilágosítást. A csipőizület gyulladásos bántalmát kizárhattuk az objectiv leletből. Ha ugyanis a végtag mozgásának a korlátoltságát abductio irányában gyuladás okozta volna, úgy semmi esetre sem lett volna a mozgás szabad adductio irányában, valamint felhajlítás és kinyújtásnál; e mellett úgy a helyi érzékenység, mint duzzanat vagy lobtermény hiányzott, a mi a baj gyuladós eredetére következtetni engedett volna. A czombesont kimutathatólag magasabban helyeződött el az ép oldalnál, mert a trochanter csúcsa 3 cm.-rel állt a Roser-Nelaton-vonal felett, de e mellett a czombfejec összeköttetésben volt az izületi vápával, sőt kitapintható volt a lágyékárokban, miből még sok más tünet mellett a fúzamodást kizárhattuk. A még feltételezhető czombnyaktörést kizárta a bemondott anamnesis. A tünetekből nem lehetett tehát másra következtetnünk, mint a czombfejec és a czombesont teste közti összeköttetés, a czombnyak megváltozására, melynek a végtag állása szerint lefelé és hátrafelé kellett hajolni, sőt annak kífokú hátracsavarodására is következtethettünk.

A czombnyak lefelé hajlása mellett szólt a végtag adducált állása, a hátrafelé hajlást az egész végtag kifelé rotatioja mutatta, míg a mellülről hátrafelé csavarodásra a czomb kífokú hyperextensioja engedett következtetni.

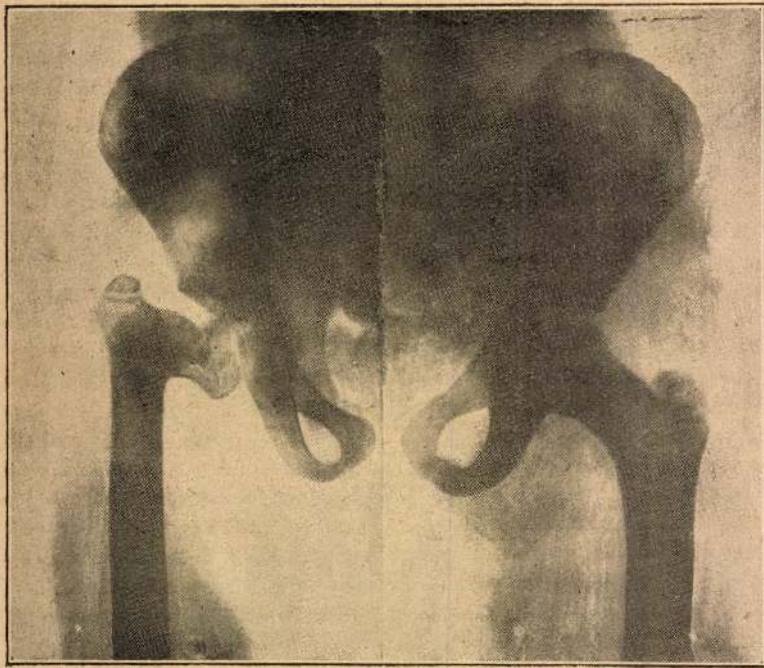
Diagnosisunkat megerősítette a Röntgen-felvétel (3. ábra). E felvételen, melyen a beteg csontvázát hátulról látjuk, a medence bal oldala magasabban áll a jobboldalinál, mindenesetre azért, mert a bal végtag abductioja a lehetőség határán túl fokozva volt a felvétel alatt. A medence symmetrikus, más változás, mint az izületi vápa alakváltozása a megváltozott fejcesnek megfelelően nem látható rajta. A baloldali czombesont fejlődésben visszamaradt, vékonyabb; a legnevezetesebb változást azonban a czombnyak mutatja, mely erősen lefelé hajlik. A czombnyak lefelé hajlása azonban, mint az első pillanatra feltűnik, nem a nagy trochanter-

nál kézdődik, hanem közelebb a fejecshez, a subcapitalis epiphysisnek megfelelően.

A csombnyak normalis hajlási szöge, melyet a csombcsont nyaka a csombcsont testének a tengelyével képez, *Poirier* anatómiájában *Charpy* számos vizsgálata alapján 115° – 140° -ra van megállapítva, *Mihalkovics* 120° – 130° -ot vesz fel, *Mikulicz* 126° fokúnak találta középértékben.



3. ábra.



4. ábra.

Esetünkben a Röntgen-képen az époldali csombnyak hajlási szöge 133° fokot, a beteg oldali csombnyak hajlási szöge a trochantertől a megtörés helyéig 111° fokot mutat. A Röntgen-felvétel azonban e tekintetben éppen nem megbízható, mert nem szabad elfelednünk, hogy e képek a csontváznak tulajdonképpen csak árnyékát mutatják s így e szögek nagyfokú változásnak vannak kitéve a szerint, hogy milyen helyzetben éri a csontot a világitó test. Pontos mérésnek tehát ezt elfogadni nem lehet és

azt hiszem, a mennyire túlzott magas az époldali szög értéke, annyira kevesebb fokú szögnek találtuk a bal, kóros oldalt. Tehát csak annyit mondhatunk, hogy a hajlási szög a kóros oldalon a megtörés helyéig lényegesen nem változott. Annál nagyobb azonban a változás a megtörés helyén túl. Közvetlenül e hely után a fejecs következik, a mi által a csombnyak egészében lényegesen megrövidült. A fejecs elvesztette rendes gömbölyű alakját, nagyjában körte alakú lett, melynek szélesebb része az ízületi vápa alsó szélé felé néz, míg az oldal körvonala fekszik felső keskenyebb polusával az ízületvápa felső szélé felé. Ennek megfelelően az ízületi vápa is alsó részén kiszélesedett. A fejecs legalsó pontja nagy mértékben közeledett a kis trochanterhez.

A csombnyak más irányú elgörbüléséről a Röntgen-kép természeténél fogva nem adhatott felvilágosítást.

A csombnyak proximalis végének ily fokú elgörbüléséből, illetve a fejecs helyzetének e nemű változásából most már megmagyarázhatjuk a csombcsont kóros állását és mozgásának a korlátoltságát. A csombnyak lefelé hajlása magyarázza meg a trochanternek magasabbra jutását s a végtag rövidülését.

A mozgás akadályozottságának a magyarázatát pedig a fejecs porzborítékának a megváltozott helyzete adja. Normalis csipőizületnél ugyanis a csombcsont mozgásának a határa addig terjed, míg a csombfejecs porzborítékának legfelső pontja érintkezik az acetabulum porzával. Miután a coxa varanál a csombnyak erős lefelé nyomása következtében a fejecs oly helyzetbe jön, hogy felső segmentuma állandóan belesüllyed az ízületi vápába, míg alsó segmentuma elhagyja azt, azaz a fejecs már a végtag középállása mellett is oly helyzetben van, mint ép izületeknél a legnagyobb fokú abductioiban, ha most az abductio fokozni akarjuk, az kivihetetlen, mert több ízületi felszín már nem kerülhet az ízületi vápába, hanem az acetabulum limbusához a csombnyak ütődik oda. Az adductio azonban érthetően szabad, mert a fejecs alsó részén a normalisnál több porzfelület áll rendelkezésre, míg nem ez irányú mozgásnak a kis trochanter, illetve csombcsont testének a medencéhez ütközése vet véget. Röntgen-képink után készített phantommal a csombcsont mozgásának e feltételezett akadálya jól demonstrálható, ha a csombcsontnak megfelelő árnyképet kivágjuk, azt a képbe illesztjük s vele a csomb ab- és adductioját utánozzuk. A csomb mozgásának az akadályozottságát tehát nem az adductor izomesoport megrövidülése okozza, mint azt hitték, mert a constatálható rövidülés másodlagos, hanem a csont megváltozott alakja.

A csombnyak hátrafelé hajlása okozza a végtag erős kifelé rotatioját. A hátrahajlás helye ez esetben minden bizonynyal összeesik a lefelé hajlás helyével. A végtag befelé rotatiojának az akadályozottsága ugyanúgy magyarázható, mint az abductio korlátoltsága. Itt a fejecs mellső felső segmentumával fekszik az ízületi vápában a végtag nyugalmi helyzetében. Ebből világos, hogy ha a beteg csak a középállásba hozza is a végtagját, a mi teljesen nem is lehetséges, már felhasználta a csombfejecsnek a mellső részén még rendelkezésre álló összes ízületi felszínét, másrészt a további befelé rotationál is erős csontos ellentállásra talál az erősen hátragörbült csombnyak részéről.

A csombnyak mellülről le- és hátrafelé csavarodása a végtag hyperextensiojában nyilvánul. Sok esetben a csomb felhajlítása és kinyújtása is akadályozott, melynek oka szintén a fejecs megváltozott helyzetében és alakjában keresendő.

Az elgörbülés fokának pontos meghatározására az irányszöveget kellene még *Alsberg* szerint meghatározni, melyre azonban a Röntgenképet nem tartom teljesen alkalmasnak, mert a fejecs porzborítékának a széleit pontosan meghatározni nem lehet. Bizonyos következtetésekből feltételezve azonban a porzszéleket, a megszerkesztett irányszöveget 14° fokúnak találtam, a mi az *Alsberg* által meghatározott normalis átlagnál $27,5^{\circ}$ fokkal kevesebb.

Hátra van még esetünkben kikutatni azt az okot, a mi az elgörbülést okozta. A beteg egész csontrendszere kissé durván fejlett, de erős, egészségesnek látszik, semmi nyoma előrement lágyulással járó csontmegbetegedésnek nem fedezhető fel rajta. A betegség kezdete összeesik a fanosodási korról, midőn a beteg nehéz mezei munkába állott s felnőttnek való nehéz munkával terhelte meg szervezetét. Végre a Röntgenképen az elgörbülés helye — mely összeesik a subcapitalis epiphysis porz helyével —

is mutatja, hogy a czombnyak az elgömbülés kezdetének az idejében nem egészében volt engedékeny, hanem csak egy anatomicus e korban gyenge pontján. Mindezek szerint esetünket a *coxa vara adolescentiumnak* nevezett csoportba soroztuk.

Az e csoportba tartozó esetek aetiologiáját ez ideig még homály fedi. Müller, miután kórszövettani vizsgálatánál semmi pozitív adatot nem talált, az elgömbülés alapján a Mikulicz által leírt késői angolkórt vette fel, mely azonban kórboncztanilag kétféle igazolva ez ideig még nincs.

Kocher a szivacsos állomány csontgerendáit vékonyabbaknak, kevesebbeknek és egymástól távolabb állóknak találta, a mi hiányos csontképződésre mutat. Vizsgálatai eredményeként az elgömbülés okául egy osteomalaciás csontlágyulási folyamatot vett fel.

Sudeck az elgömbülés okául a csontgerendák által képezett ívek insufficienciáját mondja, mely akár bizonyos csontbajok által okozatik, akár az által, hogy a még kétféle nem csontosodott, de különben egészséges czombnyak a megengedettnél erősebben terhelhetik meg.

Azt hiszem, esetünk teljesen igazolja Sudeck-nek ez utóbbi feltételét. A beteg 14 éves korában már napszámba kapált; e munkának megfelelően egész nap széjjel tett lábakkal állt, sőt, miután kapálásnál az egész test súlyát egy végtag, nevezetesen a baloldali hordja, melynek abducált helyzete mellett még kifelé rotálva is kell állni, érthető, hogy e súlyos megterhelés következtében a még teljesen nem csontosodott czombesonton bekövetkezhetett annak lefelé és hátra görbülése, esetleg a nélkül is, hogy a czombnyakon egy lágyulási folyamat lett volna jelen, még inkább akkor, ha ezen ismeretlen eredetű csontlágyulás jelen volt.

A második eset egy R. T. nevű 8 éves leányt illet, lakik Kaposvárott.

A beteg szülei épek, egészségesek, 11 testvére volt, kik közül 1 halva született, 3 csecsemő korában halt el.

A beteg nagyon későn, három éves korában kezdett járni, addig csak a földön csúszott, majd észrevették, hogy járás közben jobboldalára biczeg, mely biczegés fokozatosan erősödött a gyermek növéseivel.

Jelenleg a korára nézve elég jól fejlett gyermek csontrendszerén angolkór maradványai láthatók: a mellkas a szegycsont táján benyomott, oldalai kissé besülyedtek, mindkét könyök valgus állásban van, mindkét sípcsont, különösen a bal, kardalakúan mellfelé és kissé kifelé hajlik, úgyszintén mindkét czombesont, de kiválóan a baloldali.

Állásnál a jobb alsó végtag teljesen nyújtott helyzetben van, de rövidebbnek látszik, ha mindkét talp a földet érinti; a beteg a bal térdét állandóan behajlítva tartja. A jobboldali térdkalács magasabban áll a baloldalinál, a medenceze oldala kissé mélyebben. Az egész végtag kifelé van fordulva. Ha a bal térdét a betegnek kinyújtjuk és a medencejét egyenesre állítjuk, a jobb czomb 18°-ú adductioiba jut és az ép végtagot a térd felett keresztezi, mely helyzetből a végtagot kimozdítva, a medenceze jobb oldala megfelelően felemelkedik.

Mozgásnál úgy passive, mint active a czomb felhajlítása és kinyújtása teljesen szabad, az adductio a normalis határon túl fokozható, míg az abductio erősen korlátolt; a kifelé rotált végtagot csak a középállásig lehet befelé rotálni, ezen túl a mozgás akadályozott.

A bal ép végtag hossza 62.5 cm., míg a jobb kóros végtag hossza 60.5 cm. A rövidülés tehát 2 cm. Ugyanennyivel áll magasabban a trochanter csúcsa a Roser-Nelaton-vonal felett. Hogy a beteg a végtagjait nyújtott helyzetben párhuzamosan egymás mellé tudja hozni, a jobb talp alá 5 cm. magas emelés teendő, mert a tényleges 2 cm. rövidülés mellett pótolni kell még azt a magasságot is, a mennyivel a medenceze jobb oldala az abductio következtében magasabbra emelkedett. A functionalis rövidülés tehát 5 cm.

A végtag erős lezuhással sem meg nem nyújtható, sem helyzetéből fel nem tolató. Ha a czombot 90°-nyira felhajlítjuk, a trochanter felett besüppedés érezhető s a trochanterre ujjainkat mint egy kampóra ráakaszthatjuk. Mellülről a fejecs a lágyéktájon homályosan tapintható.

E tünetekből az első esetről vázolt okoskodás alapján a

diagnosist szintén coxa varara tettük, mit az ellenőrzésül készített Röntgen-kép is igazolt.

A képen (4. ábra) a jobboldali czombesont gracilisebbnek, vékonyabbnak látszik, a czombesont nyaka erős szögben lefelé hajlik, mely lefelé hajlás eltérően az első esettől, már a trochanternél kezdődik s mint a képen látszik, kis ívben hajlik lefelé fokozatosan. Ez által a nyak hajlási szöge is lényegesen kisebbedett, mert míg a bal oldalon a hajlási szög 132 fokú, addig a jobb oldalon 64 foknyira lefelé hajlott. A nyak nagy mértékben megrövidültnek látszik, a fejecs lelapult, s csak felső segmentumával foglal helyet az izületi vápában, míg alsó fele mintegy kifordulva belőle, szabadon áll. Az irányiszög 7 fokot mutat.

Az elgömbülés okát keresve, ha egybe vetjük a klinikai tüneteket a Röntgen-képpel, okvetlenül csontlágyulással járó folyamatra kell gondolnunk, mint az elgömbülés okára. Ez esetben a nyak elgömbülése a trochanternél kezdődik már, a mi arra enged következtetni, hogy a trochanter felül képződött új csont nem volt kétféle szilárd és a testsúly következtében lassanként lenyomódott. Hogy mi volt ezen esetben a csontlágyulási folyamat, arra támpontul szolgálhat a még látható egyéb csontelgömbülések, mint az angolkór nyomai.

Második esetünk tehát a *coxa vara rachiticum* csoportjába tartozik. Meg nem fejtendő kérdés, miért fejlődött ki az elgömbülés csak az egyik oldalon s mik lehetnek azok a statikus okok, melyek létrejötténél közre játszottak; az első kérdésre azonban elég analogia található más angolkóros elgömbüléseknél is, mert számtalanszor észlelhető gacsos térd, valamint dongatérd s alszárelgömbülés csak az egyik oldalon.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

Az orvosjelöltek gyakorlati évének szabályozása.

A vallás- és közoktatásügyi minister f. hó 16-dikán értekezletet hívott össze annak megbeszélésére, hogy az új orvosdoktori szigorlati rend által az orvosdoktori felavatás után kiszabott egy évi orvosgyakorlat eltöltésmódjára kiadandó ministeri utasítás minő elvi alapokon nyugodjék.

Az értekezleten maga a minister elnökölt és részt vettek abban a közoktatásügyi ministerium részéről Tóth Lajos dr. ministeri osztálytanácsos, mint az egyetemi oktatás referense, a belügyministerium részéről Chyzer Kornél min. tanácsos mint az egészségügyi osztály főnöke, a honvédelmi ministerium részéről Bernoldák József dr. vezértörzsorvos, mint a katonai egészségügy képviselője, a tudományegyetemek részéről mint kari küldöttek: Bókay Árpád, Hőgyes Endre, Kéty Károly, Klug Nándor, Pertik Ottó, Réczey Imre tanárok a budapesti orvosi kar, Davida Leó, Kenyeres Balázs, Lechner Károly, Udránszky László, Purjesz Zsigmond, Szabó Dénes tanárok a kolosvári orvosi kar részéről, Dirner Gusztáv a bábaképző-tanintézet részéről, továbbá Müller Kálmán ministeri tanácsos és Ludvik Endre a székesfevárosi kórházak igazgatói.

A kérdések, melyek felett a minister saját információja végett az eszmecsere megindította, a következők voltak. 1. Miképp töltsendő el az egy évi kórházi gyakorlat? 2. Mely kórházak legyenek ennek eltöltésére felhatalmazva? 3. Mi módon igazoltassék az egy évi kórházi gyakorlat kitöltése? 4. A klinikai gyakornokság tekinthető-e egyenértékűnek a kötelező egy évi kórházi gyakorlattal?

Az értekezlet eszmecsereje folytán Bókay, Chyzer, Hőgyes, Kéty, Klug, Müller, Pertik, Szabó, Tóth hozzászólásai után a fentebbi kérdésekre vonatkozólag nagyban és egészben a következő főbb elvi nézetek körvonalozódtak.

Az első kérdést illetőleg.

A gyakorlati év eltöltésére vonatkozólag különböző nézetek merültek fel. A budapesti egyetem orvosi kara klinikai tanárai nevében azt nyilatkoztatta, hogy a maga részéről is szíves készséggel hajlandó lenne a gyakorlati év eltöltésére az orvosjelölteknek az alkalmat külön is megadni, jelenleg azonban — egy-két klinikája kivételével — nincsen abban a helyzetben, hogy az orvostanulók és a magasabb szakorvosi kiképzés által egészen igénybe vett beteganyagát a gyakorlati év szükségletei számára is felajánlhassa; úgy ezért, valamint az orvosi tanítás egyéb céljaiból is elkerülhetlenül szükséges az, hogy az egyetemi klinikák — a mit a tanártestület már ismételve sürgetett — kórházi szervezetben pótklinikákkal láttassanak el, a hol azután a gyakorló orvosjelöltek is megkaphatják az egyenletes gyakorlati kiképzésükre a váltakozó kórházi szolgálatot. Addig is azonban, míg a karnak ez óhaja teljesül, ajánlatba hozza, hogy az egyetemi klinikai és egyéb intézetekben eltöltött gyakorlati, illetőleg assistensi évek a kötelező egy évi kórházi gyakorlatba beszámíttassanak. A kolosvári egyetem abban a helyzetben van, hogy orvoskaránál az egy évi kórházi gyakorlati szolgálat a klinikai osztályok közoktatási jellegénél fogva eltölthető,

minélfogva a kolozsvári orvosi kar propositiókat tesz, mi módon osztassák be gyakorlati szolgálatra az egyes klinikákhoz a gyakorló orvosjelölt.

A két ministerium referensei részéről azon nézetnek adatott kifejezés, hogy a királyi szentesítést nyert ministeri rendelet az új szigorlati rendre vonatkozólag csak kórházi gyakorlatot kötvén ki, egyéb klinikai vagy intézeti szolgálatnak a gyakorlati évbe beszámítása nem vehető számításba. E kérdés azonban magának a ministernek közbeszólása folytán függőben hagyatván, a kórházban töltendő gyakorlati évek mikéntje került tárgyalás alá.

A Rókus-kórház igazgatója a fő- és székvárosi közkórházakat alkalmasnak nyilatkoztatja e gyakorlati év kitöltésére és ajánlja, hogy az következőleg történjék: a gyakorló orvosjelölt legalább 4 hónapig tegyen szolgálatot a belső betegek osztályán, 2-2 hónapot a sebészeti, illetőleg a szülészeti osztályokon, a többi 4 hónapot tölthesse a jelölt egyéb osztályokon, esetleg — ha a megállapodás úgy történék — oly egyetemi intézeteken is, melyek a gyakorlati szakmákhoz közel állanak, pl. valamely pathológiai laboratóriumban. Az értekezlet a kórházi gyakorlati szolgálatot e váltakozásának módját általában véve elfogadta ezélszerűnek, az intézeteknek e szolgálatra való igénybevételének kérdése azonban a fentebb jelzett ellenvetések folytán függőben maradt. A gyakorlati szolgálat e váltakozásának módja megegyezik a budapesti egyetem orvosi karának felfogásával arra az esetre, ha a klinikák mellett a mondott viszonyok létesítése mellett a gyakorló orvosjelöltek számára a kórházi szolgálatot be lehetne rendezni.

A második kérdésre vonatkozólag nagyban és egészben a következő megállapodásra jutott az értekezlet. A kórházi gyakorlat eltölthetőségére felhatalmazandó fővárosi és vidéki kórházak névsorát három-három évre szűkítőleg a belügyministeriummal egyetértőleg az egyetemi tanártestület véleményének meghallgatása alapján a közoktatásügyi ministerium teszi közhírré. Az egyes kórházak annyi gyakorló orvosjelöltet vehetnek fel, a hányzor 25 betegágyuk van. E kórházak közé felvehető a betegosztályval bíró bábaintézetek is.

A harmadik kérdésre vonatkozólag a következőkben állapodott meg az eszmecsere. A felhatalmazandó kórházakban a fentebb jelzett korlátok között az orvosjelölt tetszés szerint választja az osztályt, a melyen gyakorlati szolgálatát végzi. Az egyes osztálybeli szolgálatokról az osztályfőorvos részéről később megállapítandó szövegezés szerint bizonyítvány állítatik ki, a melyet a kórházigazgató láttamoz. Ha e bizonyítványok kielégítőek és a 12 havi szolgálat kitöltését a fentebb értelemben véve bizonyítják, a gyakorló orvosjelölt jelentkezik az egyetemen, hol később meghatározandó módon részére az orvosgyakorlatra feljogosító oklevél kiadatik. Ha valamely jelölt valamely kórházi osztályon nem kielégítő szolgálatot tesz, az bizonyítványában feleltendő, a mely ellen azonban, ha azt az orvosjelölt magára sérelmesnek találja, felebbezésnek van helye a közoktatásügyi ministerhez bizonyos záros határidő alatt. A katonai önkéntes kórházi szolgálat a gyakorlati évbe beszámít, a polgári kórházakban tett osztályszolgálatokat a jelöltnek a fentebb értelemben a polgári kórházakban kell kiegészíteni.

Legélelnebb vitát keltett mindjárt az első kérdés megbeszélésénél a negyedik kérdés tárgya, vajjon a klinikai gyakorlottság tekinthető-e egyenértékűnek a kötelező egy évi kórházi gyakorlattal? A budapesti egyetem orvoskarának kívánsága, mint említettük, az volt: hogy igen. Nem zárkózik ugyan el az orvoskar azon felfogás helyessége elől, hogy általánosságban tisztán gyakorlati ezélokbl lehelyesebb a váltakozó gyakorlati szolgálat berendezése a köteles gyakorlati év kitöltésére, de méltányosnak tartotta, hogy azon tanfolyamot végzett és felavatott jelesebb orvostanulók részére, a kik valamely tudományág, különösen valamely gyakorlati tanszék mellett mint gyakorlók vagy assistensek éveket töltenek, e gyakorlati szolgálatuk a köteles gyakorlati évbe egészben vagy legalább részben beszámíttassék. Az ilyen jelesebb tanulók a speciális tanszék mellett behatóbb és szélesebb látókörű orvosi gondolkodást sajátítanak el, mely nekik biztosabb útvezetőjük lesz később, ha orvosi gyakorlatra kell menniök, azon rutinénál, melyet a különböző kórosztályokon végzett chablonos szolgálatokban elsajátíthatnak. A nem klinikai intézetek képviselői pedig azon aggodalmuknak adtak kifejezést, hogy a gyakorlók, illetőleg assistensi szolgálatnak a köteles gyakorlati évbe be nem számítása esetén a tanításhoz, szakképzéshez és tanszéki succrescentiához kellő segédzemélyzet nyeresé fog akadályokba ütközni és így kockázatos lesz e tanszék és tanszakok jövőbeli tudományos fejlődése. A budapesti tanárok ezen érveit administratív részről jött azon kijelentésekkel szemben, hogy a gyakorlati képesítés menetében egyes kivételeknek felállítása sok administratív akadályokba ütköznek, hogy a klinikai gyakorlottság ügyis csak már az orvosi gyakorlatra feljogosított fiatal orvosok vehetők fel, hogy a nem klinikai tanszék személy szükségletén más módon, esetleg a javadalmazások megjobbítása által lehet segíteni, háttérbe szorultak és nem határozat gyanánt ugyan, de hallgatagon az a nézet látszott túlsúlyra emelkedni, hogy a klinikai — még kevésbé az intézeti gyakorlottság — ne tekintessék egyenértékűnek a kötelező egy évi kórházi gyakorlattal sem egészben, sem részben.

Saját szerény nézetünk e kérdésekben a következő.

Elismerjük azt, hogy a kórházi gyakorlat egy éves kötelezettségének behozatala a sikerrel letett egyetemes orvosdoktori szigorlatok után, tetemesen javíthatni fogja a fiatal orvosi minőség kiképzését a nagy orvosi gyakorlatra. Orvosi oktatásunkat, mely az eddigi szigorlati rendszerünk behozatalával és klinikáink jobb felszerelése folytán az elmult két évtized folyamán alatt máris inkább gyakorlati irányú lett, mint volt előbb, a tanulás és új módjának behozatala még gyakorlatiasabbá fogja tenni. Hozzá kell azonban tennünk, hogy csak akkor, ha ezt

a gyakorlati tanítást az arra felhatalmazottak komolyan, lelkiismeretesen és energiával veszik.

A dolog természeténél fogva legeredményesebb lehet e tanítás az egyetem klinikáin és kórházosztályain, hol professionatus tanárok állanak a vezetés élén, kik a folyton haladó gyógytudomány gyakorlati fejlődésével is folytonosan érintkezésben állanak. Az arra felhatalmazandó kórházak osztályain való ilyenmő gyakorlati tanítás értékességének mindig nagyon probabilis lesz a jelentősége. Lehetnek és lesznek is e kórházak egyes osztályain kitünő szakorok, kik ambícióval fognak tanítani és kik mellett a hozzájuk kerülő orvosjelöltek tényleg sikeresen fogják elsajátítani a betegekkel való bánás és a gyógyítás sokoldalú technikai ügyességét megkivánó mesterségét, de bizonyára lesznek és talán nem épen kevés számban olyanok is, kik kitünő vezetői ugyan osztályuknak, de a kiknek a tanítás nem mesterségük és a kik unottan veszik a nem kívánt és reájuk erőltetett foglalkozást. Ilyenek mellett chablonná válik a gyakorlati foglalkozás és alig lesz annak valami igazi eredménye. Nem hiába jelölte ki a német szigorlati szabályzat — mint a mult számban ismertettük — a gyakorlati év kitöltésére első helyen az egyetemi klinikákat és poliklinikákat és csak azután alternative a kórházakat.

A gyakorlati év behozatalával együtt járó kérdések nálunk annak behozatala előtt kellőleg nem lettek megvitatta. Németországban 8-10 évig vitatkoztak rajta, hogy behozzák-e azt? Végre is bizonyos compromissumok mellett létesítették azt. Ausztriában, tudjuk, elvetették az egészet.

Sajnosnak kell mondanunk, hogy a mi új szigorlati rendünk a gyakorlati év kitöltésére nem jelöli ki első sorban — mint azt a német rendelet teszi — az egyetemi klinikákat, sőt azokat a tanügyi administratio is csak másodsorban látszik igénybe venni e ezélből. E hiánynak súlyos az elvi jelentősége, mert előbb-utóbb a köztudatban arra a felfogásra vezet, hogy az egyetemi orvosi karok nem tudnak gyakorlatilag teljesen kiképzett orvosokat nevelni az ország- nak és így az igazi orvosi kiképzés súlypontja a közkórházakra hárul át. Hogy ez az orvosi karok reputatióját, a mit pedig bizonyára senki sem intendál, alászállíthatja, kétségtelen. Nézetünk szerint elvi fontosságú az, hogy az orvosi kiképzés teljessége hangsúlyozottan fentartassék az egyetem orvosi karainak.

Es ennek a módja meg van adva az orvoskari klinikáknál és tanszékknél fennálló gyakorlók rendszer kellő módosításában. Az eddigi gyakorlók rendszer, mely a műtönövendéki rendszer mintájára honosult meg, az egyes tanszék mellett a speciális szakorvosi kiképzésre adja meg a módot. E szakorvosjelöltek mellett legyenek az egyes, különösen a klinikai tanszék mellett gyakorló orvosjelöltek, kik a szigorlati rendszer megkivánta gyakorlati évet váltakozva töltik el valamely szolgálatra beosztva a különböző klinikákon vagy esetleg oly intézetben, mely a gyakorlattal közel kapcsolatban áll. Ez a berendezés a kolozsvári orvosi karon, hol a klinikai tanszék kórházi osztályokkal vannak ellátva, mintegy önmagától adódik. Nehézségbe ütköznek, habár véleményünk szerint nem volna lehetetlen az Budapesten sem, már a mai fejlődési fokon álló klinikai berendezés mellett is. Kétségen kívül teljességében akkor lehetne a gyakorló orvosjelölti rendszert oda behozni, ha — a mint maga a kar is régen sollicitálja — a klinikák közkórházi osztályokkal láttatnának el. Kétségtelen, hogy az orvosi oktatás teljessége szempontjából az oktatásügyi kormányzat egyik legfőbb és sürgős teendője, hogy az ország első egyetemének és szükségletét mielőbb teljesítse akár egy általánosan óhajtott állami közkórháznak felállítása által, akár pedig a gazdag beteganyagú fő- és székvárosi közkórházaknak az egyetemi klinikákkal szorosabb összeköttetésbe hozatalával.

Felfogásunk szerint, a fentebbiek szerint, a gyakorlati év sikeres kitöltése csak másodsorban tekinthető ezélszerűnek, ha az egészben vagy részben a közkórházakra utaltatik. Ezen esetben is azt gondolnók, hogy a gyakorlati évre való felvétel jogát csak oly kórházaknak kellene megadni, a melyeken az osztályfőorvosok tanítói képesséssel vannak ellátva és így documentálva van, hogy a tanítással előszeretettel foglalkoznak. Es e tekintetben a fenforgó körülmények között, a midőn legvalószínűbb az, hogy gyakorló orvosjelölteink legnagyobb részére a gyakorlati év eltöltése szempontjából a fő- és székvárosi közkórházakra lesz utalva, bár a fentebbiek szerint jobban szeretnénk, ha arra nem lenne szükségük, teljesen meg lehetünk nyugodva.

Közkórházaink osztályait nagyobbára egyetemi tanítói képesítéssel bíró jeles szakértők vezetik, kik jelenleg is, mint orvoskari magán-, rendkívüli és rendes tanárok igen értékes szolgálatot tesznek az orvosi oktatás ügyének; a kórház igazgatói ismert energikus férfiak, kik ha elfogadják és kezükbe veszik a gyakorlati kiképzés ügyét, annak sikerességéhez reményeket fűzhetünk.

A többi kérdések, a melyek felmerültek a fentebb nagy elvi kérdés mellett, alábbrendelt jelentőséggel bírnak. A bizonyítványok kiállításának módja administratív kérdés. Szintén alárendelt kérdés az, beszámíttassék-e és mennyire a gyakorlati évbe, részben vagy egészben, az orvosi karon gyakorlók vagy assistensi minőségben eltöltött szolgálat, habár véleményünk szerint a beszámítás valamely módjának kitálalása méltányos lenne és megbecsülése volna különösen az elméleti szaktudománnyal való foglalkozásnak, a mely megbecsülést fejezi ki a német új szigorlati rendszernek azon intézkedése is, hogy a nem klinikai tanszékeken eltöltött éveket concret esetekben a gyakorlati évbe egész vagy részleges beszámítását megengedhetőnek rendeli. Az administratio ez ügyek elintézésében felmerülő kényelmetlenséget kárpótolná az az erkölcsi haszon, a mi az elméleti orvosi tudományokkal való foglalkozás jelentőségének ilyenmő elismerésével is velejárna.

Högyes Endre.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A hólyagbetegségekről.

Közli: Novotny Lajos dr. kir. tanácsos.

(Folytatás.)

Az antisepticumok használata kenőcsökben, melyekkel a kathetert sikamlóssá tesszük, hasonlóan ilyen szomorú tragikus lefolyásnak lehet okozója. Itt tehát azt tartjuk szabálynak, hogy kerüljük az antiseptikumokat, s a műszereket sikamlóssá tevő anyagokat, pl. az olajat egyszerűen sterilizáljuk felfőzéssel.

Ezekből tehát láthatjuk, hogy nemcsak a tünetek megbírálásában kell gyakorlatot szereznünk, hogy leküzdhesük a diagnózisban gyakran felmerülő nehézségeket; hanem ismernünk kell a műszerek alkalmazásával járó veszélyeket s az antiseptikumokat kísérő szövődényes bajokat is, mert a vizsgálat által felidézett baj sok esetben nagyobb lehet, mint maga a betegség, mely miatt orvosi tanácsot kértek s így könnyen megeshetik, hogy egy a priori történt vizsgálat után tévedni fogunk a diagnózisban, cystitist, pyelitist látván ott, a hol az alapbaj pl. köbetegegség.

* * *

A hólyagbetegségekből a vezető tünet: a vizeletnehézség. S ezen vizeletnehézség úgy szólván az összes hólyagbajokban fennáll. Magából a vizeletnehézségből tehát a bajt felismerni igen nehéz, mert ugyanazon álarcz alatt más-más betegség lappanghat. Irányadó lehet olykor a beteg életkora; a férfikor delén stricturára gondolunk, öregkorban a prostata túltengésére, gyermekkorban köre. A gyakori vizelésinger pl. a cystitis cardinalis tünete, de mert a hólyaglob a legtöbb hólyagbetegséghez odaszegődik, mint complicatio, ha más úton-módon nem, orvosi assistentiával a tisztátalan vizsgálatra: természetesen a gyakori vizelésingert úgy szólván az összes hólyagbajokban feltaláljuk.

S innen fejthető meg az orvosok részéről a hólyagbajokat kísérő tünetek iránt a mysticismus, mivel a gyakori téves diagnózis miatt úgy látszott, hogy a baj felismerése nagy orvosi tudást igényel. Hogy ez manapság csupán a vizsgálat helyes irányából áll, az természetesen a vizsgáló módszer mai állapotának köszönhető, mely tüneteket s jeleket és felette pontos vizsgáló műszereket vet a vizsgálatnál mérlegbe.

* * *

A hólyag *neurosis* az urologia legérdekesebb fejezete.

A vizeletnehézségek minden alakját utánozhatja.

Feltalálhatjuk e bajban mindazon tüneteket, melyek valamelyes kórbonczani elváltozásból csak származhatnak.

Kóros jelek észlelhetők tehát kóros anatómiai változások nélkül.

A beidegzés hiányossága vagy a beidegzés kóros elváltozása, majd mint túlérzékenység, fájdalom mutatkozik, majd a hólyag kibajtó motorius erejét, a vizeleti képességet érinti, vagy mindkettőt egyszerre s így a dolog természetéből folyik, hogy a beteg fájdalomról, vizeletnehézségekről, azaz vizeletrekedésről vagy vizeletcsepegésről fog panaszkodni, melyhez ha véletlenül vagy artificialis úton lob is társul, vajmi nehéz lesz eldönteni, hogy neurosisal van-e dolgunk avagy nem s így hosszabb ideig lesz kétséges a diagnózis.

A neurosisnál hol fájdalmasság s érzékenység a panasz, a neurosis majd a neurasthenia egy tünete lehet, majd következményes baja hosszantartó húgyszervi betegségeknek, de visszavezethető a neurasthenia ezen alakja sexualis kicsapongásokra is, masturbatióra stb., míg végre kísérője lehet elhúzódó bajoknak, mint a hogy azt a prostata chronikus betegségeinél, pl. prostatahypertrophiában észlelhetjük.

A kezelés természetesen ily esetekben általánosan roboráló s a localis beavatkozások abbanhagyandók. Kivételt képez azon neurosis, mely valódi húgyszervi bajokhoz szegődik, midőn a nyákhártya túlságos érzékenysége gyenge argent. nitr.-mal átmosás, sonda vagy psychrophor alkalmazása után alább szokott hagyni, természetesen itt is szem előtt tartva az idegesség korrigálását.

A neurosis azon alakja, mely a hólyag motorius, kibajtó, kinyomó erejét érinti, a hysteriát kivéve, hol hólyagbénulás is észlelhető, vagy egyes fertőző bajokat, mint a typhus, már centralis és spinalis idegbajokból ered s így már jó eleve hirdetője a fejlődő gerinczagybajnak, leginkább pedig a tabesnek.

A neurosis ezen alakja majd hólyaggöresökben, tenesmusban, majd pedig bénulásokban nyilvánul. A kezdődő tabesben pl. a hólyag-nyak hevenyész gyuladására valló göresös vizelésinger szokta megtámadni a beteget (crises vesicales), melyről csak a kevésbé gyakorlott nem tudja, hogy az korai jelensége a spinalis bajnak.

A hűdéses alak a hólyagfalzat összehúzó izomesoportját érheti (a detrusorokat), mi abban nyilvánul, hogy a beteg nem tud vizelni, retentio áll be; vagy pedig a sphinctereket, midőn a hólyag záró izmának hűdéses állapota miatt folytonos vizeletcsepegés, azaz vizelettartatlanság, incontinentia közzönt be.

Míg a hyperaesthesia gyógyításában a noli tangere elve vezet, addig a motorius alakban a localis beavatkozás igen fontos dolog. Retentióban a betegen csakis rendszeres lecsapolásokkal segíthetünk, természetesen az asepsis szigorú szemmel tartásával. Minthogy pedig igen sokszor a spinalis bajokat a lues indítja meg, el ne mulasztjuk az antisiphilises kúrát, melyre sok esetben a retentio gyógyulni szokott.

A hysteriás hólyaghűdés, mely sokszor magától enged, mint a

hogy a hysteria egyéb jelenségei mulnak és vándorolnak egyik helyről és szerről a másikra, szintén a legnagyobb gondot és figyelmet kívánja meg.

A diagnózis felállításakor a nehézségek leküzdésében harmadsorban nagy segítségünkre van egyéb váladékok figyelembevétele. Így csirizszerű váladék ömölhetik a húgycsőből a székelés alatt avagy a vizelet után. E váladék, ha genyes, a prostata avagy az ondóhólyag gyuladására vall. Ha a pollutio szürke foltjaiban sárga pontokat látunk vagy ha az egészben véve genyes, szintén lobos bajra gondolhatunk, mely a húgycsőben, a prostatában, az ondóhólyagban fészkel s az ondóvezető csöveket is érheti, tehát hamarosan eljethetjük valamelyes idegbajra irányuló gyanunkat. Erre vall a véres pollutio is s így természetesen a vizeletvizsgálat egybevetésével nyugodtabban mérlegelhetjük a betegnek netalán túlzott neurastheniás panaszait.

A diagnostikai nehézségek leküzdésére másrészt újabban, ellentétben még csak a közelmúltakhoz is, kiváló gond fordítottatik az inspektionra is és palpationra. A régi orvosok a vizsgálat e methodusában nagy jártasságra tettek szert s valóban csodálatosnak mondható a megfigyelésnek ama iskolázottsága, melyre a régi könyvekben akadunk. Az instrumentalis vizsgálatok fellendülésével s a pontos technikai műszerek szerkesztésével természetesen a betegvizsgálatnak e módját alaposan elhanyagolták, míg végre valahára a klinikai tünetek hangzatos szólama alatt ismét visszatérünk a régi csapásra, a tüneteknek s a betegség egyéb jeleinek gondos és szorgos megfigyelésére. Így az alhas erős ki-domborodása, megdagadása telt hólyagra, vizeletrekedésre irányítja figyelmünket, midőn a vizeletcsepegés daczára lecsapolt betegnél egyszerre elesik valamelyes daganatnak, cystának, ascitesnek stb. gyanuja.

Eltékintve a betegre tett jótékony hatástól, hogy már egy tekintetre is felismertük baját, a megfigyelés sokszor tereli helyes irányba magát a physikai vizsgálatot is, így a vizelet alatt felvett komikus testtartás, a penis vongálása és fejegetése, hólyagköre hívja fel figyelmünket.

Gyakran megesik, hogy a régi kankós baj okát már pusztán meg-szemléléssel tisztázzuk, ha a húgycsőnyílás szétvonásával megtekintjük a fejlődési rendellenességet egy tasak alakjában vagy egy második s gyakran vakon végződő húgycső abnormitásban, mint az infectionnak fészkeben.

A megörnyedt derékkel s szétterjesztett lábakkal való ide-oda tipogés vagy az ágyban hánykolódó, verejtéktől fedett, nyugtalankodó beteg a retentio gyanuját kelti.

A haematuriás betegnek senyves arcz-szine rosszindulatú daganatra, rákra vall.

De már maga a palpatio is nemcsak irányt szab a műszerrel való vizsgálatnak de a régiek, ez úgy szólván egyedüli physikai vizsgálati módszere hamarosan a beteg felismerésére is vezet. Így gyermekeknél és nőknél a követ már a vaginából és végből kikapogathatjuk.

Ezekből láthatjuk tehát, hogy a panaszok meghallgatásából, a magaviselet megfigyeléséből és egyéb váladékok megvizsgálásából s igen gyakran már a megtekintésből és palpationból is felismerhetjük a betegséget s kényesebb esetekben, rendkívül érzékeny betegnek, mellőzhetjük a műszereknek diagnostikus czélból való alkalmazását.

A diagnózisnál felmerülő körülmények mellett, melyek a betegség felismerésében megteveszthetik az orvost, nagy szerepet visz az anti-sepsis, a kezelésben a nagy tisztaságra való törekvés, melynek elmulasztása szövődényes bajokat okozhat, így különösen gyuladással állapotot, mely tüneteiben oly heves lehet, hogy teljesen fedi magát a betegséget s így gyakran megeshetik, hogy hólyaglob alatt tulajdonképpen kö lap-pang. Ily diagnostikai nehézségek igen gyakoriak.

Ideghajosoknál pl. a paretikus hólyagban támadhat ilyen lob a vizsgálat után, mely ilyen módon azután fedi az innervatio zavarain alapuló hólyagbénulást. A prostatatúltengésben és hólyagdaganatban szenvedő betegre másrészt rossz napok viradnak az ily módon felkeltett artificialis lob miatt, mert annak leküzdése a legnehezebb feladatok közé tartozik. Megrendítő ama kinos győtrelem szemlélése, mely ily módon a meggondolatlan s az asepsis mellőzésével megejtett vizsgálatot követi s így mindig hálás téma marad még napjainkban is pertraktálása ama módoknak, melyeknek egyedüli czélja az ily fajta fertőzésnek elkerülése. Manapság tehát már nemcsak a sebészet és szülészet, de az urologia is az asepsisnek hódol. Hogy minő irányban s minő manipulatio révén érhető el az ideális tisztaság, ahhoz még manapság is sok szó fér. E helyütt bennünket csak az érdekel, hogy műszereinket oly módon tegyük lehetőleg aseptikussá, hogy az alkalmazott eljárás ne ártson a betegnek. Igen fontos, hogy pl. a katheter belsejében ne maradjon egy csepp sem a desinfectió folyadékából, mert a húgycső- és hólyagnyákhártya igen érzékeny s az e czélra használni szokott carbol- és sublimat-oldat artificialis gyuladást kelt.

Az ezen irányban való figyelemtelenségnek legszánandóbb alakjai a prostatahypertrophiások, kik gyakori áldozatai ily vegyi ingertől felkeltett urethritisnek, mert a fájdalmas gyuladás daczára mégis kénytelenek önmagukat naponta többször lecsapolni. A dolog természetéből folyik, hogy ily körülmények között a genyes váladék betolása még cystitist is okoz, mely pillanattól kezdve az öreg kortól úgyis elgyötört s elgyengült betegnek a csillapíthatatlan fájdalmak miatt igen gyakran a halál megváltás számba megy. Azért tehát szabálynak tekintsük, hogy a kathetert a desinfectio után minden egyes esetben felforralt vízzel, só- avagy bór-oldattal alaposan kiöblítsük.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

P. Dittrich: Praktische Anleitung zur Begutachtung der häufigsten Unfallschäden der Arbeiter. Wien, 1901. Verlag von Wilh. Braumüller.

A baleset elleni biztosítási törvénynek kötelező behozatala s annak kiterjesztése az ipari s gyári alkalmazottakra még minden országban — de különösen Németországban, már kevésbé Ausztriában — egy egészen új s hozzá elég nagy és értékes orvosi irodalmat teremtett. E törvény végrehajtásánál az orvosnak alkalma nyílik működni úgy mint szakértőnek, úgy is mint véleményezőnek mindazon esetekben, midőn a munkás munkaképességét a munka közben ért sérülés folytán teljesen vagy részben elvesztette. Ezen esetekben nem egyedül a sérülés minőségének megállapítása a fontos, hanem az elvesztett munkaképesség nagyságának százalékokban való meghatározása. Ez gyakran nem megvetendő nehéz feladatot ró az orvosszákból, mert nem csak azok száma, kik a legkisebb a munkán kívül ért balesetet is fel akarják használni anyagiak kiaknázására. Az orvos eme ténykedését megnehezíti ama a kórboncnokok által tett észlelés, hogy gyakran, midőn a sérülést követően a legszorgosabb és legkörültekintőbb szak-szerű vizsgálat után semmi objectív tünet nem mutatható ki, midőn a sérülést követő első napokban, gyakran hetekben a betegek subjectiv panaszait hajlandók vagyunk túlzottnak tekinteni, a bonczolat mélyreható elváltozásokat tudott megállapítani. A harmadik körülmény, mely ily kártérítési összegnek végleges megállapításánál szintén megszülvendő, ama tapasztalati tény, hogy a munkásoknak alkalmazkodási képessége sérülések után a megszokott munkájukhoz képest igen nagy, mert gyakran előbbi terhes munkájukat rövid idejű begyakorlás után 2, sőt 4 ujj hiánya mellett is ép oly ügyesen és szakavatottan tudják elvégezni, miként ezt Blasiusnak 1894-ben megjelent munkájában felsorolt példái igazolják. A munkaképtelenség nemének tartásnak vagy mulónak való ítélese sok esetben ép oly körülményes, mint annak meghatározása, vajjon a sérülést rövid időn belül követő belső megbetegedés különálló következményi baj-e, mert mindig szem előtt kell tartani ama közzimert eseteket, midőn a sérülést követően gümőkór lépett fel, míg közvetlenül semmi elváltozás sem volt kimutatható. Szerző e kérdésnek a tárgy fontosságához mérten külön fejezetet szentel, míg a sérülést követő belső megbetegedésekkel mostohán bánik el, inkább csak utal *Stern* (Breslau) kiváló értékes és ezekkel behatóan foglalkozó könyvére. A könyv, melynek nagy előnye könnyű és egyszerű nyelvezet, hat fejezetre oszlik, melyek elseje az osztrák s német balesettörvény szövegéről emlékszik meg, míg a második szakaszban az orvos működését tárgyalja a balesetek megállapítása s megbecsülése körül. A 3-dik és 4-dik fejezetben szerző az orvosi véleményadás s a baleset követő vizsgálat módjáról, a munkaképtelenség nagyságának megállapításáról számol be. Legbecselesebb ama három fejezet, melyekben a munkaképtelenség százalékbani megállapítását, a sérülések neveit leljük kimerítően tárgyalva, valamint ama eseteket, melyeknél halál követte a baleseteket. E könyv, mely rövid foglalata a kiterjedt külföldi irodalomnak, sikerülten bevezeti a kezdőt e kényes kérdések sokaságába s egyúttal alkalmas útmutatóul is fog azoknak szolgálni, kiknek a munkaképtelenség megállapítása gyakran leküzdhetetlennek látszó akadályokat s nehézségeket okoz, hisz e tárgyat csak elvéve tanítják egyes egyetemeken.

A könyv nagy előnye irányának egyszerűsége s ama következetesen keresztül vitt törekvése, hogy kerüli az elméleti fejtegetéseket, a melyek helyébe saját törvényszéki orvosi felülvizsgálati gyakorlatából szakértőként a felülvizsgálati jegyzőkönyvek s az abban foglalt orvosi vélemények áttanulmányozása után nyert eseteit véleményével s következtetéseivel példának állítja oda.

Friedrich dr.

W. Ebstein: Die chronische Stuhlverstopfung in der Theorie und Praxis. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1901.

Az orvosi gyakorlat szempontjából rendkívül érdekes munka hagyta el a sajtót néhány héttel ezelőtt. Ebstein tanár, a göttingeni belklinikai hírneves vezetője írta meg benne az idült székrekedés kör- és gyógytanát. Tény, hogy a habitualis bélrenyheség és az általa előidézt idült székrekedés egyike a leggyakoribb bajoknak; valamint az is tény, hogy az idült székrekedés feltételezte zavarok a szervezet legkülönbözőbb részeiben — bél, gyomor, vérkeringés, idegrendszer, húgy-szervek stb. — szintén nagyon gyakoriak s nem ritkán félrevezetik a nem eléggé körültekintő orvost, a minek azután nem csupán a beteg és a kezelő orvos vallja kárát, hanem közvetve az egész orvosi rend is, a mennyiben az alpbántalom fel nem ismerése következtében az ilyen betegek orvosi kezelése meddő marad s egy része ezeknek kuruzslók kezébe kerül; ezek túlnyomó többségénél pedig a hashajtás nagy szerepet játszván, az ilyen bántalmak a kuruzslók kezei között nem egyszer váratlan javulást mutatnak. Nagyon ajánlhatjuk tehát e munka megszerzését, annyival is inkább, mert tényleg egy e téren nagyon tapasztalt orvos tollából való, a ki a tárgyat úgy elméletileg, mint gyakorlatilag alaposan átdolgozta és e mellett előadása nem száraz, hanem a gyakorlatból vett tanulságos példákkal, valamint érdekes orvostörténeti adatokkal fűszerezett, úgy hogy a munka olvasásakor a hasznosítást a kellemessel együtt kapjuk. Bizonyára hálával fogadja az olvasó a függelékkel mellékelt 23 kórtörténetet, melyek alapján szerző világosan szemünk elé tárja az idült székrekedés individualizáló gyógyításának gyakorlatát. Szerző általában a gyakorlati célokat nagyon szem előtt tartja és ennek megfelelően a gyógyítás módjainak — a melyek között az olajklysmáknak nagy szerepet juttat — részletes tárgyalására nagy súlyt helyez; az összesen harmadfélszáz lapra terjedő

munkának csaknem felét a gyógyításmódok leírása foglalja el, nagyon helyesen olyan aprólékos technikai részletekre is kiterjeszkedvén, a melyek előadása első tekintetre talán feleslegesnek látszik. Az érdekes munkát ismételve ajánljuk orvostársaink figyelmébe.

Jellachich István: Útmutató a törvényszéki orvosi gyakorlatban. Pécsét, nyomtatott Taizs József könyvnyomdájában, 1901.

A nem egészen kétszáz lapra terjedő kicsiny alakú könyv magában foglalja mindazon törvényeket és rendeleteket, a melyeknek ismeretére az igazságszolgáltatás terén működő orvosnak lépten-nyomon szüksége van, s mint ilyen bizonyára kelendőre tarthat számot. Azonkívül mintául néhány törvényszéki bonczolási jegyzőkönyvet, véleményt és felülvizsgáló, valamint a gyermekölésre, a magzatfűzésre és testi sértésekre vonatkozó látleletet is közöl. A kifogástalan kiállítású munka árát nem tudjuk.

Új könyvek. *Posner: Diagnostik der Harnkrankheiten.* Dritte Auflage. Berlin, A. Hirschwald. — *Frankenhäuser: Das Licht als Kraft und seine Wirkungen für Mediziner dargestellt.* Berlin, A. Hirschwald. — *Schütz: Über chronische dyspeptische Diarrhöen und ihre Behandlung.* Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Tantzsch: Zur Behandlung der perforirenden Bauchwunden.* Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Seitz: Über Blutdruck und Circulation in der Placenta, über Nabelschnur-geräusch, insbesondere dessen Aetiologie und klinische Bedeutung.* Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Archambault: Guide de l'examen gynécologique.* Paris, A. Maloine. — *Hamilton és Reynault: Les gardes-malades.* Paris, Vigot frères. — *G. Mc Clellan: Anatomy in relation to art.* London, W. B. Saunders and Co. — *H. W. Allingham: Diseases of the rectum.* Seventh edition. London, Baillière, Tindall and Cox. — *W. Hale White: Text-book of pharmacology and therapeutics.* Edinburgh and London, Young J. Pentland. — *Glentworth Reeve Butler: The diagnostics of internal medicine.* H. Kimpton, London. — *J. Sayre Marshall: Principles and practice of operative dentistry.* Philadelphia and London, Lippincott. — *R. J. Probyn-Williams: A practical guide to the administration of anaesthetics.* London, Longmans, Green and Co.

Lapszemle.

Szülészet és nőgyógyászat.

Vérgyülemekről egyszerű és kettős nemi részekenél értekeznek Stratz (Hága). Általánosan elfogadott nézet, hogy úgy egyes, mint kettős nemi részekenél minden haematosalpinx-szal complicált eset egy alulról kiinduló infectioa vezethető vissza az által, hogy az atresiát okoz, de az atresia már veleszületett is lehet. Nehéz azonban magyarázatot adni a haematosalpinx keletkezésének, mert ismeretesek esetek, hol haematosalpinx volt infectio és atresia nélkül is. Egy *Praetorius* által közölt esetet ugyan szerző szigorú vizsgálat alá vevén, azt találta, hogy direkt összeköttetés volt az ott előfordult haematometra és haematosalpinx között. Ezen esetnek, melynél uterus duplex cum vagina duplici s veleszületett jobboldali atresia, haematoelytrometra és haematosalpinx volt jelen, tüzetes vizsgálata kimutatta, hogy egy viszeres pangás és vértorlás által keletkezett vizenyős duzzanata a kürti nyákhártyának okozta az atresiát s a vérzést, s ez így második helyre teendő a haematosalpinx keletkezésénél.

Ezen s még két hasonló eset (*Tussenbroek* és *Traub* esetei) szigorú vizsgálata után a következő eredményekre jut:

A vaginalis atresiák veleszületett vagy infectio által keletkezettek lehetnek, akár egyes, akár kettős genitálakkal.

Tubaris atresiák mechanikus vagy vérkeringésbeli zavarok folytán való összetapadás vagy infectio által keletkeznek.

A vérgyülem a haematosalpinxban nagyobb részben az oedémisan duzzadt epitheliából, részben megfeszített nyálkás hártájából az atresiás tubának keletkezik s másodsorban a méhből való visszafolyás is lehet az oka.

A mi az illető esetekben a terapiát illeti, úgy ha az egészséges rész megtartása nagy nehézségekbe ütközik, úgy abdominalis totalexstirpationot tart gyors és radikális gyógyítás szempontjából tanácsosnak. (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XLV. k. 1. f.*) *Kern Géza dr.*

A chloroformnarcosist elkerülhetők tartja *Veit J.* sok esetben a nőgyógyászati operatióknál. Vaginalis műtéteknél még a helybeli érzéstelenítés sem szükséges; kellő óvatossággal vaginalis totalexstirpationot is lehet végezni narcosis nélkül. A vulván végzendő műtéteknél a Schleich-féle infiltratio alkalmazását ajánlja. Elég nyugodt és nem túlságosan sensibilis betegéknél laparotomiát is lehet a hasfal infiltratio anaesthesiája mellett végezni. Sikerrel alkalmazta ez eljárást ovariotomiáknál (5 eset) és mőhrepedés kezelésére végzett hasmetszéseknél; de a méh erősebb vöngálásával járó műtéteknél, a melynek a méh abdominalis kiirtása vagy a hasúri myoma-műtétek, a narcosis nem volt nélkülözhető. (*Graefes Samml. zwangl. Abh. IV., 3.*)

Adler Oszkár dr.

Fülggyógyászat.

A ganglion acusticum bonczotani viszonyairól ír kimerítően *Alexander.* Hosszas és fárasztó vizsgálatai eredményeit ő maga a következő pontokba foglalja össze:

1. A vizsgált emlősök hallóidegének vestibularis részére két ganglion jut (ganglion vestibulare superius et inferius, s. ganglion radialis superioris et radialis mediae), ezek a belső hallójárat melyében fekszenek

és egymással egy középső — keskeny, a crista transversán fekvő, ganglion-sejteket és idegrostokat tartalmazó — zonával vannak összekötve; e zonát ő isthmus ganglionarisnak nevezi.

2. Mindkét dűzban a vestibularis idegvégéktől jövő acusticus ágak első megszakításukat szenvedik el.

3. Minkét vestibularis ganglion sejtei a bipolaris idegsejtek systemiájába tartoznak. Központi nyúlványai összességét a hallóideg középső és felső gyökei alkotják (radix n. acustici sup. et med.); a felső a felsőből, a középső az alsó dűzből vezethető le. A környi nyúlványokat alkotják ama idegágak, melyek az öt vestibularis idegvégéttől a két ganglionba terjednek, még pedig a nervus utriculo-ampullaris (nervus utricularis, n. ampullaris super., n. ampullaris lat.) kizárólag a felső vestibularis dűzban végződik; a nervus saccularis és a n. ampullaris posterior nagyjából az alsó vestibularis ganglionban végződik; mindkettőnek egy kis rostrészlete — különféle emlősöknél különböző mennyiségben, így igen szépen található ez tengerimalcokban, nyúl és juh — az isthmuson át a felső dűzba jut, hol a sejtekben végződik.

4. Az isthmusban lefutó rostok megfelelnek a nervus saccularis és n. ampullaris posterior fent jelzett rostrészleteinek, a melyek azon át jutnak a felső dűzba. Kétes megfigyelések folytán nem mondhat biztosat arra nézve, vajon vannak-e az isthmusban olyan rostok, melyek a felső dűz egyes sejtjeit az alsó ganglion-sejtjeivel kötnék össze.

5. Némely emlős hallóidegében, főleg a hallóideg agyhoz közeli részében, elszórtan vagy egyes csoportokban ganglion-sejteket található, a melyek alakra nézve a központi idegrendszer dűzsejtjeivel egyeznek meg. Eme sejtek összességükben valószínűleg egy a környék felé előretolt acusticus magnak felelnek meg.

6. A hallóideg gyökeiben és ágaiban különben egyes dűzsejtek illetőleg ilyen sejtesoportok (a vestibularis dűz sejtjei jellegével) csak kivételesen találhatók és nem tekinthetők rendes képződményeknek. Szerző ebben egyetért Ferré-vel, a ki hangsúlyozza, hogy a dűzoktól a peripheria felé idegsejteket nem talált. Különálló dűzcsomó a n. ampullaris posterioriának normalis viszonyok között nem felel meg.

7. A ganglion vestibulare a ganglion geniculival idegrostkötég útján van összekötve, a mely kötegbe a vizsgált állatok egy részében mindkét dűz felül idegsejtek nyulnak be; némelyeknél folytatólagosan kimutatható egy a ganglion vestibulare superiorstól a ganglion geniculi felé haladó dűzsejtesík.

8. A vestibularis dűz sejtjeinek, ép úgy mint idegrostjainak nagysága egymás között igen változó, minden körülmények között azonban jóval nagyobbak, mint a ganglion spirale sejtjei és sokkal vagy valamivel kisebbek, mint a ganglion geniculii.

9. A dűzsejtnek nagysága és az idegrostok vastagsága egymással aránylagos viszonyban vannak, a mennyiben nagyobb idegsejthez vastagabb idegrost tartozik. (Sitzungsber. d. k. Akad. der Wissensch. Wien. Math. Naturwiss. Classe. B. CVIII. Abth. III. 449. lap.) ifj. Klug Nándor.

Orr-, torok- és gégebajok.

Egy új sterilizálható gégetükörről ír Trautmann. Azon feladatnak, hogy a vizsgálatnál úgy a fertőzés lehetősége kizárassék, valamint a műszer se menjen tönkre, az olyan gégetükör felel meg, a melynek a garat lágyrészeivel érintkező része, a nélkül, hogy a tükröz megromolnék, tökéletesen sterilizálható. Szerző állítása szerint megoldotta ezt a kérdést. Az általa szerkesztett gégetükör három főrészből áll. Egy fém dobozból, az abba illeszthető tükrökből és a tükröt keretében megerősítő elzáró gyűrűből. Ha csupán a tükröt akarjuk desiniciálni, úgy azt egy antiseptikus oldatba mártott vattával letöröljük, ha pedig a műszert sterilizálni akarjuk, úgy a dobozt és a gyűrűt külön külön kifőzzük. A Trautmann-féle gégetükör két nagyságban a müncheni Beck és Playetta cégtől rendelhető meg. (Münch. med. Wochenschrift 1901. 25. szám.)

Tóvölgyi Elemér dr.

Az ornyákhártya hyperaesthesiájáról tartott rendkívül érdekes előadást B. Fränkel professor. A cikkből, mely egészségben megérdemli az elolvasást, kiemelem a következőket. Szerző ma már alig kételkedik azon szoros összefüggésben, mi egyrészt az asthma, ideges nátha és az orr szöveteinek vasomotorikus duzzadása, másrészt az orr idegei, nevezetesen a trigeminus és néha az olfactorius túlérzékenysége között fennáll. Daczára, hogy mindinkább általánossá lesz már a nézet, hogy az orr érző idegeinek abnormis érzékenysége okozza a reflex-neurosisokat, mégis az orr szöveteinek egyéb fajta elváltozásait még mindig túlságos, a terapiát nagyon befolyásoló figyelemben részesítik. Azon esetek kivételével, hol a túlérzékenység teljes bizonyossággal megállapítható, a sebészi eljárás csakis azon körülmények között javult, ha a felvett reflexneurosisok nélkül is egy sebészi beavatkozás volna indicált. A cocain csakis azon esetekben helyén való, hol a reflexneurosis csak rövid időre akarjuk megszüntetni. Így énekeseknél, fellépésük előtt. Az orthoform néha igen jó hatású, máskor meg igen izgat és a bajt növeli. A belső szerek közül a bromkali (1 gm. háromszor napjában) nagyon hatásos, mivel azonban hosszas használat mellett a beteg megszokja, leginkább csak időnként fellépő neurosisoknál, a minő a szénaláz is, célszerű. (Berliner klinische Wochenschrift 1901. 15. szám.)

Tóvölgyi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A creosotal kedvező hatásáról győződött meg Fournier 52 esetben, melyek fertőzésen alapuló, elsődleges vagy másodlagos broncho-pulmonaris megbetegedésekre vonatkoztak (primaer broncho-pneumoniák, kanyaró, diphtheria, influenza szövődményképen jelentkező légzőszervi megbete-

gedések stb.). Azt ajánlja, hogy azonnal elég nagy adagokat adjunk (1 éves korig 0.25—1 gramm; 1—4 éves korig 1—3 gramm; 4—6 éves korig 3—4 gramm; 6—10 éves korig 4—5 gramm pro die), s csak akkor csökkentsük felényire az adagot, a mikor a hőmérsék már rendes; a hőmérsék esetleges újabb emelkedése esetén tüstént az előbbi nagyobb adagokhoz kell visszatérni; a szer használatát csökkent adagban addig kell folytatni, a míg minden hallgatódzási tünet el nem múlt. A creosotal cukrozott tejben avagy emulsió oleosával és syrupus althaeae-vel adható. Kanyaró, számarhurut vagy influenza után gyenge gyermekeknek gyakran fejlődő broncho-pneumoniás phthisis ellen a kellő diaetetikai-hygiénés kezelés mellett Pritchard jó eredménnyel használja a creosotalt, melyből 2—3 óránként 1—5 cseppet ad és ezt rövid megszakításokkal hosszabb időn át folytatja még akkor is, a mikor a kis betegek látszólag már egészségesek.

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1901. 46. szám. Grósz Gyula: A diphtheria-ellenes serumtherapia. Medvei Béla: Dermoidcysta részleteket (szőrököt) kiköbögő csecsemő. Strausz Aladár: A prostata lobos megbetegedéseinek orvoslásáról.

Orvosok lapja, 1901. 46. szám. Vermes Lajos: A szem aesthetikai, minikai és művészeti szempontból. Porosz Mór: Az érzékenység korai fejlődésének megfigyeléséről.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1901. 46. szám. Ullmann: Bőr alatti szövet-lebenyek használata műtéveknél. Cantalupo: Az általános aethylchlorid-narcosis okozta finomabb elváltozások az idegközpontokban. Kozlovszky: A gerincevelő Corning-Bier-féle analgesiája had-sebészeti szempontból. Brügelman: Az asthma aetiologiája és tünettana. Pometta: Megjegyzések a typhus kezeléséről Jez-féle antityphuskivonattal. Fiedler: Egy természetes védelmi eszköz anginánál.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 46. szám. Pick: Subcorticalis göczmegbetegedések combinatioja senilis agysorvadással. Schlöss: A táplálék befolyása az epilepsiára. Halban: Adat a juvenilis tabes ismeretéhez. Landsteiner: Normalis embervér agglutinációs jelenségei. Bergmeister: Cataracta diabetica.

Wiener medicinische Presse, 1901. 46. szám. Ehrmann: Psoriasis follicularis cutis (Darier) a második generatióban. Schürmayer: A saponinok. Heisz: A periferiás vérkeringési készülék neurosisai (vasomotorius ataxia).

Prager medicinische Wochenschrift, 1901. 44. szám. Schloffer: A trigeminus-resectio technikájához. Kast: A szivafectiok viselkedése idült ízületi csúznál, illetőleg arthritis deformansnál.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 46. szám. Senator: Anaemia splenica ascitissal (Banti-féle betegség). Römer: Intrauterin és extrauterin antioxin-átvitel az anyáról a leszármazottakra. Reimar: Idegen test okozta tályog a fültájékon. Asch: A hólyaggümőkór kora kórismézése. Baumgarten: A gümöbaccillus kórszöveti hatása. Heller: A házastársak syphilise válási ok-e?

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 46. szám. Plehn: Az újabb malaria-kutatás gyakorlati eredményei. Embden: A metallikus idegmérgek ismeretéhez. Pöhl: A túlságos ideg ingerlés fontossága auto-intoxicational. Pappenheim: Panoptikus triacidfestés. Reichmann: A belső szervek nagyságának meghatározása. Wateff: Mérgezés oleandrinnal. Pause: Az egészségtan tanítása az iskolában. Fink: Új módszer a szénaláz és rokonbajok gyógyításában.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1901. 21. szám. Jadassohn: Megjegyzések a syphilis gyógyításáról. Wildholz: Adat a pneumaturia ismeretéhez.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 45. szám. Marx: A chinin mint stypticum és antisepticum. Grosse: Trachealis porcchiány és ezüst-sodronyháló-fedés.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 46. szám. Ostermayer: A bal hüvelyboltozat kiterjedt repedése közönsülés folytán.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 12. kötet, 11. füzet. Wannier: Kisebtelek vizsgálatok néhány húgyfertőtlenítő szer bacteriumölő hatásáról.

Progrès médical, 1901. 45. szám. „Numéro des étudiants“ — a franczia orvosképzésre vonatkozó tudnivalók gyűjteménye. 46. szám. Buret: Strychnin-mérgezés.

La presse médicale, 1901. 91. szám. Hutinel: A sejt-secretiok. Guinard: A rachioecainisatio. Willbouchewits: A pestis praeventiv kezelése. Martinet: Hogyan kell rendelni a salicylt? Martinet: A diaeta kérdése Bright-kóránál.

La semaine médicale, 1901. 47. szám. Rapin: A foetusnak rendkívül hosszú ideig a tágult cervicalis ürben tartózkodása a szülés alatt.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 46. szám. Féré: Epilepsia dermalgiás krízisekkel. Buys: Otitis eredésű agytályog. Weymeersch: Az epehólyag elsődleges rákja.

British medical journal, 1901. november 16. J. Swain: Az oesophagus idiopathiás tágulata. F. T. Heuston: Átfürödött typhusos bélfekély sikeres műtéve. A. E. Maylard: A mesenterialis ereknek postoperativ thrombosisa. A. Blayney: Nagy bélrészletek eltávolítása. C. C. Stead: Intussusceptio 72 éves egyénnél, műtét után gyógyulás. Hastings Gilford: Gyomorfürödés műtéve. A. H. Buck:

Javított bemetszés laparotomiánál a postoperatív sérv megelőzésére. *J. Thomson Shirlow*: Veseületett hydronephrosis műtett esete. *J. Lacy Firth*: Bilocularis medencebeli és scrotalis hydrocele. *J. F. Hodgson*: A vesiculae seminalis elsődleges gümőkórjának műtett esete. *W. Mc Gregor Young*: Az aethernarcosis javítása. *C. A. Ball*: A catgut sterilizálása. *E. Eden Cass*: Halálos viperacspés. *P. C. Walker*: Tracheotomia három esete.

The lancet, 1901. II. 20. szám. *G. Buckston Browne*: 25 éves tapasztalatok a húgyszervi sebészet terén. *R. W. Lloyd*: Erzéstelenítés a száj, orr és torok közelében végzendő műtéteknél. *Wm. Mitchell Banks*: Benyomások a chloroformot és aetheret illetően. *C. B. Keelley*: Sósav nyelése által okozott fekélyek a gyomorban és oesophagusbán, különös tekintettel a gyógyításra. *G. H. Rodman*: Röntgen-sugarakkal kezelt súlyos lupus-eset. *T. Coke Squance*: Röntgen-sugarakkal kezelt lupus vulgaris. *R. J. Anderson*: Az alkar rotatioja. *Hugh Galt*: Új módszer műzeumi készítmények eltartására. *J. Good*: A rectumban levő palaczk okozta húgyretentio. *W. Collier Pridham*: Sajátságos tünetek foghúzás után. *H. W. Allingham*: Kő okozta suppuratív cholecystitissel szövődött kettős ovarialis cysta.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 45. hetében (1901. november 3-dikától november 9-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1901-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 728,235, katona 16,484, összesen 744,719. Elve született 370 gyermek, elhalt 244 egyén, a születések tehát 129-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 25.8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17.0 az egy éven felüli lakoságnál: 14.0, az öt éven felüli lakoságnál: 12.9 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 2, pertussis 1, morbili 1, scarlatina 9, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 11, apoplexia 4, eclampsia 6, szervi szívhiba 19, pneumonia 20, pleuritis 1, pneum. catarrh. 1, bronchitis 5, tuberculosis pulmonum 36, enteritis 17, carcinoma 10, ezek közül méhrák 0, egyéb újképleték 4, morbus Brightii et nephritis 13, veseületett gyengeség 17, paedatrophia 2, marasmus senilis 9, erószakos haláleset 13, ebből gyilkosság és emberölés 2, öngyilkosság 6, bal-eset 5, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A mult hét végén volt 2900 beteg, szaporodás e héten 872, esőkkenés 861, maradt e hét végén 2911 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi november 5-étől november 12-dikéig terjedő 45. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 31 (34), diphtheria, croup 22 (20) hagymáz (typhus) 5 (12), kanyaró (morbili) 40 (45), trachoma 5 (9), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hőkhurut (pertussis) 20, (21), orbáncz (erysipelas) 15 (20), gyermekági láz (febr. puerp.) 1 (2) járv. fültőmirigylob 0 (5), ezenfelül varicella 35 (71).

+ **A biztosító társaságok orvosszakértőinek nemzetközi szövetsége.** (Association internationale des médecins-experts de Compagnies d'assurances.) Az életbiztosítással foglalkozó orvosoknak 1899-ben Brüsszelben tartott I. nemzetközi congressusán elfogadott határozati javaslatnak megfelelőleg 1901. szept. 24-dikén az Amsterdamban tartott II. congressuson megalakult az „Association internationale des médecins-experts de Compagnies d'assurances”, a melynek czime röviden: „Az orvosszakértők nemzetközi szövetsége”. A szövetség czélja: 1. Az élet- és balesetbiztosítás terén felmerülő orvosszakértői kérdések tanulmányozása. 2. Véleményadás a szövetséghez intézett kérdésekre. 3. A különböző országokra nyert statisztikai adatok központosítása. 4. A biztosító társaságok orvosszakértői által a nemzetközi congressuson nyilvánított óhajok megvalósítása. 5. Az időnként tartandó nemzetközi congressusok előkészítése. 6. Időszaki folyóirat kiadása, a mely az élet- és balesetbiztosítás terén felmerülő orvosszakértői kérdéseket tüzi ki tanulmány tárgyává.

A szövetség áll rendes és tiszteletbeli tagokból. Rendes tag csak biztosító társasági működő orvos lehet; tiszteletbeli tag lehet bárki, a ki szaktudásával a szövetség munkálatait elősegíteni képes. Az évi járulék díja 5 frank.

Az életbiztosítási orvosok szövetsége nemzetközi jellegénél fogva minden országban egy külön szakosztályt létesít, a mely szakosztályok teljesen önálló hatáskörrel bírnak, de a Brüsszelben székelő központi bizottság révén szerves egészet képeznek. A központi bizottság Brüsszelben következőképp alakult meg: Elnök: *Vlemineck* (Brüsszel), főtitkár: *Poëls* (Brüsszel), pénztáros: *Blankenberg* (Amsterdam), a szaklap szerkesztője pedig *Mahillon* (Brüsszel). Az egyes országokban alakuló külön szakosztályok bureauja az előirt szervezési utasítás szerint áll egy elnökből, egy titkárból és 3 tagból. Európa és Amerika legtöbb culturállamában már létesültek is az életbiztosító orvosok szövetségének sectioi.

Nálunk Magyarországon a brüsszeli központi bizottság *Löv Sámuel* dr.-t, az „Első magyar általános biztosító társaság” főorvosát kérte fel egy hozzá intézett meglehangú átiratban a magyar szakosztály szervezésére.

Löv Sámuel dr. f. hó 13-dikára értekezletet hívott össze, a melyen *Poëls* dr. főtitkárnak a brüsszeli központi bizottság nevében hozzá intézett átiratát ismertette, a mire az értekezlet a magyarországi bizottságot megalakultnak jelentette ki és azt „Az orvosszakértők nemzetközi szövetségének magyar bizottsága” (Comité Hongroise de l'Association Internationale des Médecins-Experts) czimén a nemzetközi szövetség keretébe iktatta.

A bureau következőleg alakult meg: Elnök: *Löv Sámuel* dr., főorvos; titkár: *Hönnig Isz* dr., szerkesztő; a bureau tagjai pedig *Aczél Károly* dr., mentőparancsnok, *Sarbo Arthur* dr. és *Schwarz Arthur* dr., magántanárok. — A nemzetközi szövetséget illető további felvilágosításokkal készséggel szolgál a magyar bizottság titkára, a kinek czimére (Budapest, VII., Kisdíófa-u. 2. sz.) küldendő a bizottságot érdeklő tudósítások, valamint a magyar bizottsághoz intézett levelezések.

× **Huber Alfréd** dr. a m. kir. vallás- és közoktatásügyi ministerium megbízásából a Finsen-gyógyimód tanulmányozása czéljából Kopenhágába utazott.

Kinevezés. *Doktor Sándor* dr.-t, a budapesti tud.-egyetem I. sz. szülészeti és nőgyógyászati klinika első tanársegédét a közoktatásügyi minister a pécsi bábaképző intézet igazgató tanárává kinevezte.

♀ **Nyilatkozat.** Legyen szabad *Csapodi* és *Jendrassik* kartárs. uraknak az O. H. mult számában a *Vademecum* nyelvezetéről közölt nyilatkozatára nézve megjegyeznünk, hogy könyvünk előszava szerint „legjobban véltünk cselekedni a *Csapodi-Jendrassik*-féle ideák elfogadásával, annyira, a mennyire ezek irodalmunkban már polgárjogot nyertek látszólag”.

Mint e sorokból kiténik, mi e javaslatokból csupán a nézetünk szerint már közkinésűvé váltakat kívántuk felhasználni. Így *Csapodi* szerint két külön szóban irtuk az összetett szót, ha azok külön irva ugyanazt jelentik, mint összetéve (pl. sárgás fehér, tápláló anyag, ék alakú, nagy fokú stb.), ellenben együtt tartjuk a többi (pl. újezést, számárhurut — *Csapodi* saját példái, melyeket egy beszélgetésünk alkalmával használt). Másrészt úgy hittük eddig, hogy *Jendrassik* kartárs úr javaslatának értelmében jártunk el, a mikor az idegen főnevekből származó melléneveket a főnévből magyarosan képeztük (pl. typosus, fizikai, epidemiás). Készséggel megengedjük azonban, hogy e javaslatok keresztülvitelében egyes szók talán elkerülhették figyelmünket, a mikor a cikkek szerzőinek eredeti orthographiája maradt meg, de talán nem tagadható mégsem, hogy a fentebbi két, *Csapodi-Jendrassik*-féle javaslat inkább érvényesül a *Vademecum*-ban, mint bármely eddig megjelent orvosi könyvben.

Kijelentjük különben, hogy magyarosság szempontjából nyelvünk reformációját még nem tekintjük megállapodottnak; a nyelvezetünket kifogásoló nyilatkozat e passusát pl.: „tekintetbe venni óhajtottá azon javaslatokat” . . . mi imigyen irtuk volna: „tekintetbe óhajtottá azokat a javaslatokat venni” . . . Budapest, 1901. november 20. *Nékám Lajos, Kéty László*.

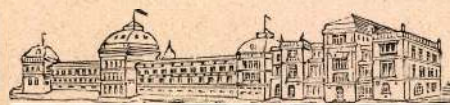
± **Tauffer** tanár szülészeti poliklinikájának segélyét októberben 104 esetben vették igénybe 73 műtéttel. Évi folyó szám 1108.

± **Lakásváltoztatás.** *Dirner Gusztáv* dr. egyetemi m.-tanár, a budapesti m. kir. bábaképző igazgatója lakását IV., Kigyó-tér 1., II., 12. alá tette át. — *Basch Imre* dr. kórházi főorvos lakik IV., Kigyó-tér 1., I. em. — *Forgách Aladár* dr. volt szt. Rókus-kórházi alorvos, operateur f. hó. 15-dikén VIII., Baross-utca 30. sz. alatt megkezdte sebészurologus orvosi gyakorlatát.

— **Megjelent.** Orvosi zsebnaptár 1902-re. Szerkeszti *Faragó Gyula* gyermekorvos. — *Szili A.*: Zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte der hinteren Iris stb. — *Felix Hirschfeld*: Die Zuckerkrankheit. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1902. — *Hankovits Ferenc* gyógyszerész: Néhány szó a gyógyszerárak államosításához. Nagyvárad. Ara 60 fillér. — *Prof. Dr. A. Elschnig*: Stereoskopisch-photographischer Atlas der pathologischen Anatomie des Auges. II. Lief. 1901.

„**Fasor** (Dr. Herezel-féle) sanatorium.” (Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kiténő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospectus.

Dr. Sarbo Arthur egyetemi magántanár, V., Aulich-utca 7 (Szabadság-tér), ideggyógyintézete tabeszes ataxiák kezelésére (Dr. Frenkel-féle módszer) a Dr. Grünwald-féle sanatoriumban, VII., Városligeti fasor 13.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapestben.

Nagy kőnes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencében az ásványvíz naponként négyszer megújul, **locális iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és ádító-fürdők. Kiténő szállodák. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospectust ingyen küld az igazgatóság.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1901. november 18-dikán.) 766. l. — Budapesti kir. orvosegyesület. (XX. rendes ülés 1901. november 16-dikán.) 767. l. — Közkórházi orvostársulat. (XII. bemutató ülés 1901. október 9-dikén.) 768. l. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 768. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1901. november 18-dikán.)

Orvosi érdekű tárgyak voltak:

1. Klug Nándor rendes tag előterjeszti Szili Adolf egyetemi rk. tanárnak „Az emberi szem látóideg betérésének morphographiája” című műve első kötetét, mely 24 táblán 89 ábrát és a hozzá tartozó leírásokat tartalmazza. Az eredeti rajzokat és aquarelleket, melyek élő szemből nyert megfigyelések nyomán készültek, megfelelő alkalommal szerző az Akadémiának nagyrészt már bemutatta. Gyűjteményben egyesítve most a látóideg betérésének összes rendes és rendkívüli típusait felöleli. A mű ezen első kötete a szemtükrő feltalálása 50. évfordulójának ünneplésére jelent meg.

2. Ugyancsak ő előterjeszti Kertész József dr. értekezését „A chloroform hatásáról”.

Kertész József dr. műtőorvos az állatorvosi főiskolának Tangl tanár vezetése alatt álló élettani intézetében állatkísérletek alapján tanulmányozta a chloroform hatását a vérkeringésre.

A chloroform összes kísérleteiben kurarizált állaton trachealis canulon át vezetett az állat tüdejébe akként, hogy a mesterséges lélegzést eszközölő, levegőt fújtató készülékből a levegő vagy tisztán, vagy chloroformmal keverve jutott a tüdőbe. A vérnyomás és szívműködés regisztrálására első kísérleteinél a Ludwig-féle higanyos, későbbi kísérleteinél a Hürthle-féle ruganyos jelző készüléket alkalmazta. Chloroform behatására összes kísérleteinél a vérnyomásnak csekély kezdeti emelkedése után (mely egyes esetekben nem vagy alig mutatkozik) mindenkor tetemes vérnyomás-süllyedést észlelt, melylyel együttesen a szívműködés gyengült. Miután ezt a süllyedést úgy vagus, mint gerinczagy, valamint vagus-, gerinczagyátmetés és a nyaki, valamint felső mellkasi sympathias ganglionok egyidejű kiirtása után is észlelte, további kísérletei útján azon kérdést iparkodott tisztázni, vajjon a vérnyomássüllyedést a chloroformnak a környi vérekre vagy magára a szívre gyakorolt hatása okozta-e?

Ezen kérdés eldöntésére oly kísérleti berendezést alkalmazott, melynél a vér a bal szívből a carotisba vezetett U alakú üvegesövény át a vena cava anter.-on keresztül a jobb szívbe jutott. A többi ütőér-ágakat alkalmas módon lekötötte, ú. m. az aortát az anonyma és subclavia sin. közt, a subclavia dextrát a vertebralis d. eredése előtt, azonkívül lekötötte az azygost és a vena cava posteriort. A carotisok egyikébe az U-alakú összekötő ösövet, a másikba a regisztráló canuláját kötötte.

Ily módon, változatlanul fentartva a pulmonalis vérkeringést, a nagy vérkör ereit kizárta, kizárva egyszersmind az agyat és a gerinczagyat is. Hogy utóbbiak ki voltak zárva, kitünt abból, hogy sem vagus-, sem gerinczagyátmetésre a vérnyomásban változás nem állott be.

A vérnyomás állandósulása után chloroformot nyujtva, a vérnyomás süllyedése és a szívműködés gyengülése ekkor is bekövetkezett.

Utóbbi kísérleti berendezésénél a pepton bizonytalan hatását kizárando, egyes esetekben a vért részletekben defibrinálta. Az eredmény akkor is ugyanaz volt; úgyszintén azon esetében is, a melyben a nagy vérkört az állat egyik mellő végtagjára szorította, lekötve az összes többi véreket.

Mindezek alapján felveszi, hogy a chloroformnak az állat szívműködésére gyengítő hatása van.

3. Ugyancsak ő jelentést tesz saját vizsgálatairól: „Adatok a pankreas fehérjeemésztéséhez”. A pankreasnedv fehérjeemésztője, a trypsin, a mirigyben oly mennyiségben van meg, hogy magát a mirigyét, alkalmas körülmények között, megemésztí és mesterséges pankreasnedv készítésére alkalmas. Ilyenkor, midőn a mirigyét vízben önemésztésnek tesszük ki, kiténik, hogy a pankreasból annál több emésztődik meg, minél több száraz pankreas használnak a nedv készítésére; az önemésztés nemcsak egészében, hanem viszonylag is annál élénkebb, minél több pankreas teszünk ki emésztésnek. A készített nedv emésztő képessége azonban a készítésére felhasznált pankreas mennyiségénél bizonyos határon túl nem nő, sőt a 100% pankreas felhasználásával nyert nedv rosszabbul emészt, mint az 50% pankreas tartalom mellett készült; ennek oka a nedvben, önemésztés útján, a pankreasból képződött emésztéstermek. Bizonyítja, ezt a tény, hogy a dialyzált mesterséges pankreasnedv jobban emészt, többet old a fehérjékből, mint a nem dialyzált. Sokszor lehet olyan pankreasra akadni, a mely 3—4 órai önemésztésre nem képes; ez mindenkor éheztetés közben leölt állattól származik, ennek pankreasában nincsen trypsin. Van azonban benne protrypsin s ez, ha az emésztést 24 óráig vagy tovább kiterjesztjük, trypsiné lesz. Hosszú ideig kinyujtott önemésztés esetében tehát nem akadunk olyan mirigyre, melynek nedvében trypsin nem volna.

Kühne a trypsin előállítása céljából a pankreashoz 1000 salicylsavat adott, épen a végből, hogy a protrypsin trypsiné változtassa át. Előadó tapasztalatai szerint a salicylsav jelenléte csökkenti a nedv emésztő képességét, alkalizálása sodával (0.40%) lényegesen előmozdítja azt. Azonban a salicylsav, úgy mint a soda, itt feleslegesek; mert ha az önemésztést elég ideig kinyujtjuk, ilyenkor az egyszerű vizes

infusum nem emészt kevésbé jól, mint az 1000 salicylsavval előállított és sodával alkalizált nedv.

A rohadás meggátolására a thymol, valamint a chloroform is szolgált. A thymollal való kezelés általában jobban emésztő nedvet ad, mint a chloroformvizben való emésztődése a pankreasnak. Sók jelenléte a pankreasnedvben, egészen 1000-ig, a fehérjeemésztést előmozdítja, sőt az 1000 konyhasót tartalmazó pankreasnedv jobban emészt, mint a dialyzált. Különösen előnyösnek bizonyult e tekintetben a fluoratrium, mely egyúttal minden rohadást meggátol. Érdekes, hogy míg az ember, marha és kutya gyomornyalkahártyáiból előállított pepsin emésztő képessége között lényeges különbség található, addig ugyanazok pankreasaiból készült mesterséges emésztő nedv fehérjeemésztő képessége között különbség nincsen. Lázas betegségben elhaltak pankreasából semmi fehérjeemésztő nedvet nem lehet előállítani; itt tehát az enzim képződése egészen megszűnt. A mesterséges pankreasnedvből a trypsin előállítását előadó úgy járt el, hogy a minden felesleges függelékeltől megtisztított, vízben jól kimosott pankreas összeörölve, hét napig tartó digerálásnak tette ki ugyanannyi vízben; a rohadást thymollal akadályozta meg. Átszűrés után még három hétig emésztve a folyadékot, utána 2 napig hűvös helyen tartotta, átszűrte és ezt a szüredéket ammoniumsulfattal telítette. Keményített szűrőn a kivált trypsin gyűjtve, ezt először ammoniumsulfattal telített vízzel, azután ammoniakkal alkalizált 9600-os alkohollal mosta. Az így megtisztított trypsin megszáritás után eltartható és kitűnően emészt. Ez a trypsin adja a fehérjék színreactioit. Oldatból kiválik vagy megzavarodik: forralásra, hig ecetsavra, légenysavra, sósavra, kénsavra és pikrinsavra, de a savak által okozott zavarodás hevítésre eltűnik. Légenysavüledéke több légenysav hozzáadására eltűnik. Maradandó, hevítésre sem eltűnő zavarodást okoznak trypsin oldatban ólom-ecet, ecetsav + ferrocyanokálium, trichloreccetsav, salicylsulfosav, alkohol. Reactioi tehát megegyeznek ugyan a fehérjék reactioival, de részben el is térnek ezektől. A mi a trypsin mennyiségének befolyását az emésztésre illeti, a 0.0050% trypsin tartalmú oldat már emészt. Ezen túl, mintegy 0.10% trypsin tartalomig, az emésztőképesség a trypsin mennyiségével nő. Ennél is nagyobb trypsin tartalom mellett azonban semmi arányban nincsen a megemésztett fehérje mennyisége a trypsin mennyiségével, nem helyez tehát valamely pankreasnedv trypsin tartalmára a megemésztett fehérje mennyiségéből következtetni. A trypsin-oldat kémhatását illetőleg, savaknak már igen kis mennyiségben jelenléte zavaró hatással van a trypsinemésztésre. Ezzel szemben 1/10—1/40 normal konyhasótartalom előmozdítja a pankreasemésztést. Legjobban emészt az a trypsin-oldat, melyben 0.1—0.50% trypsin tartalom mellett 1/40 1/60-ad normal soda van. A soda ez előnyös befolyása azonban nem annyira alkalikus hatásának, mint inkább azon előnyös befolyásnak tulajdonítandó, melyet a sók általában a trypsinemésztésre gyakorolnak; ezt bizonyítja natronlúggal tett kísérletek. A pepsin- és trypsinemésztés közt az a lényeges különbség tűnik ki, hogy mialatt a pepsinemésztés több albumost készít, addig a trypsinemésztés több peptont szolgáltat, a pepsin a tojásfehérjét, a trypsin a rostanyagot emésztí jobban. A pepsin távolról sem emészt olyannyira rosszabbul mint a trypsin, a mint azt *Corvisart* s utána a többiek is állítják. Legjobban foly a trypsinemésztés 40° C-on vagy 40—60° C. közt, 80° C-on már minden emésztés szünetel, 0° valamint 60°-on még foly az emésztés, csak hogy rosszabbul, mint 40—50° közt.

A trypsinemésztés lefolyását illetőleg, rostanyaggal tett kísérletek szerint az emésztő folyadék az emésztés második napján tartalmazott legtöbb peptont; albumose a 2—4. órában volt benne a legtöbb. Ezertül úgy az albumose, valamint a pepton mennyisége fogyott úgy annyira, hogy az emésztés 6. napján albumose már ki sem mutatható.

A pankreas önemésztése közben sárga, illetve vörössárga színű festőanyag — *proteinochrom* — képződik, mely reaesó fényben zöld színben fluoreskál. Előadó ezen általa felismert festéket úgy állítja elő, hogy a megemésztett pankreas szüredékét szörpsűrűségű beszárítja, ebből ismételen alkoholkivonatot készít. Besűrítve az alkoholkivonatot, ezt aetherrel és chloroformmal mindaddig mossa, a míg luteintól, zsírsavaktól és zsirtól ment, sötétbarna színű, igen sűrűn folyó anyag nem marad vissza. Ezt a maradékot, aetherrel jól összerázva, választó kémcsőben centrifugálásnak veti alá, mire az edény fenekén a sötét barnafekete festék gyűlik össze, mely a felette levő rétegektől leválasztható. Ez egyenmő tiszta anyagnak tetszik; vízben igen könnyen oldható. Elégőve hamut nem hagy hátra. A fehérjék színreactioi közül nem adja a biuret- valamint a xanthoprotein kémlést sem, ellenben adja a Millon-féle kémlést. Legjellemzőbb ibolya-színeződése chlorvizzel, mely reactiojában meg-egegyezik a szerzők proteinochromogénjével. *Matócsy Miklós* dr. úr elemzése szerint az anyag legegyszerűbb képlete, a százalékos összetétel szerint volna: $C_4 H_8 N O_2$. Légenysavval hevítve oldatát, sötétebb lesz, idővel zöld színt nyer. A N és O mennyisége megfelel ugyanez elemeknek a biliverdinben foglalt aránymennyiségének. Azonban kora volna ez alapon annak fejtetésébe bocsátkozni, vajjon ezen igen könnyen diffundáló testet a szervezet felszívódása után a bélben mire használja fel, vajjon szolgál-e festékképződésre. A proteinochrom nem a trypsinemésztés terméke, mert tiszta trypsinel, ha fehérjét emésztésnek tesszük ki, nem képződik. E szerint a friss

pankreas a trypsinen kívül olyan erjesztőt tartalmaz, mely a trypsin-emésztés egyik termékét, talán a proteinochromogent oxydálja s az oxydatio terméke a proteinochrom.

4. Lenhossék Mihály I. tag bemutatja Szili Aurél orvostan-hallgató dolgozatát: „A musculus sphincter iridis s a szivárványhártya hátulso rétegeinek fejlődéséről“. Vizsgálatainak legfontosabb eredménye az, hogy a musc. sphincter hámeredési izom, a mennyiben az iris hátulso felszínét bevonó hámból fejlődik, a mely hám az embryonális szemkehelynek, a melyből a retina is fejlődik, a szivárványhártya hátulso felszínére kiterjedő részlete. Az izom első nyoma 10 cm. hosszú emberi embryon jelenik meg, a szemkehely két lemezének egymásba való áthajlása helyén, a hámsejtek kis szaporulata alakjában; a kis sejthalmaz csakhamar lemezalakú nyulványnyá növekszik, melyben a sejtek orsóalakot véve fel, sima izomsejtekkel alakulnak át. A 6. hónaptól kezdve a musc. sphincter s a hám közé kötőszövet nyomul be, mely az izmot leválasztja a hámról. Hámeredési izom a musc. dilatator pupillae is, melynek fejlődését szerző szintén vizsgálata tárgyává tette.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XX. rendes ülés 1901. november 16-dikán.)

Elnök: Klug Nándor. Jegyző: Wenhardt János.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Alapy Henrik, Paunz Márk és Jendrassik tagtársakat. A mult ülés jegyzőkönyve ellen nem merül fel kifogás, hitelesítettik.

Elnök jelenti továbbá, hogy *Elischer Gyula* a Korányi-jubileum-bizottság nevében megküldte az egyesületnek a *Korányi-éremet*. Köszönettel fogadtatik.

Elnök felhívja a tagok figyelmét arra, hogy az alapszabályok 12. §-a értelmében a *tagajánlásokat* december 1-éig ejtsék meg.

Hasonlóképpen az *Ivanchich-alapra* vonatkozó javaslatokat.

Jelenti továbbá, hogy *Vadass Pál*, az egyesület rendes tagja meghalt. Szomorú tudomásul vették és az egyesület részvétét jegyzőkönyvben örökíti meg.

Jelenti, hogy *Elischer Gyula* 6 kötetet és 40 füzetet ajándékozott az egyesület könyvtárának, köztük a *Heilkunde* folyóirat eddig megjelent összes évfolyamait. Köszönettel fogadtatik.

Könyvajándékot küldtek még: *Maszk Elemér* 1 füzetet, *Alexander Béla* a szepesmegyei orvos-gyógyszerész-egylet évkönyvét, a *magy. kir. állatorvosi főiskola* évkönyvét 2 példányban, *Lőw Samuel* a balneologiai egyesület évkönyvét. Köszönettel fogadtatik.

Tilkár felolvassa *Högyes Endre* levelét, melyben értesíti az egyesületet, hogy a 800 koronányi pályadíjat, melyet az egyesület „A veszettségéről“ szülő tanulmányának ítelt oda, visszaadományozza az egyesület „Orvosi Hetilap-díj“ alapjának. Köszönettel fogadtatik.

Kömorzsolás 7 éves fiún.

Alapy Henrik: 7 éves fiúgyermeket mutat be, kinek hólyagkővét kömorzsolással távolította el. Felőttekre nézve az a kérdés, hogy morzsolás-e vagy metszés, ma már el van döntve a morzsolás javára. Gyermekre nézve ez, legalább még ma, nem áll. A gyermekek köveit a sebészek többsége ma még kömetszéssel gyógyítja, okul hozván fel, nem annyira a hólyag bonczani és élettani viszonyait, mint inkább a hólyagcső fejletlen voltát, melynél fogva morzsolásra alkalmas műszerek állítólag be nem vezethetők.

Bemutató az esetek többségére nézve ezt a felfogást tévesnek tartja. A gyermekek hólyagcsőve tágabb, mint általában hiszik és többnyire elég tág arra, hogy a morzsoló, mosó stb. műszereket befogadja, mint ezt különösen angol és francia sebészek által sok száz fiúgyermeken sikeresen végezt kömorzsolás bizonyítja.

Bemutató különösen azt a körülményt óhajtja kiemelni, hogy az Otis által megállapított arányszám, mely a penis körfogata és a hólyagcső lumene közti összefüggésre vonatkozik, gyermekekre nézve is érvényes és hogy a mony körfogatának méréséből előre meg lehet mondani, kivihető lesz-e a morzsolás vagy sem és hogy e tekintetben nem a gyermek kora döntő. Bemutató például már 22 hónapos fiún is végzett teljes sikerrel kömorzsolást.

A bemutatott fiú peniskörfogata 45 mm.-t tett ki, miből a fenti scala szerint 20. sz. hólyagcsőcaliberre lehetett volna következtetni. Az orificium véres tágítása után megéjtett olivás vizsgálat azt mutatta, hogy nemcsak egy 20-as, de 22. sz. oliva is könnyen végig vezethető a hólyagcsővön. Ennélfogva a morzsolás kivihetőnek mutatkozott. A műtétet bemutató a 0 sz. (20. calibrú) Collin-féle ablakos morzsolóval és a Guyon-féle aspirátorral végezte. A 2 cm. átmérőjű phosphatkő elzúzása és kiöblítése könnyen sikerült, daczára annak, hogy a lobos hólyag csak 30 cm³ folyadékot fogadott be. E kevés folyadék daczára nemcsak hólyagszerűlés, de még hámorzsolás sem támadt: a kimosott folyadék vérnek nyomát sem mutatta. A műtét után állandó catheter 24 órán át. Harmadnapra a gyermek gyógyultan kelt fel.

A halandóság a gyermeki kömütéteknél egyaránt igen csekély, ellenben azt bemutató kétségen kívülnek tartja, hogy a morzsolás ép oly biztosan, a mellett *kéresebb szenvedés* árán és *rövidebb idő alatt* gyógyítja meg a beteget, mint a kömetszés.

Bókay János is azon nézetben van, hogy a kömorzsolás a gyermeksebészi gyakorlatban, különösen nálunk, még nem végeztetik oly sürűn, mint az végezhető volna. Felemlíti, hogy *Alexandroff* Moszkvá-

ban, az Olga-gyermekkorházban minden esetben morzsolást végez, hol a fiúgyermek hólyagcsőve a *Collin-féle 00 sz.* műszert átbocsátja s a kö átmérője a *2 1/2 cm.-t nem* haladja meg. Hogy mennyire tágítható a fiúgyermek hólyagcsőve, bizonyítja *Popoff*, kinek sikerült újszülött hólyagcsővét lassú tágítással annyira kitégíteni, hogy az a *14-es bougie-t* (francia scala) jól átbocsátotta.

Kétoldali empyema sinus frontalis. Műtét, gyógyulás.

Paunz Márk: S. A., 73 éves asztalos 1901. február 8-dikán jelentkezett az „Alt. munkásbetegsegélyző pénztár“ orrgégészeti rendelésén. Jelen bajáig mindig egészséges volt, csak a mult év utolsó napjain támadt a jobb felső szemzug táján kis piros duzzanat, mely f. é. január 3-dikán kifakadt, a midőn sok geny ürült. Azóta a sipoly nem záródott. A sipolynyíláson át a sonda csontos falú üregbe jut. A jobboldali homloköböl orbitális fala a szemgödör felé kissé kidomborodik. A jobb szem kötőhártyája belövelt. Mindkét szem cataracta incipiens. V = 5/20, u. n. j. Ép szemfenék. Az orrűreg kóros változások nélkül. Geny sem az orrjáratokban, sem a garat hátsó falán. Gége rendes viszonyokat tüntet fel. *Diagnosis: Empyema sinus frontalis dextr.*, mely kifelé tört. Műtét 1901. február 13-dikán *Schleich-féle infiltratio* alkalmazásával. Lebonykésztés *Kuhnt* szerint. A csonthártya visszatolása után az áttörés helye a vékony mellső falban levő lencsényi csonthiány alakjában megtalálható. *Luer-féle csontharapóval* az egész mellső fal eltávolítása, utána a nyákhártya kikaparása. A ductus naso-frontalis csontosan van elzárva, ellenben közlekedik a jobboldali homloköböl egy a középfalban levő lencsényi nyíláson át a baloldali homloköböllel, melynek genyes tartalma szintén a jobboldali sinusba ömlik. Ezért ugyancsak *Kuhnt-féle műtétet* hajtott végre bemutató baloldalt is. Itt a mellső fal igen vastag; az üreg csak mogyorónyi, de igen mély, szemben a jobboldalival, mely 3 1/2 cm. széles, de kevésbé mély. A nyákhártya kikaparása után kitént, hogy a ductus naso-frontalis baloldalt is csontosan van elzárva. A bal homloköböl varratlalt záratott, csak a szemöldök fejjénél maradt rés a tampon részére; jodoform-tamponade a középfal nyílásán át jobbfelé is; hasonlóan laza tamponade a jobboldali üregben. Láztalan lefolyás; varratok eltávolítása a harmadik napon; tamponcsere a hetedik napon. Márczius 10-dikén a bal üreg kívülről teljesen záródott; de a válaszfalon át még tampon vezetettik be. Márczius 19-dikétől fogva a beteg ambulans kezelésben részesül. Május elején a jobb üreg teljesen behámosodott, de a bal üreg még mindig nem telődött ki. Ennek oka, hogy a cosmetikai szempontból meghagyott csontos középfalra sátor-szerűleg feszül a bal üreget fedő bőr periostalis takaró és így nem tapadhat le. Ezért a baloldali üreg újbóli feltárása f. é. május 21-dikén és a csontos válaszfal kivévése. Varrat; gyógyulás per primam, de a bal üreg ezentúl sem telődik ki, a miért július 17-dikén a bal üreg újból felnyitattik és ezentúl úgy, mint a jobboldali, teljesen nyitva kezeltek. A gyógyulás most is lassan, de akadálytalanul halad előre; f. é. október 25-dikén a behámosodás teljesen befejeződött. A gyógyulás most tökéletes és végleges, de a két homloköböl helyén, főként baloldalt, mély behúzódság maradt vissza. A beteg foglalkozásánál és koránál fogva azonban ez nem játszik szerepet.

Bemutató valószínűnek tartja, hogy a két homloköböl az orr-üreggel sohasem közlekedett. A talált csontos elzáródáson kívül főként a jobboldali üreg kitégült volta szól ezen felvétel mellett. Kezdetben talán csak nyákos tartalma volt az üregnek, mely azt lassan tágította, áttört a baloldal felé és végre is elgenyvedve kifelé. Mi volt a genyedés közvetlen oka, nem lehet biztosan tudni. Tanulságos a gyógylefoyásban, hogy a cosmetika figyelembe vétele csak késleltette a sima gyógyulást. A műtét indokolt volt a beteg magas kora daczára, mert egyrészt a genyedő folyamatnak az agyra való áttérjedése fenyegeti a beteg életét, másrészt a genyedő sipolyból kiindulólag könnyen fejlethetik végzetes lefolyású arczorbáncz. Nagy veszedelem fenyegeti a szemet is; a legkisebb cornealis felhámhiány panophthalmitisnek lehet kiinduló pontja.

Dollinger Gyula megjegyzi, hogy ők az egyet. I. sz. sebészeti klinikán cosmetikai és sebkezelési indokokból az ilyen esetben nem a sinus frontalis mellső, hanem az alsó falát távolítják el. Ennek előnye, hogy a homloköböl helyén a homlok nem marad vissza besüppedés, továbbá hogy a gyógyulás alatt a geny könnyebben foly le.

Némái József megjegyzi, hogy a melléküregek terapiájában meglehetősen polypragmasia kapott lábra; a bemutatott eset szépen van meggyógyítva, de a diagnózisra és terapiára nézve nem volt nehézség; ha úgy szabad magát kifejezni, nem rhinologiai, hanem sebészeti eset. A pneumatikus üregek csak úgy gyógyulhatnak, ha meg van a természetes communicatio a külvilággal vagy ha hegszövet teljesen kitélti.

Paunz Márk. A *Dollinger* által említett eljárás a *Jansen-féle*. Tény az, hogy a torzítás akkor nem olyan nagyfokú, de ha elől van az áttörés, akkor mint más csonttályognál a sebész azon az úton halad be, a melyet a természet megjelölt. Azonban *Jansen* is engedett már ebből, mert az orbita felől az áttekintés nehéz és ezért az elülső falból is elvett 0.5 cm.-nyit, sőt mindkét falat kénytelen volt elvenni. És így a torzítás mégis létrejött. Fialatabb egyéneknek ez eljárást megkísérteni.

Némaival szemben megjegyzi, hogy annak eldöntése végett, hogy veleszületett-e ezen állapot vagy a folyamat zárta-e el, azon körülmény, hogy sohasem volt náthája, fejfájása azon, feltevést engedi meg, hogy itt nem is volt communicatio, mert empyemiánál, ha elzáródik, óriási fájdalmak lépnek fel.

(Folytatása következik.)

Közkórházi orvos társulat.

(XII. bemutató ülés 1901. október 9-dikén.)

Elnök: Bradách Antal. Jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

A percussios áthangzás módszeréről, különös tekintettel a szívvetület pontosabb meghatározására.

Hochhalt Károly: A percussios auscultatio, vagyis azon eljárás, a mikor fülünket vagy a hallócsövet a kopogtatott terület közelében helyezzük el, hogy a támadt hangokat közvetlenül felfoghassuk, nem új eszme. *Zülzer, Cardinal, Sehwald* e tekintetben úttörők voltak s *Henschen* nevezte el ezt a módszert az áteső fény analogiája alapján percussios áthangzásnak.

E kísérletezések során jutott felszínre a *plessimeter pélezika-kopogtatás*, melyet *Heubner* és *Leichtenstern* a kórimézésnél nélkülözhetetlen diagnosztikus eszközzé avattak.

Azonban az új módszer sokáig nem tudott érvényre jutni nagy részben azért, mivel a vizsgálók, mellözve a physikalis alapelveket, minden rendszer nélkül jártak el, beérve azzal, hogy majd a kopogtatásnak, majd a hallócső rögzítési pontjainak a helyét változtatni ajánlották.

Végül a római nemzetközi congressuson *Benderski* s vele majdnem egy időben *Bianchi* tanár oly physikalis alapon nyugvó, indokolt módszerekkel állottak elő, a melyek teljes joggal költhetik fel a figyelmet s megérdemlik azt, hogy a mai diagnostika segédeszközei között állandóan tért foglaljanak.

A percussios áthangzás művelete azon régi physikalis alaptörvényen nyugszik, hogy egyenmű közegben, legyen az szilárd, cseppfolyó vagy légnemű, a létrejött hangrezgések egyenletesen terjednek tova mindaddig, míg a fény sugarak módjára különemű közeghez érnek, a hol megtöretnek, módosulnak vagy elenyésznek.

Ha tehát valamely szerv fölött gyengén kopogtatunk s egyúttal hallgatódzunk, azt fogjuk tapasztalni, hogy a támadt hangrezgések egyenlő belterjességgel terjednek a vizsgált szerv határain belül, de azonnal megtöretnek, tehát módosulnak vagy elenyésznek, mihelyt e határokon túl érve a szomszéd szerv területén kopogtatunk.

Tisztában lévén ezen alapelvekkel, az eljárás technikáját illetőleg a következőkre kell ügyelnünk.

Benderski kimutatta, hogy az egész módszer sarkpontja a hallócső elhelyezése kérdésének helyes megoldása körül forog. A hallócső nem akárhol, mint azelőtt hitték s mi a legtöbb tévedésnek forrását képezte, hanem a vizsgálandó szervnek lehetőleg közepén, de minden esetben saját határain belül helyezendő el. Ezen körülmény figyelmen kívül hagyása okozta, hogy *Litten* és *Grothe* évekkal ezelőtt a „Berliner med. Gesellschaft“ ülésén elítélőleg nyilatkoztak ezen eljárás fölött s hogy *Ewald* az ő javaslatával, mely szerint a szív percussios hangjait a máj fölött kellene auscultálni, visszhangra nem találhattak. A hallócsőtől központtól futólag sugárirányban kell a kopogtatást illetőleg a hangot vagy a zörejt előidéző eszköz vezetését irányítani. Ennek bizonyítására, hogy a talált és dermatographal megjelölt határok csakugyan megfelelőek, ellenőrző kísérletek tehetők. T. i. a szomszédos szerv területére helyezzük a hallócsövet s innen központtól futólag az előbb kijelölt határszélek felé kopogtassunk vagy húzzuk végig a hangrezgést okozó eszközt (ecsetet.)

A hangmódosulat a határokon így is minden esetben be fog állani. Magát a kopogtatást előadó tapasztalatai szerint nem szabad újjal újra eszközölni, mivel az igen erős, zavaró lengéseket okozza, hanem közvetlenül a görbitett ujj körömperezével vagy pedig kalapácsal mintegy dobolva kell kopogtatni.

A hallgató csövet illetőleg bemutató is részben a *Buch*-féle stethoskopot használta, mely a régi *Voltolini*-félehez hasonlít, a mennyiben tölesérből és hosszabb gummicsebből áll, ez utóbbi pedig a külhalljárt számára olajkával van ellátva.

Azokat, a miket *Buch* jeles cikkében a gyomor, máj és lép fekvésének meghatározásáról mond, legnagyobb részét szerző is helyeseknek és beigazoltaknak találta, noha behatóbban csak a szívvetület kérdésével foglalkozott.

A szív határainak jelzésére a *Buch*-féle stethoskopnak s az újjal vagy kalapácsal kopogtatásnak nem nagy haszna vehető.

Igen finom hangárnyalatoknak felfogására a *Bianchi*-féle phonendoscop mai tökéletes formájában billentyűzárral és átfúrt tölesérral ellátva sokkal alkalmasabb, mert csakis így kapjuk a benne levő resonator segélyével a gyenge hangrezgéseket erősítve és tisztán észlelés alá.

Kopogtatás helyett, mely a szegycsont és bordák jó hangvezető képessége miatt szintén nem ad eléggé pontosan localizálható rezgéseket, *Smit* ajánlatára keményebb szőrecesetet használunk s ezzel központ-futólag gyenge dörzsöléseket végezzünk, megjelölve azon pontot, hol a frictios zörejek phonendoscop útján többé nem hallhatók. Az eszközt a rája erősített kis tölesérré állítva, mindig a szívtompulatnak lehetőleg közepére helyezzük. Ellenőrző próba alkalmával pedig a phonendoscopot a tüdőnek valamely pontjára rögzítjük s innen vezetjük az ecsetet centrifugalis irányban a szívnek már kirajzolt határai felé.

A szívprojectio kérdése tudvalevőleg még mindig függőben áll, a mennyiben a mellkashoz fekvő rész vetületét eddigi kopogtatási mód-

szereinkkel csak tökéletlenül tudjuk meghatározni. Valóságos Achilles-sarkát képezi az eddigi percussios technikának különösen a belső (jobb) határ kimutatása. Halk kopogtatásnál a szegycsont vastagsága okoz áthidalhatlan akadályt. A klinikusok többsége azért conventionalis úton a szegycsont bal szélére helyezi az abszolút tompulat jobb határát, a mi ezen túlmegegy, már a pathologia körébe vág. Boneztanilag azonban a normalis szív meghaladja a sternum jobb szélét, főleg a jobb fülese irányában. Ezt a bonczani határt iparkodunk tehát relativ tompulat elnevezése alatt erősebb kopogtatás segélyével kimutatni. De erre nézve ismerjük az egyenletes eljárás nehézségeit, tudjuk, hogy itt a subjectivitas mily nagy szerepet játszik s ebből eredőleg mennyi ellentétes nézetek kerülnek felszínre. *Weil, Conrado, Seitz, Friedreich, Gerhardt* és mások ellentmondó adatai eléggé kezeskednek arról, hogy e tekintetben az egyéni felfogások uralkodók.

A *Bianchi*-féle frictios eljárás mindezen kételyeknek véget vet, a mennyiben a szívhatárokat teljes szabotossággal, minden subjectivitástól függetlenül és mindenki által ellenőrizhető módon állapítja meg. A tüdők felől eszközölt ellenpróba útján még ezenfelül külön elbíráható a nyert vetület valódisága. Hullákon megejtett vizsgálataink beigazolták, hogy a *Bianchi*-módszer révén jelölt szívhatárok a physiologikus szív valódi hatáiraival azonosak, tekintet nélkül arra, vajjon a tüdőszélek kisebb vagy nagyobb területet takarnak-e. Tüdőlégdagosoknál, hol a normalis percussioval néha alig tudunk szívtompulatot kimutatni, a rendes projectiot nyerjük. Ugyanez áll kövér, vastag zsírpárnával ellátott egyéneknél is vagy zsírdús emlőknél, a mely esetekben a mellkas falzatának vastagsága a vetület szabotossá kimutatására befolyást nem gyakorol.

Későbbi vizsgálatok feladatát képezi majd annak a körvonalozása, hogy a percussios áthangzásnak, nevezetesen pedig a *Bianchi*-féle módozatnak milyen szerepköre lehet kóros viszonyok pontosabb felismerésénél. Különböző már az eddigi tapasztalatok is arra jogosítanak, hogy ezen új eljárást az eddig divó vizsgálati módszerekkel egy rangba helyezzük.

Bókay János: Nagy érdekléssel hallgatta az előadást. Évek óta foglalkozik a szív határainak megállapításával és törekedett a relativ tompulat meghatározni a *Sahli*-féle gyengéd percussioval. De valahányszor ezt tette, érezte, hogy nem azt a szívtompulatot kapja, mely a szív elhelyeződésének megfelel. Két év előtt *Ebstein* Göttingából demonstrálta szóló előtt palpatorius percussioját és azon meggyőződésben van szóló, hogy ezáltal a szív helyzetét eléggé pontosan meg tudjuk határozni. Sokkal biztosabban állapíthatjuk meg, mint előbb, mint erről a Röntgen-képek meggyőznek. Az *Ebstein*-féle palpatorius percussioval a szív és máj szögletét meg lehet határozni, de a demonstrált frictios percussioval talán még pontosabban. Gyakorlati szempontból nagy jelentőséget tulajdonít szóló ezen eljárásnak, mert sokkal könnyebben vihető keresztül, mint az *Ebstein*-féle percussio.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Tej vérbe fecskendezése a vérmegalvadás gátlására. *Camus* 1901. október 12-dikén ismertette a „Société de biologie“ ülésén azon kísérleteit, melyeknél kutyá vena femoralisába tehéntejet fecskendezve, azt alvadésgátlónak találta. A kutyatej is így hat, sőt szoptató kutyára saját teje is.

A tetanus gyógyítása Baccelli eljárásával. *Josias* a párisi „Académie de médecine“ október hó 15-dikén tartott ülésén beszámolt azon kísérleteiről, melyeket kecskéken végzett azon célból, hogy a *Baccelli*-féle tetanus ellenes kezelésmód értékéről meggyőződést szerezzen. Ismeretes, hogy a *Baccelli*-féle módszer 20/0-os carbol-oldatnak bőr alá fecskendezésében áll. *Josias* kísérleti eredményei teljesen negatívak voltak, a kezelt állatok néha még korábban pusztultak el, mint a control-állatok, noha a kezelés a legelső tünetek jelentkezésekor azonnal megindított.

PÁLYÁZATOK.

6375/1901. éln. szám.

Szeged szab. kir. város törvényhatóságánál lemondás folytán megüresedett Alsótanya III. ker. tisztiorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az 1886. évi XXI. t.-cz. 80. §-a értelmében főispáni kinevezés útján, élet-hossziglan betöltendő ezen alsótanyai ker. tisztiorvosi állással 1600 korona fizetés, 600 korona lőtartási átalány, 4 szoba, előszoba és mellékhelyiségekből, istálló, kocsiszin és jégveremből álló természetbeni lakás, 20 ürméter puha tűzifa élvezete, valamint nyugdíj- és magányköltségre való jogosultság egybekötve.

Megjegyzetvén, hogy a kinevezendő orvos a szegényeket ingyen tartozik gyógykezeltetni, a fizetőképességtől ellenben a 192/901. számú közgyűlési határozattal alkotott, a kormányhatóságilag jóváhagyott szabályrendeletben megállapított díjakat szedhet.

Felhívom ennélfogva mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előírt tisztiorvosi minősítettségüket, esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat méltóságos Kállay Albert főispán úrhoz címelve hivatalomnál folyó évi december hó 10-dik napjának d. u. 5 órájáig nyújtsák be.

Szeged, 1901. évi november hó 17-dikén.

Pály, polgármester.

123,399/VI—a. szám.

A marosvásárhelyi volt országos és Ó. cs. és apostoli kir. Felsőlegfelsőbb elhatározása alapján most közvetlen állami kezelésbe veendő m. kir. állami kórháznál egy 4000 kor. fizetéssel és 840 kor. lakpénzzel javadalmazott igazgatói, egy 2600 kor. fizetéssel és 560 kor. lakpénzzel javadalmazott főorvosi, egyenként 1000 kor. fizetéssel, szabadlakás, fűtés és világítással, valamint I. oszt. élelmezéssel javadalmazott két másodorvosi, egy 2800 kor. fizetéssel és 700 kor. lakpénzzel javadalmazott gondnoki, egy 2200 kor. fizetéssel és 560 kor. lakpénzzel javadalmazott ellenőri, egy 1200 kor. fizetéssel és 240 kor. lakpénzzel javadalmazott irnoki állás levén betöltendő, ezen állásokra ezennel pályázat hirdettetik.

Felhívtnak tehát mindazok, kik ezen állások bármelyikét elnyerni óhajtják, hogy egykoronás bélyeggel ellátott s az eddigi szolgálatokat igazoló hiteles okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket és pedig a már hivatalban levők illetékes főnökük útján, a többi folyamodók pedig közvetlenül hozzám 1901. évi december hó 1-ig nyújtsák be.

Az igazgatói, főorvosi és a másodorvosi állásokra folyamodóknak az 1883: I. t.-cz. 9. §-ának II-dik pontjában, a gondnoki és ellenőri állásokra folyamodóknak pedig ugyanezen törvényezikk 17. §-ában és az irnoki állásra folyamodóknak ugyanazon törvényezikk 19. §-ában előírt minősítéssel kell birtokni.

Megjegyeztetik, hogy a másodorvosok az 1876. évi XIV. t.-cz. 65. §-a értelmében nem állandóan, hanem csak két évi időtartamra fognak kinevezetni.

A kitűzött pályázati határidőn túl beérkező folyamodványok nem vétetnek tekintetbe.

Budapest, 1901. évi november hó 5-dikén.

M. kir. belügyminister.

6881/1901. ki. szám.

Baranya vármegye hegyhátj járásában levő Mágocs nagyközségben újonnan szervezett községi orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az állás egyelőre 1000, ha pedig a jelenlegi körorvos személyében változás áll be s a község a közegészségügyi körből kilép, 1300 korona törzsfizetés, valamint a község által megállapított orvosi díjszabás szerint való látogatási díjak élvezetével lesz egybekötve.

Felhívom pályázni kívánókat, hogy az 1876: XIV. t.-cz. 43., illetőleg 143. §-ában körülírt képesítésüket, esetleges eddigi alkalmaztatásukat és nyelvismeretüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. év december hó 14-ig adják be.

A választást f. év december hó 16-án, d. e. 10 órakor fogom Mágocs nagyközség tanácstermében megtartani.

A fent érintett díjszabás a pályázati kérvény benyújtásáig hivatali helyiségben betekinthető.

S á s d, 1901. évi november hó 19-dikén.

Máthé Ödön, főszolgabíró.

20,187/33,364/C.

A diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyárban előléptetés folytán megüresedett gyárorvosi állásra ezennel pályázat hirdettetik.

Ezen állással a közmunka és közlekedési minister úr ő nagyméltósága által 1887. évi február hó 24-dikén 6830. sz. a. jóváhagyott cím- és illetményzabályzat, illetőleg az ahhoz 1887. évi december hó 5-dikén 46,652. sz. a. kiadott függelék értelmében hivatalnokokra nézve megállapított VI. rangfokozat első fizetési osztálya szerint évi 1600 korona fizetés, természetbeni lakás, 150 korona fűtési átalány és az fizetési osztályokhoz képest változó jutalék élvezete van egybekötve.

Pályázóktól egytetemes orvostudori és műtősebész oklevél kimutatása okvetlenül kívánatik, de kívánatos még a tót nyelvről való ismerése is.

Felhívom ennél fogva az ezen állás elnyerése iránt pályázni szándékoló orvos urakat, hogy kellően felszerelt folyamodványaikat a diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyár főnökségéhez (Diósgyőr-gyártelep, Borsodmegye) f. évi december hó 10-ig terjesszék be.

Megjegyzem még, hogy a hirdetett állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Budapest, 1901. évi november hó 15-én.

M. kir. állami vasgyárak központi igazgatósága.

1388/1901. sz.

A gyulai kerületi betegsegélyző pénztárnál Gyulán (Békés vármegye székhelyén) 1902. évi január hó 1-én elfoglalandó pénztári orvosi állásra pályázat hirdettetik.

Javadalmazása: 1000, azaz egyezer korona évi fizetés utólagos évnegyedi részletekben; a pénztári orvos a pénztári tagok gyógykezelésén kívül csak magánpraxist gyakorolhat.

A pénztári ambulans betegek részére a rendelés délelőtt és délután egy-egy órában állapittatik meg és a rendelés esetleg az igazgatóság kívánatára egy kijelölt rendelő helyiségben tartandó meg.

Egyebekben pedig az orvosi teendőkre vonatkozólag az alapszabályainkban előírt „ügyviteli szabály” rendelkezése intézkedik.

Bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérvény folyó évi december hó 8-dikáig Gyulán, a gyulai kerületi betegsegélyző pénztár igazgatóságához nyújtandó be.

Gyula, 1901. évi november hó 15-én.

Az igazgatóság nevében:

2-1

Mayer István, ig. alelnök.

Alulírott kórházi bizottság ezennel pályázatot hirdet a Gyergyó-Szent-Miklóson újonnan épült 30 ágyra berendezett nyilvános jellegű kórháznál betöltendő következő állásokra:

1. Kórházi igazgató, kinek legalább két évi kórházi vagy kórodai gyakorlatot felmutató orvos-doktornak kell lennie. Tiszteletdíja évi 600 korona.

2. Kórházi rendelő orvos, kinek legalább két évi gyakorlatot felmutató orvos-doktornak kell lennie. Járandósága 1200 korona évi fizetés s egy szobából és előszobából álló butorozott lakás a kórházban.

3. Gondnok. Évi fizetése 1000 korona.

Mindezen állások főispáni, illetőleg alispáni kinevezés útján töltenek be s 1902. évi január 1-jén lesznek elfoglalandók.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy kellően felszerelt kérvényeiket folyó évi november hó 30-dikáig alulírott elnökségnek adják be.

Gyergyó-Szent-Miklós, 1901. évi október hó 28-dikán.

2-2

A „Gyergyói kórház” bizottsága nevében:

Dr. Fejér Mihály,
k. b. jegyző.Lázár Menyhért,
k. b. elnök.

A kormányzatomra bízott Szabolcs vármegye törvényhatóságának tulajdonát képező „Erzsébet” köz-kórháznál Nyiregyházaán belkötés kötelezettségével 800 korona törzsfizetés, fűtés, világítás és teljes ellátással rendszeresített első alorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kívánókat felhívom, hogy az 1883: I. t.-cz. 9. §-ban minősítvényüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat és életkorukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi november hó 30-dikáig, mint záros határidőig nyújtsák be.

Nyiregyháza, 1901. évi november hó 8-dikán.

2-2

Br. Feilitzsch, főispán.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat november 25-dikén.

Körorvosi állás. Bozovics (12 közs. Krassó-Szörénym.). 1600 k. és 600 k. lakbér. Péczeli főszolgabíró. Bozovicsa.

Lejárat november 28-dikán.

Lajta-Pardány (3 község). 1000 k. és 300 k. u. á. Wolf főszolgabíró. Kis-Marton.

Lejárat november 30-dikán.

Körorvos. Etéd. (3 k. Udvarhelym.). 1000 k. és 450 k. u. á. Dollny Róbert szolgabíró. Székely-Keresztúr.

Községi orvos. Tovarisoa (Bács-Bodrogm.). 1200 k. Payab Nándor főszolgabíró. Palánka.

Körorvos. Aljár (3 község). 1000 k. Endre Zsiga főszolgabíró. Kis-Kun-Félegyháza.

Lejárat december 1-jén.

Körorvos. Felső-Pulya (9 község). 600 k., 167 k. u. á. Bründl Róbert főszolgabíró. Felső-Pulya.

Derecske (15 község). 600 k., 292 k. u. á. Bründl R. főszolgabíró. Felső-Pulya. Lejárat december 12-dikén.

Körorvos. Széll. 1128 k. Trombitás M. főszolgabíró. Igal.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag, húgydara és kösvénybántalmak ellen, vizeleti nehézségeknél, továbbá a légző és emésztési szervek hurutos bántalmainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eper, esen.

Vegyészeti gyár
Dr. Fritz és Dr. Sachsse

ALBOFERIN

WIEN, XX/1,
Jägerstrasse 58^{te}.

egy könnyen oldható, szag- és íz nélküli tápláló és erősítő, vas-, fosfor- és fehérnyertartalmú szer; organikus, nagy fokban tömecsés

90-14% fehérnye, 0-68% vas, 0-324% fosphor.

Alboferin-por, Alboferin-tabletták hozzátevéssel nélkül, Alboferin-chocolate-tabletták.

Alboferin klinikai és magánorvosok által használtatik kitünő sikerrel: Anaemia, sápkór, rhaehitis, scrophulosis, neurasthenia, étvágytalanság, emésztési zavarok, gümőkór, vérvesztés, vesebajok, reconvalescensek és szoptatós nőknél.

Alboferin serkenti az étvágyat, gyarapítja a testsúlyt, erősíti az idegeket. — Eakteriummentes, határtalanig eltartható.

Az orvos uraknak minták és irodalom ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

Kapható valamennyi gyógytárban és nagyobb drogueria-üzletben.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT.

Szerkeszti BÓKAY JÁNOS tanár.

TARTALOM. Bókay János tr.: Az intubatio mai állásáról. — Heim Pál dr.: Közlemény az Irgalmas-rend budapesti kórházából. Adat az erythema nodosum contagiositására. — Irodalomszemle: I. Congressus. — II. Könyvismertetés. III. Lapszemle. — Vegyesek.

Az intubatio mai állásáról.¹

Irta: Bókay János dr., egyet. nyilv. rk. tanár, a budapesti „Stefánia“-gyermekkorház igazgató főorvosa.

Uraim!

Midőn több mint egy évtized előtt, 1890-ben, Heidelbergben érdemes tagtársaink Ranke és Ganghofner tanárok, jelentésüket az O'Dwyer-eljárásról a szakülés elé terjesztették, mely műtevésről addig Európában csak Ramon de la Sota y Lastra Spanyolországból, Thiersch, Rehn és Graser Németországból, Jacques Franciaországból s Guyer Svájcban nyilatkoztak volt, referatumuk alapját egyéni statistika kellett, hogy képezze, mert hisz a főkérdés az volt az európai szakemberek előtt, hogy ezen operatív eljárás, szembe állítva a véres beavatkozással, bir-e azzal a kiváló gyakorlati jelentőséggel, melyet neki észak-amerikai kartársaink, így O'Dwyer-en kívül Dillon Brown, Northrup, Fr. Huber, Waxham, Caillé, Hance stb. tulajdonítottak. Ma azonban, midőn az O'Dwyer-féle műtét az operatív gyógygyakorlatban Európában is elfoglalta végre az öt megillető kiváló helyet s az intubáltak összáma az ötvenezret is kétségtelenül eléri s tapasztalataink több mint egy évtizedre nyúlnak vissza s nem egy észlelő ezernél is több intubált esetet kezelt végig, a statistika egy referatum elkészítésénél csak mellékes szerepet játszhatik, hanem különös fontossággal bír bizonyos még vitás kérdések kellő megvilágítása s mindannak részletezése, mi az intubatio eljárás fejlődésének s fejlettségének mai állását kellőképp feltárja előttünk. Mert, hogy az intubatio a croup-laryngis operatív kezelésénél a légsömetszést Észak-Amerikában teljesen kiszorította s Európában is mindinkább szaporodnak a primaer intubatio hívei s az O'Dwyer-eljárás máris a nagy orvosi közönség köztulajdonává kezd válni, az ismert dolog és ha Siebert dr., Strassburgból,² egy impozáns, de nézetem szerint,³ cardinális hibában szenvedő statistika alapján, csak az elmúlt évben, miután számítása szerint a légsömetszés 2%-nál kisebb mortalitást mutat, azon különös következtetést vonja le, hogy „die unbedingt primäre Intubation ist weder theoretisch noch praktisch zu empfehlen und sollte deshalb definitiv aufgegeben werden“, úgy Siebert-tel ellentétben én azt vélem, hogy ha nem is lehetne alapos kifogást emelni a Siebert-féle statistikai összeállítás ellen s ha az általa kimutatott 2% gyógyulási többlet a légsömetszés javára tényleg fenn is állana, még akkor is az intubatio, mint aránylag könnyebben keresztülvihető s kevesebb veszélyt magában rejtő vértelen beavatkozás, a légsömetszés fölé volna helyezendő, a gége-croup operatív kezelésénél.

Referatumomban kiterjeszkedem a croup-statistikára, hozzáfűzve a morbilli-croup-statistikát is; foglalkozom az operatív beavatkozás indíciójával laryngitis crouposánál; tárgyalni kívánom az álhártya-letolás, álhártyás obturatio és pneumonia-kérdés mai állását; rövidke közlést óhajtok tenni a gégebeli decu-

¹ Előadta a „Gesellschaft für Kinderheilkunde“ szeptember havában tartott hamburgi összejövetelén.

² Siebert, Jahrbuch für Kinderheilkunde. Band 51. Heft 1.

³ Bókay. Offener Brief. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Band 52. Heft 4.

bitusok helyi kezeléséről, a nélkül azonban, hogy az intubatio trauma kérdését s azzal kapcsolatos kérdések sorozatát érinteném s végül vázlatosan akarok szólni arról, hogy a diphtherián kívül, a gyógygyakorlatban általában, hol birhat jogosultsággal az O'Dwyer-eljárás s mily eltérést mutat az intubatio-műtét a felnőtt gyakorlatban, szembeállítva a gyermekgyakorlattal.

A vezetésem alatt álló budapesti „Stefánia“-gyermekkorházban, 1891. január havától 1901. január haváig, tehát tíz év lefolyása alatt, összesen 1261 diphtheriás betegnél végzetett intubatio. A kórház diphtheriás anyagának általános és intubatio statistikáját ezen időszokról (2738 eset) az alábbi táblázatokban adjuk:

A) tábla.

A budapesti „Stefánia“-gyermekkorház diphtheria-statistikája a tíz utolsó évről.

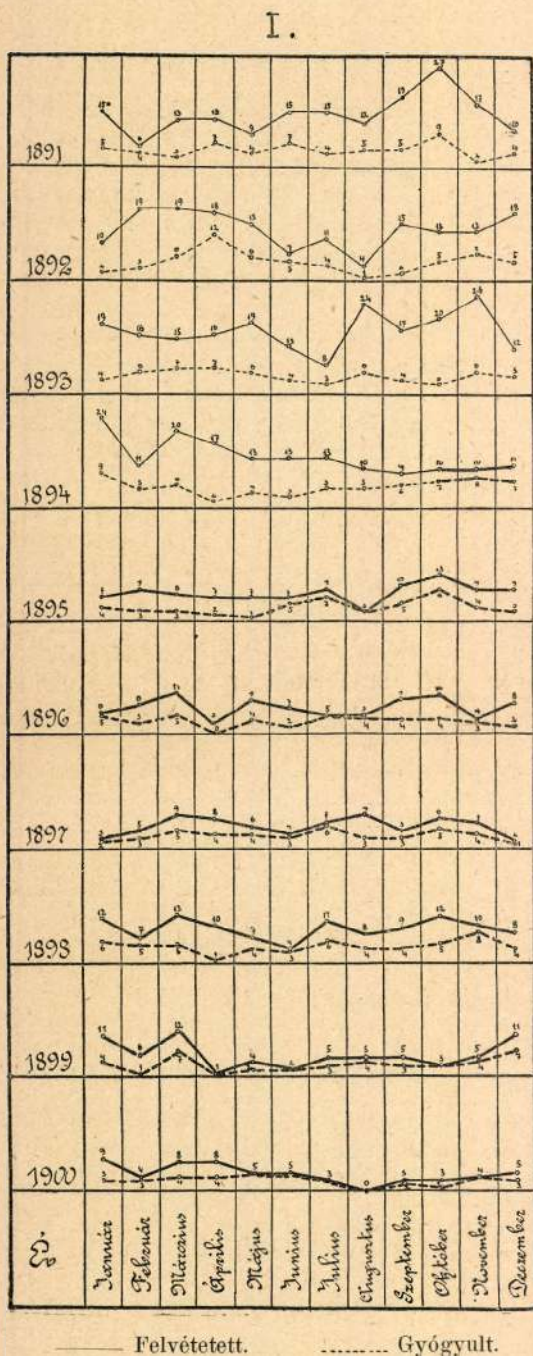
Év	Felvéte- tetett	Gyógy- ult	Meghalt	Gyógyu- lási %	
1891	Összes diphtheriás esetek	335	158	177	47.16
	Operált esetek	176	54	122	30.68
	Nem operált esetek	159	104	55	65.40
1892	Összes diphtheriás esetek	327	165	162	50.45
	Operált esetek	184	67	117	36.41
	Nem operált esetek	143	98	45	68.53
1893	Összes diphtheriás esetek	351	150	201	42.73
	Operált esetek	218	63	155	28.89
	Nem operált esetek	133	87	46	65.41
1894	Összes diphtheriás esetek	242	116	126	47.93
	Operált esetek	136	43	93	31.61
	Nem operált esetek	106	73	33	68.86
1894	Összes diphtheriás esetek	93	62	31	66.66
	Operált esetek	40	23	17	57.50
	Nem operált esetek	53	39	14	73.58
1895	Összes diphtheriás esetek	309	231	78	74.75
	Operált esetek	111	52	59	46.84
	Nem operált esetek	198	179	19	90.40
1896	Összes diphtheriás esetek	225	141	84	62.23
	Operált esetek	85	42	43	49.41
	Nem operált esetek	140	99	41	70.72
1897	Összes diphtheriás esetek	184	143	41	77.72
	Operált esetek	73	43	30	58.90
	Nem operált esetek	111	100	11	90.90
1898	Összes diphtheriás esetek	292	212	80	72.60
	Operált esetek	111	55	56	49.50
	Nem operált esetek	181	157	24	86.74
1899	Összes diphtheriás esetek	215	173	42	80.50
	Operált esetek	70	41	29	58.60
	Nem operált esetek	145	132	13	91.00
1900	Összes diphtheriás esetek	165	138	27	83.64
	Operált esetek	57	37	20	64.92
	Nem operált esetek	108	101	7	93.52
Serum előtti időből	Összes diphtheriás esetek	1255	589	666	46.93
	Operált esetek	714	227	487	31.79
	Nem operált esetek	541	362	179	66.91
Serummal kezelt betegek	Összes diphtheriás esetek	1483	1100	383	74.14
	Operált esetek	547	293	254	53.56
	Nem operált esetek	936	807	129	86.21

Miként az A) táblázatból látjuk, a serum előtti időszokban az O'Dwyer-eljárással elért eredményeink az egyes években 28.89—36.41% gyógyulás körül ingadoztak, míg a gyógy-

savó-időszakban a gyógyulási percent 46.84—64.92 között váltakozott (1900-ban 64.92). Mig tehát a serum előtti szakaszban 714 operált esetünkél az átlagos gyógyulás 31.79% volt, addig a savó-therapia szakában (547 eset), az átlagos gyógyulás 53.56%-ot tett ki.

B) tábla.

A budapesti „Stefánia”-gyermekkorház intubatio-statistikája graphikus táblázatban. (1891 január 1-től 1901 január 1-ig.)



Az egyenes vonal (I. tábla) az intubációra került diphtheriás esetek számát jelzi hónapok szerint, a tört vonal pedig az intubált esetek gyógyulását mutatja hónapok szerint.
A fenti adatok (II. tábla) negyedévi összegezésben vannak feltüntetve.
A vastagon aláhúzott vonalak a serum-időszakot jelzik (1894 okt. — 1901 jan. 1.).

Jól tudom, hogy ezen műtéti eredmény, tekintve az átlagos gyógyulási százalékot s nem pl. az 1900. évi magas 64.92 gyógyulást, nem ideális s mögötte áll egyes intubátorok eredményének (Siegert gyűjtő statistikája szerint, 1900-ig 62.5% az átlagos gyógyulás az európai intubátorok anyagában, az American Pediatric Society¹ által kezdeményezett gyűjtés szerint pedig, 1898-ig, 74.1% az észak-amerikai intubátorok materialisában), de ha tekintetbe veszem, hogy a savó előtti időszakban, 1888—1890-ben, légesömetszéssel (159 eset) csak 14.5% gyógyulást tudtam elérni s 1891—1894-ben intubációval 31.79 volt az átlagos gyógyulási százalék, úgy, tekintetbe véve az alább jelzendő körülményeket, eredményeimmel meg lehetek elégedve.

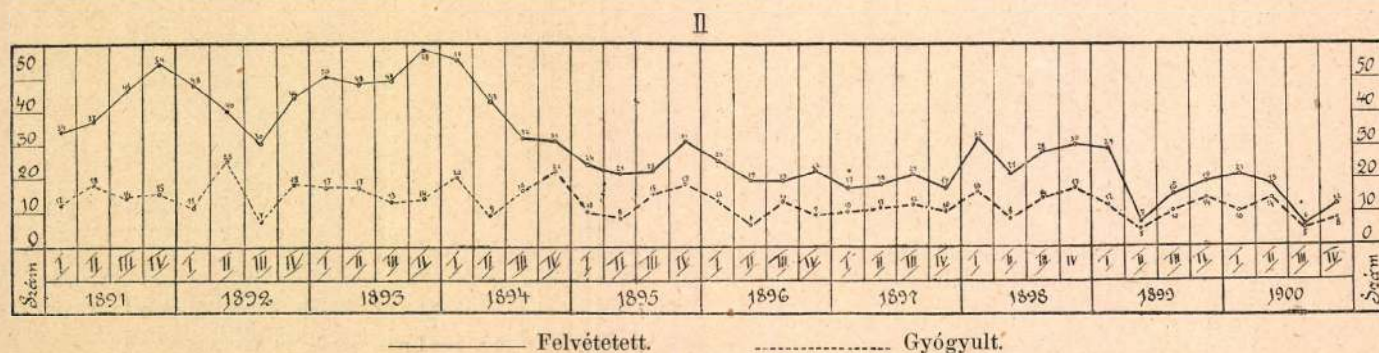
Ezen tíz év alatt a kórházban elsődleges légesömetszés croupnál, egynehány kivételes esettől eltekintve, nem végeztetett s tíz év alatt szerzett eléggé bő tapasztalataim alapján beigazolván látom 1892-ben² felállított azon tételnek helyességét, hogy az elsődleges tracheotomia croupnál csakis oly esetekben nem helyettesíthető intubációval, a) hol a fennálló larynxstenosis mellett erős pharynxstenosis is van jelen s b) hol a gégebemenet nagyfokú oedemás duzzanata folytán sikeres intubatio nem reményelhető. S hogy ezen tétel nagyobb körben is beigazolódást nyert, mutatják az észak-amerikai idevágó közlések, melyek mindannyian arról tesznek tanuságot, hogy a légesömetszést az Ujvilágban az O'Dwyer-eljárás, mint elsődleges beavatkozás a laryng-crouposánál teljesen kiszorította.

Hogy fenntré részletezett gyógyulási százalékot kellőképp mérlegelhessek, lássuk azon körülményeket, melyek az egyes intubátorok diphtheriás anyagában az intubatio gyógyulási százalékát befolyásolják. Függ ez nézetem szerint: a) a diphtheriás anyag minőségétől, b) a használt gyógysavó erősségi fokától s végül c) attól, hogy ki mikor tartja az operatív beavatkozást indikálnak.

Hogy diphtheriás anyagom eléggé súlyos, erre irodalmilag már többször kiterjeszkedtem³ s ezúttal csak annak felemlítésére szorítok, hogy operált eseteim kora eléggé nagy százalékban a legzsengőbb életkorra esett (48% a harmadik életévig). Nem dicsekedhetem tovább azzal, hogy jórészt magas egységű, tehát koncentrált gyógysavóval dolgozom, sőt hangsúlyoznom kell, hogy a kórház pecuniaris viszonyaira tekintettel a koncentrált savót csak a leg súlyosabb esetekben vehettem alkalmazásba. S végül úgy látom, hogy a serum-időszakban én az operatív beavatkozás időpontját illetőleg szigorúban tartom magamat a Rauchfuss által is elfogadott indicióhoz, mint többen intubáló szaktársaim közül.

Magam részéről ugyanis indicálva látom a műtéti beavatkozást, vagyis intubációt, croupnál, minden esetben akkor, midőn a stenosis laryngis már állandó lett s oly fokot ért el, hogy a gyermek küzdeni látszik a kezdődő fuladózással, mely időpont, Rauchfuss beosztása szerint, a laryng. croup. lefolyása második és harmadik szakának határán áll. Ezen állásponton álltam mindig s ezen álláspontnak megfelelőleg dolgozom 1888 óta, mióta a croup operatív kezelésével intensive foglalkozom. Perhorrescáltam mindenkor a korai műtéti beavatkozást s

¹ American Pediatric Society. Eighth Annual Meeting held at Montreal, Canada. May 26. 1896.
² Bókay. Magy. Orv. Arch. 1892.
³ 1891., 1895., 1896-ban.



különösen ma kell, hogy perhorrescáljam azt s szigorúan tartsam magam a fenti indicatiohoz, midőn tudjuk, hogy serum-therapia mellett *eléggyé tetemes* százaléka stenotikus betegeinknek műtői beavatkozás nélkül gyógyul. Így míg 1891-től 1894-ig croup-betegeimnek átlag 19%-a (16—22%) került el a műtételt, addig 1894-től 1901-ig, tehát a serum-időszakban eseteimnek 37%-a (32—43%) nem igényelt műtétet beavatkozást. Az ide vonatkozó részletezett adatokat az alábbi táblában állítottam össze.

A műtétet igényelt s műtétet nem igényelt croup-esetek száma az utolsó tíz évben a budapesti „Stefánia“-gyermekórházban.¹

Év	Croup-esetek	Száma
1891	Operált esetek	176
	Nem operált esetek	51
1892	Operált esetek	184
	Nem operált esetek	47
1893	Operált esetek	218
	Nem operált esetek	41
1894	Operált esetek	136
	Nem operált esetek	32
1894 I—IX	Operált esetek	40
	Nem operált esetek	19
1895	Operált esetek	111
	Nem operált esetek	59
1896	Operált esetek	85
	Nem operált esetek	48
1897	Operált esetek	73
	Nem operált esetek	46
1898	Operált esetek	111
	Nem operált esetek	58
1899	Operált esetek	70
	Nem operált esetek	53
1900	Operált esetek	57
	Nem operált esetek	40
Serum előtti időből	Operált esetek	714
	Nem operált esetek	171
összesen :		
Serum időszakból	Operált esetek	547
	Nem operált esetek	323
összesen :		

Tekintetbe véve fenti adataimat, nem tekinthetem praecisnek Trumpp-nak indicatióját, mely szerint „die Intubation sollte vorgenommen werden, sobald sich unter der eingeleiteten Serum- und Dampfbehandlung keine wesentliche Besserung zeigt“,² mely körülírására a javaltnak szerzőt az álhártya-letolástól s a tubusnak álhártyával való eltömeszelődésétől való félelem készíteti, s helytelennek tartom a jeles new-yorki intubatornak Louis Fischer-nek azon eljárását,³ hogy „ich mache es mir zur Regel — wenn ich sicher den Nachweis liefern kann, dass es sich um eine Diphtherie handelt und ich das Vorhandensein des Klebs-Löffler-Bacillus constatirt habe — die Intubation sofort vorzunehmen, wenn sich die geringste Stenose zeigt . . .

Az intubatio, bár korántsem oly súlyos beavatkozás, mint a légsömetszés, kellemetlen sőt olykor súlyos következményű mellékhatásoktól nem teljesen ment s így jogosultsága nézetem szerint csak ott lehet, hol műtétet beavatkozás nélkül gyógyulásra kilátás alig van.

Hogy a Bayeux által a moszkvai internationalis orvos-congressuson (1897) vázolt „signe du sterno-mastoidien“⁴ mennyiben értékesíthető croup esetén a műtétet időpont megállapításánál, irodalmilag még nincs tisztázva; saját, bár gyér tapasztalataim ezen tünet jelentőségét illetőleg Bayeux suppositióját megerősíteni látszanak.

A serum-therapia tehát, mint láttuk, egyrésztől tetemesen leszállította a műteendő croup-esetek számát, másrésztől megkeltőzte az intubált croup-esetek gyógyulási százalékát. Hogy e mellett a tubus fekvési tartamát is tetemesen megrövidítette⁶

¹ A kórisme minden egyes esetben a klinikai tünetek s bakteriologikus lelet alapján állítottam fel. (Rendszeres bakteriologikus vizsgálat 1894 óta végeztetik a kórházban.)

² J. Trumpp. Die unblutige operative Behandlung von Larynxstenosen, mittelst der Intubation. 1900. Pag. 85.

³ U. o. pag. 105. (Fischer dr.-nak Trumpp-hoz intézett levele.)

⁴ The Journ. of the Americ. Medic. Association. 1901. Nr. 4.

⁵ Részletes leírása ezen tünetnek feltalálható :

Bayeux. La Diphtherie, depuis Arétée le Cappadocien. etc. Tubage du larynx. Paris, 1899.

⁶ 1895-ig kórházi anyagomban 18 órai tubusfekvés-rövidülést láttam a serum-időszakban.

s ez által indirecte az O'Dwyer-eljárás egyik kétségtelen árnyoldalát, a decubitus fejlődés lehetőségét csökkentette, arra már Lübeckben tartott előadásomban, 1895-ben reflectáltam¹ s nemrég megjelent monographiámban „Az intubatiós traumáról“ ezen kérdést újból bőven tárgyaltam.²

Azon kérdéssel, hogy vajjon a magángyakorlatban croup-laryngisnél, az O'Dwyer-eljárás következetes alkalmazása, tekintetbe véve az eshetőségeket, teljes lelkiismerettel végezhető-e, nem foglalkozom behatóbban, mert ezen kérdés, melyről már 1892-ben Senfft³ s 1894-ben Galatti⁴ értekeztek és melyet Jacques 1899-ben⁵ szintén önállóan tárgyalt, Trumpp-nak 1899-ben nagy körben végzett gyűjtése által, Európában — igenlő értelemben — teljesen tisztázva lett; hogy ezen kérdés az Egyesült-Államokban már rég megoldást nyert, kitetszik abból, hogy, mint Jakobi is felemlíti, az ezekre rugó amerikai intubált eseteknek csak körülbelül öt százaléka kórházi eset, míg a többi a magángyakorlatban kezeltetett. Mint történeti adatot idejegyzem, hogy az első esetet, mely a magángyakorlatban gyógyult, Waxham intubálta 1885. szeptember 15-dikén. Hogy kezdetben O'Dwyer maga is félt attól, hogy a magángyakorlatba bevezesse eljárását, kitetszik Waxham-hez intézett egy leveléből,⁶ melyben a következőket írja: „I do not know which to admire most, the skill required in doing the operation, or the courage in introducing it into privat practice.“

Hogy vidéki gyakorlatban, nagy distantia mellett intubált esetet, begyakorlott orvos nélkül visszahagyni nem lehet, ebben mindenki egyetért s ily esetekben a légsömetszés határozott fölényvel bír az O'Dwyer-eljárás felett. Hogy azonban ily esetekben is felette nagy hasznát vehetjük a tubusbevezetésnek, a mennyiben fekvő tubus mellett a tracheotomia végzése jelentékenyen megkönnyítették s e véres műtét sokat veszít súlyosságából, erre már 1891-ben Halleban, majd 1897-ben⁷ reflectáltam s ma is azon nézetben vagyok, hogy ha az intubationnak egyéb haszna nem is volna, ezen egy okból megérdemelné, hogy gyakorló ügyfeleink azt minél nagyobb számmal elsajátítsák.

Áttérek ezek után arra a szönyegen levő kérdésre, hogy a post-morbillosus croupnál mily eredményeket mutat fel az O'Dwyer-eljárás, mely kérdéssel jeles francia klinikusok csak a legutóbbi időben behatóan foglalkoztak a párisi „Société de Pédiatrie“ január, márczius és áprilisi szakülésén.⁸ Mig Sevestre, Richardière és Ausset a postmorbillosus croup operatív kezelésénél az intubationnak adnak előnyt, addig Netter és Josias, az intubationnal elért rossz eredményeik alapján a légsömetszés mellett foglalnak állást.

Statistikájukat az alábbi táblázatban foglalom össze :

	Postmorbillosus, operált croup-esetek								
	Intubatio			Trach. sec.			Trach. prim.		
	eset	gy.	†	eset	gy.	†	eset	gy.	†
Netter	19	1	18	6	3	3	13	7	6
Richardière	22	15	7	—	—	—	—	—	—
Sevestre	34	20	14	3	3	—	3	—	3
Ausset (Lyon)	7	3	4	—	—	—	—	—	—
Összesen	82	39	43	9	6	3	16	7	9
		47.5	52.5		66.7	33.4		43.7	56.3
		0/0			0/0			0/0	

¹ Deutsch. med. Woch. 1895. Nr. 46.

² Az intubatiós traumáról. Magy. orv. Arch. és Deutsch. Zeitschrift f. Chir. 1901.

³ A. Senfft. Erfahrungen über Larynx-tubage in der Landpraxis. Zeitschrift f. ärztliche Landpraxis. 1892.

⁴ Galatti. Die Intubation in der Privatpraxis.

⁵ l. c.

⁶ Waxham. Intubation of the larynx, with personal reminiscences. Journ. of the Americ. Medical Association. 1901. April 20.

⁷ Bokay. Die Intubation als ein die Tracheotomie unterstützendes Verfahren. Arch. f. Kinderh. Bd. XXIII. 1897. — E. Fronz. Die temporäre Tubage bei der Tracheotomie. Jahrb. f. Kinderh. 1897.

⁸ Bulletin de la „Société de Pédiatrie“ 1900. No. 1., 3., 4. és Archives de Médecine des Enfants. 1901. No. 1.

Miként a fenti táblázatból látjuk, Netter-nek Párisban tényleg rossz eredményei voltak intubációval, ezzel ellentétben *Sevestre* és *Richardière* ugyancsak Párisban igen kedvező gyógyulási százalékot láttak s így *Richardière* és *Balthazard*, tapasztalati alapon joggal állíthatta fel azon tételt, hogy „*le tubage a les mèmes indications et doit être l'opération de choix dans tous les croup diphtériques, avec ou sans rougeole*“.

Már ezen tételben, uraim, be foglaltatik azon feltevés, hogy a postmorbillosus croupok túlnyomóan diphtheriás természetűek, tehát a *Klebs-Löffler*-bacillus által létrehozott folyamatok, s hogy ezen feltevés helyes, saját tapasztalataim is igazolják, a mennyiben 1894 óta a vezetésem alatt álló kórházban húsz postmorbillosus croupot észleltem s ezek mindannyian mutatták a *Löffler*-bacillust, s feltűnőnek tartom, hogy egyes újabb munkákban, így hogy csak egy kiváló szerzőt említsek, *Jürgensen*-nek a kanyaróról írott s 1895-ben megjelent monographiájában¹ ezen nézet határozott alakban nem nyer kifejezést, sőt azzal, hogy azt írja szerző, hogy „*Masern verleihen keine besondere Disposition für die diphtheritische Infection*“ az olvasót téves állításával hibás útra vezeti.

De ha így áll a dolog, gyógyeljárásunk a kanyaró utáni croup kezelésénél miért térjen el a croupnál egyáltalában követett therapeutikus beavatkozásunktól?

Igaz, hogy a postmorbillosus croup általában véve rosszabb indulatú, mint a morbilli nélkül fejlődő diphther. croup (ezt csak legújabbban *W. Welch* és *Ed. Rosenthal* újból hangsúlyozták az Amer. medic. Association 1900. évi gyűlésén); igaz, hogy a gége s légcső nyákhártyája sebzékenyebb s így a decubitus fellépésének lehetősége itt jelentékenyen nagyobb; igaz végül, hogy tüdőlobok itt sűrűbben complicálják a kórképet és súlyosbítják a helyzetet, de ez mind nem indok arra, hogy ha operatív beavatkozás szükséges, ne az *O'Dwyer*-eljáráshoz forduljunk első sorban. S hogy *Netter* rossz eredményű intubatio-statisztikája csak a véletlen játéka, legjobban azzal bizonyíthatom, ha *Sevestre* és *Richardière* párisi eredményei mellé oda állítom saját gyogyeredményeimet, melyek postmorbillosus croupnál intubációval 54½, illetőleg 42½% gyógyulást mutattak,² tehát oly százalékot mutatnak fel, mely a kanyaró nélkül fejlődött diphther. croupnál elért műtéti gyógyulási százalék mögött alig marad el.

A „*Stefánia*“-kórház morbilli-croup eseteinek statisztikája 1891—1900-ig.

	Intubált esetek					Nem intubált esetek				
	esetek száma	gy.	%	†	%	esetek száma	gy.	%	†	%
Serum előtt	23	5	21.73	18	78.27	7	4	57.15	3	42.85
Serum óta	11	6	54.55	5	45.45	9	6	66.66	3	33.33
Összesen	34	11	32.35%	23	67.65%	16	10	62.5%	6	37.5%

Attérek ezek után az álhártya-letolás s a tubus lumen álhártyával való eldugaszolásának lehetőségére. Lássuk, hogy 1894 óta, midőn e tárgyról önállólag írtam, kifejtett nézeteim ezen kérdéssel módosulást szenvedtek-e?

Az álhártya-letolást illetőleg ezen munkálatomban a következő conclusióhoz jutottam: „*Álhártya-letolás intubatio közben aránylag ritkán fordul elő s csak a legritkább esetben válik végzetessé. A bekövetkezett asphyxia rögtöni extubációval legtöbbször megszüntethető, a mennyiben a mobilissá tett vaskos álhártya a tubus kivétel után úgyszólván azonnal expectorálódik. Ha ez azonnal be nem következik, mesterséges légzés, illetőleg másodlagos légszomyszás végzendő.*“

S hogy miért tolunk le oly ritkán álhártyát, holott

¹ *Nothnagel*. Spec. Pathol. u. Therapie. Masern. Wien. 1895.

² A fenti táblázat szerint 11 intubált eset közül 6 gyógyult, mi 54.55 százalékot tesz ki, miután azonban a 9 nem operált eset közül 3 meghalt, szigorúbb számítás szerint 42½% volna a gyógyulás.

tisztán elméletileg tekintve az eljárást, az álhártya-letolást gyakori eshetőségnek kellene gondolnunk, ezt említett cikkemben a következőkkel világítottam meg:

Ritka ezen szövödmény azért: mert a tubus alsó vége legömbölyített szélekkel bír, s ha a tubus obturaturával jól felszerelve vezettedik keresztül a hangrésen s nem korán szabadítjuk le a tubust obturátoráról, a tubus alsó vége a glottison áthaladva tökéletesen legömbölyített, s így az álhártya leszakításának lehetősége csekély; b) mert vaskos álhártyák nagy kiterjedésben csak ritkán képződnek a legrosszabb indulatú járványok alatt is, s vékonyabb álhártyák, még nagyobb kiterjedésűek is, aránylag könnyen keresztül törnek a tubuson s így mobilissá tételők, mint álhártya-letolás, számba alig jön; c) mert ha vaskos hárták vannak is a felső légutakban, azok a legtöbbször a hangszalagok alatt veszik eredetüket s a tubus (helyes bevezetés mellett) ilyenkor könnyen csúszik be a csöves álhártya lumenébe, vagy ha a hangszalagokon tapadnak, ezen helyhez jobban vannak rögzítve (*Birch-Hirschfeld*), úgy hogy a tubus alútra, az álhártya és a trachea falzat közé, kellő óvatosság mellett a tubus bevitelénél, alig juthat; d) mert a legsúlyosabb croup-esetnél is az aggasztó légzési nehézséget nem egyedül a nyákhártya felületére történt rostonya-kiizzadás okozza, hanem nagy része van annak előidézésében a rendszerint jelenlevő heveny subglottikus duzzanatnak is (*Rauchfuss*).

1894 óta hat évvel öregbedtek intubációs tapasztalataim s úgy látom, hogy fenti conclusiómon nincs okom ma sem változtatni. Az álhártya-letolás lehetősége súlyos, előhaladt esetekben, ott, hol a felső légutakban álhártya kiterjedten és vaskosan képződött, kétségtelenül minden egyes esetben fennáll, hogy mindennek dacára egyáltalában nem gyakori, sőt kivételes jelenség, azt nagy tapasztalattal intubátorok, mint *O'Dwyer*, *Fr. Huber*, *Dillon Brown*, *Waxham*, *Ranke*, *Ganghofner*, *Naughton* stb. irodalmilag eléggé hangsúlyozták s tapasztalataim alapján magam is újból csak megerősíthetem.¹

Anyagomban halálos kimenetelű álhártya-letolás összesen három esetben, fájdalom, tényleg fordult elő s ismerem az irodalomból *Muralt*, *Naughton* és mások kórbonczilag tisztázott, kifejezett eseteit, — 1894-diki cikkemben a súlyos következményű álhártya-letolás százalékát 3.5-re tettem, — erősen kétlem azonban, hogy mindaz, mit egyes észlelők álhártya-letolásnak vesznek, tényleg álhártya-mobilisatio volt s ép úgy mint *Dillon Brown*,² magam is valószínűnek tartom, hogy nem egyszer az úgynevezett álhártya-letolások nem is letolások, hanem asphyxiák, melyek a prolongált, esetleg gyakorlatlan tubus-bevezetésnek voltak sajnos következményei. Ily apnoe-k álhártya-letolás nélkül különben a leggyakorlabb intubátorok praxisában is előfordulhatnak, így: a Boston City Hospital anyagában, 1895 óta 1016 eset között hétszer volt a halálok apnoe, mint azt *J. H. Mc Collon* szíves értesítéséből tudom.³

Hogy vajjon a különösen Franciaországban használatos *Ferroud*, *Tsakiris* és *Froin*-féle tubusok (ferdén leemcsztett tubusok, konikus végű tubusok) nem idézik-e e előadott esetben inkább az álhártya letolódását, mint az amerikai jól legömbölyített végű tubusok, nem tudom, theoretikus alapon hajlandó vagyok azt hinni, hogy igen.

Lássuk, hogy miként állunk mai, tíz éves tapasztalatunk alapján az álhártyás obturatio kérdésével?

1894-ben ezen kérdésben álláspontom, tapasztalati alapon a következő volt:

„Intubált egyénnél a tubusnak álhártyával való eldugaszolása nem gyakori jelenség, s ha elő is fordul, a legtöbbször

¹ *Bökay*: Mily arányban fordul elő az álhártya-letolás s a tubusnak álhártyával való eldugulása az *O'Dwyer*-eljárásnál stb. Orvosi Hetilap. 1894.

² „I venture to state, that the great majority of deaths, which have been reported as due to pushing down membrane was the result of unskilled efforts and due either to apnoea from prolonged attempts at introduction, or to asphyxia from forcing the tube through a false passage.“ *Transact. of the Americ. Pediatric Society*. 1891.

³ *Mc Collon* levélbeli közlése *L. Fischer*-hez N.-Y.-ba.

kedvező megoldást nyer az által, hogy az obturált tubus az eldugaszoló álhártyával együtt, erős köhögéssel a légesöböl kiküszöböltetik. Hogy az esetleges obturatio végzetessé ne válhassék, a *continuus felügyelet, illetőleg kellőleg instruált ápoló folytonos ügyelete elengedhetetlenül szükséges. A tubust rögzítő fondáknak meghagyása s rögzítése a nyakon intubatio után lehetővé teszi, hogy rögtön extubatio, obturatio esetén, esetleg nem orvos által is végezhető legyen.*"

S miért nem gyakori jelenség a tubus lumenjének obturatioja álhártyával? ezt a következőkben véltem megmagyarázhatónak:

"Mert 1. vaskosabb álhártyák nagy kiterjedésben csak ritkán képződnek s levált vékonyabb hárták, különösen cza-fatokban aránylag könnyen keresztül törnek a tubuson, s mert 2. ha a croupos folyamat nem gyorsan descendál, jobban mondva lokalizálva marad a légesöre, a fibrinhártya kellő gyógykezelés mellett szétmállik, s mint szívós folyékony váladék ürítetik ki a beteg által, s ezen váladék a cső obturációját sohasem okozza."

Ujabb hat évi tapasztalataim alapján, évek előtt kifejtett nézetemet itt sem kell, hogy változtassam; a veszély fennáll, de kellő óvatosság mellett kikerülhető s itt fontosnak tartom, hogy hangsúlyozzam újból a fonál behagyás fontosságát, mert ha teljesen el is tekintünk az esetleges extubatio-traumától, a tubusnak álhártyával való esetleges obturációjának lehetősége eléggé megindokolja a fonál meghagyását, a célból, hogy a tubuskívétel ily sürgős esetekben esetleg a betegre ügyelő instruált ápolónő is rögtön végezhesse. Ismerem a francia irodalomból *Perregaux, Lebreton és Magdeleine, Chaillon, Bayeux és Rist és Bensoude* álhártyás-obturációra vonatkozó statisztikai adatait, melyek arról tesznek tanulságot, hogy a francia intubátorok materialisában súlyos jellegű obturációk aránylag sűrűn fordultak elő s olykor fuladáshoz is vezettek, hajlandó vagyok azonban e szomorú haláleseteket azon bevett szokásoknak betudni, hogy a fonalat eltávolítják s vagy műszerrel, vagy a *Bayeux*-féle fogással (*digitalis enucleatio*) extubálnak, mely eljárások csak szakavatott orvos által végezhetők és sürgős esetben semmi esetre sem oly gyorsan s biztosan eszközölhetők, mint a fonalas extubatio. Különben, hogy a francziák általában több álhártyás obturációt látnak, mint látok én, avagy az amerikai intubátorok, annak magyarázata részben talán abban is rejthetik, hogy jórészt az ismert *Bayeux*-féle rövid tubusokkal dolgoznak, mely rövid tubusoknak álhártyával való eltömeszelődése, nézetem szerint ép a tubus rövidegénéél fogva inkább bekövetkezhetik, mint a hosszú *O'Dwyer*-tubusoknál, mert míg a hosszú tubus nagy kiterjedésben, a 6—8. gyűrűig fogva tartja az álhártyát, addig a rövid tubus ezt csak kis kiterjedésben cselekszi meg s így a tracheában esetleg leváló álhártya a tubus által fixálva nincsen, hanem nagy kiterjedésben libeg s így aránylag könnyen betéved a tubus lumenébe.

Isakiris-nek s *Froin*-nek azon módosítását, hogy a tubus alsó végét konikussá változtatták s mintegy két oldalablakkal látták el, nem tartom egészen szerencsés változtatásnak, mert ez által határozottan akadályozzuk az álhártyarészletek expectorálását, s elősegítjük álhártyadugasz képződését a tubus alsó vége alatt, tehát magában a légesőben.

Hogy a serumtherapia óta ily obturációk sűrűbben fordulnának elő, mint az előző időszakban, tapasztalataim alapján nem erősíthetem meg; igaz ugyan, hogy a gyógsavó behatása alatt az álhártya gyorsan leválik alapjáról, de miután ép oly gyorsan vékonyul is és szétmállik, annak kiküszöbölődése a tubuson át csak könnyítve van. Hogy ezen szívós folyékony váladék a cső obturációját sohasem okozza s ellentétben a tracheal-canule-lel ezen váladék a csőben sohasem szárad be, hanem folyékony állapotban kiküszöböltetik, ezt tíz éves intubációs tapasztalataim eléggé bizonyítják s igazolják az ide vonatkozó irodalmi adatok is.

Áttérek mindezek után annak fejtegetésébe, hogy áll-e fenn causális összefüggés az *O'Dwyer*-eljárás s a laryngitis crouposában szenvedőknél esetleg fellépő tüdőlob között. Fontosnak tartom ezen, irodalmilag eddig kevésbé méltatott kér-

dést szőnyegre hozni, mert gyakran tapasztalhatjuk, hogy ha intubált croupos betegnél pneumonia fejlődik, nagy a hajlandóság orvosi körökben arra, hogy az intubációt okolják első sorban a tüdőlob felléptéért. Hogy kiváló szakemberek is hajlandók voltak ezen tüdőlobokat, legalább is jó részben, az intubatio rovására írni, bizonyítják bold. *Widerhofer*-nek 1890-ben írott alábbi sorai: „*Als die gefährlichsten Klippen, an denen die Zukunft der Intubation scheitern könnte, die daher entschieden umschifft werden müssen, möchte ich bezeichnen: den Decubitus, die nachfolgende lobuläre Pneumonie und die schwierige ungenügende Ernährung.*“

Körülbelül ugyanazon szemrehányás illeti tehát e tekintetben az intubációt, mint érte annak idején a légesömettszést s hogy ezen nézet, a tracheotomiát illetőleg, eléggé sokáig tartotta magát és sokak által túl is hajtattott, kitűnik *Rauchfuss*-nak soraiból, ki is a *Gerhardt*-féle nagy gyűjtőmunkában, a croup laryngis mintaszerű tárgyalásánál a következőket írja, bár nézetem szerint kissé optimistikus felfogással: „*Mit Unrecht hat man . . . die Tracheotomie in dieser Richtung angeklagt; sie ist rechtzeitig vorgenommen das beste Prophylacticum gegen diese Pneumonie und wenn sie schon eingeleitet oder ausgebildet ist, ein wesentliches Hilfsmittel eines glücklichen Ausganges derselben.*“

Itt is úgy a dolog, mint a savóval kezelt diphtheriások fehérje-vizelésével. Tudjuk, mennyire discutáltatott ezen kérdés a savó-therapia kezdetén s tudjuk jól, hogy sokan, kik ezen kérdéssel nyilatkoztak, mennyire nem méltányolták a régebbi időkről rendelkezésünkre álló adatokat. Így egyik cikkemben¹ én is szükségesnek láttam reáihívni az orvosok figyelmét a *Sanné*-féle albuminuria-táblázatra, mely táblázatnak újabb közlése, úgy vélem eléggé demonstrálta azt, hogy mily ingatag alapon álltak azok, kik a serum-therapia ellen ezen alapon fegyvert akartak kovácsolni.

Úgy mint ott, itt is segítségünkre van *Sanné* adataival, melyeket az érdemes francia szerző a diphtheriások tüdőlobjára vonatkozólag összeállított s melyeket fontosságuknál fogva *Rauchfuss*, valamint *Francotte* is nagy figyelemre méltattak monographiájukban.

Sanné ugyanis 124 diphtheriában és szövődményes tüdőlobban elhalt gyermeknél pontosan igyekezett megállapítani a diphtheriás megbetegedés kezdetét, hogy feleletet kapjon arra a kérdésre, mennyiben okolható a légesömettszés a pneumonia felléptéért s nyert eredményeit az alábbi táblázatba állította össze:

A *Sanné*-féle táblázat:

A halál beállta:		Esetek száma:
A diphtheriás megbetegedés	1. napján . . .	2
" "	2. " . . .	12
" "	3. " . . .	14
" "	4. " . . .	15
" "	5. " . . .	19
" "	6. " . . .	14
" "	7. " . . .	5
" "	8. " . . .	6
" "	9. " . . .	7
" "	10. " . . .	7
" "	11. " . . .	1
" "	12. " . . .	4
" "	13. " . . .	5
" "	14. " . . .	1
" "	15. " . . .	1
" "	16. " . . .	1
" "	19. " . . .	2
" "	20. " . . .	1
" "	23. " . . .	3
" "	27. " . . .	1
" "	30. " . . .	1
" "	31. " . . .	1
" "	41. " . . .	1
Összesen . . .		124 eset. ¹

A fenti összeállítás tisztán mutatja, hogy a tüdőlob diphtheriásoknál leggyakrabban már az első napokban fellép. A

¹ Harmadik előadásom a serum-therapiáról. Orv. Hetilap. és Jahrb. für Kinderh. 1896.

² 119 esetben a hurutos tüdőlob laryngitis pseudo-membranacea mellett találtatott.

maximuma a tüdőloboknak az általa összeállított eseteknél összeesett ugyan a légsömetszés napjával, ez azonban szerinte csak valószínűvé teszi azon feltevést, hogy a tüdőlob a műtét előtt legtöbbször már folyamatban volt s így a légsömetszéssel causális kapcsolatba alig volt hozható.

A Sanné-féle adatok közlése után lássuk, mit mutatnak a mi adataink?

A kérdés megközelítése czéljából az utolsó tíz évről összeállítottam az összes croupos operált és nem operált kórházi eseteket, annak feltüntetésével, hogy ha tüdőlob lépett fel náluk mint szövödmény, a pneumonia fejlődése mely időpontjára esett a betegségnek.¹

Két táblázatunk (lásd 39. oldal) mutatja, hogy kórházi gyakorlatunkban az operált croupos betegeknek a tüdőlob jelentkezési gyakorisága: 26%-ot tett ki (1261:331), nem operált, illetőleg műtételt nem igényelt betegeinknél pedig ezen százalék 14,3-re szállott alá (491:71). Ha a serum előtti időszakot összehasonlítjuk a savó-időzakkal, úgy táblázataink alapján a következő eredményt nyerjük: Míg az első időszakban operált eseteinknél a tüdőlob fellépési gyakorisága 20%-ot tett ki (714:144), nem operáltaknál pedig összesen csak 9-et (171:15), addig a serum-therapia időszakában operáltaknál a százalék 32,3 (547:187), nem operáltaknál pedig 17 (323:56) volt.²

Tény, hogy a tüdőlobos esetek számának maximuma az intubatiót követő második huszonnégy órára esett, de ez az adat mást alig bizonyíthat, mint azt, hogy a pneumoniák, croup folyamán a legsúlyosabb időszakban fejlődnek s az intubációs eljárás foganatosításakor a fennálló alapbántalom által már legalább is elő vannak készítve.

A második táblázat, mely croupos anyagom könnyebb, műtételt nem igényelt részét foglalja össze, demonstrálja, hogy még ezen csoportnál is, dacára, hogy intubatio náluk nem végeztetett s a kórkép általában enyhébb képet mutatott, a tüdőlobok eléggé nagy százalékkal szerepeltek. Mutatja ezen táblázat továbbá azt is, hogy a tüdőlobok ezen csoportban, a pneumoniások felénél (71 közül 36 gyermeknél), a kórházi tartózkodás 2—5-dik napján fejlődtek.

Fenti adatainkból levonható következtetések az alábbiak:

1. Croupos betegeknek a tüdőlobos szövödmény eléggé gyakori (22,7%).
2. Súlyosabb folyamatoknál gyakoribb (26%), mint enyhébb megbetegedéseknél (14,3).
3. A szövödményes tüdőlob fellépte a legtöbbször a croupos megbetegedés 4—11-dik napjára esik.

Azon körülmény, hogy a serum-therapia időszakában croupos anyagomban a tüdőlobos szövödmények fellépte körülbelül tíz százalékkal megszorodott, különösebb következtetésre nem jogosít, mert természetes magyarázatot nyer azon tényben, hogy croupos anyagunkban a savótherapia segítségével ötven perccel javítottuk meg a gyógyulási százalékot, s halálos lefolyású eseteinknél a lefolyást jelentékenyen megnyújtottuk.

Eredményeink alapján tehát bátran állíthatjuk legalább is azt, hogy az intubatio oly mérvben, mint azt a gyakorlati életben az orvosok egy része hajlandó tenni, semmiesetre sem okolható a szövödményes tüdőlobok felléptéért. Hogy az O'Dwyer-eljárás, laryngo-tracheitis crouposa súlyos esetében, különösen, ha a légzés már kezd insufficiens lenni s a köhögés erőtlenné válik, broncho-pneumonia kifejlődését elősegítheti, de csakis ily körülmények között, az, úgy vélem, kétségen felül áll, de nem azért segíti elő a tüdőlobnak kifejlődését, mert a tubus calibre aránylag szűk volna, mint azt Escherich és Hagenbach különösen hangsúlyozták. Mint Ranke, heidelbergi előadásában mondja,

¹ A munka egyszerűsítése czéljából, kórtörténeteink átnézésénél a tüdőlobok minőségére tekintettel nem voltam s így a hurutos tüdőlobok között tipikus rostonyás lobok is szerepelnek, miután azonban a pneumoniák ezen utóbbi alakja, szemben a broncho-pneumoniával, aránylag ritkán fordul elő, az anyaggyűjtésnek ezen módja, fenti adataink értékéből alig von le valamit.

² Hogy broncho-pneumoniák croup folyamán, különösen descendáló folyamatoknál más észlelőknél is eléggé sűrűn fordultak elő, annak illusztrálására ide jegyzem, hogy Baginsky 167 bonczolt eseténél 75-ször látott tüdőlobot, Friedländer 94 eset között 80-szor, Talamon pedig 129 eset között 69-szer.

O'Dwyer maga elismerte kezdettől, hogy az intubatio után ép úgy mint a légsömetszés után, a tüdőlobok száma, croupos betegeknek kissé felszaporodik, kétségbe vonja azonban, hogy intubatio folyamán sűrűbben fordulnának elő, mint tracheotomia után, s mindkét esetben abban találja a tüdőlob fellépésének okát, hogy a köhögés expulsiv ereje csökkent a glottis zárási képtelensége folytán, minek folytán a hörgőkben visszatartatik a váladék s lobgerjesztőleg hat.¹

Hogy különböző bacterium-fajoknak, eltekintve a fentiek-től, mely szerep jut a kérdéses tüdőlobok létrehozásában, erre e helyen érdemlegesen nem térek ki, csak felemlítem, hogy dacára, hogy a vezetése alatt álló kórházban tett vizsgálatok is azt bizonyítják, hogy szövödményes tüdőlob esetén a Löffler-bacillus az alveolusokban is a legtöbbször megtalálható, nem osztom Kutscher és Baginsky azon nézetét, hogy ezen tüdőlobok a diphtheria-bacillus direct invasiója folytán is létrejöhetnek. Az eddigi vizsgálatok alapján inkább hajlom a francziák ama nézete felé, hogy minden esetben, diphtheriások broncho-pneumoniájánál a pneumococcus, vagy a staphylococcus indítja meg a tüdőlobos folyamatot s a Löffler-bacillusnak csak mellékes szerep jut, s ezen nézetemben megerősít azon kórházi tapasztalatom, hogy a savó-időszakban a pneumoniák számának csökkenését, fájdalom, nem constatálhattam. Ép ezért, a tüdőlobos complicatio csökkentése czéljából, a betegről betegre történő fertőzést tartva szem előtt, elsőrendű jelentőségűnek tartom diphtheriás betegek kórházi ápolásánál a francziák „box“ rendszerét, a Grancher által inaugurált „antisepsie medical“ keresztvitelével, melynek ezirányú üdvös hatását Grancher, Hutinel, Sevestre és Guinon, Párisban, osztályaikon nap-nap után előnyösen tapasztalják.

Az úgynevezett nyelési pneumoniákkal („food pneumonia“) szemben álláspontunk röviden a következő: Kétségtelenül fennáll ennek veszélye minden egyes intubált egyénnél, különösen az intubatio legelső napjaiban, midőn a beteg a nyelésbe még nem gyakorolta be magát kellőképen, de ezen veszély felette minimalis, úgy hogy Francis Huber-nek 1887-ben mondott azon szavai, hogy „the danger exists, i admit, but is greatly exaggerated, and i have not been able to find the records of a single case in which, at the autopsy, the pulmonary inflammation was found to be due to the aspiration of particles of food into the bronchi after intubation“, ma is alig szenved változást, mert bár egyes, nyelési tüdőlobra gyanus esetekről tétetik említés, ezen közlések oly gyerekek, hogy bátran mondhatjuk, hogy a „food-pneumonia“ veszélye intubationál jórészt theoretikus veszély. (Dillon Brown: „I believe that this is a theoretical danger rather than a real one.“) Egyedül Thiersch tanár az, ki 28 halálos lefolyású intubált croup, eset között, egy minden esetre súlyos jellegű járvány alatt, több esetben látott nyelési pneumoniát, egyes esetekben üszkös góccokkal, egy esetére azonban, melynek Thiersch rövid leírását adja, joggal mondja Ranke, hogy az az intubatio rovására alig irható, mert ezen esetben másodlagos légsömetszés is végeztetett és sebdiphtheritis fejlődött ki, úgy hogy nagyon is fennáll az a lehetőség, hogy a gangraenás folyamatot a sebzési helyről aspirált septikus anyag indította meg.

Legutóbb megjelent monographiámban „Az intubációs traumáról“² részletesen tárgyaltam a tubusnyomásból eredhető nyákhártya-fekélyzódéseket s vázoltam azon eljárásokat, melyek a felső légutak különböző helyein fejlődhető felfekvések gyógyítását czélozzák. Már ezen alkalommal jeleztem, hogy O'Dwyer 1897-ben Washingtonban, az „American Pediatric Society“ évi összejövetelén tartott előadásában³, egy siker-

¹ Ha szembeállítjuk ezen szempontból a légsömetszést az intubatióval, tekintetbe véve, hogy légsömetszés után a beteg teljesen filtrálatlan, vagyis szentes levegőt inspirál, míg intubationál a belégtett levegő bizonyos fokig filtrált állapotban jut a tüdőbe, tisztán theoretikus resonainment alapján is azon következtetésre kell jutnunk, hogy az O'Dwyer-eljárásnál a tüdőlob veszélye kisebb, mint a tracheotomiánál.

² Magyar Orvosi Archivum 1901. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie.

³ Arch. of Pediatrics, 1897.

I. tábla.

Intubált croupos betegek tüdőlobja hányadik napon lépett fel:

É v	N a p o k :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	28	30	33	35	37	38	52	Összesen					
1891.	a megbetegedéstől számítva ...	—	1	3	4	2	—	—	2	2	3	1	2	1	3	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30		
	intubatio után ...	2	5	2	2	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	végleges extubatio után ...	3	1	2	3	—	2	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1892.	a megbetegedéstől számítva ...	—	—	—	1	1	2	2	—	2	7	2	2	1	1	2	1	4	1	—	1	—	—	—	1	1	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	35		
	intubatio után ...	1	5	3	2	1	1	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
	végleges extubatio után ...	2	3	—	3	1	1	—	2	—	1	—	1	1	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
1893.	a megbetegedéstől számítva ...	—	—	1	1	3	5	3	2	8	4	5	2	2	2	2	—	2	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	—	—	—	—	—	53		
	intubatio után ...	6	4	6	3	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
	végleges extubatio után ...	3	5	4	1	4	3	2	—	1	—	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
1894. I—IX.	a megbetegedéstől számítva ...	—	—	2	2	5	2	2	1	3	3	1	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26	
	intubatio után ...	3	4	5	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	végleges extubatio után ...	4	3	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1894. IX. —	a megbetegedéstől számítva ...	—	—	—	—	—	1	—	—	4	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9
	intubatio után ...	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	végleges extubatio után ...	—	3	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1895.	a megbetegedéstől számítva ...	—	—	—	1	10	5	2	3	1	5	2	3	2	3	2	—	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	43
	intubatio után ...	3	9	5	—	—	1	2	—	1	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	végleges extubatio után ...	7	1	3	2	—	—	2	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1896.	a megbetegedéstől számítva ...	—	—	1	2	3	1	2	1	4	5	5	3	2	—	—	—	—	—	—	1	3	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	37
	intubatio után ...	1	6	3	—	1	1	2	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	végleges extubatio után ...	2	3	1	1	1	1	—	1	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1897.	a megbetegedéstől számítva ...	—	—	2	—	4	2	3	4	—	1	1	—	1	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22
	intubatio után ...	1	3	2	3	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	végleges extubatio után ...	3	1	1	—	2	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1898.	a megbetegedéstől számítva ...	—	—	3	7	—	2	2	2	1	4	4	—	—	2	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30
	intubatio után ...	6	8	3	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	végleges extubatio után ...	2	1	2	1	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1899.	a megbetegedéstől számítva ...	—	—	1	2	1	2	2	1	—	2	7	1	—	—	4	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26
	intubatio után ...	2	4	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	végleges extubatio után ...	2	3	1	2	—	—	1	—	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
1900.	a megbetegedéstől számítva ...	—	—	1	4	1	1	1	2	2	3	—	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20
	intubatio után ...	5	3	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	végleges extubatio után ...	2	3	1	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
10 év alatt összesen	a megbetegedéstől számítva ...	—	1	14	25	31	21	19	18	27	38	30	17	10	14	12	4	10	7	3	9	4	2	1	2	2	2	1	1	3	1	—	1	1	—	—	—	—	331	
	intubatio után ...	31	52	34	15	6	6	7	5	6	—	2	3	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
	végleges extubatio után ...	30	27	16	14	9	10	9	6	3	8	3	6	4	1	2	1	1	1	2	1	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		

II. tábla.

Nem intubált croupos betegek tüdőlobja hányadik napon lépett fel:

É v	Napok :	1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	12	13	16	17	18	21	22	Összesen																					
1891.	a felvétel napjától számítva	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3		
1892.		—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	
1893.		1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	
1894. I—IX.		—	—	2	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	
1894. IX.—		—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
1895.		—	1	1	1	—	1	1	—	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	
1896.		—	—	—	—	—	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17
1897.		—	—	—	—	—	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	
1898.		—	—	2	2	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	
1899.		—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	2	—	—	—	—	—																						

rel kezelt esete kapcsán ajánlotta volt, hogy mindazon esetekben, hol a tubus végleges eltávolítása, gégebeli felfekvések jelenléte folytán lehetetlen, kísérlet tételessék az általa így esetek kezelésére ajánlatba hozott *karcsubb nyakú és aránylag mélyebb fekvésű s nagyobb hasas kidomborodással* ellátott bronz-tubusokkal¹ oly módon, hogy a tubus feje s hasas kidomborodása közötti karcsú nyakrész *gelatinaréteggel vonassék be s erre porrá tört timsó préseltessék.*

O'Dwyer szerint ugyanis egy erős adstringens, vagy enyhe causticum alkalmazása, mely a tubussal a kellő helyre volna vihető, a fekélyes felületek gyógyulását lényegesen előmozdítaná. Ezért gelatina forró oldatát alkalmazta a tubusra, annak feje és hasas kidomborodása között s e fölé porrá tört timsót szórt bőven s azt bepréselte a gelatina-rétegbe. Miután néhány óráig száradtak a tubusok, egy gyermeknél, kinél felfekvési fekélyek voltak a gégeében, az így módon praeparált tubust vezette be s öt napig hagyta helyben. Ekkor félórai extubatio után egy másik, hasonló módon praeparált tubust vezetett be, melyet ismét öt napig hagyott helyben. Harmadik ízben — $\frac{3}{4}$ órai extubatio után — egy oly tubust alkalmazott, mely gelatina és timsóból készült kettős áthuzattal volt ellátva; a második réteget akkor alkalmazta, midőn az első már megszáradt volt. Ez jelentéktelen fájdalmakat okozott a betegnek, a gelatina megduzzadása következtében. Néhány óra múlva visszahívták a beteghez, rohamos dyspnoë fellépte miatt, melynek okával nem volt tisztában. Midőn a tubust eltávolította, azt találta, hogy a részben elolvadt gelatinából egy kevés felfelé tolódott s a tubus nyílásába hatolt be. Az extubatio után csakhamar újabb tubust applikált, melynek eltávolítása után újabb intubatióra nem volt szükség. Az alumen háromszori alkalmazásával tehát a kezelés befejeződött; jelentékeny dyspnoë időről időre fennállott ugyan még néhány napon át, de fokozatosan elmúlt kezelés nélkül s a beteg teljesen felgyógyult. A hang az utolsó extubatio után csakhamar visszatért, dacára annak, hogy a beteg a tubust majdnem 29 napon át hordotta in continuo. O'Dwyer ezen esetének válasza kapcsán azon megjegyzést teszi, hogy ha öt nap helyett 2—3 napi időközökben cserélte volna fel timsóval s gelatinával bevont tubusait, talán a gyógyulást hamarabb éri el s felhívja orvostársai figyelmét ezen praeparált bronz-tubusokra s ajánlja a vázolt eljárást mindazon esetekben, hol a tubus az *átlagos fekvési tartamon túl* végleg el nem távolítható.

Gyógykísérleteimet a vezetésem alatt álló budapesti „Stefánia” gyermekkorházban, O'Dwyer ezen jegyzete alapján indítottam meg s bár eddig csak öt eset lefolyásáról számolhatok be,² bátorságot veszek a közlésre, mert tudtommal mások hasonló kísérleteket eddig sehol nem tettek.

Eseteim, melyek közvetlen és folytonos észlelésem tárgyát képezték, kivonatosan a következők:

I. eset.

W. J., 4 éves. Felv. 1900. november 15-dikén.

6 nap óta rekedtes köhögés, tegnap óta egyre fokozódó nehéz légzés.

St. pr.: Nagyfokú stenosis, cyanotikus ajkak. Azonnali intubatióra d. e. 11 órákor légvét felszabadul. Expectoratio csekély, álhártyát nem ürített. 4000 egység magyar serum. Jobb tonsillán és bal garatíven vékony álhártyás felrakódás. Gözölés. Hőmérs. 39° C.

November 16-dikén. Extubatio d. e. $\frac{1}{2}$ 10 órákor, de már d. e. $\frac{1}{4}$ 12 órákor újból intubálni kell. 1500 e. Behring-serum. Hőm. 38°30' C. Cultura diphtheriára positiv.

November 17-dikén. Extubatio d. e. $\frac{1}{2}$ 10 órákor; intub. d. e. $\frac{1}{2}$ 11 órákor. Újabb 2000 e. magyar serum. Vizeletben kevés fehérje.

November 18-dikén. Torokképletek tiszták. Extub. d. e. $\frac{1}{2}$ 10 órákor, intub. d. u. $\frac{3}{4}$ órákor.

November 19-dikén. Extub. d. e. $\frac{1}{2}$ 10 órákor, intub. d. e. $\frac{1}{2}$ 11 órákor. Láztalan.

November 20-dikén. Tubussal jól lélegzik. Vizelet fehérjementes.

November 21-dikén. Urticariászerű serumkúteg. Extub. d. e. $\frac{1}{2}$ 10 órákor, intubatio d. u. 5 órákor.

November 23-dikén. Extubatio d. e. $\frac{1}{2}$ 10 órákor. Tubus nélkül jól lélegzik.

¹ Ezen tubusok a jól ismert newyorki George Ermold czég által gyártatnak (New-York, 201 East, 23 d. street).

² Ezek eddigelé (1901. június hó) összes eseteim.

November 24-dikén. Fokozódó nehéz légzés miatt d. u. $\frac{1}{2}$ 8 órákor intubatio.

November 25-dikén. Extub. d. e. $\frac{1}{2}$ 10 órákor; egy óra múlva intub. Törzsön s végtagokon erythema multiforme-szerű exanthema.

November 27-dikén. Extubatio d. e. $\frac{1}{2}$ 10 órákor, intub. d. u. 2 órákor.

November 29-dikén. Extubatio d. e. $\frac{1}{2}$ 10 órákor, intub. d. u. $\frac{1}{2}$ 5 órákor. Rendeltetett bromchloral-mixtura belsőleg.

November 30-dikén. Extubatio d. e. 9 órákor. Pár perczig képes csak kitartani, miért is azonnal intubatio, *gelatinás-timsós tubussal*.¹

December 1-én. Egész testen elszórtan halványpiros, szabálytalan foltokból álló multiform kúteg.

December 3-dikén. *Végleges extubatio* d. e. 9 órákor.

December 7-dikén. Kúteg eltűnt. Tubus nélkül teljesen jól lélegzik.

December 13-dikén. Cultura *Löffler*-bacillusok negatív.

December 17-dikén. Gyógyultan elbocsáttatik.

Intubatio tartama (11 ízben): összesen 366 óra (ebből gelatinás-timsós tubussal 72 óra).²

II. eset.

G. B., 6 éves. Felvét. 1901. január 9-dikén.

12 nap előtt nátha, köhögés, általános hurutos tünetek; egy hét előtt kanyaró. 2 nap óta rekedtség s folyton fokozódó nehéz légzés.

St. pr.: A rachitikus gyermek bőren a morbilli-kúteg után még fennálló barnás pigmentatio látható. Tüdő felett kopogtatási eltérés nincsen; hallgatózásra elszórtan néhány száraz zörejt. Felvételkor stenotikus légzés, jugularis és scrobicularis behúzódnásokkal. Fokozódó nehéz légzés miatt d. u. $\frac{1}{2}$ 8 órákor intubáltatott, mire a légvét felszabadult s bő genyes-nyakos köpetet ürít. Csakhamar azonban izgatott köhögés s a gégetájra localizált fájdalmasság lép fel, miért is d. u. 9 órákor a beteg extubáltatik. 10 percz múlva reintubatio öt évesnek megfelelő tubussal, de erre a légvét rosszabbodik; azonnali extubatio után mesterseges légzést végzünk, melyre a légzés felszabadul, $\frac{1}{4}$ 11 órákor újból intubatio; utána a légzés nyugodt. 1500 e. Behring-serum és gözsátor. Esti hő 38°20' C.

Január 10-dikén. Légzés nyugodt. Torokból vett culturában *Löffler*-bacillusok. Hőmérs. r. 37°3, e. 38°50' C. Újból 1500 e. Behring-serum.

Január 11-dikén. Extubatio d. e. 9 óra 10 perczkor; 20 percz múlva reintubatio.

Január 12-dikén. Reggel 5 $\frac{1}{2}$ órákor fekvő tubus mellett nehéz légzés áll be, miért is extubatio, de már 10 percz múlva az intubatio ismét szükségessé válik.

Január 13-dikén. Tubussal a légvét teljesen nyugodt. Bő purulens váladékot ürít. Hőm. r. 38°5, e. 38°50' C.

Január 14-dikén. Extubatio d. e. $\frac{3}{4}$ 10 órákor. 10 percz múlva *intubatio gelatinás-timsós tubussal*. Köhögés lazább.

Január 17-dikén. Extubatio d. e. $\frac{3}{4}$ 12 órákor. Légvét teljesen szabad.

Január 18-dikén. D. u. $\frac{1}{4}$ 7 órákor intubatio *ismét timsós tubussal*, mert a légvét újból stenotikussá vált. Köhögés szűnt; láztalan. Bromchloralhydrat-mixt.

Január 21-dikén. *Végleges extubatio* d. e. 11 óra 30 perczkor.

Január 27-dikén. Torokból vett cultura *Löffler*-bacillusokat már nem tartalmaz.

Január 28-dikén. Gyógyultan távozik.

Intubatio tartama (6 ízben) összesen 247 $\frac{1}{2}$ óra (ebből gelatinás-timsós tubussal 139 $\frac{1}{4}$ óra).

A gyermek február 22-én újból bekerült a kórházba azon panaszszal, hogy 8 nap óta, különösen éjjel, nehezített s hangos a légvétele. A gyermeknél gégetükri vizsgálatnál *mérsékelt circuldris heges szor* constatatott a *subglottikus tájon*, mely methodikus tágitásra, tubusbevezetéssel csakhamar eltűnt s a nehéz légzés megszűnt. A beteg azóta teljesen szabadon lélegzik, rendesen phonál s egészsége kifogástalan.

III. eset.

K. G., 4 éves. Felv. 1901. február hó 1-én.

4 nap óta rekedtség, torokfájás, hangos, egyre nehezedő lélegzés.

St. pr.: Jobb tonsillán lencsényi álhártyás felrakódás. Nagy fokban stridorosus légzés; tüdő felett mérsékelt hurut tünetei. 4000 egység Preisz-serum, gözsátor.

¹ A bronz-tubusok gelatinával való bevonását s timsóval való impregnálását a következőképen végezzük:

A lapos, vékony lemezekben áruba bocsátott gelatinából, az alkalmazandó tubus nagysága szerint 4—7 mm. széles csikokat vágunk. Az első gelatinacsikot közvetlenül a tubus feje alatt körkörösén vezetjük a tubus nyaka körül, miután a gelatinát előbb meleg vízbe való be-mártással puhává, hajlékonyává tettük. A ráfektetésnél ügyelnünk kell arra, hogy a gelatinacsik alatt léghólyag ne képződjék s hogy a teljes körülvezetés után az egyenesre levágott szelek pontosan összeérjenek. Ekkor alumen crudum pulv.-ot veszünk fel két ujjunk közé s a még ragadós felületű, puha gelatinacsikba köröskörül jól belenyomjuk. Ha ezzel készen vagyunk, a tubus nyakának még szabadon levő részére a második csikot helyezzük el. A második csik felső szélének mindentűt érintkeznie kell az első csik alsó szélével, de reáfeküdnie nem szabad sehol. Körülfektetése s timsóval impregnálása ép úgy történik, mint az első csiknál. Ezen gelatina-csikokat csak egy rétegnyi vastagságban rakjuk a tubusra. Kisebb tubusoknál két ilyen csik elegendő, nagyobbaknál még egy harmadik csik körülvezetése is szükséges.

² Az intubatio és extubatio tartamát graphice a mellékleten tüntetem fel.

Február 2-dikén. A nagyfokú nehéz légzés miatt déli $\frac{1}{2}$ órákor intubatio, mire a légzés felszabadul. Cultura Löfflerre positiv.

Február 3-dikén. Tubust jól tűri. Újból 2000 egység serum.

Február 4-dikén. Extubatio d. e. $\frac{3}{4}$ órákor, de csakhamar fel-lépő súlyos nehéz légzés miatt már 5 perc múlva reintubatio.

Február 5-dikén. Extubatio d. e. $\frac{3}{4}$ órákor. Extubatio előtt bromchloralmixtura adagoltatik; ennek daczára d. e. 10 órákor újabb intubatio szükséges. Újból 2000 e. Preisz-serum.

Február 7-dikén. Extubatio d. u. $\frac{1}{4}$ órákor s miután a tubus-kivétel csakhamar aggasztó mérvben fokozódó nehéz légzés követi, $\frac{3}{4}$ órákor *gelatínával bevont s timsóval impraegnált tubus vezetetik a gégebe.*

Február 10-dikén. Extubatio d. u. $\frac{1}{2}$ órákor. A tubus kivétele után a légzés nyugodt s légzési nehézség február 11–14-dikéig sem észlelhető.

Február 15-dikén újból hangosabb, kissé nehezített légzés lép fel, mely délig annyira fokozódik, hogy $\frac{1}{2}$ órákor *másodízben gelatinás-timsós tubus vezetetik a gégebe.*

Február 18-dikén. *Végleges extubatio* d. u. 4 órákor.

Február 24-dikén. Virulens bacillusok már nem találhatók; légzés teljesen szabad, hang tisztul.

Február 26-dikén. Gyógyultan elbocsátatik. Gyermekek otthon még hosszabb ideig megfigyelés alatt áll s légzése *állandóan* szabad.

Intubatio tartama (5 ízben) összesen $271\frac{1}{2}$ óra (ebből gelatinás-timsós tubussal 147 óra).

IV. eset.

A. I., 4 éves. Felvét. 1901. márczius 18-dikén.

3 nap óta rekedtes köhögés, torokfájás; 2 nap óta egyre fokozódó nehéz légzés. Tegnap d. u. serummal oltatott (1500 egys.).

St. pr.: Súlyos stenosis mellett álhártya flottálás tünetei. Mindkét tonsillán s a jobb garatiben disseminált felrakódás. 1500 e. Behring-serum. Azonnali intubatio (esti 10 órákor) a légzés felszabadul s két kisebb álhártyadarabkát irt. Gözsátor.

Márczius 20-dikén. Torokból vett cultura diphtheriára positiv. Extubatio d. e. $9\frac{1}{2}$ órákor. Estefelé újból nehezedeő légvét, miért is esti $10\frac{1}{2}$ órákor reintubatio.

Márczius 21-dikén. Újból 1500 egys. Behring-serum.

Márczius 22-dikén. Extubatio d. e. $10\frac{1}{2}$ órákor, de már $\frac{1}{4}$ óra múlva a tubus újabb bevezetése szükséges.

Márczius 23-dikén. Extubatio d. u. 3 órákor; intubatio $\frac{1}{2}$ óra múlva.

Márczius 24-dikén. Torok feltisztult. Belsőleg chloralhydrat- s brommixtura rendeltetett.

Márczius 25-dikén. Extubatio d. e. 10 órákor. *Intubatio gelatinás-timsós tubussal* d. e. $10\frac{3}{4}$ órákor.

Márczius 28-dikén. *Végleges extubatio* d. e. $\frac{1}{2}$ órákor.

Április 2-dikén. Cultura diphtheriára negativ.

Április 4-dikén. Gyógyultan elbocsátatik. Légzése azóta állandóan szabad.

Intubatio tartama (5 ízben) összesen 213 óra (ebből gelatinás-timsós tubussal $70\frac{1}{2}$ óra).

V. eset.

Gr. Z., 3 éves. Felvét. 1901. április 18-dikén. 1 nap óta láz, torokfájás, nehezített légvét, mely fokozatosan súlyosbodik.

St. pr.: Elég jól fejlett s táplált fiúgyermek. Orr szabad. Torokképletek erősebben belöveltek; mindkét tonsillán, a bal arcus-on s a garathátfalon fehér kocsonyás lepedék. Hang erősen rekedt; stenotikus, szapora légzés; ajkakon kezdődő cyanosis. Tüdő fölött durva hurut. Felvételtkor azonnali intubatio, a gyermek azonban közvetlenül utána tubusát kihúzza, de a légzés mégis jelentékenyen megkönnyebbült, úgy hogy csak $\frac{1}{2}$ óra múlva kellett ismét megintubálni. 1500 e. Behring-serumot kap. Inhalatio.

Április 19. Ma reggel $\frac{1}{2}$ órákor beteg a tubust kiköhögi; félóra múlva légzés stenotikussá válik; intubatio felszabadul. Cultura Löfflerre positiv.

Április 20-dikén. Torok tisztult. Tubussal a légzés szabad. Ma d. e. $11\frac{1}{4}$ óra extubatio, $\frac{3}{4}$ óra múlva reintubálni kell. Láztalan. Újból 2500 e. Preisz-serumot kap.

Április 21-dikén. D. e. 8 órákor extubatio. Chloral és bromnatrium adagolása daczára nehéz légzés, mely délre annyira súlyosbodik, hogy tubusát ismét be kellett vezetni. Egyébként semmi eltérés, torok tiszta.

Április 22-dikén. Chloralbrom-mixtura adagolása után d. e. 8 órákor extubatio, a melyet azonban ma csak $\frac{3}{4}$ óráig bír ki. Intubálva légzése szabad.

Április 23-dikén. D. e. 8 óra 40 perczkor újabb extubatio-kísérlet. $\frac{1}{4}$ óra múlva légzés rohamosan rosszabbodik; intubatio d. e. 9 órákor asphyxiában, melyből mesterséges légzéssel csakhamar feléled. Az intubatio ezúttal *gelatinával bevont s timsóval impraegnált tubussal* történt. Utána légzés szabad.

Április 24–25-dikéig. Légzés jó s szabad. Állandóan láztalan.

Április 26-dikén. D. e. $\frac{1}{2}$ órákor *végleges extubatio*. Légzés nélkül eleinte még olykor stridorosus, de már másnap teljesen nyugodt és szabad. Beteg azonban még hangtalan.

Május 1-én. Cultura negativ. Hang még rekedtes.

Május 4-dikén. Hang erősbödött.

Május 7-dikén. Alig fátyolozott hanggal, gyógyultan elbocsátatik.

Intubatio tartama (6 ízben) összesen $179\frac{1}{2}$ óra (ebből gelatinás-timsós tubussal $72\frac{1}{2}$ óra).

Hogy eseteimben gégebeli felfekvési fekélyek gátolták a végleges extubatiót, az a közlött körtörténetekből s a mellékelt graphikus táblázatokból, (lásd „melléklet“) úgy vélem, kellőképp kiviláglik s hogy tényleg subglottikus fekélyzódések okozták a detubatio nehézségeit, különösen bizonyítja második esetem, hol, mint láttuk, utólag a gégeben mérsékelt subglottikus *heges szűkület* fejlődött, mely azonban ismételt kezelésre (tubussal való methodikus tágitásra) végleg visszafejlődött.

Tény, hogy öt esetemben, hol 107, 108 $\frac{1}{2}$, 124 $\frac{1}{2}$, 142 $\frac{1}{2}$ és 294 órai intubatio-tartam után a végleges extubatio nemcsak hogy nem sikerült, sőt a folyton rövidülő extubatio-tartam kétségtelenül gégebeli decubitus jelenlétére¹ utalt, gelatinás-timsós, karcsubb nyakú bronz-tubussal 70 $\frac{1}{2}$, 72, 72 $\frac{1}{2}$, 139 $\frac{1}{2}$, 147 órai tubus-fekvéssel sikerült a végleges extubatiót teljes eredményteljesen keresztül vinnem.

Imént közölt öt esetem alapján mindezeknél fogva O'Dwyer fent vázolt eljárását a gégebeli felfekvések kezelésénél egy felette egyszerű, könnyen kivihető s eredményes, genitális gyógybeavatkozásnak tartom s már eddigi kedvező tapasztalataim alapján is ajánlanám európai s amerikai kartársaimnak, hogy mindazon esetekben, hol a tubus fekvési tartama a száz órát túlhaladta s az extubatio-tartam fokozatos rövidülése folytán mindinkább megerősödik azon gyanújuk, hogy felfekvések vannak a gégeben, a jelzett gelatinával bevont s timsóval impraegnált bronz-tubusokat alkalmazásba vegyék s hiszem, hogy sokszor lesznek azon szerencsés helyzetben, hogy ezen eljárással a másodlagos légsömetszést kikerülhetik.

Munkám befejezése után került észlelésem alá az alábbi eset, mely fent kifejtett állításaimat újból beigazolja:²

Sch. M. 4 $\frac{1}{2}$ éves. Felvételtett 1901. július 4-dikén. Egy nap óta fokozódó nehézlégzéssel.

Status praesens: Felvételtkor a légzés annyira nehezített, hogy intubálni kellett (d. e. $\frac{3}{4}$ órákor). Kiterjedt tonsillaris és pharyngealis álhártyás folyamat. Nyakon mirigyduzzanat. Kórházon kívül 1000 egység, nálunk felvételtkor 3000 e. Behring-serumot kapott. Hőmérsék 38 $^{\circ}$.

Július 5-dikén. Tubussal elég jól lélegzik. Torokképp kissé javult; gyenge pulsus; coffein, digitalis. 38 $^{\circ}$.

Július 6-dikén. Extubatio d. e. $\frac{1}{2}$ órákor, de már $\frac{3}{4}$ órákor reintubálni kellett. 1500 e. Behring. Mérsékelt albuminuria.

Július 7-dikén. Torokképp sokat javult. Extubatio $\frac{1}{2}$ órákor, $\frac{1}{4}$ óra múlva reintubatio. Közéret jobb. 37 $^{\circ}$.

Július 8-dikén. Csak a mandulákon insul. lepedék. D. e. 9 órákor extubatio, már 15 perc múlva újból intubálni kellett, *első ízben intub. gelatinás timsós tubussal.*

Július 9-dikén. Tubussal nyugodtan lélegzik. Vizeletben bő fehérje.

Július 10-dikén. D. e. 10 órákor extubatio, 10 perc múlva reintubatio (*második gelatinás timsós tubus*). Torok csaknem tiszta. 38 $^{\circ}$.

Július 11-dikén és 12-dikén. Fekvő tubussal jól lélegzik; mérsékelt albuminuria. Láztalan.

Július 13-dikén. Extubatio d. e. $\frac{1}{2}$ órákor, 1 óra múlva reintubatio (*harmadik gelatinás timsós tubus*).

Július 14–15-dikén. Torok tiszta. Közéret jó, tubussal jól lélegzik, gége nem fájdalmas.

Július 16-dikén. Extubatio d. e. $\frac{1}{4}$ órákor, reintubatio d. u. 6 órákor (*negyedik gelatinás timsós tubus*).

Július 17-dikén, 18-dikén. Tubussal van, cart. eric. nyomásra kissé fájdalmas. Láztalan. Vizelet fehérjementes.

Július 19-dikén. Extubatio d. e. 9 órákor, reintubatio d. u. 2 órákor (*ötödik gelatinás timsós tubus*).

Július 20-dikén. Extubatio d. e. 9 órákor, reintubatio d. u. $\frac{1}{2}$ órákor (*hatodik gelatinás timsós tubus*).

Július 21-dikén. Tubussal jól van, cart. eric. csekély fájdalmasága fennáll.

Július 22-dikén. *Végleges extubatio* d. e. $\frac{1}{2}$ órákor. Tubus nélkül elég jól lélegzik.

Július 23., 24., 25., 26., 27-dikén. *Mindinkább javuló* légzés tubus nélkül, a cart. eric. tájának fájdalmassága a jelentéktelen. Hang erősen rekedt.

Július 28-dikén. *Egészen jól lélegzik*, cart. eric. nem fájdalmas, rekedtség javul.

Intubatio tartama (9 ízben) összesen 410 óra (ebből gelatinás-timsós tubussal 317 óra).

Az O'Dwyer-eljárás, mely croup-laryngisnél ma már a legtöbb helyen átment a gyógygyakorlatba, egyéb stenotikus megbetegedések kezelésénél is mindinkább tért hódít, úgy hogy,

¹ Lásd az „Intubatiós traumáról“ irt monographiamat, 43. l.

² Ezen esetről graphicont, az idő rövidsége folytán, fájdalom már nem állíthattam össze.

mig kezdetben az intubatio-eljárás, úgyszólván kizárólag, a gyermekorvosokat foglalkoztatta, addig, különösen 1890 óta, az *O'Dwyer*-eljárással a laryngológok is mind sűrűbben foglalkoznak s évről évre tágul azon működési kör, melyben az intubatio eljárás, mint gyógybeavatkozás érvényesülhet.

1897-ben Moszkvában tartott előadásomban részletesen foglalkoztam e tárggyal s kiemelttem, hogy az intubatio kiterjesztése egyéb stenotikus megbetegedésekre, így különösen az idült luetikus szűkületekre magától *O'Dwyer*-től indult ki (1885) s említettem, hogy *George M. Lefferts* 1890-ben már aránylag nagyszámú anyag alapján részletesen kifejtette az intubatio kiváló hasznát a syphilis okozta különböző természetű szűkületeknél.

Hogy ma már mily kiterjedten folynak a gyógykísérletek, mutatja *Sargnon*-nak nagy szorgalommal összeállított munkája, mely műből tájékoztatás céljából megjegyzés nélkül ide iktatom szerzőnek táblázatát, melyben összeállította a légeső-metszés és intubatio indicatióját a felső légutak különböző stenosis okozó megbetegedéseimél, az egyes bántalmak helye és természete szerint.

Sargnon táblázata.

A) Gégealatti és gégetáji folyamatok: tracheotomia; az intubatio még tanulmány tárgya.

B) Gége-megbetegedések.

1. Traumás folyamatok:

a) gégesebzés: tracheotomia asphyxia esetén; ha a külső seb kicsi s a gégeduzzanat nem genyedő, intubatio. Később a heges szűkület megelőzése s gyógyítása céljából intubatio;
b) gégetörés: az intubatio, ha kivihető, előnyösebb, mert támaszt szerez. Ha tracheotomia végeztetik, korai intubatio szükséges, heges szűkület megelőzése céljából.

2. Lobos folyamatok:

a) heveny fuladós laryngitis:

α) egyszerű: intubatio;
β) laryngitis stridulosa: intubatio;
γ) laryngitis acuta különböző okokból (köszvény, grippe): intubatio;
δ) küteges lázokat kísérő laryngitisek:
scarlatina: intubatio;
varicella: intubatio;
variola: intubatio vagy tracheotomia;
morbilli: intubatio, detubatio nehézségeknél korai tracheotomia;
laryngotyphus: cricotracheotomia; a vizenyős alaknál talán inkább intubatio;

b) vizenyő, tályog és perichondritis:

α) nem genyedő vizenyő és orbáncz: intubatio (ha a gégefedő vizenyője igen erős, kivihetetlen);
β) genyedés: tracheotomia;
γ) kétes esetek: intubatio, ha nem sikerül, tracheotomia;
δ) leukaemiás és pseudoleukaemiás vizenyő: tracheotomia;
ε) actinomyosis: tracheotomia trismus esetén, egyébként esetleg intubatio;

c) idült laryngitisek:

α) laryngitis chronica: intubatio;
β) scleroma: a tracheotomia előnyösebbnek látszik;
γ) laryngitis chronica leprosa: tracheotomia;

d) lues: intubatio minden esetben; tracheotomia, ha

α) intubatiót nem tűr a beteg,
β) ha az akadály gégealatti,
γ) mély trachealis szűkület esetén, csak az intubatio javalt; jód által okozott gégevizenyőnél, vegyes esetek: tuberculosis, vagy rákhoz társult luesnél első sorban intubatio, később tracheotomia, ha a kórisme teljesen tisztázva van;

e) tuberculosis: tracheotomia, kivéve, ha

α) a fuladási tünetek szűlés alatt jelentkeznek,
β) intubatio végezhető, továbbá görcsös steniosok esetén
γ) s műtét utáni spasmus esetén;

f) heges gégeszűkület:

α) kistokú szűkület: intubatio;
β) nagytokú szűkület: előment tracheotomia után intubatio, vagy intubatio az akadály endolaryng. átmetés után;
γ) tracheotomia utáni szűkület: intubatio;
δ) intubatio utáni szűkület: tracheotomia s ezután prolongált intubatio;
ε) tracheotomia előtti vagy utáni diaphragma: a diaphragm. endolaryng. átmetés után intubatio.

3. Ideges megbetegedések:

α) spasmus: intubatio, kivéve, ha az előidéző ok aneurysma, vagy tumor;
β) paralysis: intubatio, ha a paralysis könnyen gyógyítható.

4. Gégedaganatok:

α) jóindulatú daganatok: nem intubálni;

β) rossz indulatú daganatok: intubatio csak a kétes esetekben, a specifikus kúra tartamán.

C) Tracheális folyamatok.

1. Belső folyamatok:

a) traumás folyamatok:

α) sebzés és sérülés: tracheotomia;
β) idegen test: tracheotomia, intubatio csak kivételesen, ha az idegen test igen kicsiny;

b) lobos megbetegedések: a trachea felső részének megbetegedésénél a javatok ugyanazok, mint a gégenél;

c) ideges megbetegedések: intubatio, esetleg tracheotomia;

d) daganat: tracheotomia.

2. Külső folyamatok nyomás által: intubatio ellenjavalt.

Nem kívánom *Sargnon* fenti táblázatát behatóbban és kritikailag tárgyalni, csak felemlitem, hogy a diphtherián kívül eddig különösen a luetikus szűkületeknél, a nem luetikus heges stricturáknál, laryngitis sugglottica hypertrophicánál s decanulement nehézségeknél érvényesült az *O'Dwyer*-eljárás kiválólag, s hogy különösen a syphilis-ozokta szűkületek kezelésénél egyéb eddig alkalmazásba vett eljárásoknak az intubatio komoly vetélytársa lett.

Az *O'Dwyer*-eljárásnak alkalmazhatóságát a luetikus stricturánál *O'Dwyer* és *Lefferts*-en kívül *Simpson*, *Valdo*, *Cheatham*, *John O'Roe*, *Massei*, *Rosenberg*, *Bonain*, *Gautier*, *Arnold*, *Garel*, *Pétruzzi*, *Sargnon* s az én eszközeim mutatják. A nem luetikus heges stricturáknak intubatióval való kezelését, *O'Dwyer*-en kívül, *Dillon Brown*, *Metzeroff*, *Cholmeley*, *Ranke*, *Rosenberg*, *Schmiegeloff*, *Guyer*, *Hartwig*, *Chiari* világotították meg s laryngitis subglottica chron. hypertrophicánál az intubatio alkalmazását *Ranke*, *Massei*, *Egidi*, *Chiari*, *Rosenberg* s *Baumgarten* ajánlották.

Hogy decanulement nehézségeknél az intubatio gyakorlati jelentősége nem eléggé méltányolható, ezt a közlések egész sorozata bizonyítja (*Anderson*, *Chiari*, *Cholmeley*, *Ferroud*, *Gampert*, *Graser*, *Guyer*, *Illberg*, *Massei*, *O'Dwyer*, *Pitts* és *Brook*, *Rosenberg*, *Schmiegelow*, *Bókay*, *Waxham*). Mint érdekes adatot felemlitem, hogy *Pitts* és *Brook* secundaer intubatióval három, illetőleg öt évig hordott canule-t szabadithatták meg kiskorú betegeiket, én pedig egy esetben, kilencz éves leánykánál, hat éven át hordott canule-t távolithattam el végleg *O'Dwyer* eljárásával.

Mindezek után csak röviden, mondhatnám általánosan óhajtok megemlékezni arról, hogy az *O'Dwyer*-féle eljárás mennyire érvényesült a felnőtt-praxisban. Nem hivatkozhatom itt saját tapasztalataimra, mindaz, mit az alábbiakban közleni bátor leszek irodalmi adat, mely jó részben feltalálható *Sargnon* jól összeállított munkájában. (*Tubage et Tracheotomie en dehors du croup chez l'enfant et chez l'adulte*. Lyon, 1900.)

O'Dwyer, a modern intubatio megalapítója úgyszólván kezdettől fogva bevezette eljárását a felnőtt-gyakorlatba. 1885-ben ugyanis már megszerkesztette felnőttek számára szolgáló bronz- és kaucsuktubusait s első felnőtt beteget, kit intubatióval kezelt, egy 40 éves tertiaer luesben szenvedő nő volt, kit tizenöt havi következetes kezelés után sikerült súlyos stenosisától teljesen és végkép megszabadítani.¹ S hogy *O'Dwyer* ezen eset közlése kapcsán az intubatio a felnőtt-praxisban mindinkább hódított, különösen az idült s főleg a luetikus eredetű gégeszűkületek kezelésénél, az *Lefferts*, *Simpson*, *Pitts* és *Brook*, *Casselberry*, *Massei*, *Sargnon*, *Rosenberg*, *Chiari* stb. közléséből eléggé kitűnik.

Nem óhajtok itt azon kérdéssel foglalkozni, hogy felnőtteknél hol lép jogaiba az intubatio s hol bír fölényvel a légeső-metszés felett, tájékoztató megjegyzéseim kizárólag az instrumentariumra s a technikára vonatkoznak, melyek a felnőttek gyakorlatában, kétségtelenül a kisebb anyag folytán, korán sincsenek még oly magas fokig fejlesztve, mint a gyermekgyakorlatban.

A felnőtt beteg, eltekintve bizonyos szűkület-esetektől, a számára szolgáló bronz-, illetőleg kaucsuktubussal lesz intubálva, mely tubusokból néhány nagyságú kell, hogy rendelkezésre álljon, tekintettel a felnőttek gégejének különböző tágassági

¹ New-Yorker medic. Journal. 1888.

viszonyaira. (A *Lefferts-O'Dwyer*-féle etuiben hat különböző nagyságú kaucuk- és háromféle bronz-tubus foglaltatik.) Érdekes, hogy míg a gyermekgyakorlatban az úgynevezett ebonit-tubusok csak alig két-három éve, hogy alkalmazásba jöttek, addig kaucuktubusok használatát felnőtteknél *Lefferts* és *Massei*, valamint *O'Dwyer* kezdettől fogva ajánlották.

Szem előtt tartva azon körülményt, hogy a gége fekvése felnőtteknél mélyebbfekvésű s így a tapintó ujjal nehezebben elérhető (a női larynx *Sargnon* vizsgálatai szerint kevésbé mélyen fekszik, mint a férfi gégeje), a szakorvosok egy-némelyike a tubus bevezetését rendszeresen gégetükör segítségével végezi. Így, a laryngoscop támogatásával végzendő intubációnak különös szószólói *Lefferts*, *Massei*, *Simpson*, *Casselberry*, míg *O'Dwyer* csak kivételes esetekben tartja czélszerűnek a tükkör segítségével történő tubusbevezetést. Hogy a tubusnak tükkörrel történő bevezetése, nem nyugodt légzés mellett egyáltalán nem oly egyszerű, mint az ujjvezetés melletti intubatio, feltéve, hogy ujjunk hegyével az epiglottist rögzíteni bírjuk, az kétségtelen, különösen azt vélem, hogy a tubus letolása a leszáradítás után, midőn a tükkör sietős eltávolítása után ujjunkkal sietve kell, hogy a garatürbe hatoljunk, hogy a letolást mihamarább eszközöljük, a műtétnek legkényesebb s nagy dexteritást igénylő része. Hogy ennek dacára olykor reászorulunk arra, hogy tükkör segítségével végezzük az *O'Dwyer*-eljárást, az eléggé kiténik az irodalmi adatokból s anatómikus körülményekben leli magyarázatát, valamint bonczani viszonyok okozzák, hogy az intubatio felnőtteknél általában nehezebben keresztül vihető, mint gyermekeknél. Míg az észlelők mindannyian ülő helyzetben végezik a tubusbevezetést, addig *Casselberry*, erősen elgyengült betegeknek, a beteget fekvő helyzetbe hozva, intubál, tehát azon eljárást gyakorolja, melyet a gyermekgyakorlatban néhány év előtt *Curstens* Lipcsében hozott volt ajánlatba.

Megnehezíti különben felnőttél a tubusbevitelt s tubus-bentartást a larynx nagyobb intoleranciája idegen test iránt, innen *Casselberry* azon ajánlata, hogy a gége előzetesen cocainoztassék, illetőleg morphin, (*Sargnon*) alkalmaztassék az intubatio után, a kellemetlen kinzó köhögési inger leküzdhetése czéljából.

A gége mélyebb elhelyeződésében lelik magyarázatukat, végül azon nehézségek, melyek az intubált felnőtt táplálásánál állanak elő s melyek sokszor oly fokig emelkedhetnek, hogy oesophagus-cső, illetőleg tápcsőrék alkalmazása válik szükségessé vagy pedig, ha a bántalom minősége megengedi, a táplálás könnyítése czéljából rendszeresen intermittáló tubagot végezzünk, a tartós intubatio helyett. Megjegyezzük, hogy a *Casselberry*-féle táplálás, a táplálék beöntése a szájba, sülyesztett fej mellett, mely táplálási mód a gyermekgyakorlatban eléggé bevált, a felnőtt-gyakorlatban is eredménynyel használható.

Uraim!

A „*Gesellschaft für Kinderheilkunde*“ eddig hat ízben foglalkozott behatóan az intubatio kérdésével, és pedig: *Heidelberg*-ben (1890), *Halle*-ben (1891), *Nürnberg*-ben (1893), *Bécs*-ben (1894), *Lübeck*-ben (1895) s utoljára *München*-ben (1889). Hogy most, ezen összejevetel alkalmára igénytelen személyemet bizta meg az intubatio mai állásának referálásával s ezzel alkalmat nyújtott nekem arra, hogy egyes vitás kérdésekben nézetemet ily illustris körben kifejthessem, fogadja a szaktestület leghálásabb köszönetemet.

Közlemény az Irgalmas-rend budapesti kórházából.

Adat az erythema nodosum contagiositáshoz.

Közli *Heim Pál* dr., kórházi főorvos.

Az erythema nodosum azon megbetegedésekhez tartozik, a melyeknek aetiologiája homályos, s melynek gyűjtőneve alatt több különféle kórkép van összefoglalva. Innen magyarázható azon tény, hogy oly eltérők az egyes szerzők véleménye e betegségről. *Besnier* nem tartja különálló betegségnak az erythema nodosumot,

hanem az organismus egy bizonyos fajtájú reactiójának a legkülönféle káros (toxicus, infectiosus) hatásokkal szemben, a melyet az individualitás határoz meg. A káros hatást az különböző, hanem az út, a mód, a melyen a pathogen hatást kifejti, az egységes, t. i. neurovascularis. *Debrenich*, *Hallopeau*, *Paulow* s még többen csatlakoztak e nézethez. Más szerzők *Hebra*-t követve, e betegségnak önállóságát vitatják. De ezeknél is két eltérő nézettel találkozunk még. Az egyik rész, mint *Kaposi*, *Joseph*, *M. Behrend*, *Baginsky* azt véli, hogy az erythema nodosum az erythema exsudativum multiforme-nak egy válfaja, a különbség csak fokozati, de a lényeg ugyanaz, addig a másik rész, mint *Hardy*, *Comby*, *Moussous* stb. teljesen különálló megbetegedésnek vélik.

Nem tagadható, hogy az erythema nodosumhoz hasonló bőrefflorescentia képződhetik a legkülönféle toxicus infectióknál. De ezen, mint *Jadassohn* nevezi, secundair erythema nodosumok nem tévesztendőek össze a primaer idiopathicussal. Hisz az erythema nodosum általános megbetegedés, a melynek nemcsak a bőrefflorescentia a tünete, hanem ép úgy hozzátartoznak a prodromalis szakban észlelhető gastricus tünetek, levertség, fejfájás, láz, a kütég typicus localisatiója. A secundair erythemáknál csak a csomók vannak meg, de már ezeknek typicus localisatiója hiányzik, ép így az általános tünetek is. Ugy vagyunk e megbetegedéssel, mint a többi fertőző kiütéses bántalommal. A morbilli diagnózisát pl. nem a kütég egyedül adja meg, hisz itt van a morbilliszerű kütég számos válfaja, de azért senki sem állíthatja, hogy a morbilli nem egységes, önálló megbetegedés, pedig kór- okozója szintén ismeretlen. Ezen secundaer erythemák, a melyek typhus, malaria, influenza, polyarthrit, sepsis stb. folyamán lépnek fel, gyakran kombinálódhatnak az erythema exsudativum multiforme-hez hasonló efflorescentiával és ez lesz az oka, hogy sokan a két bántalmat azonosnak mondják. A valódi, idiopathicus erythema nodosumnál, mint *Moussous* mondja, sohasem találunk a csomókon kívül egyebet mint papulákat. E papulák és csomók között a különbség azonban csak fokozati, a figyelmes vizsgáló mindig meg fogja találni közöttük az átmenetet. De vesiculák, bullák, a melyek pedig az erythema exsudativum multiforme bőrefflorescentiájának lényeges alkotó részét képezik, idiopathicus erythema nodosumnál sohasem találhatók. E két megbetegedés különálló, egységes bántalom, a melyhez hasonló bőrefflorescentia azonban más bántalmak során is előfordul.

További bizonyítékát képezi a bántalom önállóságának annak contagiositása. Az utóbbi időben mindinkább több és több tapasztalat szól e tény mellett. Így *Appert* 1890-ben 11 tagú családnál, a hol 9 gyermek volt, 7 gyermeknél észlelt egymásután fellépő erythema nodosumot. *Para* 1892-ben közöl egy esetet, a hol egy pensionatusból hazahoznak egy leánygyermeket, ki erythema nodosumban szenvedett, e beteg leány fertőzi testvérét. *Moussous* osztályán 1899-ben és 1901-ben az erythema nodosumban szenvedő beteg fertőzi a szomszéd ágyban fekvő beteget. Nekem is volt alkalmam az idén észlelni hasonló esetet.

H. Ferencz, 6 éves, 1901. június 15-dikén mutatott be az Irgalmas-kórház gyermekgyógyászati ambulanciáján. Allítólag három nap óta beteg. Eleinte rosszulérte panaszkodott, feje fájt, étvágytalan volt, alsó végtagjai fájdalmasak, lázas. Hőmérséke 38.3. Mindkét tibia elülső belső felületén 2-3 typicus csomó. Az izületek nem fájdalmasak, nem is duzzadtak. Anyja a beteget hazavitte. Június 18-dikán hazajött a beteg 3 éves leánytestvére, ki a vidéken tartózkodott pertussisa miatt. Az anya e gyermeket betegünkkel egy ágyba fektette. E gyermek június 26-dikán, tehát 8 nap mulva hazaérkezése után, szintén étvágytalanságról, fokozott szomjóról, fáradtságról panaszlik. Hőmérséke ekkor 37.9. A bevont nyelven kívül nála ekkor objective semmi sem mutatható ki. Június 28-dikán, tehát hazaérkezése után 10 nappal, az alszáron typicus erythema nodosum. Az izületek e betegnél fájdalmasak voltak, de duzzanat itt sem volt kimutatható. A lefolyás mindkét betegnél teljesen normalis volt. Az első esetben a folyamat az alszárra maradt localizálva, a második esetben azonban a czombokon is volt két csomó.

A mint látjuk, ez esetben is joggal felvehetjük az erythema nodosum contagiositását. A beteg a 10-dik, illetőleg, ha, a mint szükséges is, a prodromalis szakot is számítjuk, a 8-dik napon kapta meg a betegségét. Igaz, hogy azt nem tudhatjuk, hogy betegünk melyik napon lett fertőzve, de érdekes, hogy *Appert* esetében a 9-dik, *Moussous* esetében a 10-dik napon lépett fel az új megbetegedés s ezek szerint az incubatio szaka 8-10 napra

volna tehető, vagy ha ez a szám nem is a helyes, minden esetben mint *Moussous* mondja, e számnál nem nagyobb. A contagiositás csekély, hisz az ily esetek ritkák. *Comby* pl. bár elfogadja az erythema nodosum contagiositását, dacára óriási forgalmú osztályának, még sohasem tapasztalta, hogy a kórházi beteg fertőzte volna a szomszédját. Valószínűleg még más valamiféle segítő momentumra van szükség, a melyet a későbbi vizsgálatok és észleletek vannak hivatva kideríteni. Az eddigi tapasztalatok is nyújtának némi felvilágosítást. Így azt tapasztalták, hogy tuberculotikus szülőkötől származó satnya gyermekeknél gyakrabban lép fel erythema nodosum. Viszont az erythema nodosum után tuberculotikus bántalmak lépnek fel, nevezetesen aránylag elég gyakran fejlődik utána meningitis basilaris tuberculosa. *Oehme* külön is választja az erythema nodosumnak tuberculotikus egyénekkel felépő alakját, bár e különválasztásnak semmiféle alapja nincs. Mint *Jadassohn* mondja, az a tulajdonsága, hogy mintegy felkorbácsolja a latens tuberculosist, nem lehet elég ok a különválasztásra, mert ezt más bántalmaknál is, mint pl. a morbilli, pertussisnál is tapasztaljuk. Némelyek a meghűlést tartják praedisponáló momentumnak. Annyi tény, hogy tavasszal több a megbetegedés mint máskor (*Hebra, Kaposi, Joseph, Jadassohn* stb.). Érdekes e szempontból *Schulthess* munkája, ki statistikailag állította össze az erythema nodosum-eseteket és azt találta, hogy Zürichben 1880—1891-ig az erythema nodosum görbéje lényegesen eltért a polyarthriti rheumatica görbéjétől és leginkább a scarlatináéval egyezett meg. Az erythema exsudativum multiform görbéje szintén nem egyezik meg vele. *Schulthess* szerint a levegő és a lakás nedvességének van szerepe e bántalom fejlődésében. E tekintetben azonban igen eltérők a nézetek, de könnyen beláthatjuk, hogy tiszta képet csak akkor fogunk kaphatni, ha egyrészt szigorúan elválasztjuk a secundaer eseteket az idiopathicusoktól, másrészt, ha a bakteriologiai vizsgálatok eredményre vezetnek. Eddig is végeztek ugyan ilyen vizsgálatok, de ezek egyrészt negatívak voltak, másrészt nem elég megbízhatók, illetőleg meggyőzőek.

Közlemény a Stefánia-gyermekkorház Röntgenlaboratoriumából.

Deutsch Ernő és Faludi Géza dr.-októl.

1. Felkőhögött s lenyelt *O'Dwyer-tubus* a béltractusban.
2. *Calculus urethralis*. 13 éves fiú. A penisben látható sötét folt, a datolyamagalakú húgykövek felel meg.¹
3. *Echinococcus pleurae dextrae*. Jobb pleuraír punctiója által nyert folyadékban echinococcus horgok voltak találhatóak. A jobb thorax-fél feletti tompulatnak megfelel a Röntgen-képen látható árnyék.

IRODALOM-SZEMLÉ.

I. Congressus.

A IV-dik olasz gyermekgyógyászati congressus.

Ismerteti *Deutsch Ernő* dr.

Még a múlt évtizedben is Európa szerte azon nézet uralkodott, hogy az olasz orvosok kiképzése hiányos, hogy az olasz kartásak tudományos színvonala alacsonyabb a többi európai országok orvosaihoz képest. *Bacelli, Bassini, Mya, Fede, Concetti* stb. az orvosi világirodalomban elismert munkálkodásuk által e véleményt teljesen átalakították; ma az olasz orvosi tudomány számot tevő factorrá küzdötte fel magát. Hazánk orvosi közönsége az utolsó, székes fővárosunkban tar-

¹ A kö 4:2 cm. hosszú; legszélesebb átmérője 1:4 cm. Elülső vastagabb részében — tehát excentricusan — egy babnyi hosszúságú *urát-mag* fekszik, mely körül szénsavas és phosphorsavas mész és magnesiából álló, rétegzett burok csoportosul. Tekintve az urát-mag alakját, nagyságát, excentricus fekvését és a külső rétegek appositionális voltát: az urát-magot hólyag, illetőleg vesebeli eredésűnek kell tartanunk, secundaer beékelődéssel és appositionális továbbnövekedéssel a húgycsőben. Az eltávolítás (*Winternitz* dr.) uretrotomia ext.-val történt. A húgycső sebe parauretralis eltávolítható sodronyvarrattal egyesített. Zavartalan gyógyulás.

tott nemzetközi gyermekvédő congressus alkalmával, *Concetti* tanárban egy ernyedetlen szorgalmú kiváló olasz tudóst ismert meg, ki úgy a szakmája kiművelésében, mint tanításában ritka lelkesedést tanusít.

A folyó év október havában Flórencz városában ülésező „IV. congresso pediatrico” i-mét újabb bizonyítékot nyújtott arra nézve, hogy az olasz orvosi közönség úgy a tudomány, mint a humanismus terén megállja a helyét. Maga Flórencz mintegy praedestinált egy gyermekgyógyászati congressus megtartására; a tanszék képviselője, *Mya*, tudományos központot alkotott az olasz gyermekorvosok számára s az intézetek ezen törekvését lehetővé is tették, állván a kiképzését kereső gyermekorvos rendelkezésére a legmodernebb igényeknek megfelelő „*Ospedale degli bambini Meyer*” és a „*Spedale degli innocenti*”, *Brunellesco* palotaszertű leleczháza, *Andrea della Robbia* és *Domenico Ghirlandajo* műremekeivel s a modern puritán építkezési *Meyer*-gyermekkorház, a hygiene minden követelményének megfelelő berendezéseivel.

Következőkben a congressus előadásai legjavának vázlatos ismertetése által átnézetes képet kívánok nyújtani a congressus lefolyásáról.

A gyermekhygiene körébe vágó értekezések közül kiemelendő *Benevento* két előadása; az egyikben kívánatosnak tartja, hogy az állam népszerű modorban tartott hygienicus tanácsadót a legszélesebb körökben terjesztszen és hogy a gyermekhygiene a leányiskolák tantervébe felvétsék. A másik felolvasásában tengerparti sanatoriumok felállítását fokozott mértékben tartja szükségesnek a gyermekkorú gümőkór halálozási százaléklának csökkentésére. *Cacace* beható bacteriologicus vizsgálatnak vetette alá a capuai elemi iskola porát; vizsgálati eredménye egy ijesztően buja bacteriumflora volt, minek alapján a padozat alapos s gyakori tisztogatását feltétlenül szükségesnek találja. *Pestalozza* az iskolákban kötelező antidiphtheriticus oltás behozatalát követeli epidemiák alkalmával.

A fertőző bántalmakkal foglalkozó előadások közül felemlítést érdemel *Giarré* dolgozata a morbilli bacteriologiájáról; a környező bacteriumot a nyálkahártyák váladékában keresi, de máig végleges eredményre nem jutott. *Porcelli* a rubeola s morbilli kórkepeinek egymástól való éles elhatárolását tárgyalja. *Caccia* s *Luigi* 1000 eset kapcsán antagonizmust találtak a garat és gége diphtheriás folyamatai súlyos volta közt; súlyos diphtheritis faucium ritkán jár karöltve komoly természetű álhártás gégelellyel és vice versa. *Luisada* korai és késői diphtheriás hűdésekről emlékezik meg, utóbbiaknál szerinte az agy, gerinczagy s környi idegeken kívül a nyult-agy, agycs, s agyi idegek vannak megtámadva. Diphtheritis faucium reconvalescentiájában észlelt egy pseudobulbaer paralysis esetet *Concetti*. *Mensi* a csecsemők orrdiphtheriájáról tartott előadást. *Pestalozza* egy pseudodiphtheriás iskola-epidemiáról számol be. Súlyos diphtheriás intoxicációknál hypodermoclysis szép eredménnyel alkalmazott *Caccia*. *G. latti* utal azon esetekre, melyeknél a tracheotomia canule külső része a belsőről leválva, utóbbi a tracheába esik s ott komoly veszedelem okozója lehet. Intubatio s tracheotomia után fellépő heges szűkületekről számol be *Comba*. Ugyane szerző fertőző bántalmakban elhalt gyermekek nyálkamirigyait vizsgálta s majdnem minden esetben a hámon degeneratív folyamatokat észlelt. *Comba* harmadik előadásának tárgya diphtheritis faucium két esete után fellépő amyloid degeneratio, mely lelet alapján lehetségesnek tartja, hogy acut megbetegedések után is felléphet a degeneratio e fajta.

A csecsemő táplálása és e kor gyomor-bél-megbetegedéseire vonatkozó kérdések élénk megbeszélés tárgyát képezték. *Gagnani* a csecsemő-táplálás s a halálozás közti viszonyt tárgyalja; eredményei az általános ismert adatokkal megegyezők. *Nasi* az asepticusan felfogott friss tehéntej nyújtását előnyösebbnek tartja, mint a sterilizált tejet. Az emberi s állati tej caseinje kísérletileg egyenlően viselkedik a gyomor s pancreás emésztésével szemben, mi *Rotandi* nézete szerint e caseinfajok analog volta mellett szól. *Luzzatti* a női tejben egy saeccharificáló fermentumot mutatott ki, mely állati tejben nem található. *Jemma* az ú. n. „latte maternizzato”-val táplált gyermekeknél gyakran észlelt *Barlow*-kört, ezért a mesterséges táplálás e módszerét gyakorlatban sohasem alkalmazza. Általános érdeklődés tárgyát képezte *Fede* előadása a *Parrot*-féle atrepsiáról; a német és francia gyermekgyógyászok adataihoz saját tapasztalatainak gazdag tárházából merített észleleteit fűzve, ezek alapján az atrepsiát intestinalis intoxication alapulónak tartja. Ugyane megbetegedésről értekezett *Alessandrello* is; a bélfal vékonyodását, a vér alkalicitásának csökkenését s a máj toxicitása fokozódását észlelte. Beható tanulmány gyümölcse *Concetti* értekezése a gastrointestinalis infectiókról, ezek vagy az intestinalis bacteriumflora túlburjánozása, vagy bevándorolt bacteriumok által okozottnak; az ezirányú gyógyszer-therapiára hívja fel az orvosi közönség figyelmét. *Cozzolino* szerint a bacterium coli commune jobban tenyészik az állati, mint a női tejben; ez volna az oka annak, hogy a mesterségesen táplált gyermekek gyakrabban lesznek coli infectio áldozatai, mint a női tejjel tápláltak. *Fede* kísérletei oda concludálnak, hogy a caseinemésztésre a tejsav nagyobb mértékben képes, mint a sósav. *Durante* szerint enteritiseknél az intestinalis bacteriumflora s a faecalis toxicitás közt nincsen egyenes arány. Ugyane szerző állatok hashártyáját tuberculotícussá tette egyrészt, másrészt argentum nitricum-oldat befecskendezése által provocált hashártyagyuladást, a létrejött ascites folyadékban gümőkórú infectionál sok lymphocitát lelt, a másik kísérleti sorozatnál polynuclearis neutrophil lymphocitákat talált. A *Schmidt*-féle bilirubinreactio csupán pathologicus székletétlen mutatható ki *Gallo* szerint. A súlyos bélmegbetegedéseknél jelentkező urobilinuriánál a máj zsiros degenerációját találta *Fede*. *Benevento* a gyomor-bélbántalmak kezelésében kiváló szerepet juttat a vizdiaetának. A máj helyzetének változását összefüggésben a gyomor-

bérendszer teltségi állapotával tanulmányozta *Villa, Jovanne* állatkisérletei azt mutatják, hogy fiatal állatok mája nagy alkoholadagokra is csak kivételesen reagál cirrhosis jelentkezésével. A férgek osztályozásával foglalkozik *Galvagnano* előadása. *Fede* és *Guida* a „*produzione sottolinguale*” aetiologiájához szolgáltatnak újabb adatokat; *Fede* az alsó incisívusokat szerepelteti, *Guida* a rosszul fejlett emlőbimbókat.

A vérkeringési rendszer megbetegedéseivel *Sotti, Caccia* és *Muggia* foglalkoztak. *Sotti* a reconvalescentiában jelentkező pulsus-arrhythmiáról, *Muggia* a gyermekkori pericarditisekről értekezve, kiemeli, hogy endocarditis s pleuro-pulmonalis elváltozások gyakran szerepelnek mint a pericarditis szövődményei, míg a myocarditissal való complicatio kivételes; mint kóroki mozzanat leginkább a rheumatismus szerepel. *Caccia* négy aorta insufficienciát észlelt s ezek alapján nem tartja e bántalmat oly ritkának, mint a hogy az a tankönyvek átlagában fel van tüntetve.

Fede, Guida és *Cima* exact haematologicus vizsgálatai a német iskola eredményeivel megegyező adatokat derítettek fel. *Cima* több betegség, de különösen a pertussis lefolyása alatt észlelt bizonyos párhuzamot a fehér vérszövet és a húgysav felszaporodása közt. *Durante* „in vitro” végezett kísérletei alapján a bacterium coli commune haematolyticus tulajdonságairól értekeznek. *Cozzolino* az anaemia pseudo-leucaemia infantum casuisticáját gazdagította egy jól megészlelt esettel. *Fede* a lueticus gyermekek congenitalis vérelváltozásai fontosságát hangsúlyozza.

A légző szervek bántalmainak megvitátását *Mya* tanulmánya — a tüdő septicus megbetegedéseiről — nyitotta meg; bacteriologicus szempontból foglalkozik e tárgygyal s kiter az ez irányban tett serotherapeuticus kísérletekre is. *Villa* észleletei oda irányulnak, hogy kis gyermekeknél a tüdőcsúcs felett hallható apró zörejek, hosszú hátonfekvés által is lehetnek eredményezve, tehát nem mindig kórosak. *Massalengo* a pseudoappendicitis pneumoniae hívja fel az orvosi közönség figyelmét, gyakran találunk coecalis fájdalmasságot pneumonia lelegején; gondoljunk mindig ez eshetőségre s ne végeztessünk felületes vizsgálat alapján műtétet. *Galleschi* az adenoid vegetatiók irodalmát dolgozta fel összefoglalóan.

Az idegrendszer megbetegedéseivel következő előadók foglalkoztak: *Jemma, Sydenham* - choreánál methodicus lumbalunctio végzését ajánlja. *Salaghi* egy hereditarius alapon fejlődött Dupuytren-féle contracturáról értekeznek. *Sergente* meningitis cerebros spinalis eseteinél a liquor cerebros spinalis, orr- és fülváladékát vizsgálta bacteriologicus; a talált diplococcusok analogok a diplococcus pneumoniae. *Orefici* a szájon át nyújtott jodot képes volt a lumbalunctio által nyert folyadékban kimutatni, bromot ellenben nem. *Mya* meningealis infectiók két új fajáról emlékezik meg, az egyiknél a liquor cerebros spinalis s a macroscopicus kórbonezi lelet negatív, csupán a göröcsövi vizsgálat mutat bacteriumokat a pia mater capillarisaiban, a másik válfajnál a liquor cerebros spinalis vizsgálata eredményes, de az agy és gerinczagy macro- s microscopicus vizsgálata eredménytelen. *Modena* a szellemileg visszamaradtak német mintára való iskoláztatása mellett foglal álláspontot.

*Balneo, hydro- és climatotherapy*ről érdekes összefoglaló előadást tartott *Curti, Muggia, Baginsky* álláspontján áll, elveti a vegyi antipyresist s a hydrotherapeuticus eljárásokat részesíti előnyben. *Fede* tagadja a renaden therapeuticus értékét. *Lalli* a gümőkór kakodyl-therapiája mellett foglal álláspontot.

A gümőkór életbevágó kérdésével *Hajek* és *Cozzolino* foglalkoztak; előbbi monstre-statistikával szolgál, utóbbi a gümőkór placentalis átvihetőségének lehetőségét kísérleti alapon tagadja.

Pacchioni az angolkór biochemiájáról, *Muggia* e bántalom radiogramjairól tartott előadást.

A gyermekélesztetnek esékely szerepe jutott a congressuson. *Ligorio* a coecumot tartalmazó herniákról, *Celli* az ignipunctura előnyeiről, *Somma* az ichthioform-kezelésről, *Codivilla* a hűdések orthopaedicus ellátásáról, *Somma* a ligamentum coraco-claviculare túlhosszú voltával szövődött scapula túlmozgékonyágáról értekezett.

Annak bizonyítékául, hogy a gyermekgyógyászatnak mily fontosságát tulajdonítanak Olaszországban, következő táblázatban az olasz gyermekgyógyászati klinikákat állítottam össze:

Padua	Lucatello tanár	40 ágy
Bologna	Cervesato "	50 "
Flórensz	Mya "	50 " és fertőző osztály
Róma	Concetti "	20 " " " "
Nápoly	Fede "	30 " " " "
Genua	Jemma docens	cursusokat tart
Turin	Muggia "	" "
Turin	Mensi "	" "
Turin	Laura "	" "
Parma	Cattaneo "	" "
Palermo	Canini "	" "

II. Könyvismertetés.

Louis Fischer. Infant-Feeding. Philadelphia 1901.

Szerző 10 éves klinikus tapasztalatára támaszkodva, 360 oldalas kötetben írja meg az egészséges s beteg gyermek táplálásának szabályait, melyet úgy a gyakorló orvosnak, mint orvostanhallgatóknak szán. Természetszerűleg a csecsemőkorról foglalkozik legbővebben, s habár a női tejet az összes mesterséges tejkészítmények fölé helyezi, kényszerűségből behatóbban tárgyalja a mesterséges táplálás módjait. Az Egyesült-Államokban ugyanis kevés csecsemőt szoptat az anya; dajkáknak pedig, dacára annak, hogy havi béruk a teljes ellátáson kívül 20—30

dollárt (96—144 koronát) tesz ki havonta, New-Yorkban nagy hiány van s ezért gazdasági s kényelmi szempontból ott általában a gyárilag előállított tejkészítmények vannak használatban. Ebben találjuk magyarázatát annak, hogy ott rachitisen kívül oly gyakran fordul elő Barlow-kór, melyet nálunk, dacára annak, hogy évek óta figyelemmel vagyunk e megbetegedésre, egyszer sem volt alkalmunk látni.

A monographia bevezető része a csecsemő gyomrának boncztanával s élettanával foglalkozik s rámutat azon különbségekre, melyek a felnőtt kórral való összehasonlításnál találhatók. Igen érdekes azon fényképcollectio, mely az újszülött s csecsemő gyomrának kapacitását szemlélteti különböző korban. A szükségelt táplálék mennyiségének meghatározására *Snitkin* szentpétervári észleleteit fogadja el döntőnek, melyek szerint a gyomor kapacitásának növekedése nem a csecsemő korával, hanem testsúlyával tart lépést. Ennek megfelelőleg az újszülött szükségelt táplálék adagját megkapjuk, ha kezdeti súlyának (3000—4000 gm.) egy század részéhez hozzáadjuk a napi súlygyarapodást. A tehéntejjel való táplálásról szólva, megemlékezik *Biedert* kísérleteiről, ki *Escherich* s *Epstein* ajánlata szerint újszülötteket hígítatlan tejjel táplált, miként azt Franciaországban *Budin* és *Rothschild* teszik, míg *Marfan* a negyedik hónap után ad hígítatlan tehéntejet. Habár *Biedert* a táplálás ezen módjától néha jó eredményeket látott, nem ajánlja ezt általánosan. Szerző is hígítva adja a tehéntejet, viz helyett azonban többnyire árpaliszit- vagy zabliszt-forrázatot használ. *Vasilieff* kísérleteire támaszkodva kimutatta, hogy egészséges felnőtt egyének nyers forralatlan tehéntejet jobban s teljesebben emésztettek meg, mint forralt tejet. Szerző szószója a nyers, nem forralt tehéntejnek, melyet megbízható, tiszta istállóból szerez be s nem tulajdonít jelentőséget az abban található ártalmatlan bacterium-flórának. Hiszen a pasteurizált vagy sterilizált tej sem marad steril a bélhuzam dús bacteriumtartalma mellett. Nyers tej adása mellett, melyet szükség szerint hígít, nem lép fel constipatio a csecsemőknél s nem fejlődik Barlow-kór. Rachitissnél s scorbutnál elhagyta az addig használt sterilizált tejet vagy tejkészítményt s nyers tejtől jó eredményeket látott. Felemlíti *Fraudenreich* kísérleteit, melyek szerint friss tehéntej jelentékeny bacteriumölő tulajdonsággal bír, cholera-bacillusok 1 óra alatt, typhus-bacillusok 24 óra alatt, más csirok pedig különböző időtartam alatt pusztultak el. Forralásnál a tej 55° C.-nál elveszi ezen bactericid tulajdonságát, épen úgy mint a 4—5 tejes napos. Forralatlan tejen kívül nagy barátja a nyers húslének s gyümölcsnedveknek angolknál s scorbutos bántalmaknál. A nyers tejet csak a testhőfokra melegíti fel használat előtt. Párhuzamot von *Richt* és *Héricourt* nyers hús-ételesi kísérleteivel tuberculosissal beoltott kutyáknál. Forralásnál a tej vitalis változáson megy át, a mennyiben szeretlen alakelemei (vas, phosphor stb.) elválasztatnak a globulin vagy proteid molekuláktól s felszívódásra, assimilációra alkalmatlannak válnak. Szerző szerint a tuberculinreactio teheneknél nem feltétlenül megbízható s erre hivatalosan elismert példát hoz fel. Kivételesnek tartja a nyelési úton származó gümőkóros fertőzést.

Bőven foglalkozik a tej conserválására használt szerekkel s vegyi kimutatásukkal. A hígított tej édesítésére a nádcukornak ad előnyt a tejezükor felett. Rachitikus constipatióknál pedig glycerint ajánl édesítéshez, palackonként 1/2—1 kávéskanálnyi mennyiségben. Kólikánál, zöld savanyúságú székleteknél a cukorral való édesített directe károsnak tartja. Bővebben foglalkozik a *Gärtner*-tejjel, a laboratoriumokban előállított s recept szerint készített módosított tejjel (a mi New-Yorkban különösen el van terjedve) s csecsemő tápszerekkel. Ismerteti a gavaget, az orron s végbélen át történő táplálást s az angolknak s atrophianak szánt fejezeteken kívül igen jól használható diäetikus részt mellékel, melyben a csecsemő táplálására szolgáló tápszerek elkészítési módját írja le.

A monographia bőven citálja s méltatja a szakbavágó irodalmat, sok érdekes s tanulságos adatot nyújt, miért is az érdeklődőknek melegen ajánlható.

Loránd Leó dr.

III. Lapszemle.

L. Morquio montevidoei tanár 11 éves fiúnál májtályogot észlelt. Bármily ritka is a kórkép a gyermekkorban, aránylag a legtöbb esetben a hasfalakat ért trauma ment előre; így a jelen esetben is. Tengerben fürdés közben 3—4 m. magasságból „hasast” ugrott, mire azonnal élénk fájdalmat érzett a mája tájékán. 4—5 nap mulva esti lázak jelentkeztek, majd álmatlanság, rázó hideg, nyugtalanság lépett fel. Bemutatásakor görbülten jár, hogy hasát mintegy megóvja; a jobb lapoczka táján fájdalmat érez. A máj tájéka elődomborodó; tapintással a bordaív alatt tojásnyi, igen érzékeny daganat mutatható ki. Icterus nincs; pulsus gyér, szabálytalan. Öt nap mulva a tályog megnyitott; a genyben streptococcusok mutathatók ki. Drainage-zsal 3 hét alatt gyógyulás. Szerző a májtályog képződését az ütődés direct következményének tartja, minthogy az előbb teljesen egészséges gyermeknél alig vehető fel latens bélinfectio, mely a trauma következtében mintegy mozgósíthatnák. Mellékesen említi M., hogy 2 1/2 éves gyermeknél hideg tályogot észlelt szintén a májban, Kochi-féle bacillusokkal a genyben. (Revue des mal. de l'enf. 1901. 6. sz.)

Linsbauer dr.

Heubner egy multiplex gerinczagyglioma hydrocephalus internussal szövődött esetét közli. Hat éves leányknak trauma után epileptiform görcsök, muló hűdések, 10 hó mulva az alsó végtagok bénulása s fokozódó vakság léptek fel. Kórházi tartózkodása alatt jelentkező tartós fejfájás, gyakori makaes hányás, zavart sensorium, teljes vakság hydrocephalus internus gyanuját keltette fel, mely kis agytmorból (nem bírt ülni, felső végtagok mozgása ataxiás) jöhetett létre. Gerinczagi folyamat mellett szóltak a későbbi rohamok: fájdalomérzéssel kezdődő (sírás, zokogás) tonikus

contracturák, tremor, követő kimerülés, az alsó végtagok hűdése, a patellar s Achilles-inreflex megszűnése. Az alsó végtagok sajátos kényszerhelyzetben voltak, mozgásnál heves fájdalmak jelentkeztek a bőr hypalgésziája mellett. Utolsó hetekben a jobb felső végtag bénulása lépett fel, Achilles-inreflex újból kiváltható. Az elszennvedett trauma után 15 óra meghalt. A gerinczagon, a szürke állományból kiindulva, a 8. nyaki, 1., 2., 5., 9. háti s 1. ágyékszerveknek körülírtan erősebb duzzanatát okozó gliomképződmények. A hátsó kötegekben az idegrostok megfogyását és sorvadását eredményező gliosis. Lágymembrók erős duzzanata, infiltrációja. Agyalapon leptomeningitis serosa. Agygyomrosokban hydrocephalus internus. A hydrocephalus tünetei, a lassan haladó gerinczagi daganat-képződés és degenerációk tüneteit megelőzték. A bénulásokat az újabb göczok eredményezték. A második háti szelvény jobb oldalkötegeiben létező friss göcz a pyramis pályá útján a jobb alsó végtag bénulását, az ugyancsak friss 8. nyaki göczzel a gerinczagi jobb felét foglalta el s a jobb kar bénulását eredményezte. A patellar reflex kimaradását az 1-ső ágyéki göcz, de a hátsó kötegek affectója is okozhatta. A hátsó köteg rovására írható talán az alsó végtagok kényszerhelyzete s a mélybe localizált fájdalommasság. (Archiv für Psychiatrie. Bd. 34. Heft 2.)

Escherich: A colon veleszületett tágulásának esete. A 3 $\frac{1}{4}$ éves fiúnál születése óta székrekedés s a has felfúvódottsága állt fenn; ezek lassanként fokozódva 1899. november 17-dikéig, midőn a beteg a klinikára felvétellett, oly fokot értek el, hogy a haskörfogat 87 cm-es testhossz mellett 77 cm-t tett ki, miáltal beteg megérdemelte a szokásos „labda-ember“ elnevezést.

A has terimenagyobbodását, miként gömbszerű alakja s a kopogtatási viszonyok is mutatták, felfúvódott bélkacsok okozták. Hallgatásánál érczes csengésű hullámzás, korgás és a szomszédságból áterjedt zörejek érczes visszhangja volt észlelhető. A hasfalán át gyakori peristaltikus bélmozgás tünt át, mely két oldal felől a köldöktől balra, fölülről aláfelé futó központban ért véget. Szerző a végbél alsó-végi részében jelenlevő rendellenes tágulatról a végbélen át eszközölt közvetlen tapintás által is győződött meg, ekkor a vizsgáló ujj oly sima falú ürbe jutott, melynek mellső s felső falát nem lehetett kitapintani. Ruganyos lágy bélesövet könnyen 50 cm. mélységig is tolhattott elő a bélbe, mire flatus s széklet bőven ürült. Kis térfogatú villamos lámpát, minőt gyomorátvilágításhoz szoktak használni, a kitágult végbélbe vezetve, egy legalább 20 cm. átmérőjű irtóvilágított át. A fiúnál a jelzettek kivül fennálló tünetek a fentiekkel szoros kapcsolatban állottak: magas rekeszállás, rövid s aláfelé szélesbbedő mellkas, erősen tágtult hasfalak, bő vizérhálózat. Hasizomzata annyira elvékonyodott s petyhüdt, hogy a hasfalzatot megfeszíteni képtelen. Máj, lép s vesék pontosan kitapinthatók s rendellenes módon mozgékonyak. A lép tömött s megnagyobbodott. A gyomor s vékonybél részéről zavarok nem állottak fenn. Az anamnesis a székletének minősége s gyakorisága felől nem szolgáltatott megbízható adatokat, a gyermek állítólag folytonosan szenvedett bélhurutban s makacs székszorulás diarrhoeákkal váltakozott. Kórházi tartózkodási ideje alatt összeálló székletét nem ürített, a napoként végeztet bélmosások részben folyékony, részben pépes, jól emészett bélsarat távolítanak el. Flatusok úgy önként, mint a sondan át bőven távoznak s bűzösek. Étvágy jó s a tápláltsági foknak megfelelő. A vizeletben semmi rendellenesség, csak kevés indican; acetone ki nem mutatható. A kórkép emlékeztet a legelső bélrészletben jelenlevő szűkültre. A béltartalomnak kétségkívül fennálló pangása nem közvetlen passage akadály következménye, hanem a kiürítő erők zavarában keresendő s ennek bizonyára már az első életévben is fenn kellett állania, bár a szülők a has erős megnagyobbodását csak a második év kezdetén észlelték. A kórformát oka nem lehet a vastagbél abnormis hossza vagy fekvése, a mi gyermekeknél oly gyakran idézi elő a szokványos székrekedést, sem a hasfalak rendkívüli petyhüdsége, a mi bizonyára csak következményes. A működési zavarok súlyossága s hosszú tartama indokolják a veleszületett bántalom felvételét, de hogy a *Mya* által megalocolon congenitumnak nevezett veleszületett vastagbél-tágulás és túltengés van-e jelen, vagy hogy a végbél legalsóbb részletének izomrétege veleszületett gyengeségben vagy részleges hiányban szenved-e, mire *Nothnagel* s *Concetti* hívják fel a figyelmet, ez pontosan el nem dönthető. *Concetti* eddig 24 hasonló esetet állított össze az irodalomból. Kórjóslat tekintetében az ily esetek egy része műtéttel vagy a nélkül meggyógyul, de az esetek többsége magasabb kort is érhet el. A szerfelett tágtult bélrészletben másodlagos folyamatként előálló colitis s felfekvésű fekélyződés halálosan végződhető hashártyalob tünetei között. A gyógykezelés a felgyülemlett bélsár s gáztömegek rendszeres eltávolításában áll, e végből szerző thymol-oldattal irrigációkat végeztet, továbbá erélyes hasmassage, a hasizmok faradizálása s haskötő alkalmazása mellett pár hó alatt lényeges javulást ért el. (Mittheilungen des Vereines der Ärzte in Steiermark. Nr. 5. 1901.)

Loránd dr.

Langer, Ganghofner klinikájáról influenza-bacillus által okozott genyenes mening. cerebrospin. esetet ismertet. Pulsus arhythmiaóll eltekintve ezen eset a meningit. purul. minden tünetével járt. Az észlelt harmadik napján lumbalpunkcióval 8 kem. erősen genyenes cerebrospinal. folyadékot boesátott le, ebből az influenza-bacillust tenyészet útján mutatta ki. Lumbalpunkcióra a láz (39–39.9) kritice szállott alá és a hőmérsék ezentúl normalis maradt. Másnap az előbb deliráló beteg felült, ételt kért, fejfájása szünt; 1 hét múlva a beteg felkelhetett. Ezen esetről *Lange* azon következtetést vonja, hogy a francziáknak „forme pseudomeningitica de la grippe“-je, mely gyermekeknél elég gyakori, valódi influenza-meningitis lehet. Ezen eset a gyógyulás lehetőségét is bizonyítja. A kórismét lumbalpunkció teszi lehetővé és ez mint therapeutikus eljárás is beválk. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde B. 52.)

Preisich dr.

VEGYESEK.

— *A belga gyermekgyógyászati iskola doyen-je, Tordeus* tanár Brüsszelben elhunyt.

— *Budin* tanár párisi szülész, kit gyermekgyógyászati körökben is nagybecsűnek a gyermekgyógyászati vágó szakmüködése folytán, a „*légion d'honneur*“ tisztjévé nevezetett ki. E kitüntetés méltó elismerése *Budin* kiváló tudományos és társadalmi működésének.

— *Weinlechner* tanár a bécsi közkórház érdemekben megöszült sebésze 72 éves korában nyugalomba vonult. *Weinlechner* tanár mint gyermekbész a gyermekgyógyászati irodalomban jól ismert névvel bír s ezen irányú működése, melyet a „*Szent Anna*“-gyermekkórházban kifejtett, nem egy becses adattal gazdagította irodalmunkat.

— A bécsi egyetemen a *Widerhofer* tanár halálával megürült gyermekgyógyászati tanszék ideiglenes vezetésével *Monti* tanár bízott meg.

— *Waldeck-Rousseau* körirata a diphtheriae ellenes savó ügyében. Általában azt hiszik, hogy oly serum, melyben csekély csapadék van, nem oly hatásos, mint a teljesen tiszta serum s némely orvos inkább nem is használja ezt, attól való félelmében, hogy árthatna vele. *Waldeck-Rousseau* mint francia belügyminiszter ez ügyben köriratot intézett az egészségügyi felügyelőkhöz. Felemlíti, hogy a különböző felügyelők által közölt statisztikák eltérő eredményeket adnak a diphtheria halálozását illetőleg s ez bizonyára részben a követett eljárásban találja okát. Számos orvos nem akar használni régi serumot s míg az újra várnak, elvesztik a drága időt. Újabb kísérletek kimutatták, hogy a serum tulajdonságai teljesen változatlanok egy év múltán is s a mi a gyakran látott csapadékokat illeti, ez korántsem bizonyíték arra nézve, hogy a serum hatásatlan. Ha a befelezés az alhárttyák megjelenésének napján eszközöltetik, a halálozás csak 20%, a második napon 60%-ra emelkedik, míg a harmadik napon 30%-ot s a negyedik napon 50–60%-ot ér el.

— A párisi gyermekorvos-társulat legutóbbi ülésén *Variot* felvetette azt az eszmét, hogy a vasút-társaságokat kényszeríteni kellene arra, hogy a vonatokon az utazó *hőkhurutos* gyermekek részére külön vonatszakaszokat rendszeresítsenek. A gyűlésen jelenlevők az eszmét helyeselték s a kérdéshez részletesen hozzászóltak *Netter*, *Comby* és *Sevestre*. Kívánatosnak tartották azt, hogy ily vonatszakaszok úgy rendeztessenek be, hogy azokban előzetes fertőtlenítés után más fertőző kórbán szenvedő gyermekek is utazhassanak. A kérdés tanulmányozásához, *Kirmisson* ajánlatára bizottságot küldöttek ki.

Uj könyvek. *Spillmann*, Le Rachitisme. Paris. 1900. — *Steffen*, Zur pathologischen Anatomie des kindlichen Alters. 1901. — *Hauser*, Grundriss der Kinderheilkunde, mit besonderer Berücksichtigung der Diätetik. Wiesbaden. 1901. Zweite gänzlich umgearbeitete Auflage. — *Trumpp*, Gesundheitspflege im Kindesalter, auf wissenschaftlicher Grundlage gemeinverständlich dargestellt. 1901. — *Theodor*, Praktische Winke zur Ernährung und Pflege der Kinder in gesunden und kranken Tagen. 1901. — *Leum*, Die physikalisch-diätetische Therapie der wichtigsten Kinderkrankheiten. 1901. — *Spiegelberg*, Die Krankheiten des Mundes und der Zähne im Kindesalter. Würzburg. 1901. — *Seifert*, Rezeptaschenbuch für Kinderkrankheiten. Vierte Auflage. 1901.

Uj dissertatiók és thèse-k: *A. Duval*, De la sténose congénitale du pylore chez les nouveau-nés. Paris. 1901. — *Bringuet*, Contribution à la défense de l'enfant. Toulouse. 1900. — *L. Berchond*, Cure radicale de la hernie inguinale chez les enfants (procédé empl. p. Vincent). Lyon. 1901. — *P. Barrois*, Contribution à l'étude de la maladie de Dühring infantile. Paris. 1900. — *S. Monraisse*, La coqueluche à l'hôpital des Enfants-Assistés (1890–1900). Paris. 1901. — *L. Terral*, Etude sur l'étiologie et la pathogénie du rachitisme. Paris. 1900. — *L. Désandré*, La varicelle supprimée et les suppurations secondaires du cours de la varicelle. Paris. 1901. — *P. Bruder*, Contribution à l'étude du stridor laryngé congénital des nourrissons. Paris. 1901. — *A. Guilbert*, Contributions à l'étude de la respiration stridoreuse chez les nouveau-nés. Paris. 1900. — *Curie*, Traitement du spina bifida. Paris. 1900. — *Mulle*, Accidents méningitiques du cours des infections intestinales des enfants. Paris. 1901. — *Kaplansky*, Traitement de la tuberculose infantile par le t iocol. Paris. 1900. — *Donzeau*, Contribution à l'étude de la contagion directe de la fièvre typhoïde principalement chez les enfants. Paris. 1900. — *Chauveau*, De la balnéation froide dans la fièvre typhoïde des enfants. Paris. 1900. — *Michaut*, Des albuminuries massives dans la diphtérie. Paris. 1900. — *Thiollier*, La marche normale et les causes du retard de la marche chez l'enfant. Paris. 1901. — *Constantinoff*, Contribution de la cirrhose infantile d'origine cardiaque. Genève. 1901. — *Glennie*, Broncho-pneumonie intestinale, étude critique. Paris. 1901. — *Perrôt*, Infection de la glande parotide chez le nouveau-né. Paris. 1901. — *Carré*, Foie et reins kystiques chez un foetus. Paris. 1901. — *Duché*, De la précocité intellectuelle, étude sur le génie. Paris. 1901. — *Leclerc*, Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques congénitales. Paris. 1901. — *Michaut*, Contribution à l'étude de la péritonite à pneumococques chez l'enfant. Paris. 1901. — *Ducrot*, De la mort subite chez les jeunes enfants par hypertrophie du thymus. Paris. 1901. — *Daguzan*, Brochite chronique simple chez les enfants. Paris. 1901. — *Delestre*, Etude sur les infections chez le prématuré. Paris. 1901. — *Wunsch*, Multiple congenitale Contracturen. Berlin. 1901. — *Zilla*, Die Beziehungen der Rachenmandelvergrößerung zur Gaumen-, Schädel-, Obergesichts- und Nasenbildung. Breslau. 1901. — *Weber*, Ein Fall von primären Leberkrebs im 1. Lebensjahr. Kiel. 1900.

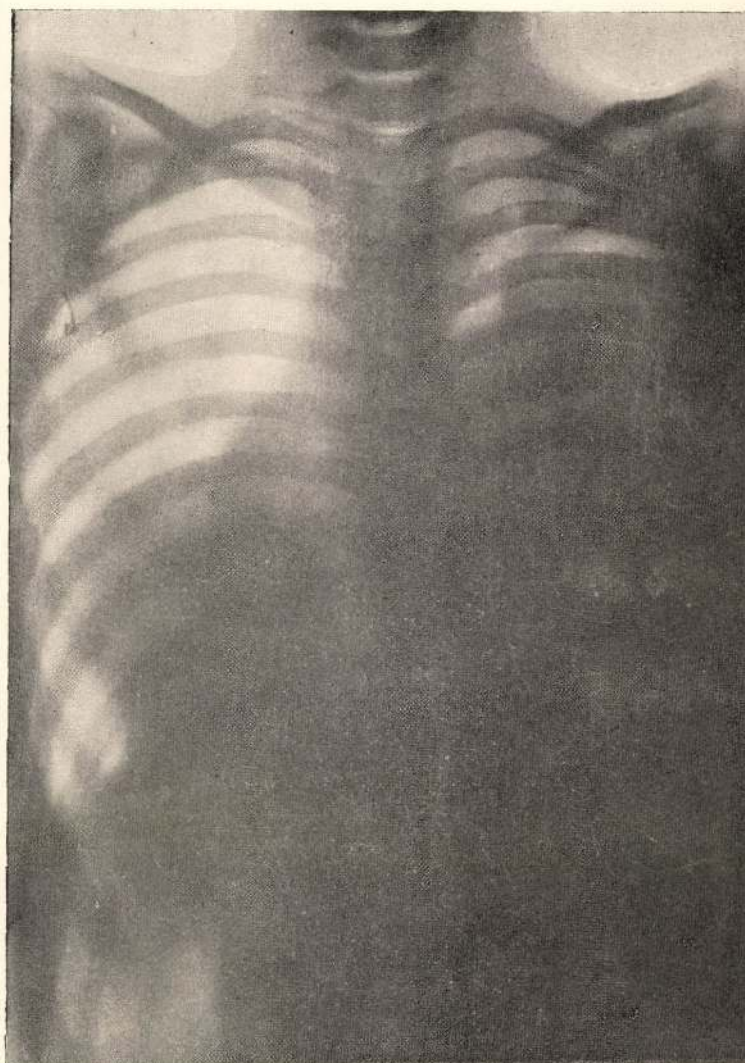
Közlemények a budapesti „Stefánia“ gyermek-kórház Röntgen-laboratóriumából.

Deutsch Ernő dr. és Faludi Géza dr.-tól.

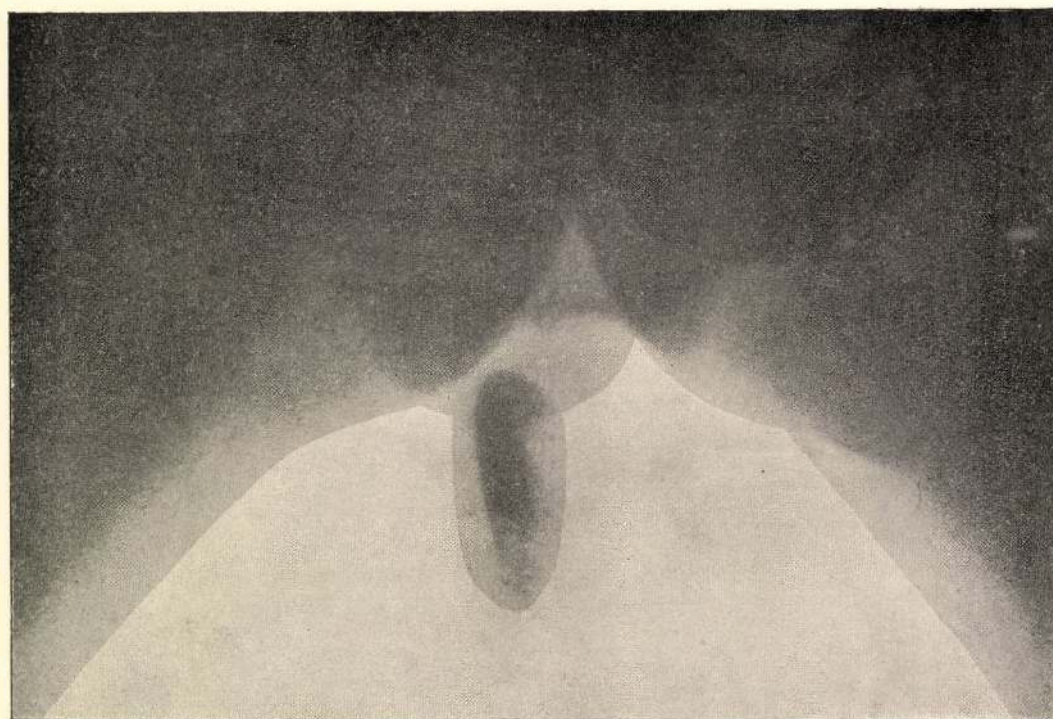
IV. tábla.



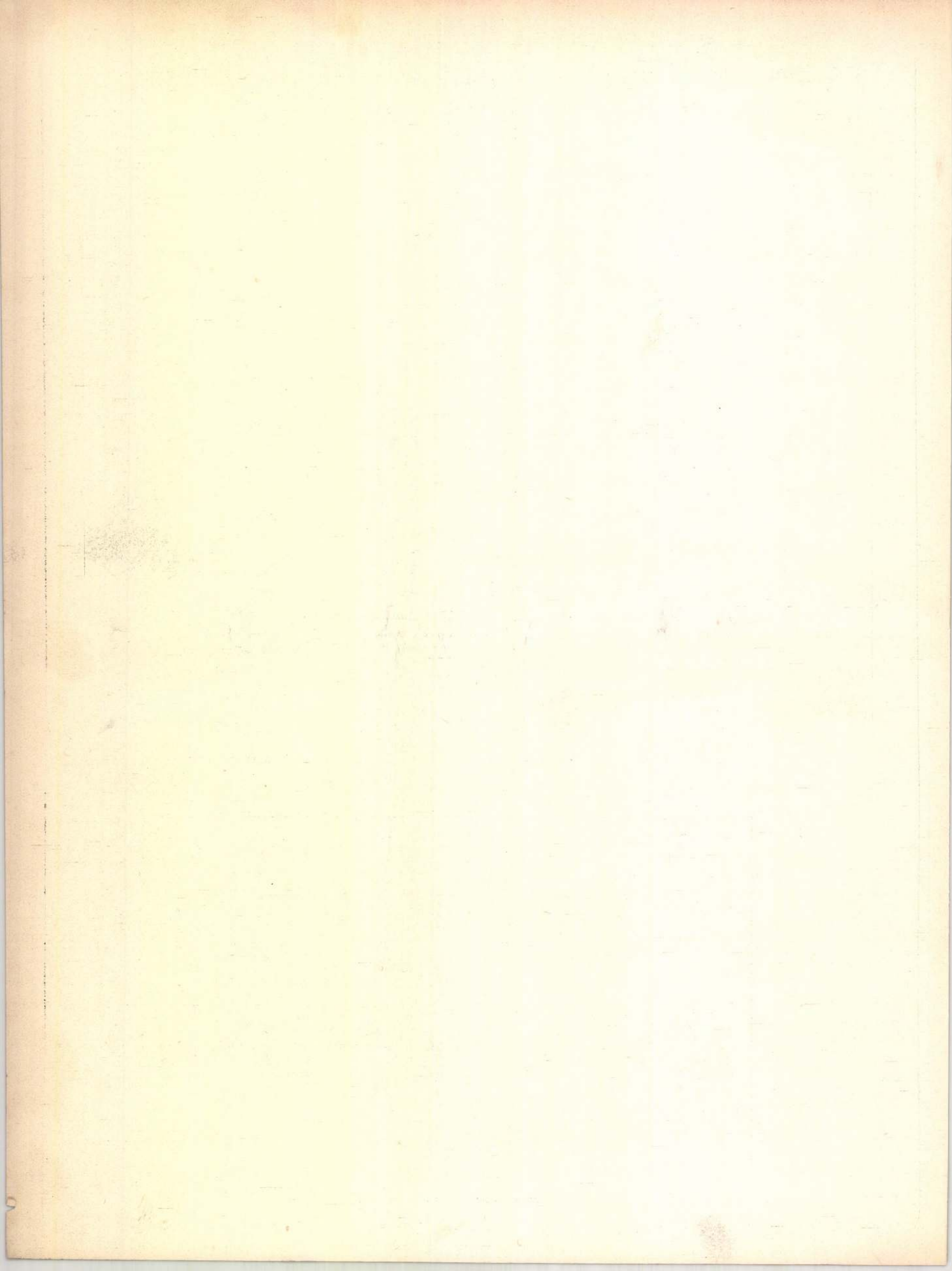
1. ábra. Felköhögött s lenyelt O'Dwyer-tubus a béltractusban.

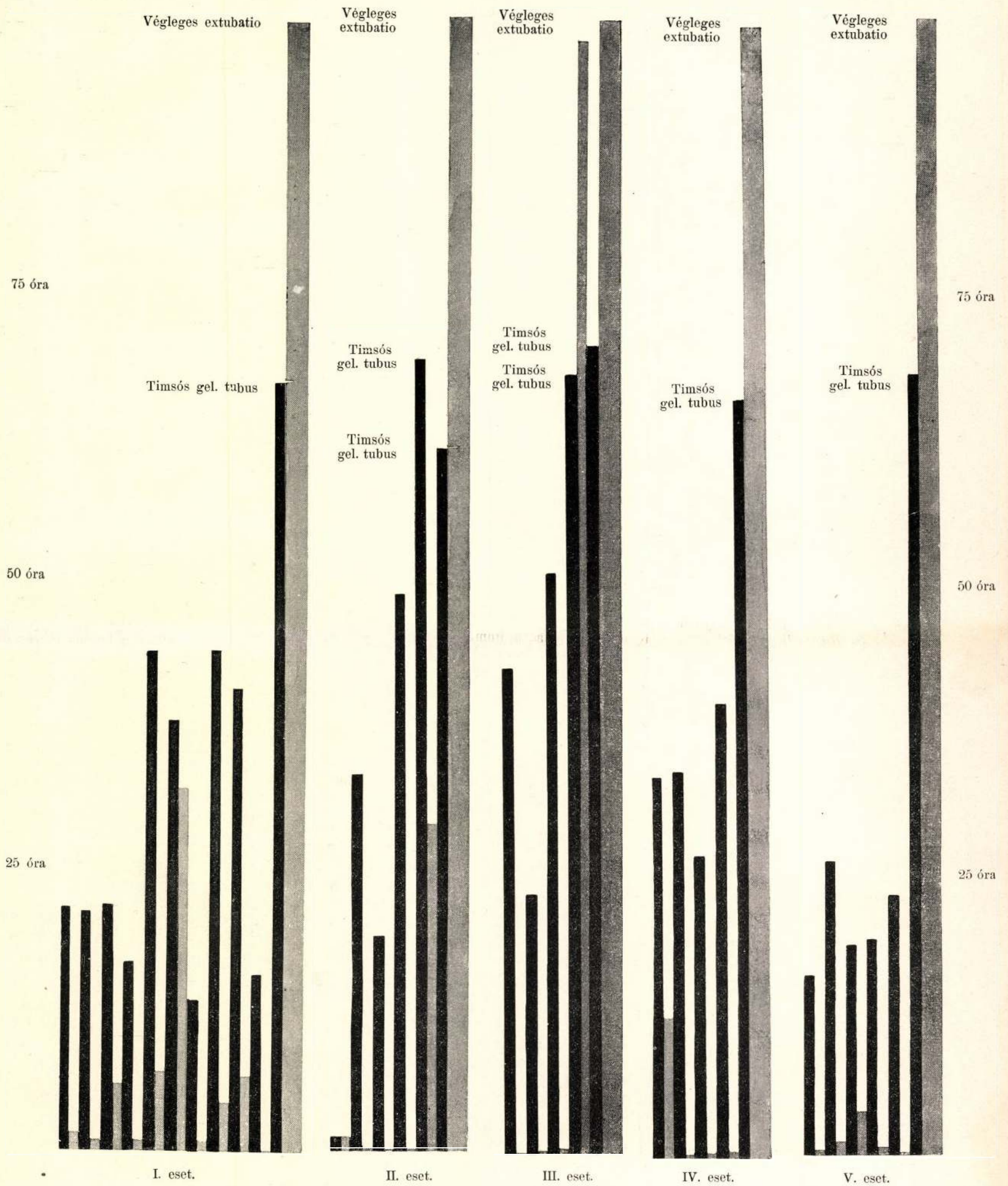


3. ábra. Echinococcus pleurae.



2. ábra. Calculus urethralis.





A fekete oszlopok a tubusfekvést jelzik órákban, az egyes intubációk után, a szürke oszlopok pedig az extubatio tartamát. Az utolsó szürke vastag oszlop a végleges extubatiót jelzi.

