

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT

KÖZLÖNYE.

KIADJA ÉS SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYETEMI MAGÁNTANÁR.

8 TÁBLÁVAL ÉS 112 RAJZZAL.

ÁLLANDÓ MELLÉKLETEK:

SZEMÉSZET.

(1—6 szám.)

SZERKESZTI: SCHULEK VILMOS EGYETEMI TANÁR.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT.

(1—4 szám.)

SZERKESZTI: BÓKAY JÁNOS EGYETEMI TANÁR.

RENDKIVÜLI MELLÉKLETEK:

Temesváry Rezső: A szülészeti haladása a XIX. században.

Ünnepi melléklet Korányi Frigyes tiszteletére.

Hints Elek: Az izomműködés által okozott vállizületi ficamodások mechanizmusáról.

Dolgozatok az egyetemi bőrkórtani intézetből. Szerkeszti Nékám Lajos. 1—5. sz.

1901.

NEGYVENÖTÖDIK ÉVFOLYAM.

BUDAPEST, 1901.

A PESTI LLOYD-TÁRSULAT KÖNYVNYOMDÁJA.

DOROTTYA-UTCZA 14. SZ.



F. L.
4/48

XV/45

F 46/1901



~~F. 52. 25.~~

Leltári szám; F 46/189



TARTALOM.*



EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Egyetemi intézetekből, klinikákból és kórházakból.

Högyes Endre tnr. általános kór- és gyógytani intézete.	Oldal
1. Högyes Endre: Szükséges-e veszett állatmarás ismétlődése esetén az újra védőtás?	83
Genersich Antal tnr. I. kórboneztani intézete.	
2. Halász Aladár: A penis gümös megbetegedéséről, eset kapcsán	677
Pertik Ottó tnr. II. kórboneztani intézete.	
3. Berend Miklós és Deutsch László: A konyhasós infusiók hatása a bacteriumos mérgezésekre	582
4. Weisz Ede: A köszvényről	364, 383, 397, 427
Korányi Frigyes tnr. I. belklinikája.	
5. Korányi Frigyes: A londoni tuberculosis-congressus és feladataink a tüdővész leküzdése körül Magyarországon	691
6. Korányi Sándor: Fizikai-chemiai módszerek a functionalis diagnostika szolgálatában	K. 2
7. Kovács József: Az autointoxicatio tanának mai állásához	K. 9
8. Benedict Henrik: A bal pitvartágulás diagnostikai jelentőségéről. Adatok a bal visszeres szájadék szűkületének tünettanához	K. 11
9. Bálint Rezső: A térdreflexek viselkedéséről magas haránt myelitiseknél	228, 249, 268, 286
10. Bálint Rezső: A térdreflex viselkedése magas haránt myelitiseknél	522
11. Bálint Rezső: Felelet Pándy Kálmán dr. felvilágosításaira	569
12. Bálint Rezső: Az epilepsia diaetás gyógyításáról	K. 17
13. Deutsch László és Jakab László: A leukocyták és a vérsavó keményítőoldóképessége	K. 19
14. Kövesi Géza és Surányi Miklós: Adatok a veseelégtelenség haematológiájához	K. 15
Kétly Károly tnr. II. belklinikája.	
15. Kétly Károly: Megjegyzések a gerincvelősorvadás anti-luetikus kezeléséhez	1
16. Kétly Károly: Folytatólagos közlések a gerincvelősorvadás kezelésére nézve	17, 37
17. Kétly László: Az eupyryn, basicin és rhizoma scopoliae carnioicaeról szerzett klinikai tapasztalatok	772, 789, 808
18. Aujeszky Aladár és Wenhardt János: Adatok a pestis-bacillus agglutinációjához	407, 423
19. Kollarits Jenő: Adat az izomdystrophia anatomiai alapjának ismeretéhez	191
20. Weisz Ede és Zirkelbach Antal: A gyomortáji bordaközi phonotios jelenségekről	213
21. Zirkelbach Antal: Tapasztalatok a dionin gyógyértékéről	600

Dollinger Gyula tnr. I. sebklínikája.	Oldal
22. Dollinger Gyula: Kimutatás a kórodán az 1900—1901. tanév első felében végzett műtétekről	35
23. Dollinger Gyula: Kimutatás az 1900—1901. tanév II. felében a klinikán fekvő betegeken végzett műtétekről	499, 517
24. Dollinger Gyula: Az orvosi képzésről, tekintettel különösen a sebklínikai kiképzésre	579, 597
25. Dollinger Gyula: A mesterséges légmell mint a mellkas falán keresztülhatoló daganatok vagy tüdőalképletek kiirtását megelőző műtét	820
26. Illyés Géza: Az ureter-catheterezés a vesediagnostica egy pár újabb módszerének szolgálatában	531, 549
27. Illyés Géza: Ureter-catheterezés és radiographia	659
28. Kopits Jenő: A coxa vara-nak nevezett kórkép ismertetése	739, 758, 775, 790
29. Pesthy István: Angioma cavernosum colli congenitum Gy.	15
30. Ónodi Adolf: A hangrés alatt beékelt necrotikus esont esete	786
31. Winternitz M. Arnold: A májbeli echinococustömlők infectioiról és elgenyedéséről	2, 20, 40, 54, 71
Réczey Imre tnr. II. sebklínikája.	
32. Ráskai Dezső: Lithiasis-esetek	710, 726, 744
33. Szili Sándor: Fibrosarcoma vulvae esete	627
Kézmárszky Tivadar tnr. I. szülő- és nőbetegklinikája.	
34. Doktor Sándor: Echinococcus a medencében	563, 584
Schulek Vilmos tnr. szemklínikája.	
35. Blaskovics Fridolin: A fiatalkori hályog operálása Sz.	11
36. Scholtz Kornél: A szemgolyó ellökődése a szemgödör lágyrészeinek elgenyedése következtében	Sz. 16
37. Scholtz Kornél: Kétoldali primaer szemgödri venathrombosis gyógyult esete	Sz. 16
38. Scholtz Kornél: Tuberculosis palpebrae	Sz. 17
39. Scholtz Kornél: Öregkori hályogok spontan meggyógyulása	Sz. 31
40. Scholtz Kornél: Coloboma nervi optici	Sz. 37
41. Barlay János: Exophthalmus pulsans	Sz. 38
42. Barlay János: Teheremelés után megvakulás	Sz. 39
43. Frim Arthur: A látóidegfő és környékének állapota glaucomás szemekben	Sz. 32, Sz. 46
Elme- és idegkórtani intézet.	
44. Hudovernig Károly: Kimutatás az elme- és idegkórtani ambulantiának 1900. évi működéséről	105, 124
45. Hudovernig Károly: Adat a syringomyeliás arthropathiák keletkezéséhez	645
46. Hudovernig Károly: A házastársak tabeséről	712

* Sz. = „Szemészet“ melléklet. — Gy. = „Gyermekgyógyászat“ melléklet. — K. = Ünnepi melléklet Korányi Frigyes tiszteletére. — B. = Dolgozatok az egyetemi bőrkórtani intézetből. — K. m. = Külön melléklet.

	Oldal		Oldal
47. Reusz Frigyes: Néhány megjegyzés bizonyos falmékküli agycysták keletkezéséről és jelentőségéről	566	Állatorvosi főiskola vegytani laboratoriuma.	
48. Reusz Frigyes: Icterus és súlyosabb jellegű idegrendszeri tünetek	611, 630	80. Rhorer László: A vizelet aciditásának elektrometrikus úton való meghatározása	298, 315
Árkövy József tnr. fogklinikája.		Lausanne-i egyetem gyermekklinikája.	
49. Madzsar József: Megjegyzések Antal János dr. „Adatok a caries dentium gyógykezeléséhez” című cikkére	313	81. Heim Pál: A leukocytosis a gyermekkori pneumonia és diphtheria folyamán	5 Gy. 5
Börkórtani intézet.		Lyoni kísérleti kórtani intézet.	
50. Nékám Lajos: A dermatologiai anyag Budapesten	1 B.	82. Arloing Fernand és Gebhardt Ferencz: Egy anti-tuberculinos serum chemotaxiás tulajdonságairól	451
51. Nékám Lajos: A xeroderma pigmentosum atypusos enyhébb alakjairól	19 B.	Szt. Rókus-kórház.	
52. Nékám Lajos: Basalioma adenoides cysticum esete	27 B.	83. Gescheit József: A Menière-féle kórról egy gyógyult eset kapcsán	231
53. Nékám Lajos: Újabb készülékek a klinikai praxis szolgálatában	41 B.	84. Kaldrovits Andor: Közlések a szt. Rókus-kórház szemészeti osztályáról. Glaucoma juvenile. Keratitis punctata. Luxatio lentis subconjunctivalis. Ophthalmia sympathica	17 Sz.
54. Nékám Lajos: Az epithelioma kezelése methylenkével	52 B.	85. Lukács Hugó: Enkephalopathia infantilis esete	300
55. Nékám Lajos: A lupus vulgaris kezelése kalium hypermanganicum borogatásokkal	59 B.	86. Várady László: Vizsgálatok az oculopupillaris (sensibilis) reflexre vonatkozólag	757, 773
56. Kelemen Géza: Vizsgálatok a jodalbacid hatásáról a a syphilis késői stadiumában	48 B.	Szt. István-kórház.	
57. Lantos Emil: A női gonorrhoea gyógyítása protargollal	57 B.	87. Róna Sámuel: Lupus erythematosus testvéreknél	137
58. Molnár Sándor: Vizsgálatok a kakodylsav hatására nézve psoriasisnál	45 B.	88. Róna Sámuel: Adatok a scarlatinahámítás tanához és az erythema scarlatiniforme desquamativum diagnózisához	581
59. Péchy Henrik: Vizsgálatok a jodolen hatásáról a venerias fekélyeknél	51 B.	89. Róna Sámuel: A rhinoscleroma kórtanához. Rhinoscleroma második esete metastasisos táji mirigyduzzanatokkal	643
60. Poór Ferencz: A lupus erythematosus Cazenave aetiologiájához	18, 38, 52	90. Elek Sándor: Statistikai adatok a favusnak Magyarországon elterjedtségi viszonyaihoz	230
61. Poór Ferencz: A seborrhoeán alapuló bőrmegbetegedések tanának mai állása	22 B.	91. Lukács Hugó: A trigeminus-facialis reflexekről	825
62. Poór Ferencz: Két pyrogallus derivatum (lenigallol, eugallol) dermatoterapiai értékéről	50 B.	92. Preisach Izidor: A tüdőtuberculosis kezelése igazóval	409
63. Sörös Miklós: A pupillák eddig le nem irt viselkedéséről syphilissnél	44 B.	93. Ráskai Dezső: Adat a zsugorhólyag kór- és gyógytanához	249
64. Sellei József: A bőrkörtani klinika működése 1898-ban. Gyógykezelési methodusok	3 B.	Szt. János-kórház.	
65. Sellei József: Lymphangioma cutis	9 B.	94. Szontagh Félix: Vörhenyes ízületgyulladás késői fel-lépésének nyolcz esete	25 Gy.
66. Szabóky János: Adatok a pityriasis rosea (Gibert) aetiologiájához	11 B.	95. Tomka Samu: A haemophil-fülvérzésekről	155
67. Szabóky János: Egy trichophytiasis epidemiáról	14 B.	96. Tomka Samu: A rendszeres hallási gyakorlatokról és azok therapeutikus értékéről süketnémáknál és süketeknél	438
68. Szabóky János: Formalin és készítményei a dermatoterapiában	15 B.	97. Chudovszky Móricz: Csontképlő-műtétek az alszár s a czomb csonkítása esetében	101
69. Szabóky János: Az egyetemi bőrkörtani intézet betegforgalma az 1899. és 1900. években	37 B.	98. Polyák Lajos: A könnyorrvezető sondázása az orr felől	836
70. Szabóky János: Az epicarin gyógyértékéről	46 B.	Szt. Margit-köz-kórház.	
71. Szabóky János: Tapasztalatok a Röntgen-sugaraknak az ép és beteg bőrre gyakorolt hatására nézve	53 B.	99. Fejér Gyula: A szemhéjgöres neuropathikus alakjairól	28 Sz.
72. Szatmári Sándor: Basedow-kórt kísérő súlyos bőrelváltozásról	39 B.	100. Fejér Gyula: Válasz Falta dr. úrnak az ichthargant illetőleg	474
73. Tausz Béla: Adatok a pruritus senilis kérdéséhez	9 B.	101. Fejér Gyula: Adatok a glioma és pseudoglioma közötti differentialis diagnosis tanához	59 Sz.
74. Tóth Gyula: Folliculite décalvante (Quinquaud) egy esete	40 B.	Székes fővárosi „Erzsébet”-szegényház.	
Kolozsvári egyetem általános kór- és gyógytani intézete.		102. Ferenczi Sándor: A térdtünet viselkedéséről epilepsziás rohamok alatt	534
75. Lő'e József: Adalék a kísérleti lépfene tüneteinek ismeretéhez	346	Székes fővárosi jobbparti szegényház.	
Kolozsvári egyetem kórboneztani intézete.		103. Tauszk Ferencz: A haemoglobinuria viszonya a vesékhez	707
76. Veszprémi Dezső: Különböző eredetű gümöbacillus-tenyészetek virulentiájának összehasonlítása	601	Stefánia-gyermekkórház.	
Kolozsvári egyetem belklinikája.		104. Bókay János: Az intubatio mai állásáról	33 Gy.
77. Jancsó Ödön: A diazo-reactio értékéről	312, 332	105. Baumgarten Egmont: Gége- és légcsőszűkület egy peritrachealis tályog áttörése folytán	15 Gy.
Kolozsvári egyetem bőrbetegklinikája.		106. Ifj. Klug Nándor: A sziklacsont cariese következtében beálló carotis interna vérzésekről, egy eset kapcsán	547
78. Marschalkó Tamás: A venereás bántalmak prophylaxisáról	67, 85	107. Leitner Vilmos: A szem sérülésének két ritkább alakja	28 Gy.
Kolozsvári egyetem közegészségtani intézete.		108. Leitner Vilmos: A cupragolról	5 Sz.
79. Rigler Gusztáv: A teljes vér és a vérsavó lúgosságának ingadozása különböző kóros viszonyok között 379, 393, 411, 425, 439, 455, 471, 488, 505, 520, 537, 554			

	Oldal		Oldal
109. Leitner Vilmos: Az újszülöttek genyes szemgyulladásának megelőzése ... Sz.	23	Babarczy-Schwartz Ottó elme- és ideggyógyintézete.	
110. Bauer Lajos: A csecsemőkori adenoid vegetatiokról Gy.	17	141. Fischer Ignác: Érdekesebb agydaganat esete ... 210	
111. Bauer Lajos: Válasz Neubauer Adolf dr. fül- és gégeorvosnak „A csecsemőkori adenoid vegetatiokról“ című közleményemre tett megjegyzéseire ... 400		Török Lajos és Schein Mór Röntgen- és Finsen-gyógyintézete.	
112. Deutsch Ernő: A gátorür daganatairól egy eset kapasan Gy.	2	142. Török Lajos és Schein Mór: Börbetegségek kezelése Röntgen-fényvel és Finsen módszere szerint ... 821, 839	
113. Deutsch Ernő és Faludi Géza: Közlemények a „Stefánia“-gyermekkórház Röntgen-laboratóriumából Gy. 11, Gy. 21, Gy. 29, Gy.	44	Jansen tnr. berlini poliklinikája fül- és orrbetegek számára.	
114. Deutsch Ernő és Faludi Géza: Az exostosis cartilaginea multiplexről egy eset kapasan ... Gy.	29	143. Török Béla: A nyeregorr plastikus műtéveséről ... 485	
115. Egressi Lajos: Bárzsingban fekvő idegen testnek croup laryngissal szövődött esete ... Gy.	20	144. Török Béla: A bulbus venae jugularis primaer infectiosus thrombosisának esete ... 595, 617	
116. Preisich Kornél és Schütz Aladár: Ujabb adat a tuberculosissal való fertőzés módjaihoz gyermeknél ... 754		Batizfalvy Sámuel sanatoriuma és vízgyógyintézete.	
Irgalmasrend budapesti kórháza.		145. Trajtler István: Évi jelentés az intézet 42. évi működéséről ... 335	
117. Antal János: Adatok a caries dentium gyógykezeléséhez ... 175		146. Áldor Lajos: A folytonos gyomornedvelválasztásról (gastrosuccorrhoea, Reichmann-féle betegség) 247, 266, 284	
118. Antal János: Hyperdentitio érdekes esete ... 283		147. Csapodi István: Maláriás papillo-retinitis ... Sz. 58	
119. Heim Pál: Adat az erythema nodosum contagiositáshoz Gy.	43	148. Cséri János: Az enteroptosis kérdésének mai állásáról 349	
Izraelita kórház.		149. Deutsch Izidor: Arthritis urica idült esetének rohamos javulása ... 743	
120. Stiller Bertalan: A hasmenéses és székrekedéses albuminuriáról ... 51		150. Déri J. Henrik: Veleszületett keresztváji daganat ... 804	
121. Stiller Bertalan: Tüsszentés okozta légmell ép tüdőnél 246		151. Falta Marczel: A trachoma kezelése ichthargannal ... 458	
122. Stiller Bertalan: A gyomorloccogás klinikai jelentőségéről ... 421		152. Falta Marczel: Csecsnújtványtályog egy ritkább alakja szövődő fültömirtályoggal ... 501, 519	
123. Stiller Bertalan: A gyomor-atonia kérdéséhez ... 802		153. Falta Marczel: A trachoma gyógyítása ichthargannal Sz. 6	
124. Justus Jakab: Miként gyógyítja a kénese a syphilit? 103, 120		154. Fernet Elemér: Az elkövérédes pathológiájáról és therapiájáról ... 362, 381, 395	
125. Kassai Jenő: Enterolithiasis egy esete ... 725		155. Fried Aladár: Idegen test az uvulán ... 105	
126. Pór Dezső: Sérülésez izombénulás ritka esete ... Sz. 64		156. Halász Henrik: Néhány újabb gyógyító eljárás értékéről a fülgyógyászatban. Pneumomassage, hydropneumomassage, Lucae-féle pneumatikus sonda ... 483, 502	
127. Vermes Lajos: A látóhártya egy sajátos kóros elfajulásáról ... Sz. 49		157. Halász Henrik: Orrgarat-polyp ritka esete ... 679, 697	
128. Vermes Lajos: Adatok a szemben előforduló rugalmas rostok ismeretéhez ... Sz. 62		158. Hints Elek: Az izomműködés által okozott vállzületi ficzomodások mechanismusáról ... K. m.	
Bródy Adél-gyermekkórház.		159. Jendrássik Ernő: Kell-e orvosolnunk a lázat, s ha igen, hogyan? ... 173, 194, 215	
129. Alapy Henrik: Az átjárhatlan bárzingszükületek retrograd sondázása gastrostomia után ... 69, 88		160. Jendrássik Ernő: A neurastheniás idegzsábákról 770, 787	
130. Alapy Henrik: Átjárhatlan gége- és légeszszükület gyógyítása Thiersch-féle bőrlebeny beültetésével ... Gy. 1		161. Ligeti Ármin: Csoportos atropin-mérgezés esete a datura stramonium magvaival ... 179	
131. Beck Soma: A Blaschko-féle „mercolint“ alkalmazásáról a csecsemő- és gyermekkori öröklött vagy szerzett syphilisnél ... 723, 741		162. Loewy Lipót: A typhus-betegedések okairól Baranya-megyében ... 452	
Budapesti poliklinika.		163. Markovits Soma: Hármás ikerabortus két szakaszban 125	
132. Baumgarten Egmont: A pruritus senilis linguae ... 675		164. Moravcsik Ernő Emil: Törvényszéki elme-kórtani casuistica ... 233	
133. Marberger Sándor: Egy újabb hypnoticum: a hedonal 614		165. Moskovitz Ignác: A rhinitis fibrinosa kór és gyógytana ... 842	
Esztergom városi közkórháza.		166. Munk Jakab: A dormiol ... 303	
134. Gönczy Béla: Teljes radialis hűdésnek inplastikával gyógyított esete ... 119		167. Neubauer Adolf: Megjegyzések Bauer Lajos dr. „A csecsemőkori adenoid vegetatiokról“ című közleményére 385	
Hódmezővásárhelyi Erzsébet-szemkórház.		168. Neubauer Adolf: Végső szó Bauer Lajos dr. válaszára 413	
135. Imre József: A trachoma-ügy és a szemkórházak Sz. 1		169. Ofner Oszkár: Babona és alkoholismus ... 649	
136. Imre József: A trachoma-gyógyítás sebészeti eszközei Sz. 43		170. Ónodi Adolf: Laryngitis submucosa infectiosa acuta ... 264	
137. Vajda Géza: Szarúfoltok tisztítása dioninnal ... Sz. 55		171. Pándy Kálmán: A térdreflexek viselkedése magas hárt myelitiseknél ... 467	
Jász-Nagy-Kún-Szolnok vármegye közkórháza.		172. Pándy Kálmán: Még egyszer a térdreflexekről ... 568	
138. Papp Gábor: Sérvműtétek ... 515		173. Petz Lajos: Küzdelem a tüdővész ellen. Reflexiok. Javaslatoak ... 662	
Szegedi babaképezde.		174. Rihmer Béla: A húgycső szükületéről ... 4, 21, 55	
139. Reiniger Herman: A szegedi m. kir. állami babaképezde 1899—1900. évi története ... 613, 631		175. Róth Jenő: Ujabb adatok a Bottini-féle műtét kérdéséhez ... 139, 159	
Temesvári „Fehér-Kereszt“ lelemezkház.		176. Sarbó Arthur: A hibás beszédű tanulók statistikája Magyarországon ... 330, 347	
140. Szana Sándor: A két éven felüli gyermekek túlságos vagy hiányos táplálkozottságának okairól ... 628, 647		177. Scipiades Elemér: Eczema chronicum gyógyult esete 4 ^o / _o -os sublimattal való kezelés után ... 301	
		178. Sellei József: A sapolanról ... 468	

	Oldal		Oldal
179. Sugár K. Márton: A rendszeres hallási gyakorlatokról és ezek therapeutikus értékéről süketnémáknál és süketeknél	366, 384, 389	183. Tolnai Bernát: Az égési sebek kezelésének egy módja	665
180. Szabó József: A dentitio difficilis tana	535, 551	184. Tóvölgyi Elemér: A gégegyümökorról	157, 177, 196
181. Szentirmai József: A lencsének különös módon történt kijövetele a szemből	Sz. 40	185. Tóvölgyi Elemér: A gégegyümökór gyógykezeléséről, tekintettel az újabb gyógyszerekre	436, 454, 471, 487
182. Temesváry Rezső: A szülészet haladása a XIX. században	K. m.	186. Vidakovich Lajos: Az aethylchlorid-narcosisról	746
		187. Weisz Miksa: Casuistikus közlemény a mellkas szűrt sebesüléséről	141
		188. Weisz Miksa: Adalék a syphilis gyógykezeléséhez	567

T Á R C Z A.

	Oldal		Oldal		Oldal
A magánorvoslás díjazása	6, 72	Tauszk Ferencz: Adat Korányi Frigyes irodalmi működéséhez	288	Jendrássik Ernő: A nagyváradai fiókszövetség indítványa	586
Tóvölgyi Elemér: Berliini levelek 6, 125, 142,	161	Moravcsik Ernő Emil: † Laufenaue Károly tanár	304	Tihanyi Mór: A szt. Lukács-fürdő új hidegvíz-gyógyintézete	618
Navratil Imre: † Báthory István	23	Nyilvános egyetemi tanácsülés Korányi Frigyes ötvenéves doktorságának jubileumán	305	Torday Ferencz: A londoni gyermekkórházak	665
Grósz Emil: A nyilvános ingyenes rendelések	23	Ovatiok Korányi Frigyesnek ötvenéves orvosdoktori jubileuma alkalmával	318, 336, 335	Pertik Ottó: Virchow 80. születésnapjának ünnepe	681
Taufner Vilmos: Elnöki megnyitó a budapesti kir. orvosegyesület ülésén	41	A közegészségügyi szolgálat államosítása	368	Taufner Vilmos: Elnöki megnyitó a budapesti kir. orvosegyesület évforduló nagygyűlésén	683, 699
Az új orvosdoktori szigorlati rend	56	Babarczi-Schwartzter Ottó: A magánorvoslás díjazásának kérdése a bíróság előtt	386	Darányi János dr. szobrának leleplezése Aradon	699
Grósz Emil: A Nobel-féle alapítvány	74	Mihalkovics Géza szobrának leleplezése	386	Bálint Rezső: A Schönow-ház	714
Az orvosdoktori szigorlati rend lényegesebb újításairól	89	Torday Ferencz: A párisi új gyermekkórházak	413	Grósz Emil: Az orvosok gyakorlati éve a német birodalomban	728
Törvényjavaslat az állami gyermekmenhelyekről	91	A budapesti Szabad-Egyetem alapszabályai	428	Loránd Leó: Mac Kinley halála	728
Fodor József: † Pettenkofer Miksa tanár	107	Krausz Arthur: Úti levelek 442, 474, 508, Országos küzdés a tüdővész ellen	491	Némái József: Az énekhang és énekművészet physiologiája	746, 777, 792, 808, 826, 843
Sellei József: A venereás bántalmak prophylaxisa	109	Bókay János: † Widerhofer Hermann	507	Högyes Endre: Az orvosjelöltek gyakorlati évének szabályozása	760
Pekár Mihály és Heim Pál: Orvosi dolgok a párisi kiállításon 180, 217, 523, 619, 633,	650	Gyömörey Oszkár: A lelenczügy államosítása	507	Győry Tibor: † Liebermeister Károly	777
† Fodor József tanár	198	Schindler József: Molière és az orvosok	539, 556, 570, 587	Juba Adolf: Az iskolaegészségügyi reformja	809, 827
Than Károly: Bunsen Róbert W. emlékezete	234, 252, 270	Grósz Menyhért: A nagyváradai fiókszövetség indítványa	569	Kétly Károly és Navratil Imre tanárok ünneplése	845
Tóvölgyi Elemér: Párisi levelek 235, 400, 458,	475			† Siklóssy Gyula	Sz. 42
Nenadovics Lázár: A női betegségek gyógykezelése Franzensbadban 251, 270, 319, 336, 352,	387				

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

	Oldal		Oldal		Oldal
Adler u. Kronfeld: Medicinische Chronik des XIX. Jahrhunderts	589	Erlach und Woerz: Beiträge zur Radicalheilung des Gebärmutterkrebses	111	Israel: Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten	730
Babes und Sion: Die Pellagra	430	Eschweiler: Ohrenärztliche Diagnostik	75	Jacob und Panwitz: Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose	701
Bäder-Almanach	494	Ewald und Posner: Deutsche Medizin im neunzehnten Jahrhundert	322	Jellachich: Utmutató a törvényszéki orvosi gyakorlatban	763
Berend: Gyermektherapia	794	Fáy: Az új orvosi díjazására fennálló szabályok	604	Jessner: Dermatologische Vorträge	846
Békésy: Magyarország közegészségi viszonyai az 1898—1899. években	558	Finot: Die Philosophie der Langlebigkeit	748	Joseph: Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten	202
Bickel: Eine historische Studie über die Entdeckung des Magendie-Bell'schen Lehrsatzes	510	Fischer: Infant-feeding	45	Kerschbaumer: Malaria, ihr Wesen, ihre Entstehung und ihre Verhütung	573
Boas: Specielle Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten	558	Fraisse: Principes du diagnostic gynécologique	829	Kirchner: Die Verletzungen des Ohres	589
Bourneville: Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie	11	Franqué: Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur	795	Kőrösy: Budapest székes főváros halandósága az 1891—1895-diki években	573
Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve. 1900.	778	Fränkel: Die Samenblasen des Menschen, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Topographie	163	Krönig: Über Kystoskopie beim Weibe	811
Casper und Richter: Functionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie	255	Frenkel: Die Behandlung der tabischen Ataxie mit Hilfe der Übung	354	Lépine: Ambroise Paré et la médecine des enfants	30
Concetti: L'insegnamento della pediatria in Roma	30	Freud: Über den Traum	92	Loewenfeld: Der Hypnotismus	668
Dieudonné: Immunität und Immunisierung	542	Friedmann: Über Wahnideen im Völkernleben	201	Lüning und Schulthess: Atlas und Grundriss der orthopädischen Chirurgie. Gy.	12
Dittrich: Praktische Anleitung zur Begutachtung der Unfallschäden der Arbeiter	763	Gaupp: Die Entwicklung der Psychiatrie im XIX. Jahrhundert	604	Magyarország elmebetegügye az 1900. évben	685
Dollinger: Sebészeti módszerek	635	Goldscheider und Jacob: Handbuch der physikalischen Therapie	388	Mahler: Az idült szívbántalmak kezelése fürdővel és gymnastikával	44
Dühren: Das Geschlechtsleben in England	220	Goldschmidt: Zur Geschichte der Prophylaxe	542	Martius: Allgemeine Prophylaxe	128
Ebstein: Die chronische Stuhlverstopfung in der Theorie und Praxis	763	Gradenigo: Die Hypertrophie der Rachen tonsille	414	Meissen: Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose	811
Ebstein und Schwalbe: Handbuch der praktischen Medicin	273	Győry: Magyarország orvosi bibliographiaja	237	Mering: Lehrbuch der inneren Medicin	589
Ehrlich, Lazarus und Pinkus: Leukämie, Pseudoleukämie, Haemoglobinaemie	476	Győry: Morbus hungaricus	716	Meyer: Geschichte der Genfer Convention	477
Einhorn, Mendelsohn und Rosen: Die Prophylaxe in der inneren Medicin	128	Hoffmann: Pathologie und Therapie der Herzneurosen und der functionellen Kreislaufstörungen	402	Moravcsik és Sölyom: Az orvos működési köre az igazságügyi közszolgálatban	621
Ekstein: Die Therapie des Abortus	846	Huetlin: Mnemotechnik der Receptologie	526	Neuburger und Pagel: Handbuch der Geschichte der Medicin	685

	Oldal
Pesti: Magyarország orvosainak évkönyve és czimtára	44
Placzek: Jahresbericht der Unfallheilkunde, gerichtlichen Medizin und öffentlichen Gesundheitspflege für die ärztliche Sachverständigentätigkeit	811
Politzer: Lehrbuch der Ohrenheilkunde	525
Pollatschek: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1900	542
Rényi: A felelősségi rendszer mint jövőendő közegészségügyi közigazgatásunk alapja	573
Riedinger: Die Behandlung der Empyeme	622
Raymond: Clinique des maladies du système nerveux	652
Rosenthal: Lehrbuch der allgemeinen Physiologie	182
Rothschild: Bibliographia lactaria Gy.	22
Rudeck: Syphilis und Gonorrhoe vor Gericht	163
Schaffer: Anatomisch-klinische Vorträge aus dem Gebiete der Nervenpathologie	26
Schaper: Vorträge über Syphilis, Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten	371
Schatz: Die griechischen Götter und die menschlichen Missgeburten	829
Schaumann: Die perniciose Anämie im Lichte der modernen Gifthythese	460

	Oldal
Schech: Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase	701
Schenk: Lehrbuch der Geschlechtsbestimmung	290
Schmaus: Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Rückenmarks	493
Schubert: Bericht über die vergleichenden Untersuchungen zwischen Steilschrift und Schrägschrift in den Schulen Nürnbergs Sz.	18
Seitz: Kurzgefasstes Lehrbuch der Kinderheilkunde Gy.	11
Starr: An american text-book of the diseases of children Gy.	21
Strasser: Anleitung zur Gehirnpräparation	461
Szegedy-Maszák: A tüdővész és az ellene való védekezés, különös tekintettel az ipari munkásokra	604
Tauszk: A belgyógyászat alapvonalai	145
Temesváry: A fejelválasztás és szoptatás élet- és kórtanának kézikönyve	322
Thirring: Budapest székes főváros statisztikai évkönyve	573
Thulié: Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrenopédie	59
Urbantschitsch: Lehrbuch der Ohrenheilkunde	415

	Oldal
Vámosy: Adatok a gyógyászat történetéhez Pozsonyban	338
Vizaknai: A prostitutoról	493
Waldheim: Die Serum-, Bakterientoxin- und Organpräparate	622
Wasiliew: Die Traumen der männlichen Harnröhre	127
Weismayr: Die Lungenschwindsucht, ihre Verhütung, Behandlung und Heilung	558
Weisz: A húgy- és ivarszervi megbetegedések rövid kézikönyve	371
Weygandt: Die Behandlung der Neurasthenie	307

Ezenkívül „Új könyvek“ rovat alatt közölve lett a német, francia és angol nyelven megjelent jelesebb orvosi munkák czíme.

A könyvismertetőket a szerkesztőségén kívül a következő urak írták: Bäcker József, Csapodi István, Deutsch Ernő, Doktor Sándor, Eröss Gyula, Friedrich Vilmos, Grósz Emil, Györy Tibor, Hudovernig Károly, ifj. Klug Nándor, Kollarits Jenő, Körmöczy Emil, Loránd (Loewy) Leó, Marikovszky György, Navratil Iure, Politzer Alfréd, Ráskai Dezső, Schaffer Károly, Schatz Róbert, Sellei József, Sugár K. Márton, Tauszk Ferencz, Thanoffer Lajos, Temesváry Rezső, Tihanyi Mór, Vas Bernát, Wenhardt János.

Összefoglaló szemle.

	Oldal
Chudovszky Móricz: A esontörések és a ficzomodások kór- és gyógytanának haladása 10, 23,	43
Friedrich Vilmos: Orvosi haladás az 1900. évben az ipari megbetegedés terén 320, 337, 353, 370, 388,	401
Gebhardt Ferencz: Az utóbbi években forgalomba hozott lázellenes orvosságokról 651, 667, 684,	700
Háger Péter: Újabb elvek a gyomor hyper- és hypoaciditás, valmint az ulcus és dilatatio ventriculi terapiájában	475
Holzwarth Jenő: A művétagok 181, 201,	218
Hüttl Hümér: Az újabb vegyi desinfectiensek 509, 524, 540, 557, 572,	588

	Oldal
Kollarits Jenő: A verőér obliteratióból származó időszakos sántításról	414
Kuthy Dezső: A vizzel gyógyítás köréből Marikovszky György: A kéz desinfectiojáról	272
Novotny Lajos: A hólyagbetegségekről 747, 762, 778,	793
Ostermayer Miklós: A sérvsebészet az utolsó években 715,	729
Pollatschek Elemér: Az orr melléküregeinek megbetegedése	143
Ráskai Dezső: A gonorrhoeás általános fertőzés kérdése 58, 74, 91, 110,	126
Scholtz János: A traumás neurosisról	634
Sellei József: A syphilis gyógytanának haladása	236, 253

	Oldal
Sellei József: A dermatologia haladása 1900-ban	603, 620
Steiner Pál: A carcinoma-pathogenesis kérdésének jelen állása 429,	443
Szabó József: Összefüggés a fogak bántalmái és a hyperplastikus nyaki lymphomák között	306
Tomka Samu: A középfülgyenedések koponyatüregi szövödményei	492
Torday Árpád: A malariatheoria jelenlegi állása 810, 828,	845
Weisz Ede: Újabb mozzanatok a köszvény tanában	290
Zirkelbach Antal: Mily értékkel bír a gelatine-injectio az aneurysmák gyógykezelésénél?	162

Lapszemle.

- I. Általános kór- és gyógytan — 40 közlés.
- II. Gyógyászat és méregtan — 40 közlés.
- III. Élet- és kórvegytan — 7 közlés.
- IV. Belgyógyászat — 105 közlés.
- V. Sebészet — 41 közlés.
- VI. Szülészeti és nőgyógyászat — 65 közlés.
- VII. Szemészet — 51 közlés.
- VIII. Gyermekgyógyászat — 33 közlés.
- IX. Bőrkórtan — 69 közlés.
- X. Venereás betegségek — 26 közlés.
- XI. Húgyászati betegségek — 38 közlés.
- XII. Orr-, torok- és gégebetegségek — 39 közlés.
- XIII. Fülgyógyászat — 16 közlés.

- XIV. Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra — 129 közlés.
- E rovatokat a szerkesztőségén kívül a következő urak gyarapították közlésekkel: Adler Oszkár, Balassa Tivadar, Balázs Béla, Barlay János, Bálint Rezső, Dalmady Zoltán, Deutsch Ernő, Doctor Károly, Doktor Sándor, Egressy Lajos, Faludi Géza, Farkas Ignác, Fejér Gyula, Fekete Sámuel, Fülöp Ferencz, Gabler Lajos, Gerő Leó, Glücksthal Andor, Grósz Emil, Holzwarth Jenő, Hönig Izsó, Kádár Andor, Kelemen Géza, Kern Géza, Kerntler Jenő, ifj. Klug Nándor,

- Kollarits Jenő, Kövesi Géza, Kuzmán Oszkár, Láng Sándor, Leitner Vilmos, Linsbauer Rezső, Loránd (Loewy) Leó, Marikovszky György, Nagy Pál, Neumann Szigfried, Nékám Lajos, Ónodi Adolf, Perényi Vilmos, Posthy István, Picker Rezső, Pollatschek Elemér, Poór Ferencz, Pólya Jenő, Preisich Kornél, Ráskai Dezső, Remenár Elek, Scholtz János, Schütz Aladár, Sellei József, Strausz Aladár, Surányi Miklós, Szabó János, Szántó Manó, Szász Hugó, Szili Jenő, Tausz Béla, Temesváry Rezső, Torday Árpád, Torday Ferencz, Tóth Gyula, Tótvölgyi Elemér, Wenhardt János.

Folyóiratok átnézete.

Ezen minden számban található rovat a hazai és külföldi jelesebb orvosi lapok és folyóiratok eredeti közleményeinek címét tartalmazza.

HETI SZEMLE ÉS VEGYESEK.

	Oldal
A Semmelweis-émlék ügye	48
A budapest-józsefvárosi orvostársaság megalakulása	48
A képviselőház közegészségügyi vitája	78
A budapesti orvostanhallgatók segélyező-és önképző-egyesülete 131,	404
Tóth Lajos kitüntetése	149
Felhívás idősb Bókai János emléksobrá érdekében	149
Meghívó az országos balneológiai egye-	

	Oldal
sület közgyűlése és a XI. magyar balneológiai congressusra	165
Pettenkofer felbontása	166
Meghívó a magyar orvosi könyvkiadó-társulat évi közgyűlésére	186
A budapesti orvosok szövetségének állásfoglalása a magyar tisztviselők betegsegítő-egyesülete ellen 186, 203,	374
Az országos közegészségügyi tanács működése 1900-ban	203

	Oldal
A budapesti orvosi club megalakulása	203
VII. szünidei orvosi cursus 203, 309, 432, 699	699
Az orvostanhallgatók száma Franciaországban	258
Budapest székes fővárosi közpökházainak fejlődése	294
Korányi Frigyes-alap a tüdővész gyógyítására vonatkozó tudományos munkálatok díjazására	324
Orvosi congressusok 1901-ben	324

	Oldal
Egyetemi diszülés 1901. május 13-án ...	341
A budapesti egyetem orvosi karának pályakérdései az 1901—1902. tanévre	358
Budapest kórházainak zárószámadása ...	373
A budapesti orvos-klub választó közgyűlése ...	374
Schordann tetemeinek új sirba tétele ...	374
Az országos orvos-szövetség rendkívüli congressusa ...	390
A Stefánia-szegénygyermekórház-egylet évi közgyűlése ...	404
A budapesti poliklinikai egyesület évi közgyűlése ...	418
Réczey tanár 1000. sérvoperatioja ...	418
Bókay János nyilvános rendkívüli tanárrá kinevezetése ...	418
Meghívó a magyar orvosok és természetvizsgálók XXXI. vándorgyűlésére ...	431
A központi egészségügyi szolgálat új beosztása a belügyminisiteriumban ...	447
Pestis-hírek ...	447, 462, 608, 639

	Oldal
A Bródy Adél gyermekórház évi kimutatása ...	512
Koch előadása a londoni tuberculosis-congressuson ...	528, 544
Ministeri rendelet a váltóláz okának tanulmányozására ...	544
A Nobel-díj odaitélése ...	592, 832
A németországi új orvosszigorlati rend ...	608
A porosz körorvosok fizetésrendezése ...	608
A budapesti kir. magyar tudomány-egyletem megyütő ülése ...	624
Uj halandósági táblázat ...	670
Ádományok a Virchow-alapra ...	687
A magyarországi ásványvizek külforgalma ...	687
A tereztvárosi orvostársaság megalakulása ...	703
A budapesti VII. kerületi orvostársaság választó közgyűlése ...	718
Magyar honosok orvosdoktorrá felavatása az osztrák egyetemeken ...	734

	Oldal
Az orvostanhallgatók számának esőkkénése Ausztriában ...	734
Negyven év előtt beiratkozott orvostanhallgatók találkozója ...	750
A hamburgi tudományos intézetek egyesítése ...	750
A biztosító társaságok orvosszakértőinek nemzetközi szövetsége ...	765
A vallás- és közoktatási-ügyi ministerium költségvetése az 1902. évre ...	780
Berthelot jubileuma ...	781
Az országos közegészségi egyesület jutalmai ...	781
Alföldi tüdővészések sanatoriuma ...	781
Közegészségügyi intézkedések francia vasutakon ...	814

Ezekon kívül mindegyik számban a székesfővárosi statisztikai hivatal heti kimutatása a főváros egészségéről, továbbá rövidebb hírek.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

	Oldal
Magyar tudományos akadémia 63, 132, 204, 295, 419, 766, 833	833
Budapesti királyi orvosegyesület 49, 63, 79, 96, 115, 132, 150, 167, 187, 204, 223, 243, 277, 295, 310, 325, 342, 359, 375, 419, 688, 704, 719, 735, 751, 767, 782, 798, 815, 833	833
Budapesti királyi orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya 13, 31, 49, 64, 80, 117, 260, 280, 449, 464, 481, 671	671
Budapesti királyi orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztálya 689, 705, 721, 850	850
Közkórházi orvostársulat 13, 80, 116, 134, 151, 171, 226, 259, 279, 328, 343, 376, 391, 405, 433, 688, 720, 751, 768, 784, 800, 818, 834, 849	849
Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete 207, 406, 434, 448, 463, 481, 496	496

	Oldal
Stomatologusok országos egyesületének V. köz- és nagygyűlése ...	655
A magyar szent korona balneologiai egyesülete ...	225
XI. magyar balneologiai congressus ...	244
Magyar orvosi könyvkiadó-társulat ...	241
Budapesti orvosok szövetsége ...	81, 374
Országos Orvos-Szövetség congressusa ...	655
Királyi magyar természettudományi társulat ...	65
Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természettudományi egyesület 457, 513, 529, 545, 609, 625, 641, 657, 673, 689	689
Szegedi orvosegyesület ...	263, 282, 610
Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXI. vándorgyűlése ...	577, 593
Orvostanhallgatók segélyező és önképző egyesülete ...	189, 262

	Oldal
XXX. berlini sebészcongressus ...	640
A német természettudósok és orvosok 73. gyűlése ...	656, 672
Német orvos- és természettudomány-történelmi társulat ...	737
Németországi otologusok gyűlése Boroszlóban ...	441
Londoni tuberculosis congressus ...	560
IV. olasz gyermekgyógyászati congressus Gy. ...	44
Nemzetközi társulás a venereás betegségek prophylaxisa érdekében ...	153
Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből 16, 66, 82, 100, 118, 136, 153, 172, 209, 227, 245, 296, 323, 344, 378, 450, 466, 562, 753, 768	768

TÁRGYMUTATÓ.

	Oldal
Aceton-kimutató értéke ...	238
Aceton-kiválasztás ...	238
Acetopyrin ...	26, 607, 847
Acetylen-fény bőrbajoknál ...	28
Achillesin-reflex ...	636
Achorion Schönleini ...	77
Acne keloidenne és seborrhoea circinnata ...	721
Acne keratosa ...	702
Acoin ...	293, Sz. 29
Acopyrin ...	293
Actinomyces ...	327
Actinomyces abdominalis műtett esete ...	719
Actinomyces cutis ...	130
Actinomyces cutis gyógyítása ...	77
Actinomyces gyógyítása ...	685
Adams-Stokes-féle betegség ...	224, 510
Addison-kór esetei ...	719
Addison-kór gyógyítása ...	389
Adenoid vegetatiók a csecsemőkörben 385, 400, 413, Gy. ...	17
Aethernarcosis ...	607
Aethylchlorid-narcosis ...	746
Agglutinálás ...	355
Agrammatismus infantilis ...	Gy. 23
Agy göczmegetegedése ...	325
Agyban keringési zavarok a vena jugularis interna lektése után ...	477
Agybetegségek prognosisa a gyermekkorban ...	172
Agyecysták, falnélküliek ...	566
Agydaganat ...	210
Agyhártyalob — l. meningitis.	
Agy homloklebenyének betegségeinél a jellem elváltozása ...	605

	Oldal
Agyszerülést okozta motorius és sensibilis hemiplegia ...	751
Airol „Roche“ ...	813
Airol-pasta, Bruns-féle ...	275
Akadémia, magyar tudományos 63, 132, 204, 295, 419, 766, 833	833
Albargin ...	461
Albuminuria, hasmenés és székrekedéses ...	51
Alkohol befolyása a fertőző betegségek lefolyására ...	494
Alkohol fertőtlenítő értéke ...	45
Alkoholismus és babona ...	649
Alopecia ...	702
Alopecia gyógyítása ...	94, 798
Alopecia thalliumacetat használatát után ...	606
Alsózápfékelyek gyógyítása ...	372, 527, 831
Amyloform ...	B. 16
Anaemia gyógyítása ...	340
Anaemia pernicioza gyógyítása ...	329, 450
Anaesthesia medullaris ...	378
Anaesthesia medullaris a szülészetben ...	136
Aneurysma aortae ...	328
Aneurysma aortae 15 éves fiúnál ...	116
Aneurysma aortae viszonya a syphilishez ...	28
Aneurysma carotidis communis kiirtása ...	310
Aneurysma carotidis interna ...	343
Aneurysma venosum cubiti műtett esete ...	187
Aneurysmák kezelése gelatina-befeekendésekkel ...	45, 162
Angina — t. toroklob.	
Angioma cavernosum colli congenitum Gy. ...	15
Angolkór — l. rachitis.	
Anosmia kórtana ...	132
Anticloros ...	130

	Oldal
Antimellin ...	153
Antitussin ...	202
Anuria, paradox ...	340
Antipyrin-salol-keverék mint haemostyp-ticum ...	702
Aorta-aneurysma ...	328
Aorta-aneurysma 15 éves fiúnál ...	116
Aorta-aneurysma viszonya a syphilishez ...	28
Aorta-aneurysmák kezelése gelatina bőr alá fecskendezéssel ...	45
Aorta-insufficienciánál lüktetési tünetek a száj- és garatüregben ...	113
Aorta-repedés esete ...	226
Apepsia gastricanálanyageserevizsgálatok ...	112
Aplasia uteri et vaginae ...	50
Appendicitis aetiologiájában a nematodok szerepe ...	344
Appendicitis lágyéksérvben ...	152
Aqua magnesia offervescens ...	164
Arcus senilis kórtana ...	Sz. 29
Arczplastica ...	80
Argentum colloidalis — l. collargol.	
Argyria ...	835
Arsen mellékhatása ...	717
Arthritis urica — l. köszvény.	
Aspirin ...	76, 164, 185, 668, 494
Asterol ...	494
Astigmatismus fundi ...	295
Athetosis ...	60
Atresia vaginae congenita ...	610
Atresia vaginae műtett esete ...	50
Atropin-mérgezés ...	179
Auscultatiós percussio ...	817
Autointoxicatio tanának mai állása K. ...	9

	Oldal
Állkapocs ankylosis	205, 513
Állkapocs-resectio	752
Bacillol	164
Bacteriumok elnyeletése a nyirokmirigyek által	145
Bacteriumok sterilizált tejben	27
Bacteriumok életképesége kis cseppekben és porzsemcsékben	717
Bacteriumok tenyésztése rovarokban	669
Bacteriumos mérgezéséknél konyhasós infusiók	582, 748
Balanitis gyógyítása	403
Balneologiai congressus, XI. magyar	244
Balneologiai egyesület	225
Basalioma adenoides cysticum B.	27
Basedow-kór gyógyítása	164
Basedow-kór sebészeti kezelése	323
Basedow-kórban súlyos bőrelváltozás B.	39
Basedow-kórban nyúltvelő-sérülés	636
Basicin	772, 789, 808
Batizfalvy-sanatorium évi jelentése	335
+ Báthory István	23
Berlini levelek	6, 125, 142, 161
Berthelot jubileuma	781
Beszédhibában szenvedő tanulók Magyarországon	330, 347
Bezold-féle folytatólagos hangsor	204
Bezold-féle mastoiditis	224
Béi antiperistaltikája	389
Bélátfúródás ritka esete	226
Bél — colon — veleszületett tágulása Gy.	46
Bélelzáródás, epekő által okozott	562
Bélelzáródás, cryptorchismus által okozott	850
Bélelzáródás gyógyítása	653
Bélgümőkórban hasmetszés	833
Bélinearceratio, belső	798
Bélkő esete	725
Bélrák műteti esete	134
Bélresectio 133, 134, 279, 310, 405, 689,	818
Bélsár bacteriumai	717
Bélsársipoly esete	498
Bélsyphilis, szerzett	295
Bélvérzés gyógyítása gelatina bőr alá fecskendezésével	220
Biharmegyei orvos-gyógyszerész és természetudományi egyesület 497, 513, 529, 545, 609, 625, 641, 657, 673,	689
Bismutose	558
Bordamyeloma	153
Bottini-műtét	139, 159, 307
Bókai János emlékszóbra	149
Bókay János tanári kinevezése	418
Bőr actinomycosisa	130
Börre hatása a Röntgen-sugaraknak B.	53
Bőratrophia, idiopathiás	405, 433
Bőrártífetés	498
Bőrbajok, fo. malin által okozottak	702
Bőrbajok gyógyítása 28, 112, 164, 732, B. 15, B.	50
Bőrbajok gyógyítása Röntgen-fénnyel és Finsen módszere szerint	821, 839
Bőrbajok himlőellenes védőoltás után	372
Bőrbajok, seborrhoeán alapuló B.	22
Bőrbajok syphilisben szenvedőknél	732
Bőrelváltozás Basedow-kórban B.	39
Bőrgyógyászat haladása 1900-ban	603, 620
Bőrhypervalgésiák szivbajoknál	115
Bőrkiütés kakodylsavas natrium befecskendezése után	705
Bőrkiütések chinin belső használata után	702
Bőrkórtani anyag Budapesten B.	1
Bőrkórtani intézet — budapesti egyetemi — betegforgalma az 1899. és 1900. évben B.	37
Bőrkórtani klinika működése 1898-ban B.	3
Bőrlob nephritis interstitialis chronicánál	340
Bőr-lymphangioma B.	9
Bőrrák gyógyítása	239
Bőrsarcoma és kezelése	135, 831
Bőrszínű kenőcsök és paszták	184
Bradycardia	82
Bradycardia a gyermekágyban	80
Bromipin	27, 257
Bronchectasiák gyógyítása	831
Bronchopneumonia, penicillium glaucum okozta	605
Bródy Adél-gyermekkorház évi kimutatása	512
Bubók gyakorisága	147
Budapest közpórházainak fejlődése	294

	Oldal
Budapest kórházainak zárószámadása	373
Budapesti egyetem díszülése	341
Budapesti egyetem megnyitó ülése	624
Budapesti királyi orvosegyesület 49, 63, 79, 96, 115, 132, 150, 167, 187, 204, 223, 243, 277, 295, 310, 325, 342, 359, 375, 419, 688, 704, 719, 735, 751, 767, 782, 798, 815, 833	830
Budapesti királyi orvosegyesület dermatologiai szakosztálya 689, 705, 721,	850
Budapesti királyi orvosegyesület gynaecologikus szakosztálya 13, 31, 49, 54, 80, 117, 260, 280, 449, 464, 481,	671
Budapesti orvosklub	203, 374
Budapesti orvosi kar új pályakérdései	358
Budapesti orvosi szövetsége	81, 374
Budapesti orvosok szövetségének állásfoglalása a magyar tisztviselők betegsegítő egyesülete ellen	186, 203, 374
Budapesti poliklinika-egyesület évi közgyűlése	418
Budapesti szabad egyetem alapszabályai	428
Bulbus venae jugularis primae infectiosus thrombosisa	595, 617
Bunsen emlékezete	234, 252, 270
Calcium forgalma növényevő állatokban	204
Carbolmérgezés kezelése	669
Carcinoma a hallószerven	783
Carcinoma és tuberculosis egy méhben	465
Carcinoma gyógyítása	61, 209, 591, 701
Carcinoma köríméje véres pleuritisekben és peritonitisekben	339
Carcinoma kóroktana	147, 429, 443
Carcinoma laryngis	372, 448
Carcinoma mammae, szokatlan alakú	46
Carcinoma mammae-nél castratio	329
Carcinoma tracheae	497
Carcinoma uteri	261
Carcinoma uteri műteti kezelésének eredményei	61
Carcinoma ventriculi műtéve	753
Carcinoma vesicae	275
Caries sicca gyermekok vállizületében	205
Carotis communis aneurysmájának kiirtása	310
Carotis interna aneurysmája	343
Cataracta — I. hályog	172
Catgut sterilizálása	291
Chinum eosolicum	26
Chloroform hatása	766
Chloroform-narcosis befolyása a méh tevékenységére	238
Chloroform-narcosis elkerülése	763
Chloroform-narcosis módosítása	296
Chlorosis gyógyítása	130, 238, 308
Cholelithiasis — I. epekőbetegség	224
Cholesteatoma gyökere műtete	224
Chondrodystrophia foetalis Gy.	31
Chorea Sydenhami	45
Chorea gyógyítása	543, 652, 733
Chorioidea kryptosarcomája	720
Chorioidea sarcomája	434
Coffein hatása a látótérre Sz.	10
Colibacillosis urogenitalis	461
Collargol	183, 417
Coloboma nervi optici Sz.	37
Colostomia	76
Conjunctiva diphtheriás megbetegedései Gy.	31
Conjunctiva lupusa	405
Cornea áthatoló sérülésének ritka esete Sz.	29
Cornea-baj, nitronaphthalin által okozott Sz.	19
Cornea glaucomás eredetű borúsága Sz.	9
Cornealis foltok tisztítása dioninnal Sz.	55
Coxa vara	739, 758, 775, 790
Creosotal	77, 221, 275, 389, 638, 764
Cretinismus thyreoidea kezelése Gy.	23
Croupnál tracheotomia	546
Croupot komplikáló tüdőlobok	735
Crystallose	356
Capragol Sz.	5
Cysta, multilocularis	530
Cystadenoma papillare ovarii	497
Cysticereus a szemüregben	434
Cystoma papilliferum ovariorum	32
Cystoma multiloculare papilliferum ovarii intraligamentosum	32
Cystitis — I. húgyhólyaglob	32

	Oldal
Czombtörés — súlyos — conservative meggyógyított esete	80
Czukorpróba, új	172
Császármetszés — második — szűk medenczés nőn	79
Császármetszés, önkézzel végzett	478
Császármetszés, vaginalis	511
Csecsnyújtvány-empyema műtéve 135, 208,	375
Csecsnyújtványtályog szövődő fültömirigy-tályoggal	501, 519
Csecsemő táplálása	799, 815
Csecsemők táplálása Pfund-féle táplálékkal Gy.	22
Csecsemők táplálása tiszta tehéntejjel Gy.	22
Csecsemőkori adenoid vegetatiók 385, 400, 413, Gy.	17
Csigolya-feszamodás	220
Csipőizület veleszületett ficzama	328
Csipőizületi ficzama (idült) véres repositiója	146
Csipőizületi zsugorodás műtéve	310
C-ontképlő műtétek alszár- és czomb- esonkításnál	101
Csontképződés a szivárványhártya mögött	378
Csontsarcoma esete	688
Csonttörés — irreponibilis — műteti kezelése	477
Csonttörés — nyílt — kezelése	355
Csonttörések kör- és gyógytanának haladása	10, 25, 43
Csontvezetés	356
Csúz — heveny izületi — bacteriologiája	146
Daeryocystitis congenita Sz.	19
Darányi János szobra	699
Darier-féle betegség	360, 800
Decubitus megelőzése	430
Dermatitis exfoliativa universalis psoriasis kapesán	135
Dermatitis gangraenosa	221
Dermoid cysta a nagy csepleszen	260
Dermoidcysta részleteket kiköthető esemő	735
Dermoid tömlő és terhesség	449
Dextrocardia	134
Diabetes mellitus gyógyítása 183, 220, 356,	527
Diabetes mellitus 11 hónapos gyermeknél	513
Diabetikusok czukorkiválasztására gyakorolt befolyása egyes fehérjetesteknek	27
Diabetikusok számára való kenyerek	830
Diazo-reactio értéke	312, 332
Diazo-reactio diphtheriánál Gy.	5
Dionin	257, 600, 637, Sz. 55
Diphtheria ellenes védőoltás beteg gyermekeken Gy.	13
Diphtheria sebekben	812
Diphtheria serumkezelése	93
Diphtheriánál a diazorreactio diagnostikai értéke Gy.	30
Diphtheriánál leukocytosis Gy.	5
Diphtheriás conjunctiva-megbetegedés Gy.	31
Dobhártya érzéketlenítése	29
Dormiol	60, 111, 303, 558, 847
Ducrey-bacillus tenyésztése	66
Duotal	275, 389
Duodenal stenosis sebészeti kezelése	830
Dymal	389
Dysenteria-bacillus	112
Echondroma a kannaporczokon	542
Echinococcus a medenczésben 34, 563,	584
Echinococcus és terhesség	450
Echinococcus hepatitis új kezelésmódja	184
Echinococcus pleurae	817
Echinococcus renis műteti esete	205
Echinococcus-tömlők, májbéliek, infectioi és elgenyedése	2, 20, 40, 51, 71
Echinococcus-tömlők tartalmának toxikus hatása	66
Eclampsia	65, 574, 812
Ectokelostomia	355
Eczema gyógyítása	28, 147, 239, 301, 623
Egészségügyi szolgálat — központi — új beosztása a belügyministeriumban	447
Egger-féle hypophosphit-szörp	653
Elektrotherm-gyógyítás	511
Elhízás kör- és gyógytana 243, 362, 381,	395
Elme- és idegkórtani ambulancia — budapesti egyetemi — évi kimutatása 105,	124

	Oldal		Oldal
Elmekörtani casuistika, törvényszéki ...	233	Franzensbadban a női betegségek gyógykezelése 251, 270, 319, 336, 352, 387	
Emlőrák, szokatlan ...	46	Fül- és gégeorvosok egyesülete 207, 406, 434, 448, 463, 481, 496	
Emlőráknál castratio ...	329	Fülbajok, genyedők, műtévése ...	610
Encephalopathia infantilis ...	115, 300	Fülgenyedések koponyai régi szövödményei ...	492
Enteroptosis ...	224, 349	Fülgyógyászatban újabb eljárások ...	483, 502
Enteroptosis sebészi kezelése ...	129	Fül — középső — gümőkórja polypusképződéssel ...	202
Enuresis nocturna gyógyítása ...	47, 164	Füllob megelőzése kanyaró után ...	Gy. 31
Epekőbetegség ...	610	Fülörvosok gyűlése Boroszlóban ...	441
Epekőbetegség gyógyítása ...	27, 154	Fülrák ...	783
Epekő okozta bélelzáródás ...	562	Fülsclerosis sebészi kezelése ...	202
Epekimutatás a vizeletben ...	323	Fültömkeleg nem acustikai működése ...	27
Epeláz, intermittáló ...	113	Fülvérzés haemophiliánál ...	155
Epesavak kimutatása ...	16	Füldök nemzetgazdasági szempontból ...	244
Epicarín ...	112, 780, B. 46	Füldök — hazaiak — látogatottsága ...	245
Epididymitis gyógyítása ...	221, 831	Füldögny hazánkban és külföldön ...	244
Epilepsia gyógyítása ...	257, 310	Fűző gyakorolta nyomás nagysága ...	238
Epilepsia diatésis gyógyítása ...	830, K. 17	Galandféreg-hajtószer okozta látóidegsorvadás ...	Sz. 8
Epilepsia sebészeti kezelése ...	779	Gallicin ...	134
Epilepsia (Jackson-féle), lueses eredetű ...	133	Ganglion acusticum bonczani viszonyai ...	763
Epilepsiánál a hőmérséknek rohamokban alászállása ...	256	Garatsyphilis ...	344
Epilepsiánál sótalan táplálék ...	590	Gasser-dűz kiirtása ...	238
Epilepsiás rohamok alatt a térdtünet viselkedése ...	534	Gastro-enterostomia ...	150, 434
Epithelioma adenoides cysticum ...	433	Gastrospasmus chronicus ...	445
Epithelioma gyógyítása ...	97, 329, B. 52	Gastrostomia ...	405
Epithelioma multiplex lupus erythematosuson ...	221	Gátvédelem új módja ...	307
Erysipelas gyógyítása ...	130, 147, 148	Gärtner-eső méhnyaki mirigyfüggelékének adenomás túltengése ...	27
Erythema induratum viszonya a gümőkórhoz ...	416	Gelatina bőr alá fecskendezése 45, 162, 717, 847	
Erythema nodosum contagiositas ...	Gy. 43	Gerincesatornába fecskendezett cocain fájdalomcsillapító hatása ...	322
Erythema scarlatiniforme desquammativum ...	581	Gerincezvelődagana, műtett esete ...	227, 830
Eugallol ...	B. 50	Gerincezvelőglioma, multiplex ...	Gy. 45
Eumenol ...	637	Gerincezvelőlob — l. myelitis ...	514
Euphthalmín ...	Sz. 9, Sz. 29	Gerincezvelősérülés ...	514
Eupyrin ...	11, 772, 789, 808	Gerincezvelősorvadás — l. tabes ...	77
Europhen ...	783	Gerincezvelő syphilise üregek képződésével ...	77
Exophthalmus pulsans ...	Sz. 38	Gége- és fülörvosok egyesülete 207, 406, 434, 448, 463, 481, 496	
Exostosis cartilaginea multiplex ...	Gy. 29	Gége- és légcsőszűkület gyógyítása Thiersch-féle bőrlebens beültetésével ...	Gy. 1
Extractum chinae Nanning ...	430	Gége- és légcsőszűkület peritrachealis tályog áttörése folytán ...	Gy. 15
Extraduralis befeckendések ...	605	Gége vizsgálata radioscopiával ...	542
Égett sebek gyógyítása ...	154, 202, 665	Gégehez viszonya a nervus accessoriusnak ...	132
Énekhang és énekművészet physiologiája 746, 777, 792, 808, 826, 843		Gégebajok influenza után ...	606
Érzéstelenítés — l. anaesthesia ...	688	Gégebeidegzés ...	482
Favus ...	136, 688	Gégecroupot komplikáló tüdőlobok ...	735
Favus gyógyítása ...	147	Gégecroupnál tracheotomia ...	546
Favus Magyarországon ...	230	Gégedaganatok eltávolítására új műszer ...	185
Fersan ...	11, 94, 389, 494, 717, 780	Gégegümőkór ...	155, 177, 196, 463, 606
Fertőtlenítés elmélete ...	45	Gégegümőkór gyógykezelése 372, 436, 454, 471, 487	
Fertőtlenítése a kéznek ...	272	Gégehűtés exsudatum pericardiacum folytán ...	482
Fertőtlenítő szerek, újabb vegyiek 509, 524, 540, 557, 572, 588		Gégehűtés strumectomia után ...	406
Fertőzések bonczolásoknál ...	238	Gégeizmok beidegzése ...	372
Fertőző betegségek gyógyítása konyhasóoldatbefecskendésekkel ...	582, 748	Gégelob, heveny fertőző submucosus 264, 463	
Fertőző betegségek gyógyítása nucleas-immunproteidokkal ...	526	Gége-myxoma ...	497
Fertőző betegségek lefolyására az alkohol befolyása ...	494	Gégepachydermia kezelése ...	29
Fertőző betegségek terjedésének megakadályozása „box”-rendszerrel ...	Gy. 12	Gégerák ...	372, 448
Fertőző betegségek utóbajai ...	291	Gégerák miatt végzett teljes gégekiirtás ...	49
Fizamodások kör- és gyógytanának haladása ...	10, 25, 43	Gégescleroma ...	207, 418
Fibroma a koponyaalapon ...	107	Gégescleroma gyógyítása intubatioval ...	482
Fibroma uteri ...	34, 206	Gégesyphilis ...	448
Fibroma uteri és terhesség ...	33, 64	Gégeszűkület ...	434, 482
Fibromyoma corporis uteri intraligamentosum ...	32	Gégeszűkület műtévése ...	188, 406, 496
Fibrosarcoma mesenterii esete ...	205	Gégeizomok elhomályosodásának megakadályozása ...	181
Fibrosarcoma myxomatousum ...	466	Gégetükör, sterilizálható új ...	764
Fibrosarcoma vulvae ...	627	Glaucoma absolutum ellen neurectomia optociliaris ...	Sz. 40
Finsen-féle fénytherapia ...	821, 839	Glaucoma, euphthalmín által okozott Sz. 29	
Fluor-epidermín ...	164	Glaucoma gyógyítása a legfelsőbb nyaki sympathicus-dűz kiirtásával ...	Sz. 41
Fluoriform ...	130	Glaucoma juvenile ...	Sz. 17
† Fodor József ...	198	Glaucoma — másodlagos — bonczana Sz. 9	
Foetalis inclusio a colon ascendensben ...	172	Glaucoma simplex érdekes esetei ...	Sz. 10
Fogbajok összefüggése hyperplastikus nyaki lymphomákkal ...	306	Glaucómánál a látóidegfő állapota ...	Sz. 46
Fogcaries gyógykezelése ...	175, 313	Glaucomás eredetű szaruhártya-borúság ...	Sz. 9
Fog fejlődési rendellenessége ...	283	Glaucomás szemekben a látóidegfő állapota ...	Sz. 32
Fogzás, nehéz ...	113, 535, 551		
Fogó, magas ...	31, 65, 449, 514		
Fogó műtétek a magánygyakorlatban ...	574		
Folliculite décalvante Quinquaud ...	B. 40		
Formalin és készítményei a dermatoterapiában ...	B. 15		
		Glioma és pseudoglioma differentialis diagnosis ...	Sz. 59
		Glycogen mint antisepticum ...	275
		Glycosolvol ...	275
		Glycosuria és vesék közötti viszony ...	93
		Golgi-módszer módosítása ...	322
		Golyva — l. struma ...	
		Gonococcusok elhelyezkedése a kankós váladékban ...	61
		Gonorrhoeafoszlányok viselkedése a vizeletben ...	94
		Gonorrhoea gyógyult voltának kriteriuma ...	239
		Gonorrhoea (idült) és impotentia ...	256
		Gonorrhoea kezelése 61, 129, 257, 461, 542, 732	
		Gonorrhoea — női — gyógyítása ...	B. 57
		Gonorrhoea okozta izommegbetegedések ...	93
		Gonorrhoea prophylaxisa ...	609
		Gonorrhoea serotherapiája ...	308
		Gonorrhoea szövödményei és sebészi jelentőségük ...	28
		Gonorrhoea után pyelitis ...	850
		Gonorrhoeánál öblítésekkel összekötött tágitások ...	46
		Gonorrhoeás általános fertőzés 58, 74, 91, 110, 126	
		Gonorrhoeás izületbaj összefüggése traumával ...	239
		Gonorrhoeás izületlob gyógyítása ...	239
		Gonorrhoeás izületlob és kúteg ...	61
		Gonorrhoeás végbélob ...	46
		Göresök, foglalkozásiak ...	636
		Göresös sirás és nevetés ...	847
		Grawitz-féle hypernephroma műtett esete ...	259
		Guacamphol ...	164
		Gümőkór — l. tuberculosis ...	
		Gyermekágy — l. puerperium ...	
		Gyermekek túlságos vagy hiányos táplálkozottságának okai ...	628, 647
		Gyermekgyógyászati congres-us, 4. olasz Gy. 44	
		Gyermekmenhelyekről törvényjavaslat ...	91
		Gyomor, homokóra alakú ...	187
		Gyomor hyper- és hypoaciditas gyógyítása ...	475
		Gyomorban hyperchlorhydria esecsemők-nél ...	Gy. 12
		Gyomor mozgató működésének megállapítása jodipinnel ...	461
		Gyomor sósavválasztásának vizsgálata ...	128
		Gyomor teljes kiirtása ...	150, 172
		Gyomoratonía ...	802
		Gyomorbajok gyógyítása ...	164
		Gyomorbajoknál zsír használata ...	60
		Gyomorbajoktól származó tetania ...	256
		Gyomoremésztésre a saccharin káros hatása ...	339
		Gyomorfelekély gyógyítása ...	475
		Gyomorlocogás klinikai jelentősége ...	421
		Gyomornedvelválasztás, folytonos 206, 247, 266, 284	
		Gyomornedvelválasztásra a rágás befolyása ...	590
		Gyomornedvelválasztásra az izzadás befolyása ...	183
		Gyomor pangás megakadályozása ...	113
		Gyomorrák gyógyítása ...	416
		Gyomorrák kora felismerése ...	461
		Gyomorrák műtévése ...	753
		Gyomorresectio Doyen szerint ...	150
		Gyomortágulat gyógyítása ...	475
		Gyomortáji bordaközi phonatiós jelenségek ...	213
		Haematosalpinx ...	445
		Haemoglobinuria viszonya a vesékhez ...	707
		Haemorrhoidalis csomók kezelése ...	29, 606
		Hallás, biauricularis ...	527
		Hallási gyakorlatok süketnémánál 366, 384, 398, 438, 448, 463, 496	
		Hallóideg megbetegedése nicotin-mérgezés folytán ...	751
		Hallószervzen mikrofonos vizsgálatok ...	356
		Hang localisatiója ...	527
		Hangok, intermittensek ...	543
		Hangok, subjectiv combinatiósak ...	574
		Hangrés alatt beékelte necrotikus csont ...	325, 786
		Hangszalagok hulláallása ...	275
		Hasürben compresse hét éven át ...	16
		Hasban felejtett gazetörő bevándorlása a bélbe ...	113

Hashártyalob — 1. peritonitis.	
Hasmassage	749
Hasmetszés utáni hassérvek elkerülése és kezelése	606
Havi vérzés zavarainak kezelése	130, 543, 622
Haycraft-reactio epesavak kimutatására	16
Hályog, fiatalkori, operálása	Sz. 11
Hályog — öregkori — spontan meggyógyulása	Sz. 31
Hályogképződés malaria következtében	Sz. 40
Hályogkivonásra szolgáló új cornealis metszés	Sz. 20
Hályogoperálások Indiában	Sz. 52
Hedonal	60, 323, 389, 614, 668
Heregümőkór műtéve	732
Heregümőkór ritka képe	171
Heroin	220, 256, 293, 589, 702, 800, 813
Herpes meningiticus	239
Herpes progeneralis gyógyítása	403
Herpes zooster aetiologiája	130
Herpes zooster gangraenosus hystericus Kaposi	97
Herpes zooster gyógyítása	94
Hetol	323, 685
Heyden-féle tápanyag	183
Higany-dyspepsia megszüntetése	257
Higany fellépésének ideje a szájnyálban	637
Higany felszívódása a bedörzsölési módnál	372
Higanysó-befecskendések veszélyessége	164
Highmor-empyema, influenzás eredésű	184
Highmor-empyemák kezelése	29
Highmor-íreg sajtos bennéke	275
Highmor-írben solitaer cysta	207
Himlő kóroktana	220
Himlő ellen való védőoltás rövid tartama	164
Himlő elleni oltás terheseknél, gyermekágyasoknál és újszülötteknél	466, 847
Himlőellenes védőoltás után bőrbajok	372
Holocain a szemészetben	Sz. 21
Homloköböl-empyema	463, 767
Homloköböl rendellenessége	511
Honthin	60, Gy. 12
Hőmérsékre befolyása a végbélirrigationak	830
Húgy acet-cetzetsavtartalmának kimutatása	238, 604
Húgyaciditás meghatározása elektrometrikus úton	298, 315
Húgyfagy pont meghatározása ideges poliuriánál	653
Húgyban az epe kimutatása	323
Húgyban typhus-bacillusok	183
Húgy kék színe	445
Húgyeső implantatioja a végbélbe	830
Húgyeső, női, prolapsusa	622
Húgyeső-papillomák	850
Húgyeső-polypus	850
Húgyeső-szűküllet	4, 21, 55
Húgyesőszűküllet (callosus resiliens) kezelése	11
Húgyesőtűkór, új	47
Húgyfertőzés, prostata-túltengés okozta	669
Húgygyűjtő	221
Húgyhólyagbetegségek	747, 762, 778, 793
Húgyhólyag fertőzése	795
Húgyhólyag-gümőkór	129
Húgyhólyag-hüvelysipoly	514
Húgyhólyag infiltrált rákja	275
Húgyhólyaglob gyógyítása	653, 847
Húgyhólyaglob, lueses	147
Húgyhólyaglob, nyaki, proliferáló oedemás	183
Húgyhólyaglob, typhusos	183, 339
Húgyhólyagrepedés	625
Húgyhólyagszugarodás	249
Húgyhólyagszugarodás, gonorrhoeás cystitis által okozott	705
Húgykőesetek	172, 626, 710, 726, 744
Húgykőmorzsolás 7 éves fiúnál	767
Húgsav kicsapódásának oka	445
Húgvizsgálat új módja	604
Hüvely-atresia műtéve	50
Hüvelyboltozati rupturák, szülés közben létrejöttek	702
Hüvelyhurutos bántalmainak gyógyítása élesztővel	574
Hüvelymirigyek és belőlük keletkező tömlők	605

Hüvelyzár, veleszületett	610
Hydrocele gyökeres műtéve a tunica vaginalis kifordításával	93
Hydrocephalus gyógyult esete	Gy. 23
Hydrogensuperoxyd	60
Hydropneumomassage	483, 502
Hydrothorax chylosus	849
Hyperdentitio	283
Hysteria gyógyítása	238
Hysteriánál a szervi működések elképzelése	636
Hysteriánál vérnyomás-mérés	256
Hysteriás betegek elkülönítése	45
Hysteriás süketség	172
Hysteriával szövődött myasthenia	79
Ichthargan	112, 433, 474
Icterus és súlyosabb idegrendszeri tünetek	611, 630
Icterus gravidarum testvéreken	360
Idegbajok és vérrokság	652
Idegzsába — 1. neuralgia.	
Igazol	409
Ikerabortus — hármás — két szakaszban	125
Influenza a gyermekágyban	605
Influenza gyógyítása	94, 148, 356
Influenza-bacillus okozta genyes meningitis	Gy. 46
Influenza okozta Highmor-empyema	184
Influenzához társuló gégebajok	606
Ingyenes rendelések	23
Inreflexek a felső végtagokon	622
Intubatio	372, Gy. 33
Iparbetegségek terén haladás	320, 337, 353, 370, 388, 401
Iridoocylitis serophulosa	116
Iridoocylitis suppurativa diabetica	116
Iris mögött esontképződés	378
Iris sphincterének fejlődése	767
Iris tuberculuma	206
Ischias gyógyítása	47, 133
Iskolaegészségügy reformja	809, 827
Itrol	417
Ivjáratok méretei gerinczeseknél	812
Ivjáratok működése	28
Izomdystrophia anatomiai alapja	191
Izommegbetegedések kánkó következtében	93
Izületlob késői fellépése vörhenynél	Gy. 25
Izületi csúz bakteriologiája	146
Izületi testek a könyökizületben	100
Járókötések az alsó végtag töréseinél	171
Jod előfordulása a sejtekben és szövetekben	420
Jod felszívódása a bőrön át	184
Jodalbacid	812, B. 48
Jodipin	238, 275, 591, 796, 812
Jodkali-dyspepsia megszüntetése	257
Jodoform bevitel az üvegtestbe	Sz. 41
Jodoformmérgezésnél papillitis	326
Jodolen	B. 51
Kanyaró utáni középfüllob prophylaxisa	Gy. 31
Katheter — rugalmas — sterilizálása	172
Kámforsavas pyramidon	389
Keratitis neuroparalytica	Sz. 52
Keratitis punctata	Sz. 17
Keratoplastika	Sz. 19
Keratosisok arsen belső használata után	637
Keresztjáji daganat, veleszületett	804
Keztyűben operálás	60
Kétyl Károly ünneplése	845
Kéz fertőtlenítése	272
Kézserülés, súlyos	392
Kleptomania	530
Kola-syrup	60
Konyhasós infusiók bacteriumos mérgezéseknél	582, 748
Koponyaalap gümőkóros osteomyelitise	343
Koponyaalapi daganat műtéve állcsont-resectio útján	187
Koponyaalapi fibroma	207
Koponyadefectusok csonttal fedése	46
Koponyatörés kórismézése	636
Korányi Frigyes 50 éves orvosdoktori jubileuma	305, 318, 336, 352
Korányi Frigyes-alap	324
Korányi Frigyes irodalmi működéséhez adat	288
Köldökfertőzés	Gy. 30
Köldökszínór kezelése	445

Könyök az orrüregben	481
Könyökvezető sondázása az orr felől	833, 836
Könyömlőgyulladás, veleszületett	Sz. 19
Könyökizület resectioja	80
Körörvosok fizetésrendezése Poroszországban	608
Köszvény	245, 290, 364, 383, 397, 427
Köszvény gyógyítása	291, 403, 743
Közegészségi egyesület jutalmi	781
Közegészségi intézkedések francia vasutakon	814
Közegészségi tanács működése 1900-ben	203
Közegészségügy a képviselőházban	78
Közegészségügyi szolgálat államosítása	335
Közkórházi orvostársulat	13, 80, 116, 134, 151, 171, 226, 259, 279, 328, 343, 376, 391, 405, 433, 688, 720, 751, 768, 784, 800, 818, 834, 849
Kristályok kóros szövetben	850
Kürt — 1. tuba.	
Landerer-féle hetol-kezelés	685
Laryngitis — 1. gégelob.	
† Laufenauer Károly	304
Lábizzadás gyógyítása	607
Lágy fekély fertőtlenítése	356
Lágy fekély kezelése	152, 403, 733
Lágy fekély, serpiginosus	834
Larynx — 1. gége.	
Látás rosszabbodása szesz következtében	Sz. 9
Látóhártya — 1. retina.	
Látóideg-coloboma	Sz. 37
Látóideg, fekete	Sz. 8
Látóideg harántrepedése	Sz. 40
Látóidegfő állapota glaucomás szemekben	Sz. 32, Sz. 46
Látóidegsorvadás, galandféreg-hajtszér által okozott	Sz. 8
Látótérre való hatása a coffeinnek	Sz. 10
Láz orvoslása	98, 173, 194, 215
Lázellenes orvoslás a gyermekkorban	Gy. 23
Lázellenes orvosságok, újak	651, 667, 684, 700
Lelenczügy államosítása	507
Lenigallol	623, B. 50
Lepa-ésetek Budapesten	96, 782
Leukaemia	259, 389
Leukaemiánál látható véráramlás a retina vénáiban	Sz. 52
Leukocytosis gyermekkori pneumoniánál és diphtheriánál	Gy. 5
Leukoplakia gyógyítása	293, 732
Leukoplakia viszonya a psoriasisához	94
Levegő — forró — gyógyhatása	245
Légesőcannle eltávolítása	511
Légesőrák	497
Légmell — 1. pneumothorax.	
Légutak betegségei és fürdőhelyek	244
Lépfene — kísérletes — tünetei	346
Lép hilusának lött sebe	419
Lépképzés splenomegalia primaria esetekben	573
Lép magatartása syphilisnél	28
Lépuerosis, traumás	118
Lichen ruber planus	49
Lichen planus szövődése impetigo contagiosával	147
Lichen serophulosorum	706
† Liebermeister Károly	777
Lithium chinicum	403
Londoni gyermekkórházak	665
Lucae-féle pneumatikus sonda	483, 502
Lukács-fürdő új hidegvíz-gyógyintézete	618
Lumbal punctio	238
Lumbal punctio gyermekeknél	Gy. 12
Lumbal punctioval kezelt meningitis cerebrospinalis esetek	Gy. 32
Lumbalis-punctio veszedelmei	622
Lupus conjunctivae	405
Lupus erythematosus aetiologiája	18, 38, 52
Lupus erythematosus complicatioja gümős nyaki mirigyekkel	752
Lupus erythematosus megkülönböztetése perniotól	147
Lupus erythematosus testvéreknél	137
Lupus erythematosuson epithelioma	221, 340
Lupus gyógyítása	129, 372, 417, 527, 637, 705, B. 59

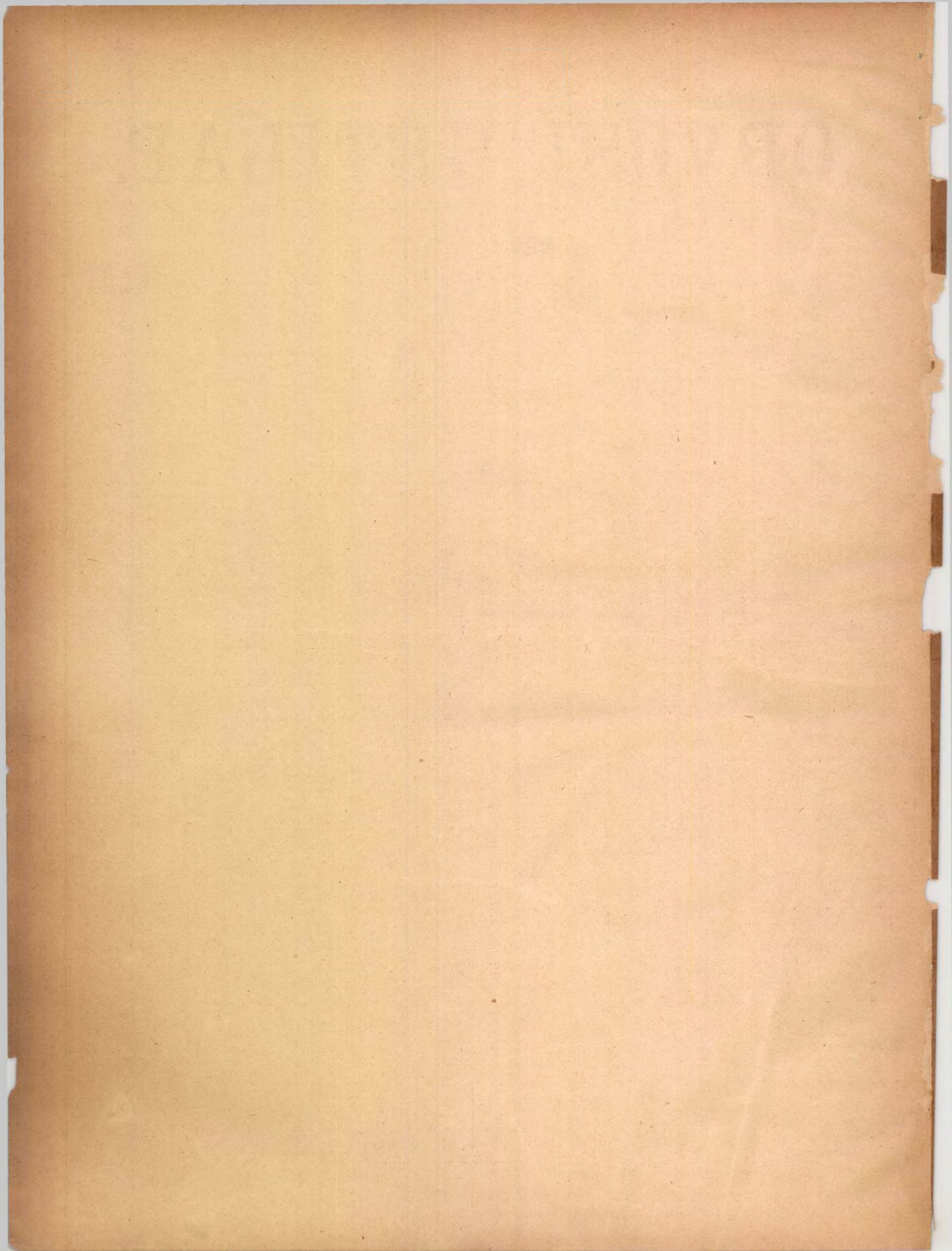
Lupus vulgaris exulcerans	282	Méhretroflexio — fixált — viszonya a terhességhez, szüléshez és gyermek-ágyhoz	637	Orrbajok összefüggése a szervezet egyéb megbetegedéseivel	736
Lymphangioma cutis B.	9	Méhrest intraligamentosus fibromyomája	32	Orrból eredő reflexneurosisok	831
Lymphangiobroma capitis	689	Méhrest rákja	465	Orrfalak egymástól távoltartására műszer	113
Lymphoma gummosum szövettana	184	Méh ventrofixatioja hüvelyi úton	780	Orrgarat-polyp 679, 697,	816
Lymphosarcoma coecalis	798	Méh véreinek kórtanához adatok	281	Orrgaratüreg lymphoid szövetének nagyfokú túltengése	497
Mac Kinley halála	728	Méhenkívüli zsák átfúrása vaginalis bemetszésnél	33	Orrkagyló, alsó, resectiója 606,	795
Magas fogó — I. fogó.		Mihalkovics szobrának leleplezése	386	Orr kemény papillomája	208
Magnesium forgalma növényevő állatokban	204	Mirban-olaj mérgezés	688	Orrlob (hypertrophikus) gyógyítása	113
Magzatelhajtás ólommal	371	Molás degeneratio	14	Orrlob, fibrinosus	842
Magzat súlypontja	430	Molière és az orvosok 539, 556, 570,	587	Orrlob, vasomotorius, gyógyítása	239
Malaria elleni immunizálás	623	Morbili — I. kanyaró.		Orrmelléküregek megbetegedései	143
Malaria érdekesebb esete	818	Musol	202	Orrműtétknél a vérzés megakadályozása	606
Malaria gyógyítása	291	Művégtagok 181, 201,	218	Orrnyákhártya hyperaesthesiája	761
Malaria következtében hályogképződés Sz.	40	Myasthenia hysteriával szövődve	79	Orr, nyerges, plastikus műtéve	485
Malaria tanulmányozása tárgyában ministeri rendelet	544	Myelitis gyógyítása	183	Orrnyílások, bátsók, veleszületett elzáródása	542
Malaria-theoria jelen állása 810, 828,	845	Myelitissnél (magas haránt) a térdreflex viselkedése 228, 249, 268, 286, 467, 522, 568,	569	Orr összefüggése a női nemi szervekkel	112
Malariás papilloretinitis Sz.	58	Myeloma costarum	153	Orrplastika	113, 377
Mandola-lepedék tonsillotomia után Gy.	13	Myoma cysticum	671	Orrsövény obturáló ecchondrosisa	435
Massage a nőgyógyászatban	275	Myotomia 376,	701	Orrüreg — felső — hámalékletei	47
Májeirrhosis mesterséges előidézése	526	Myopiánál centralis fekete folt. ... Sz.	19	Orrüregben könykö	481
Májbeli echinococcus-tömlők infectioi és elgenyvedése 2, 20, 40, 54,	71	Myxoma laryngis	497	Orrvérzés kezelése	308
Májechinococcus új kezelésmódja	184	Nagyvárad népmozgalmi statisztikája 513, 514, 529, 530, 546, 626,	657	Orvosdoktori szigorlati rend, magyar új 56,	89
Májtyályog gyermeknél Gy.	45	Nagyvárad járványkórházának 1900. évi betegforgalma	642	Orvosegyesület, budapesti — I. budapesti királyi orvosegyesület.	
Májtyályogoknál hyperleucocytosis	82	Nagyvárad fiókszövetség indítványa 569,	586	Orvosegyesület, szegedi — I. szegedi orvosegyesület.	
Medence, kyphotikus harántul szűk, ferde	81	Nagyvárad: fiókszövetség indítványa 569,	586	Orvos- és természettudománytörténelmi társulat, német	737
Medence, szűk	117	Nagyvárad: fiókszövetség indítványa 569,	586	Orvosgyógyász és természettudományi egyesület — I. biharmegyei stb.	
Medencebéli alveolaris sarcoma	15	Nagyvárad járványkórházának 1900. évi betegforgalma	642	Orvosjelöltek gyakorlati éve	760
Medencebéli echinococcus 34, 563,	584	Naphthol β káros hatása a szemre Sz.	65	Orvosképzés, tekintettel a sebkezikai kiképzésre 579,	597
Mediastinum daganatai Gy.	2	Narcosis aetherrel	607	Orvosklub, budapesti	203, 374
Megvakulás meningitis után Sz.	19	Narcosis aethylchloriddal	746	Orvosszakértő az új bünvádi perrendtartás keretében	263
Megvakulás, nicotin okozta Sz.	65	Narcosis utáni hányás megelőzése	164	Orvosszigorlati rend, németországi új	608
Megvakulás teheremelés után Sz.	39	Navratil Imre ünneplése	845	Orvosszövetség, országos, congressusa 390,	655
Mellékvesekivonat hatása a szemre Sz.	8	Nemi perversitas	610	Orvostanhallgatók segélyző és önképző egyesülete 131, 189, 262,	404
Mellékvese mérgező serum	3 5	Nephrocystanastomosis	146	Orvostanhallgatók száma Franciaországban	258
Mellkas szűrt sebesülése	141	Nervus vestibularis koponyán belüli átszakítása	812	Orvostársaság, budapest-józsefvárosi	48
Ménière-kór	231,	Neuralgiák gyógyítása 61,	478	Orvostársaság, terézvárosi	703
Ménière-kór gyógyítása galván-árammal	704	Neuralgiák, neurastheniások 770, 782,	787	Orvostársaság, VII. kerületi	718
Meningitis gyógyítása	494	Neuralgiáknál a fájdalomkeltő inger helyének meghatározása	292	Orvostársaság, közkezközi — I. közkezközi orvostársulat.	
Meningitis — nem gümőkóros — a gyermekkorban Gy.	12	Neurasthenia gyógyítása	607	Orvos védekezése ragályos betegek torokvizsgálata közben Gy.	23
Meningitis után muló megvakulás ... Sz.	19	Neurasthenia urogenitalis kezelése	202	Orvosi cursus, szünidei 203, 309, 432,	699
Meningitisnél a meninxek permeabilitása	355	Neurastheniánál vérnyomás-mérés	256	Orvosi dolgok a párisi kiállításon 180,	
Meningitis cerebrospinalis, ciklikus lefolyású, jóindulatú	562	Neurastheniás idegszabák 770, 782,	787	Orvosi kar — budapesti — új pályakérdései	358
Meningitis cerebrospinalis, influenza-bacillus által okozott Gy.	46	Neurosis, traumás	634	Orvosi könyvkiadó-társulat, magyar	241
Meningitis cerebrospinalis kezelése lumbal punctioval Gy.	32	Nicotin-amblyopia Sz.	65	Orvosi rend története Pozsonyban	63
Meningitis cerebrospinalisnál ritka bacteriologiai lelet	279	Nicotin-mérgezésnél a hallóideg megbetegedése	751	Orvoslás díjazása 6,	72
Meningitis serosa	28	Nitronaphthalin okozta szaruhártyamegbetegedés Sz.	19	Orvoslás díjazásának kérdése a bíróság előtt	368
Meningitis suppurativa, b. lactis aërogenes által okozott Gy.	12	Nobel-féle alapítvány	74	Orvosok és természetvizsgálók — magyarok — 31. vándorgyűlése 577,	593
Menstruatio — I. havi vérzés.		Nobel-díj odaítélése	592,	Orvosok és természettudósok — németek — 73. gyűlése 656,	672
Mercolint csecsemőkori syphilisnél 723,	741	Noma aetiologiaja	46	Orvosok gyakorlati éve Németországban	728
Méh — és vagina — aplasia	50	Noma gyógyítása	717	Orvosok szövetsége, budapesti — I. budapesti orvosok szövetsége.	
Méh egyidejű rákja és gümőkórja	465	Női nemi szervek gümőkórja	307	Osteomalacia gyógyítása castratioval	818
Méhelőésés	546	Nyaksipoly, veleszületett	292	Osteomyelitis tuberculosa baseos cranii	343
Méhelzáródás új alakja	445	Nyelvlob typhusnál	220	Ovariectomia	464
Méhfibroma-esetek 34,	206	Nyelv-pruritus az aggkorban	675	Ólomkólika gyógyítása	605
Méhfibroma és terhesség 33,	64	Nyelv pseudocarcinoma	221	Órvényes visszerek entoptikus észrevévése Sz.	65
Méhfibroma miatt végzett esészármetszés	464	Nyelvrák műtéve Langenbeck szerint	171	Pankreas fehére emésztése	766
Méhfüggelékek genyartalmú daganatainak kezelése, hüvelyi bemetszéssel 47,	622	Nyelvrák műtéve Regnoli Billroth szerint	153	Papillitis jodoformmérgezésnél	326
Méhfüggelék-műtétek, hasfal felől végzetek, tartós eredményei	701	Nyelv szokatlan mozgékonyága	292	Papilloretinitis malarica 833, Sz.	58
Méhfüggelékek lobos bajainak conservatív kezelése	590	Obesitas kór- és gyógytana 243, 362, 381,	395	Papilloma durum naris	203
Méhinversio	15,	Obstipatio, idült spastikus	605	Papillomák a húgyeső mélyében	650
Méh — kétszarvú — terhessége	49	Obstipatio orvoslása mikrobákkal	45	Paraffin-prothesisek 732,	784
Méhiirtás angiotrypsiával	14	Oculopupillaris reflex 757,	773	Parotisan gomma	406
Méhkörűli elgenyedt izadmányok felkeresése és megnyitása	653	Oedema malignum	361	Patella kiirtása	136
Méhkörűli idült izadmány kezelése	686	Oedema migrans	717	Párisi levelek 235, 400, 458,	475
Méhkört — I. tuba.		Oesophagus-diverticulum műtéve	129	Párisi új gyermekkorházak	413
Méhlepény — I. placenta.		Oesophagus-repedés	100	Pelade des ongles	239
Méhrák — inoperabilis — kezelése	403	Oesophagus-szűkület retrograd tágitása 69, 88, 391, 434, 688,	801	Pemphigus neonatorum és impetigo contagiosa azonossága	147
Méhrák műtét kezelésének eredményei	61	Oesophagus-tágulat helyének és alakjának meghatározása	526	Pempigusnál vérvizsgálat és bonczilet	721
Méhrák miatt végzett vaginalis total-exstirpatio	261	Oesophagusban fekvő idegen test szövődése gégecroupal Gy.	20		
Méhrepedés 281, 478,	481	Oesophagusban idegen test	256		
Méh — retroflectált terhes — incarceratiojának conservatív kezelése	339	Oesophagusból idegen test eltávolítása csecsemőkörnél	719		
		Oophorin befolyása a fehére-anyagcserére	128		
		Orbán gyógyítása 130, 147,	148		
		Orexintannat	130		
		Orrbajok gyógyítása	847		

	Oldal		Oldal		Oldal
Pemphigus vegetansnál talált mikroorganismuskok	77	Puerperiumban bradycardia	80	Stefánia-szegénygyermekórház egyesület évi közgyűlése	404
Penicillum glaucum okozta bronchopneumonia	605	Puerperiumban influenza	605	Stomatologusok országos egyesülete	655
Penis gümős megbetegedése	677	Puerperiumban vacciniatio	466, 847	Struma, substernalis	752
Penis plastikus induratiói	129	Pulvis enticolor	184	Struma gyógyítása	558
Percussio, auscultatio	818	Pupillareflex syphilisnél	590	Struma kiirtás után gégegyulladás	406
Percussió áthangzás	768	Pupillák viselkedése syphilisnél	B. 44.	Strychnin-mérgezés	76
Pericarditis — l. szívburoklob.		Pupillaris membrana perseverans	609	Stypticin	637
Peritonitis tuberculosa gyógyítása	239, 274, 371, 849	Purgatol vagy purgatin	494	Subpharyngealis tályog	496
Peruol	129	Purgo	223	Sulfonal	202
Pestis-bacillus agglutinációja	407, 423	Puro-húsnedv	356	Süketnémaság keletkezése és okai	28
Pestis-bacillus élettartama	291	Pyelitis húgyvesőkankó után	850	Sükettség, hysteriás	172
Pestis-hírek	447, 462, 608, 639	Pylorus-resectio előnyei	323	Süketeknél rendszeres hallási gyakorlatok	366, 384, 398, 438, 448, 463, 496
Pete, hármás	49	Pylorus-stenosis műtett esete	801	Symphathicus — nyaki — eredése a gerinczvelőből	636
Petefészkek intraligamentosus multilocularis cystoma papilliferuma	32	Pyramidon, kámforsavas	389	Syphilis az unokánál	292
Petefészkek papillaris cystadenomája	497	Rachitis	23	Syphilis átoltása állatokra	292
Petefészkek cystoma papilliferuma	32	Rachitis balneotherapiája	244	Syphilis congenitánál veseeváltozások	184
† Pettenkofer Miksa	107	Radialis hűdés gyógyítása inplastikával	119	Syphilis — csecsemőkori — gyógyítása mercolinttal	723, 741
Pettenkofer felboncsolása	166	Raynaud-féle betegség	342, 639	Syphilis és pityriasis rosea Gibert	136
Petrosulfol	831	Rák — l. carcinoma.		Syphilis és pupillareflex	590
Pfeiffer-féle coccobacillus virulenssé tévése	753	Reichmann-féle betegség	206, 247, 266, 284	Syphilis és tabes egy időben	60
Pfund-féle csecsemőtáplálék	Gy. 22	Retina pigment-degeneratioja	21	Syphilis és tuberculosus együttes fellépése	184
Phagedaenikus bajok gyógyítása	147	Retina sajátságos kóros elfajulása	Sz. 49	Syphilis és variola	831
Phallokos	609	Retina vénáiban látható véráramlás leukæmiánál	Sz. 52	Syphilis gyógyítása	236, 245, 253, 567, 591, 831, B. 48
Pharyngitis — l. toroklob.		Retinában velős idegrostok izolált előfordulása	Sz. 8	Syphilis-infectio, extragenitalis	344, 391, 545
Phenolphthalein mint hashajtó	223	Rezgőmassage	128	Syphilis intestini, szerzett	295
Phimosi-műtétek ellenjavallatai gyermekknél	717	Réchez tanár 1000. sérvműtete	418	Syphilis, kis göbcsés	626
Phlegmasia alba dolens gyógyítása	94	Rhinitis — l. orrlob.		Syphilis kórtanához adatok	355
Phosphor forgalma növényevő állatokban	204	Rhinophyma gyógyítása	209	Syphilis laryngis	448
Physikai-chemiai módszerek a functionális diagnosztika szolgálatában	K. 2	Rhinosecleroma metastasissos táji mirigyduzzanatokkal	328, 643	Syphilis maligna et gravis	135, 591
Pick-féle pericarditis pseudocirrhosis	151	Richet-féle műtét módosítása	206	Syphilis összefüggése aorta aneurysmával	28
Pilocarpin mydriaticus hatása	Sz. 40	Rovarespés kezelése	148	Syphilis parotidis	406
Pityriasis rosea (Gibert) aetiologiája	B. 11	Röntgen-fény bőrbajoknál	821, 839	Syphilis pharyngis	344
Pityriasis rosea (Gibert) lueses egyénnél	136	Röntgen-képek Gy. 11, Gy. 21, Gy. 29, Gy.	44	Syphilis prophylaxisa	28
Placenta-elváltozások a magzat elhalása esetén	812	Röntgen-sugarak hatása a bőrre	B. 53	Syphilis oculi	Sz. 53
Placenta praevia	445	Rövidlátás — l. myopia.		Syphilisben szenvedők bőrbajai	732
Placenta praevia Hofmeier-Kaltenbach-féle theoriája	31	Rubeola	Gy. 13	Syphilisnél a lép magatartása	28
Placenta-hyperplasia	610	Rüh — l. scabies.		Syphilisnél a pupillák viselkedése	B. 44
Placenta tapadási helye	652	Saccharin káros hatása az emésztésre	339	Syphilisnél üregek képződése a gerinczvelőben	77
Placentaris időszak kezelése	511	Salzburgi lápfürdő élettani hatása	812	Syphilist hogyan gyógyítja a higany 103,	120
Plasmon	275	Sanker, lágy — l. lágy fekély.		Syphilises bőrelváltozás verrucosus alakja	609, 626
Pleura echinococcusa	817	Sapolan	468, 732	Syphilises eredetű Jackson-epilepsia	133
Pleuritis haemorrhagica gyógyítása	847	Sarcoma alveolare a medencében	15	Syphilises reinfectio	184, 209
Pneumatosis cystoides intestinalis	296	Sarcoma cutis és kezelése	135, 831	Syphilitikusok veselőjének gyógyítása	416
Pneumomassage	483, 502	Sarcoma chorioideae	434	Syphilitikusok a nyákhártyákon	637
Pneumonia gyógyítása	77, 130, 275, 389, 638, 764	Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum cutis	135	Syphilitikusok helyi kezelése	847
Pneumoniák mint a gégecroup complicatioi	735	Sarcoma multiplex idiopathicum	706	Syphiloma kezelése	147
Pneumoniánál leukocytosis	Gy. 5	Sarcoma ligamenti rotundi	280	Syngomyeliás arthropathiák keletkezése	645
Pneumoniánál szemfenéki elváltozás	Sz. 29	Sarcoma ossis	688	Szamarhurut gyógyítása	202, 221, 795, 796, Gy. 31
Pneumothorax, kétoldali	339	Sántítás — időszakos — ütőrobliteratio folytán	414	Szegedi bábaképezde működése 1899—	631
Pneumothorax, mesterséges	320	Scabies gyógyítása	129	1900-ban	613, 610
Pneumothorax tüszentés után ép tüdőnél	246	Scarlatina — l. vörheny.		Szegedi orvosegyesület	263, 282,
Pofaplastika	279	Schordann tetemciuek új sirba tétele	374	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Poliklinika-egyesület — budapesti — évi közgyűlése	418	Schönow-ház	714	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Porokeratosis Mibelli	637	Sclero-keratitis gyógyítása	Sz. 10	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Praeclimacterinmos vérzések	702	Sclerotomia posterior műtéte után vizs-szamaradt hegek szövettana	Sz. 29	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Prostata-kövek	669	Scleroma	543	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Prostata-túltengés műtéte Botkini szerint	139, 159, 307	Sclerose en plaques diagnosis	355	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Prostata-túltengés okozta húgyfertőzés kezelése	669	Scopoliae carniolicae rhizoma	772, 789, 808	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Prostata vérzései	12	Scotoma scintillans gyógyítása	Sz. 41	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Prurigo anaesthetica	221	Sebdiaphtheria	812	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	221, 558, 606, 731	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	B. 9	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	239	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	675	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	686, 717	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	184, B. 45	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	foliativa	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	135	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	706	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	94	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	377	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	360	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	353	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	27	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	640	Szembe vitt jodoformpálczika fertőtlenítő hatása	Sz. 53
Pruritus gyógyítása	1	Sebészcongressus, 30. berlini	64		

Virchow 80. születésnapja ... 681	Vízgyógyászat tüdőbeteg-sanatoriumok- ban... 244	Vulva fibrosarcomája ... 627
Viszketés — I. pruritus. ... 116	Vörheny-casuistika ... Gy. 12	Vulva-pruritus kezelése ... 686, 717
Visszértágulat ... 116	Vörheny-hámlás ... 581	Vulvovaginitis gyógyítása gyermekeknél ... 445
Visszértágulat kezelése a vena saphena lekötésével ... 93	Vörhenyes izületgyulladás késői fellépése 375. Gy. 25	Werlhof-kór gyógyítása ... 221
Vizelet — I. húgy. ... 459	Vörhenyes kúteg... Gy. 23	† Widerhofer Hermann ... 507
		Xeroderma pigmentosum atypusos eny- hőbb alakjai ... B. 19

NÉVMUTATÓ.

Alapy Henrik 69, 88, 98, 205, 223, 244, 310, 767, 833, Gy. 1	Fejér Gyula 116, 152, 433, 474, Sz. 28, Sz. 59	173, 194, 215, 586, 770, 782, 787	Novotny Lajos 747, 762, 778, 793
Alexander Lajos ... 626	Feldmann Ignác ... 406	Juba Adolf ... 809, 827	Ofner Oszkár ... 649
Antal János ... 175, 283	Feleki Hugó ... 850, 851	Justus Jakab 103, 120, 420, 689, 705	Ostermayer Miklós 715, 729
Anjeszky Aladár 407, 423	Ferenczi Sándor ... 325, 534	Kaldrovits Andor 434, Sz. 17	Ónodi Adolf 132, 207, 244, 264, 325, 463, 481, 482, 786, 833
Aldor Lajos 206, 247, 266, 284	Feur Náthán ... 378, 391	Kassai Jenő 98, 719, 725	Papp Gábor ... 515
Ángyán Béla 259, 328, 849	Fialka Gusztáv ... 244	Kelemen Géza ... B. 48	Paunz Márk ... 767
Barlay János Sz. 38, Sz. 39	Fisch Áron ... 513	Kertész József ... 766	Pándy Kálmán 419, 467, 568
Baróthy Ákos 513, 514, 529, 530, 546, 626, 657	Fischer Aladár 80, 133, 153, 171, 208, 279, 391, 405, 419, 434, 688, 689, 752, 801, 818	Kéttly Károly 1, 17, 37	Pekár Mihály 180, 217, 523, 619, 633, 650
Bartha János ... 545	Fischer Ignác ... 210	Kéttly László 79, 772, 779, 789, 808	Pertik Ottó ... 681
Basch Imre ... 96	Fodor József ... 107	Kiss Gyula ... 359	Pesthy István 361, Gy. 15
Bauer Lajos 400, Gy. 17	Fornet Elemér 243, 362, 381, 395	Id. Klug Nándor ... 766	Petz Lajos ... 662
Baumgarten Egmont 188, 448, 496, 675, Gy. 15	Fráter Imre ... 513	Ifj. Klug Nándor 441, 547	Péchy Henrik ... B. 51
Bálint Rezső 228, 249, 268, 286, 310, 522, 569, 714, K. 17	Fried Aladár ... 105	Kollarits Jenő ... 191, 414	Pollatschek Elemér 143, 497, 736
Bäcker József 376, 466, 481	Friedrich Vilmos 224, 320, 337, 353, 370, 388, 401	Konrad Béla ... 514, 546	Polyák Lajos 207, 208, 463, 833, 836
Beck Soma 723, 741, 782, 850	Frigyesi József ... 280	Konrad Márk 497, 514, 530, 546, 626	Poór Ferencz 18, 38, 52, 152, B. 22, B. 50
Benedict Henrik 115, 360, K. 11	Frim Arthur Sz. 32, Sz. 46	Kopits Jenő 739, 758, 775, 790	Pór Dezső ... 115 Sz. 64
Berezzeller Imre ... 64, 65	Gebhardt Ferencz 451, 651, 667, 684, 700	Korányi Frigyes ... 691	Preisach Izidor ... 409
Berend Miklós 582, 794	Gellért Sándor ... 277	Korányi Sándor 116, 817, K. 2	Preisich Kornél ... 735, 754
Berger Mór ... 263	Gerő Sándor ... 609	Kovács József ... K. 9	Prochnov József 171, 377
Berkovics Miklós 498, 609	Gescheit József ... 231	Kőrösy József ... 573	Rácz Miksa ... 498
Békésy Géza ... 558	Goldzieher Vilmos 116, 117, 134, 226, 376, 392, 720	Kövesi Géza ... K. 15	Rácz Ödön ... 514
Blaskovics Fridolin Sz. 11	Gönczy Béla ... 119	Köhegyi Lajos ... 610	Ráskai (Reách) Dezső 58, 74, 91, 110, 126, 249, 705, 710, 726, 744
Boleman István ... 245	Grósz Emil 23, 74, 151, 391, 728	Krausz Arthur 442, 474, 508, 602	Reich Miklós ... 245
Bosányi Béla ... 215	Grósz Menyhért 530, 569	Kubinyi Pál 31, 205, 449	Reichenfeld Zoltán ... 15
Bókay János 507, 735, 817, Gy. 33	Gyömörezy Oszkár ... 507	Kuthy Dezső ... 244, 459	Reiniger Herman 613, 631
Böke Gyula ... 135	Győry Tibor 237, 656, 672, 716, 777	Lantos Emil ... B. 57	Reusz Frigyes 566, 611, 630
Breitenfeld Ferencz ... 50	Gyuritz Sándor ... 282	Leitner Vilmos 223, 375, 420, Gy. 28, Sz. 5, Sz. 23	Rényi József ... 573
Chudovszky Mórcaz 10, 25, 43, 101	Haberern J. Pál 116, 640, 688	Lévai József ... 187	Révész Vilmos 529, 609, 626
Csapodi István 206, 833, Sz. 58	Halász Aladár ... 677	Ligeti Armin ... 179	Rhorer László ... 298, 315
Cséri János ... 224, 349	Halász Henrik 483, 502, 679, 697	Lipscher Mór 200, 279, 818	Rigler Gusztáv 379, 393, 411, 425, 439, 452, 455, 471, 488, 515, 520, 537, 554
Csikó János ... 14, 33	Havas Adolf 135, 688, 689	Loewy Lipót ... 452	Rihmer Béla ... 4, 21, 55
Csillag Jakab ... 705, 706	Havas Imre ... 530, 625	Lörand Leó ... 728	Rottenbiller Ödön 133, 244
Dapsy Viktor ... 80	Háger Péter ... 475	Lovrich József 14, 33, 672	Róna Sámuel 97, 135, 137, 327, 328, 377, 581, 643, 705, 721, 834
Deutsch Arthur ... 721	Hári Pál ... 187	Löte József ... 346	Róth Alfréd ... 706, 782
Deutsch Ernő Gy. 2, Gy. 11, Gy. 21, Gy. 29, Gy. 44	Heim Pál 180, 217, 523, 619, 633, 650, Gy. 5, Gy. 43	Ludvik Endre ... 392	Róth Jenő ... 139, 159
Deutsch Izidor ... 743	Herezel Manó 134, 150, 187, 259, 784	Lukács Hugó 115, 300, 825	Russay Gábor ... 244
Deutsch László 188, 189, 582, K. 19	Hints Elek ... K. m.	Madzsar József ... 313, 655	Sarbó Arthur ... 330, 347
Déri Henrik ... 804	Hochhalt Károly ... 151, 768	Mahler Gyula ... 44	Schaffer Károly ... 26
Dirner Gusztáv 16, 79, 671	Holzwarth Jenő 181, 201, 218	Marberger Sándor ... 614	Schein Mór ... 798, 821, 839
Doktor Sándor 14, 260, 281, 449, 450, 563, 584, 671	Horváth Mihály ... 328	Marikovsky György ... 272	Schindler József 539, 556, 570, 587
Dollinger Gyula 35, 49, 167, 310, 499, 517, 579, 597, 635, 820	Högyes Endre 63, 83, 760	Markovits Soma ... 125	Scholtz János ... 634
Donath Gyula ... 704, 751	Huber Alfréd 136, 405, 721, 800	Marschalko Tamás 63, 67, 85	Scholtz Kornél Sz. 16, Sz. 17, Sz. 31, Sz. 37
Donogány Zakariás 482, 736	Hudovernig Károly 105, 124, 133, 645, 712	Mayer László ... 610, 642	Schreiber Fülöp ... 282
Edelmann Menyhért ... 657	Hütl Hümmér 509, 524, 540, 557, 572, 588	Medvei Béla ... 735	Schütz Aladár ... 735, 754
Egressi Lajos ... Gy. 20	Illyés Géza 531, 549, 659	Minich Károly ... 313, 344	Schwarz Ede ... 224
Elek Sándor ... 230	Imre József Sz. 1, Sz. 43	Mohr Mihály ... 326	Schwartz Ottó ... 368
Elfer Aladár ... 818	Irsai Arthur ... 344, 482	Molnár Sándor ... B. 45	Scipiades Elemér ... 301
Elischer Gyula ... 800	Iványi Ernő ... 391	Moravcsik Ernő Emil 233, 304, 621	Sellei József 109, 236, 253, 468, 603, 620, B. 3, B. 9
Erdey Gyula ... 15	Jakab László ... K. 19	Moskovitz Ignác ... 842	Seyfried János ... 152
Falta Marczel 458, 501, 519, 610, Sz. 6	Janesó Ödön ... 312, 332	Munk Jakab ... 303	Siklóssy Gyula ... 206
Faludi Géza Gy. 11, Gy. 21, Gy. 29, Gy. 44	Jassniger Károly 279, 688	Navratil Imre 23, 207, 406, 482, 496	Skrlécz Mihály ... 171
Fái Mátyás Miklós ... 244	Jellachich István ... 763	Nenadovics Lázár 251, 270, 319, 336, 352, 387	Smalovszky Valér ... 244
Fáy Aladár ... 604	Jendrassik Ernő 98, 173, 194, 215, 586, 770, 782, 787	Neubauer Adolf 375, 385, 413, 816	Sörös Miklós ... B. 44
		Némái József 746, 777, 792, 808, 826, 843	Steiner Gyula ... 405, 752
			Steiner Pál ... 429, 443
			Stiller Bertalan 51, 246, 421, 802
			Strausz Aladár ... 850
			Sugár K. Márton 204, 366, 384, 398, 448
			Surányi Miklós ... K. 15
			Szabó József 306, 535, 551
			Szabó Sándor ... 80
			Szabó József B. 11, B. 14, B. 15, B. 37, B. 46, B. 53
			Szana Sándor ... 628, 674
			Sza'mári Sándor ... B. 39
			Szász (Schwarz) Hugó 281, 465
			Szegedy-Maszák Elemér 560, 604
			Szentirmai József Sz. 40
			Szili Adolf ... 295, 766
			Szili Aurél ... 767
			Szili Sándor ... 627
			Szinassy József ... 261
			Szlivik Ferencz ... 134
			Szontagh Félix 375, 799, Gy. 25
			Tangl Ferencz ... 204
			Tauffer Vilmos 41, 117, 683, 699
			Tausz Béla ... B. 9
			Tauszk Ferencz 145, 288, 707
			Temesváry Rezső 322, K. m.
			Than Károly, 234, 252, 270
			Thirring Gusztáv ... 573
			Tihanyi Mór ... 618
			Tolnay Bernát ... 665
			Tomka Samu 15, 207, 438, 492, 496, 751, 783
			Torday Árpád 810, 828, 845
			Torday Ferencz ... 413, 665
			Tóth Gyula ... B. 40
			Tóth István 34, 49, 79, 81, 205, 206, 464
			Tóvölgyi Elemér 6, 125, 142, 157, 161, 177, 196, 235, 400, 436, 454, 458, 471, 475, 487
			Török Béla 485, 595, 617
			Török Lajos 722, 821, 839
			Trajtler István ... 335
			Vajda Géza ... Sz. 55
			Vámosy István ... 63, 338
			Vámosy Zoltán ... 223
			Várady László ... 757, 773
			Verebély Tibor 226, 295, 296, 342, 798
			Vermes Lajos Sz. 49, Sz. 62
			Veszprémi Dezső ... 601
			Vidakovich Lajos ... 746
			Vizaknai Antal ... 493
			Waldmann Béla ... 609
			Waldmann Fülöp ... 448
			Walla Béla ... 32, 49, 261
			Weisz Ede 213, 245, 290, 364, 383, 397, 427
			Weisz Ferencz ... 371, 850
			Weisz Miksa ... 141, 567
			Wenhardt János 407, 424
			Weyner Emil ... 243
			Winternitz M. Arnold 2, 20, 40, 54, 71, 719
			Zirkelbach Antal 162, 213, 600
			Zwillinger Hugó 434, 435, 497



ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kézmárcsly 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.

Kétyl Károly: Megjegyzések a gerincvelősorvadás antilueses kezeléséhez. 1. l.
Winternitz M. Arnold: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem I. sebészeti kórodájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár. A májbeli echinococcus-tömlők infectioiról és elgyenyedéséről. 2. l.
Rihmer Béla: A húgyeső szűkületéről. 4. l.
Tárca. *Töbölgyi Elemér*: Berlińi levél. 6. l. — A magánorvoslás díjazása. 6. l.
Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Chudovszky Mór*cz: A esontörések és a ficzomodások kór- és gyógytanának haladása. 10. l. — *Könyvismertetés. Bourneville*: Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hysterie et l'idiotie. (Kollarits Jenő.) 7. l. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Overlach*: Eupyrin. — *Fölkel*: Gyógyító kísérletek fersannal. — *Sebészet. Lohnstein H.*:

Adatok a callosus resiliens húgyesőszűkületek kezeléséhez. (Ráskai Dezső.) 12—12. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A veszettség gyógyítása a berlini fertőző betegségek intézetében. — A délafrikai angol-búr háború orvos halottjai. — Lichtschein Adolf. — Kiténtetés. — Tátrafüredről. — Kórház-megnyitás Székesfehérvárott. — A budapesti orvosi kör. — Kimutatás a Semmelweis-alap állásáról. — Pester medicinisch-chirurgische Presse. — Felhívás pestis-cursusra. — Thanhoffer Lajos. — Herczel dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 12. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. — Budapesti kir. orvosegyetlet gynaekologikus szakosztálya. — Külföldi tudományos társulatok üléseiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Megjegyzések a gerincvelősorvadás antilueses kezeléséhez.

Kétyl Károly dr. egyetemi tanártól.

A gerincvelősorvadás kóroktanának kérdése, érthető okokból, ma is napirenden van. Mióta a statistika nyomás adatai alapján a syphilit vették gyanuba, mint a tabes dorsalis előidézőjét, beható érvekkel találkozunk, melyek e kérdés megválaszolásánál mellette és ellene nyilatkoznak. Már *Duchenne* 1872-ben megjelent „D'electrication localisée” című munkájában felemlíté, hogy mily gyakran tapasztalta azt, hogy tabeses betegek előbb syphilit álltak ki, de mert a syphilis jellemző tüneteit betegeinél nem találta, s mert az antilueses eljárás sikertelen maradt, nem merte a két bántalom között az oki viszonyt kimondani. 1876-ban *Fournier* határozottan kijelentette, hogy a syphilis kiváló aetiologiás jelentőséggel bír a tabesnél, állítását alapítván azon statisztikai számokra, melyek szerint 800 tabeses betege közül 93% syphiliben szenvedett. E felfogásában csakhamar osztozkodott *Vulpian*, *Erb*, *Gowers*, *Althaus*, *Oppenheim*, *Raymond*, *Marie*, *Strümpell* és leghatározottabban *Möbius*. Felfogásuk és álláspontjuk majdnem teljesen statisztikai adatokra támaszkodik, miután klinikai és kórboneczolástani bizonyítékok, melyek a két baj közötti oki függést kétségtelenné tennék, igen kis számmal álltak rendelkezésre. Így érthető és magyarázható, hogy akadtak, bár kisebb számmal, olyanok is, kik e felfogást nem osztják, ezek között első sorban *Charcot*-t kell felemlítenem, ki a tabes aetiologiájánál a luesre nézve bizonyos kóroktani befolyást megenged ugyan, de azt csak mellékes körülménynek, agent provocateurnek tekinti, és a neuropathiás terheltségre fekteti a fősúlyt. A *Fournier*-féle nézetnek leghatározottabb ellenlábasa *Leyden*, szerinte a számadatok, melyek a syphilit a tabes aetiologiájánál szerepeltetik, kétes értékűek. Más oldalról tömérdek syphilit kiállt egyén nem lesz tabeses. A tabes és syphilis egy és ugyanazon egyénnél mint coordinált betegségek szerepelnek. S főleg ellenérvül állítja oda azon körülményt, hogy kórboneczolási bizonyítékok még hiányoznak, melyek

a két bántalom közötti oki összefüggést igazolják, továbbá ellene szól a syphilibes basisnak a specifikus therapia sikertelensége. *Leyden* a tabes legközvetlenebb és leggyakoribb okául a meghülést tartja, sőt szerinte erömüvi úton is előállhat az, miután nézete szerint „a trauma hasonló hatást gyakorolhat az érző idegekre, mint a meghülés”. Szinte nagy súlyt fektet az öröklött hajlandóságra.

Leyden tekintélyes szava a legnagyobb megfontolás tárgyává tették a syphilibes szerepét a tabes előidőzésénél; a legkiválóbb kórbuvárok és klinikusok azonban alapos kritika után túlnyomó számban elfogadják, hogy a statistika ily egybevágó és 90%-ot meghaladó számai szerint a syphilis a legfontosabb szerepet játszsza a tabes aetiologiájánál. E mellett szól azon körülmény is, hogy a tabes majd soha sem lép fel a nemi érettség ideje előtt és az aggkorban. Továbbá jóval ritkább nőknél, mint férfiaknál.

Ujabbán kórboneczolási adatok is közöltetnek, melyek tabeses betegeknél syphilibes elváltozásokat mutatnak, így *Dinkler* (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk.* 18. k.) négy esetről számol be. *Pándy* klinikámról szintén egy jellemző esetet közölt, hol a gerincvelő syphilibes mellett tabeses tünetek is álltak fenn. Bár a legtöbb tabeses betegnél a syphilibes megszokott képét nem találjuk, a szerzők ez okból a tabest a syphilibes egy késő megnyilvánulásának (5—15 év után) tekintik, melynek fellépése és localisatioja különféle esetleges káros behatásoktól, mint meghülés, trauma, kifáradás stb. függhet.

Ezek után elég alappal bírnunk annak kimondására, hogy a legtöbb tabeses betegnél syphilibes volt jelen s hogy e szerint a syphilibes valami módon befolyást gyakorol a tabes létrejöttére, az összefüggés mikéntjéről azonban még nem vagyunk tisztában. *Strümpell* szerint a syphilibes által bizonyos vegyi mérgek termelgetnek, melyek későn keletkeznek vagy későn fejtki ki az idegekre, főleg a centripetális rostrendszerre, delectaer hatásukat s ezért ő a tabest „postsyphilibes idegmegbetegedésnek” nevezi. Körülbőlül ugyanezen állásponton áll *Möbius* is, szerinte a tabes, sőt a paralysis progressiva is, *metasyphilibes idegsorvadás*, vagyis az idegeknek elsődleges parenchymás atrophijája. Ezen felfogás per analogiam egy más ismert mérgek hasonló hatása által némi meg-

erősítést nyer. Ugyanis ergotin-mérgezés után az élöben a tabeshez hasonló tünetek állnak elő és a gerincezvelő hátulsó köteleiben is elfajulás lép fel.

A tabesnél alkalmazott antilueses therapia sikertelensége nem dönti meg a tabes syphilitisen alapuló keletkezését; hisz rendszeren csak több évvel a syphilitis infectio után (5–20) veszi a tabes kezdetét. Elfogadva azt, hogy a syphilitis által termelt toxinok késői hatása szerepel, valószínű, hogy ezek ellen a kéneseő nem bír már befolyással, vagy a mi még elfogadhatóbb, hogy a megindult parenchymás idegdegeneratiót már nem bírja semmiféle eljárás s így az antilueses eljárás sem megállítani, progressive halad az lassabban vagy gyorsabban. Így bár a syphilitis legyen is elsődleges oka a tabeses folyamatnak, ez utóbbi a parenchymás degeneratio felléptével individualizálódva halad a maga útján, többé nem reagál az anyabetegség ellen hatásos kéneseőre sem.

Ezek előrebecsítését szükségesnek tartottam a syphilitis therapiájának kérdésénél. Hisz ma is akadnak orvosok, kik a tabes kezelésénél *válogatás nélkül* az erélyes kéneseő-kúrát alkalmazzzák. Ezzel pedig sokszor ártanak a betegnek és nem használnak a betegségnél. Minden egyes esetenél szigorú kikérdezés és megvizsgálás után és alapján kell a követendő indicatiokat megállapítani. Ha a syphilitis jelei kimutathatók, akkor alkalmazzuk a megfelelő antilueses eljárást; mint legbiztosabbat ma is a szürke kenőccsel való bedörzsöléseket ajánlom. Másodsorban a parenchymás sublimat-befecskendések alkalmazhatók. Csontthártya-, csontsyphilitisnél a jodkalium vagy jodipin, mely utóbbinak 10%-os oldatából napjában 2–3 kávéskanál fogyasztassék el; a jodipin hatásában egyenrangú a jodkaliummal és nélkülözi annak minden kellemetlen mellékhatását. Ha azonban a tabeses betegnél lueses nyomok ki nem puhatolhatók, de az előzményekből kiderül (hisz a legtöbb tabesnél ki fog derülni), hogy lues volt jelen, akkor csak azon esetekben kísérlem meg a kéneseő kúrát, melyek még kezdeti stadiumban vannak s az erőbeli állapot kielégítő. Előhaladt tabes kéneseő-kezelésre nem alkalmas, vele a beteg gyengeségét csak növelhetjük és esetleg egyéb kellemetlen kéneseő-tünet is keletkezhetik. Tapasztalásaim alapján kimondhatom, hogy maga a tabes kéneseő-kúra útján sohasem gyógyult, sőt nem is javult. Ha tabes-betegnél az antilueses eljárás mellett vagy után bizonyos arányban javulást érünk el, úgy az a még jelenlevő nyilvános vagy latens syphilitisre vonatkozik. S miután a legtöbb tabes-beteg syphilitis volt, többnél ez irányú kezelés indokolt. De érthető, hogy ez legkivált friss esetekre szól, melyeknél a syphilitis infectio még nem nagyon régi. A hol csupán gyanu áll fenn syphilitisre, ott vigyázva kísérletképen kezdjünk a kéneseő kúrához s eredménytelenség vagy káros tünetek esetén azonnal hagyjunk fel vele.

Feltéve és nagy részben elfogadva azt, hogy a tabes syphilitis talajon támad, egy másik fontos kérdés tolul előtérbe, vajjon a syphilitis kellő kezelése által meg lehet-e a tabes fejlődését akadályozni. Fájdalom, erre válaszunk ez idő szerint nem megnyugtató. *Fournier*, ki e tekintetben a legbővebb tapasztalatokkal rendelkezik, maga azt mondja, hogy intensive és hosszasan kezelt syphilitis után ép oly gyakran látta a tabes későbbi fellépését, mint hiányosan kezeltknél. Kétségkívül az egyéni hajlandóság nagy szerepet játszik syphilitis vagy syphilitist kiállt egyéneknek arra nézve, hogy tabesbe essenek. S itt jutnak szerephez azon alkalmi okok, melyeket régebben általában s most egyesek (mint *Leyden* is) a tabes egyedüli okául ismertek el, mint meghűlés, fárasztó megerőltető testi munka, kicsapongó életmód stb. Az 1866-diki porosz háborúban a königgrätzi csata után, hol katonáink napokon át áztak, fáztak, kimerítő fáradság mellett vízben jártak, feltűnő módon szaporodtak a bécsi köz-kórházban több hónapon át a tabes esetek. Ezek mellett a syphilitis által előkészített talajon könnyebben s néha hirtelen állnak elő a tabes tünetei, sőt az sem zárható ki, bár nem valószínű, hogy ezen alkalmi okok nélkül a tabes fel sem lépett volna. De előzetes syphilitis infectio nélkül ezen káros körülmények sem lesznek képesek tabest létrehozni. Az eddigi kedvezőtlen tapasztalatok dacára mégis azt hiszem, hogy syphilitis esetén gondos, kitartó, 2–3 évre terjedő megfigyeléssel párosult antilueses kezelés mégis a legtöbb garantiát nyújtja a tabes elkerülésére.

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem I. sz. sebészeti kórodájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár.

A májbeli echinococcus-tömlők infectioiról és elgenyedéséről.

Közli: *Winternitz M. Arnold* dr. műtönövendék.

A májban székelő echinococcus-tömlők lassú, évekre terjedő növekedésük révén eleinte semminemű subjectiv tüneteket nem okoznak s mindaddig, míg a máj felületét valamely irányban ki nem boltosítják, rendszerint nem is diagnosztizálhatók. Az egyenletes expansiv növekedés, mely a normalis echinococcus-fejlődésnek sajátja, a májat magát lassúsága miatt nem igen alterálja, csak épen annyira, a mennyire a tömlő térfoglalása folytán a májszövet visszatolulni kénytelen. A tömlő terjeszkedésével szemben legkevésbé ellentállók a specifikus májsejt-elemek. Mint minden parenchymás szervnél, úgy itt is ezek mutatják legelőbb s legnagyobb fokban a pigmentatio és atrophia jeleit. Az inter- és intra-acinosus edénykéket kísérő gyér kötőszövetelemek azonban ellentállanak; a növekedő tömlő elől kitérve mind kisebb és kisebb térre szorulnak össze, s végeredményként az atrophianak áldozatul esett szomszédos májszövetből csak a kötőszövetes származású elemek maradnak meg.

Igy a májsejtek atrophiaja, a kötőszövetes gyér alapváz összesség szorulása s kisfokú reactiv lobos burjánzása folytán a tömlő körül idővel egy szürkés-fehér, hegszerű, gyéren edényezett kötőszövet-kéreg képződik, mely azt minden oldalról körül fogva, a szervezet felé egyúttal mintegy sequestrálja is.

A kölesönhatás az echinococcus-hólyag és a szervezet között csak a gyéren vascularizált kötőszöveti szomszédos tok szövetnedvéből a chitin-hártyán át történő osmotikus kieserődésre korlátozódik; mi a parasita csekély s lassan gyarapodó test anyaga mellett úgy látszik élénk nem lehet.

A parasita nem élénk anyagcseréjével, nem szerfelett dús szövetnedv elhasználásával vagy toxikus anyagok productiojával válik ártalmára gazdájának (jóllehet a gyakran észlelhető urticariászerű bőrkiütések ez utóbbit is valószínűvé teszik), hanem főleg a tömlő nagysága vagy székhelye által létesített physicalis abdominalis viszonyok azok, melyek a parasita jelenlétét körképpé domborítják ki.

Addig, míg a tömlő a máj valamelyik felszínét el nem éri, topographic csak a májjal van relatióban. A növekedő, mind és mind több tért foglaló tömlő a sorvadó szomszédos májszövetben természetesen a máj véredényeivel s az epeutak ramificatioival fog találkozni s mennél közelebb fekszik a máj kapujához, annál erősebb edénytörzseknek, illetve epeutaknak kerül szomszédságába. A gyenge falú májvéna s portalis ramificatiók a nyomásnak csak igen csekély mértékben fognak tudni ellentállani, addig ugyanis, míg az echinococcus által rájuk gyakorolt nyomás az igen csekély intravenosus tensiot meg nem haladja. Ettől kezdve az edény-lumenek összeesnek s az endothel felmacerálódása és thrombosis folytán *obliterálódnak*. Innen van az, hogy echinococcus-tömlők úgyszólván sohasem communicálnak a portalis vagy hepaticus edényrendszer valamely intrahepaticus ágával, hanem ha vérpályába való betörés történt, úgy az rendszeren a májon kívül fekvő vena portae szakaszon, vagy a vena cáván, mint nagyobb nyomású s összeesésre és obliteratióra kevésbé alkalmas edényterületeken szokott előfordulni.

Nem így van ez az epeutakkal. Ezek a májkapu felől a felszín felé successive elágazódó dendritikus hálózatot képezve, a növekedő tömlő oldalsó vagy centralis segmentumaival okvetlenül collisióba kerülnek és pedig annál nagyobb caliberrű szakaszaikban, mennél centralisabb fekvésű a tömlő.

A portalis ágak mentén lefutó epeutakat saját fallá tömörülő kötőszövet kíséri s ezért e képletek, már a falzat eme anatomikus structurája miatt, jobban türik a nyomást. Bennük az epe adott viszonyoknak megfelelő nyomás alatt folyik, úgy hogy valamely epeútszakasz compressioja alkalmával az e felett fekvő epeútrészleteken — bizonyos határokon belül — addig fog a váladék nyomása emelkedni, míg az alanti akadályt legyőzve, a comprimált részlet lumenét maga előtt meg nem nyitja. Az

epeutaknál tehát a váladéknyomás emelkedésének a szükséghez képest való lehetősége már magában véve biztosítja a nyomás alatt álló szakaszok canalizálását, a *hamboríték* pedig az összefekvő falak között még hosszú idő múlva is lehetetlenné teszi az összetapadást, az obliteratiót. Innen van az, hogy a növekvő tömlővel collisioa került epeutak nem obliterálódhatnak oly könnyen, mint azt a véredényeknél láttuk, hanem a successiv nyomás eredménye végre az lesz, hogy a tömlő az epeutak valamely részének falát arrodálva, annak lumenével communicatioba lép.

E körülmény úgy a parazita biológiája, mint a fejlődéséhez szövődő pathogenesis szempontjából rendkívül fontos. Az epeút usurált nyílásán át a secretorikus nyomás alatt álló epe a tömlő chitinhártyája s kötőszöveti burka között részbe préselhető s a chitinhártyát az utóbbiról részben vagy egészben le is választhatja. Az eredmény az lesz, hogy a tömlő végre oly nyomású epétől lesz körülmosva, mint a milyen tensio alatt az a comprímált epeútszakasz feletti részletekben, a májsecretio következtében áll. Chauffard és Widal¹ vizsgálataiból tudjuk, hogy az echinococcus chitinburkja a beléje zárt s körülötte fekvő folyadékok között dialysator szerepét viszi. A szomszédos oldatokból a sók s crystalloid anyagok, az oldatok osmotikus nyomás különbségének megfelelő arányban diffundálnak a tömlő belsejébe. Ezt a vizsgálat fuchsinra, methylviolára, cuprum sulf.-ra jodkalira, valamint bakterium-termékekre (mint a bac. pyocyanus festanyagára) ki is mutatták.

Epebeömlés esetén ugyanez fog történni. Az epe oldott s diffusiora képes alkatrészei — még az élő állat chitinburkján át is — bizonyára bele fognak jutni a parazita kevésbé concentrált, alacsonyabb fajsúlyú folyadékába, melynek ily módon durván megváltozott chemismusa szükségképp a parazita megbetegedését, illetve elhalását vonja maga után.

Kétségtelen, hogy a májban oly gyakran található obsolet, összezsugorodott echinococcusok többségének halálát az intrahepatikus epeutak fenn jelzett arrosiojából származó epebeömlések okozzák.

A parazita életét tehát már azalatt is, míg a máj felszínét ki nem boltoította s más szomszédos szervekkel relatioba még nem lépett, az őt környező epeutak részéről már veszély fenyegetheti. Erre a mechanizmusra vezetendő vissza a tömlők *spontan visszafejlődésének*, *kigyógyulásának* legtöbbje, a mely alkalommal a tömlő összeesik, ráncosodik, a beömlött epe s az elhalt parazita testmaradványai által a szomszédságban chronikus reactiv hyperplastikus kötőszövetlob jön létre, mely azt mindinkább körülfogva, a zsugorodó tömlőt végre tömörült heggel zárja körül.

A mily simán lefolyó s kimenetelében hálás is lehet valamely epeút s az echinococcus között létesült communicatio, épen annyi veszélyt is rejthet magában. Mert, a míg a tömlő a máj állományában aként fekszik, hogy az intrahepatikus epeutakkal *nem kommunikál*, addig az az infectio részére is csak a vér, illetve nyirokpályák felől hozzáférhető. Ezen időpontig a májbeli tömlők a *fertőzés* lehetősége tekintetében azonos helyet foglalnak el az izmokban, lépben, csontokban, edényhüvelyekben székelő tömlőkkel. Mihelyt azonban a tömlő az epeútramificatiók valamely pontját arrodálta s annak lumene az epebeszivárgás folytán keletkező pericystikus réssel közlekedésbe lépett, *direct útja van adva az epeutak mentén történő infectio lehetőségének*.

Látnivaló, hogy az intrahepatikus epeutaknak a tömlő általi arrosioja a felhágó direkt epeinfiltratiók lehetősége szempontjából nem épen közömbös; mert a hogy e körülmény a parazita elhalását, zsugorodását, szóval a *spontan gyógyulást* okozhatja, épen úgy lehetőségét szolgáltatja e betegség azon súlyos complicatiojának, melyet a *spontan elgenyedés* neve alatt ismerünk.

Az epebeömlés *egyedül* nem lehet *kizárólagos* oka a májbeli echinococcusok — néha oly nagy tályog képződésével járó — *progredivens* genyedésének. Ha nem is tagadjuk, hogy a beömlött epe a pericystikus kötszöveti tokra, mint csupasz szövetfelszínre izgatónlag hatni s abban mérsékelt gyuladást fentartani képes, mégis ezen magyarázatot *egyedül* e genyedésnek értelmezésében kielégítőnek nem tarthatjuk. (Össze nem tévesztendő itt a töm-

lők progressiv genyedése a „puriform“ lágyulással, a stationar molecularis széteséssel, mi tisztán chemiai folyamat!)

Hisz, ha akár az elhalt parazitatest egyedül, akár a hozzá ömlött epével egyetemben, képes lenne tisztán *chemiai irritativ* úton nagy tömegű genyes tályogokat létesíteni, hogyan volnának érthetőek azon esetek, melyekben az előrement epebeömlés kétségtelen jele gyanánt sok bilirubint tartalmazó tömlők minden genyedés nélkül összetöpörödtek? Hogyan magyarázhatnók a Bacelli-féle eljárás után visszafejlődő eseteket, melyeknél a parazita teste mégis csak a szervezetben marad vissza, a nélkül, hogy halála után ott genyedést idézne elő?

Ezeket szemmel tartva valószínű, hogy sem az *epebeömlés maga*, sem az *epe plus elhalt parazitatest* nem végokai az echinococcusok úgynevezett *spontan genyedéseinek*, hanem ezeken kívül még más tényezőnek kell szerepelnie s ez az *infectio*. Az epének itt nem is annyira a parazita előlésénél, mint inkább az *infectio odajutásánál* van nagy szerepe!

Az epelevezető rendszer azon nyálkahártyahuzam, mely a máj legtávolabb eső részletében ülő tömlőhöz is *directe* juttathat fertőzőési agenszt azon körülmény alapján, hogy a máj parenchymája és a bélhuzam lumene között normaliter is canalizált összeköttetést tart fenn.

Bár a szóban lévő *epeút infectio mód* mindenek szerint a leggyakoribb, mégis a májechinococcusok elgenyedésének értelmezésénél *ezen módon kívül* mindazon infectio-mechanismusokat is tekintetbe kell venni, melyek „általában“ májgenyedéseket — s így echinococcus-infectiókat is — létesíthetnek.

Ilyenek: 1. A *vena portae rendszerén belül létesülő metastatikus, embolikus fertőzések*.

2. A *májkapuban összejutó nyirokrendszer resorptionalis fertőzései*.

3. A *szomszédos szervekről „per contiguitatem“ áttérjedő lymphatikus, resorptionalis fertőzések*.

4. *Egy mód van még s ez a nagy vérkörön át, az arteria hepatica közvetítésével létrejövő májfertőzés, mint az általános vérkör infectiojának részjelensége. (1. és 2. pont.)*

A vena portae s az abdominalis nyirokrendszer resorptionalis májinfectioi többé-kevésbé e rendszernek peripherikus elágazódásai körül székelő genyes vagy üszkös folyamatok *deuteropathikus* jelenségei szoktak lenni s így egyszerű regionaer áttételeknél nem egyebek. A mesenterialis nyirokrendszer közvetítésével történő direct májinfectio veszélye azonban nem valami nagy, mert e rendszer a ductus thoracicusba szedődve össze, főáramával nem folyik a májon keresztül. Ellenben a vena portae a hasi zsigerek felől ömlő teljes áramát a májon vezeteli keresztül s így a resorptionalis fertőzések dolgában a nyirokrendszerénél sokkal hatalmasabb factor.

Ezen berendezések alapján nem lehet csodálkozni azon, ha egy májechinococcus betegnél, ki typhuson megy keresztül, vagy kinél gümőkóros, vagy carcinomás bélfekélyek vannak jelen, avagy a ki appendicularis vagy perityphlitikus genyedésekben szenved, az echinococcus-hólyag körül genyedés kezd mutatkozni! Ily esetekben az összefüggés az elsődleges s másodlagos folyamatok között nem lesz nehezen értelmezhető, sőt a boncaszitalon thrombophlebitis vagy lymphangoitis mesenterialis révén talán ki is lesz mutatható. Ezen fertőzések azonban csak e kérdés felett általános áttekintés szempontjából érdekelnek, a mennyiben egész véletlen volna, hogy egy echinococcus-beteg typhust, gümős bélfekélyeket, appendicitist vagy bélcarcinomát kap. Ezek *kétségtelen fenforgása esetén* azonban, ha a tömlő genyedése chronologicice a bélbeli folyamatok tartama *alatt* vagy *után* lépett fel, gondolni kell a szóban forgó másodlagos resorptionalis fertőzések lehetőségére! (3. pont.)

A per contiguitatem, szomszédos hasi vagy mellkasi szervekkel való összenövésük révén keletkező *lymphatikus* fertőzések — ha az áttörések gyakoriságát tekintjük — úgy látszik, mintha nem lennének ritkák. Bár, ha a szomszédság valamely szervébe áttört esettel állunk szemben, néha nehéz, sőt lehetetlen eldöntése annak, vajjon az áttörés *előtt* genyedés volt-e már jelen vagy nem? Persze az oly esetek, melyeknél az áttörés *előtt* a genye-

¹ Bull. et mémoires de la soc. méd. des hôpit. 1891.

dés csaknem teljes biztossággal kizárható — mint az Imrédy¹ esete, melyben a beteg a gyomorba történt áttörés alkalmával sok vizes hányadékot ürített — a legkritikábbak. Ezen áttörések-nél rendszerint kétségben vagyunk az iránt, vajjon az áttörés előtt az összenövéseken át (tehát lymphatikus úton) fertőzött, vagy pedig csak az áttörés után, a perforatio nyíláson keresztül másodlagosan inficiált tömlőkkel van-e dolgunk.

Aránytalanul gyakoribb az, hogy a szomszédságba már elgenyedt tömlők törnek át. Hisz ez könnyen érthető. A nem genyedt tömlő növekedése egyenletes, lassú, a szomszédságot egyenletesen nyomja s mint fentebb láttuk, feltűnően nem is irritálja. A genyedt tömlő növekedése gyorsabb; néhány hét alatt 2—3-szorosára emelkedett, miközben a genyedés a szomszédos májszövetet, mely a vele összenőtt szerveket lágyítja, arrodálja is.

Azonban az előzetes genyedés után áttört tömlőknél is előtolakodik az a kérdés: vajjon a fertőzés a szomszédos szervvel való összenövés révén ezek felől lymphatikus úton jött-e létre, avagy pedig más mechanizmusa volt a genyedést fentartó fertőzésnek?

Tekintve a májbeli tömlők fentebb részletezett anatómikus viszonyait, azon szükségképen bekövetkező szoros vonatkozást, melybe azok növekedésük révén az intrahepatikus epeutakkal okvetlenül kerülni szoktak: nagyobbak az esélyei az epeutak felőli felhágó, mint a szomszédos szervek avagy a v. portae felőli resorptionalis fertőzések lehetőségének. Mert a míg a tömlő helyzete s növekedése által bizonyára hamarabb kerül collisióba a májbeli epeutakkal, addig a szomszédos szervekkel való összenövés csak a tömlő nagy dimenziói mellett szokott bekövetkezni. Az említeteket mind egybevetve valószínűnek látszik, hogy a májbeli tömlők elgenyedésénél az infectio odajuttatásában a legfőbb szerep az epeutakra esik; az említett többi módok pedig csak másodrendű jelentőséget játszanak. E szerint a tömlők jóval az áttörés előtt az epeutak felől fertőződnek s az áttörés csak később, a tömlő rohamos genyes növekedése és a szomszédság genyes lágyulása folytán áll be.

(Folytatása következik.)

A húgycső szűkületéről.²

Közlő: Rihmer Béla dr. műtőorvos, volt klinikai tanársegéd.

A húgyszervek sebészetében, épen úgy, mint a sebészet más terén, a gyógyító beavatkozás csak akkor történhet céltudatosan, ha az a kóros elváltozások minden körülményének pontos ismeretén alapszik. A tünetek helyes értelmezésére fel kell használnunk mindazt, a mit az anatómia, az élettan és a kóros elváltozások tanulása nyújt, a tünetek felkeresésére pedig mindazt, a mi a klinikus vizsgálat eszközeiként kínálkozik.

Ez a klinikus vizsgálat a húgyszervek sebészetében különleges nehézségekkel jár, a melyek onnan erednek, hogy az elváltozások kimutatása végett eszközökhöz kell nyúlnunk; a húgycsőszűkület megállapításában pedig az instrumentális vizsgálatnak a legfőbb, a döntő szerep jut. A vizsgálat eredménye, a pontos kórisme lényegesen függ attól, hogy milyen eszközzel vizsgálunk, de azután attól is, hogy azt, a mit találtunk, hogyan egyeztetjük össze az alaptudományok szolgáltatata adatokkal.

Az eltérés az értelmezésben egyrészt, másrészt maga az a körülmény, hogy a sebészek a húgycsőszűkület megállapítására más és más eszközökhöz nyúltak, okozhatták, hogy eltérő diagnostikus eredményekre jutottak, és ennek következtében nézeteik is a szűkületekről eltérőleg módosultak. Hogy többet ne emlitsék, itt van a kaliber kérdése és a mi vele összefüggőnek látszott, hogy mikor mondhatjuk ki legkorábban, hogy szűkület van jelen; a felfogás az egyes iskolák szerint változott; a szűkületek számának, helyének megállapítása szintén eltérő adatokat mutat fel.

Gyakorlati dolognak gondoltam tehát, hogy a szűkület megállapítására szolgáló módszereket és eszközöket, a mennyire azt eseteim megengedték, összehasonlítsam, vizsgálva egyrészt azt,

hogy a diagnózis megejtésére melyik bir legtöbb értékkel, másrészt, hogy a klinikus vizsgálat összes eszközeit felhasználva, az eredmény mennyiben erősíti meg a szűkületek tanáról szóló egyes nézeteket.

A szűkület megállapítására ma is érvényben levő módszerek és eszközök három csoportra oszlanak:

I. Az első módszer a húgycső kaliberének ismeretén, helyesebben mondva tanulmányozásán alapszik és szűkültreket veszi fel a húgycsövet, ha az a normalisnak vett kalibert meg nem üti. Eszközei a hengeres sondák és az újabb keletű húgycsőmérő.

II. A második módszer bizonyos tekintetben szakít a kaliber kérdéssel és a szűkületeket a szűküléses elváltozások kitapintásával igyekszik megállapítani. Eszköze a vékony ruganyos szárú gombos (olivás) végű kutasz, a francziák bougie à boucle-je.

III. A harmadik módszer a húgycső tükrözés.

Mielőtt az összehasonlítás eredményére áttérnék, legyen szabad az egyes eszközök használatának alapelveit szóvá tennem, hogy a multak kutatásait röviden összegezve, az egyik vagy másik iskola eltérő nézeteit kiemeljem és hogy beszámoljak azzal, hogyan használtam magam az eszközöket.

Az első módszer a húgycső kaliberének tanulmányozásán alapszik, mert valóban ma is ott állunk a kaliber pontos ismeretében, a hol Sappey, a ki szerint a húgycső kaliberét számokban pontosan kifejezni nem lehet.

A kaliberre vonatkozó adatok maguk az anatómusok közt eltérők, a minek oka részben az volt, hogy a felmetszett és szétterített falat az egyik a normalis ráncolat enyhébb, a másik erősebb szétsimításával mérte le. Richet adatai ezt élénken illusztrálják. Ő a felhasított húgycsövet először in situ mérte le, majd a ráncolat széjjelhúzásával, az így elért eredmény rendkívül eltérő volt. Ha az anatómusok közül Sappey-t vesszük mértékadónak, ő a fenti nehézségek hangoztatása mellett a húgycső kerületét, a bemenettől eltekintve, 18—20 mm.-re becsülte. Guyon esatlakozik e nézethez és azt állítja, hogy ha a húgycsövet ezen a fokozatnál tágtjuk, a nyert kalibert már a húgycsőfal rugalmasságának igénybe vételével érjük el (erőművi kaliber).

A húgycső fala nyugalmi állapotban összeesett lévén, kaliberét gyakorlati szempontból az a szám adja meg, a melyre kitégítható és ezen értelemben több módon igyekeztek azt meghatározni. A legrégebb eljárás Home-tól ered, a ki viaszot fecs kendezett át a húgycsövön, a melynek azután pontos kiöntését kapta (Guthrie és Quequette fémet, Sands gipszet). Az így nyert diagrammokkal a kaliber kérdését megoldani szintén nem lehetett, mert a tágulékonyság, a mit elértek, lényegesen függött attól, hogy a folyadékot milyen erővel hajtották keresztül a húgycsövön; az egyes részek viszonylagos tágulékonyságára azonban becses adatokkal szolgáltak. Nevezetesen Home kísérleteiből világlott ki először, hogy a húgycső nem minden pontján bir egyforma tágulékonysággal, hanem a bulbus- és a prostata-rész a többi jóval felülmúló tágulékonysággal rendelkezik, a kettőjük közti hártvás rész igen kevésbé tágulékony, Sands szerint még kevésbé, mint a csüngő rész, a mely a lenyomatok szerint eléggé egyenletes kaliberrel bir.

Richet más módon hasonló eredményekre jutott, szerinte a húgycső bemenete majdnem semmi tágulékonysággal sem bir.

Ezeknek és a hozzájuk hasonló kísérleteknek eredménye az a gyakorlati szabály lett, hogy a bemenet lévén a húgycső legszűkebb és legkevésbé tágulékony része, annak az eszköznek, a mely rajta áthatad, akadály nélkül kell a hólyagba jutnia. A húgycső kaliberét pedig számokban kifejezve 21—24 Charrièrenak (mm. körfogat) vették.

A vizsgálók egy másik csoportja, a húgycső tágulékonysága meghatározására a hengeres fémsondákhoz folyamodott. Guyon és Campenon oly módon végezték kísérleteiket, hogy a bemenet bemetszése után mind magasabb számú sondát vezettek a húgycsőbe.

A bevezetést a 29.5 Ch.-rel kezdték és 37 eset közül 4 izben 32 Ch.-ig, 3 esetben 31 Ch.-ig jutottak el berepedés nélkül, még

¹ Orvosi Hetilap 1896.

² Előadatot a kir. orvosegyesület 1900. november 20-diki rendes ülésén.

4 esetükben a sérülések 32 Ch.-nél igen felületesek voltak; a többi 26 esetben a húgyeső, többnyire a bemenet mögött, be-repedt. Ezekből a kísérletekből, valamint a gyakorlatban szerzett tapasztalatokból *Guyon* arra az eredményre jutott, hogy a húgyeső, hengeres eszközzel mérve, 9 mm.-ig (27 Ch.) elég könnyen kitágítható; kivételes esetben 10 mm.-ig (30 Ch.) jutott el.

A kísérletezők harmadik csoportja oly eszközökkel igyekezett a húgyeső tágulékonyságát meghatározni, a melyekkel azt, a bemenet bemetszése nélkül, élön is meg lehetne állapítani.

Az első ilyen eszközt az ötvenes évek elején *Reybard* készítette és vele az akkor uralkodó felfogásokkal szemközt jóval nagyobb tágulékonyságot mutatott ki, mindazonáltal adataival meglehetősen izoláltan állott. Csaknem húsz évre rá *Otis* new-yorki sebész hasonló célra készített eszközével tett mérései ellenben széles körben keltettek feltűnést. Az általa szerkesztett eszközt, az úgynevezett húgyesőmérőt (urethrometer), alkalmazásának módját és eredményeit több évvel ezelőtt *Alapy* tagtárs ismertette. Mámár az *Otis*-féle húgyesőmérő szélesebb körben ismeretes. Lényegében egy egyenes fémcső, a melyben egy rúd vonul végig, a fémcső végén izesülő fém-pálcácskák úgy vannak a rúdra erősítve, hogy a rúd visszahúzásával (külső csavarral) gömbbé formálódnak, előretolásával lelapíthatók, az előbbi állapotban a gömb 45 Ch.-nek, az utóbbiban 17 Ch.-nek felel meg. A mindenkori felesavarás mértékét az eszköz külső végén egy táblán leolvashatjuk. *Otis* az eszközt csukva a bulbusig előre tolta, ott aztán addig csavarta fel, míg a vizsgáló a teltség érzését nem jelezte, az eszköz pedig még egy kissé ide s tova mozgatható volt, onnan aztán előre húzva a mellső részeket hasonlóan lemérte.

Az eredmény, a melyre jutott a következő volt: 100 esetben a húgyeső kalibere 26–39 Ch. közt váltakozott és középértékben 32.95 Ch.-t tett ki és a bulbusban csak valamivel volt tágabb, mint a mellső részekben. Később aztán azt a felfedezést tette, hogy a lankadt állapotban levő himvesző kerülete és a húgyeső kerülete közt bizonyos állandó arány áll fenn (így pl. 75 mm. penis körfogatnak 30 mm. húgyesőkerület felel meg). *Otis* szerint a legszűkebb rész, a bemenet, nem képezheti a mögötte levő sokkal tágabb húgyeső mértékét, a húgyeső kalibere sokkal nagyobb, mint azt azelőtt felvették és oly széles határok közt változik, hogy egy egységes kalibert felvenni nem lehet. „Individualis normal kaliber” van, a melyet az ő viszonyzáma értelmében minden egyénre külön kell megállapítani. Ha a húgyeső a kívánt kalibert meg nem üti, szűkület van jelen. Ha ezek a tanok és a belőlük levont következtetések nem is váltak be, a kaliber szorgosabb tanulmányozására vezettek és kétségtelen, hogy ma már általánosan el van terjedve, hogy a húgyeső tágulékonysága sokkal nagyobb, mint régen felvették.

A húgyesőmérő értékéről meggyőződést szerzendő, másrészt, hogy a vele kiderített viszonyokról személyes tapasztalataim alapján szólhassak, *Otis* eszközével 27 esetben méréseket eszközöltem. A mérések alkalmával meggyőződtem arról, hogy, a mit már többen említettek, rendkívül nehéz megítélni azt, hogy a húgyesövet egy pontján szétfeszítő eszköz mikor mutatja a valódi kalibert és mikor azt a teljesen hamisat, a melyet az illető egy pontnak túltágításával (a szomszéd részek odavonásával) ér el. Azért én minden pontot kétféleképpen mértem le, először felesavartam az eszközt addig, míg a vizsgált feszülést nem érzett, ilyenkor az eszköz teljesen fogódott és a kaliber szempontjából kétségtelenül teljesen hamis adatokat nyújtott; aztán visszacsavartam addig, míg épen szabaddá nem lett és tengelye körül a legesekélyebb fogódás érzése nélkül egészen könnyedén mozgatható volt. Az utóbbi adatok megközelítő pontossággal adják a húgyeső kaliberét. A 27 lemért húgyesőn így háromféle típust lehetett megkülönböztetni:

1-ső típus. A húgyeső kalibere a legnagyobb a bulbusban, onnan előfelé folyton és egyenletesen esőkent. (8 eset.)

2-dik típus. A kaliber esőkent csak a csüngő rész kezdetéig rohamos, onnan előfelé csak 1–2 Ch. számot tesz ki, vagy épen egyenletes. (15 eset.)

3-dik típus. A húgyeső kalibere a bulbusból a bemenetig majdnem egyforma. (4 eset.)

Az így lemért kaliber, a legszűkebb helyet véve mértékül, 27–37 Ch. közt váltakozott. Az esetek legnagyobb részében azonban 27–32 Ch. közt mozgott. (Csak egyszer volt 37, 2 esetben 34.) A húgyesőmérőt egész a feszülés érzéséig felesavarva (*Reybard* methodusa), a húgyeső a bulbusban mindig tovább volt szétfeszíthető, mint bármely pontján onnan előre.

Meggyőződést nyertem így arról, hogy a mellső húgyeső kalibere tényleg magasabbra tehető, mint azt régen hitték és hogy elég széles határok közt ingadozik; de viszont arról is, a mit sokan hangsúlyoztak már, hogy az esetek jó részében a bulbusban a legnagyobb és onnan előfelé szűkül; valamint arról is, hogy ez a szűkület nem egy típus szerint történik. Ezekből az adatokból kiviláglik az *Otis*-féle viszonyszám gyakorlati értéktelensége, úgy hogy ma az urethrometer tényleg csak azon az alapon lehet használatban, hogy a kimutatta tágulékonyság csökkenést csak akkor mondhatjuk károsnak, ha az a húgyeső egy körülírt helyén hirtelen áll be, tehát elülről hátra és megfordítva is kimutatható.

Ezzel vázoltam a kaliber tanulmányozásából levont mód-szernek, a hengeres eszköz és a húgyesőmérő használatának alapelveit.

A második methodus, mint említém, a szűkülés elváltozások kitapintásán alapszik; eszköze a ruganyos, vékony szárú, gombos végű kutató (*bougie à boule*). Az eszköz *Leroy d'Étiolles*-től származik és különösen *Guyon* tanításai nyomán terjedt el. Főelőnye abban áll, hogy a szára vékony lévén, a mit a végén ülő olívával tapintunk, azt minden zavaró érzés nélkül érezzük. Az eszköz, bár még nálunk nincs általánosan használatban, eléggé ismeretes és használatáról is csak annyit bátorkodom megjegyezni, hogy vele a tapintás különösen a visszahúzásokról történik. Ép húgyesőben az eszközzel teljesen simának érezzük a nyálkahártyát, szűkület esetén e helyett merev, egyenetlen ráspolyszerű felületet érzünk; nem ritkán kifejezett zökkenéssel ugrik egyes helyeken át. Ezeket az érzéseket az egyenetlenre kitáguló heges gyűrűk okozzák.

Ez a módszerrel tehát, hogy úgy mondjam, szakít a kaliberkérdéssel és a szűkületet a szűkítő elváltozások kitapintásával állapítja meg. Régebben hátrányul rótták fel, hogy ha az eszközt nem pontosan a húgyeső tengelyében húzzuk vissza, fennakadhat az egyik oldalfalon és szűkületet jelezhet ott is, hol ninesen (*Thompson*, *Antal*); újabban ellenkezőleg azt állították, hogy az eszköz a bemenetnél tágabb gyűrűket nem jelzi.

A harmadik módszerrel a szűkületet a direct megtekintéssel állapítjuk meg. Eszköze a húgyesőtükör.

Használható kép nyerése végett vastagabb (20 Ch.-től felfelé) tubusokat kell alkalmaznunk és így eleve a kisebb fokú szűkületek megállapítására szolgál.

Jelentőségét a kezdődő szűkület felismerésére nálunk először *Antal* méltatta. Ő ajánlotta először, hogy ha a sondavizsgálat pozitív adatokat nem nyújt, forduljunk a tükrökhöz, a melylyel „nemesak teljes bizonyosságot szerezhetünk arról, hogy mi állja útját az akadálytalan behatolásnak, de egyszersmind arról is tájékozhatjuk magunkat, hogy a kezdődő szűkület még csak a lobos duzzanat, vagy már a kötőszöveti túltengés stadiumában van-e”.

A lobos duzzanat tükröképe *Antal* szerint a következő: a húgyeső nyálkahártyája bizonyos helyen sötét violaszínű gyűrű alakjában domborodik be a húgyeső ürébe és többnyire szemeses felületű. Kötőszöveti túltengés esetén a nyálkahártyát vagy egészen gyűrűalakban, vagy sáv-, vagy sarlóalakban, ezüstösen fénylőnek találjuk, e helynek megfelelőleg a nyálkahártya erei a tükröz visszahúzásakor vagy lassan, vagy épen nem telnek meg vérrel.

A mióta *Antal* ezeket megírta (1888), úgy nálunk, de különösen Németországban az endoscopia nagy lendületet vett. Az idült blennorrhoeával járó szöveti elváltozásokat jeles munkák ismertették, a melyeket az endoskopos lelettel összhangzásba hozni különösen *Oberländer* törekedett. Bármily tetszetősek legyenek azonban az ő következtetései, a melyeket a tükröleleteiből és különösen *Neelsen* szövettani vizsgálataiból egyesítve levont, azok sok tekintetben még megerősítésre szorulnak. Ő szerinte a gömbszerű beszűrődés tömörülése, a maradandó elváltozások első jelei a lacunák és a kivezető csövek körül kezdődnek, oly állítás, a melyet pl. *Finger*

szöveti kutatásai nem erősítenek meg. *Finger* szerint az idült szöveti elváltozások bár szigetként jönnek elő, de a szigeteken belül diffúze, az epithelium alatti és a submucosus rétegben terjednek el és kifejlődve körülveszik azután a kivezető csöveket is.

Azt, hogy az idült infiltratumból mennyi esik a gömbsejtes beszűrődésre, mennyi a maradandó szöveti elváltozás alsó elemeire, a fix kötőszöveti és orsóalakú sejtekre, tűkörrel meglátni úgy gondolom bajos dolog; ha azonban az első kötőszöveti elemek fibrillaris kötőszövetté tömörültek, az izzadmányban tehát a zsugorodó, regressiv elváltozások, szóval a valódi strikturáló szövet fejlődött, ezt e tűkörrel nagyon jól észlelhetjük és a mi szempontunkból erre kell figyelni.

Azt hiszem, legjobb, ha következtetéseinkben az *Antal* által kijelölt határok között mozgunk és mindaddig, míg azt találjuk, hogy a húgyeső bizonyos helyén a tölesér sekélyebb, a falak mintegy bedomborodnak a tubusba, de a központi hasadék még zárt, a ránczok a normalis részekhez képest elsimultak, vagy egy két vasos van csak jelen, a vonalozottság szintén eltűnt, a nyálkahártya azonban még sötétvörös színű, felületén finoman pontozott vagy szemesés, nem mondhatunk egyebet, mint hogy itt egy idült, a regressiv stadiumba még el nem jutott infiltratum van jelen, a mely tehát még esetleg egészen, de bizonyára legnagyobb tömegében felszívódásra képes. Ha ellenben azt találjuk, hogy a tölesér hosszabb, a központi hasadék nem zárul teljesen, tátong, szabálytalanul eltorzult, a vonalozottság teljesen eltűnt, a még esetleg jelenlevő 1—2 vasos ráncz merev, a nyálkahártya fényvesztett, szürkésfehér, rostos foltokat vagy sávokat mutat; akkor az infiltratum ezen a helyen kötőszöveti zsugorodásba ment át, az eredetileg bedomborodó fal ellapult, széthuzatott; felszívódásra nem képes, maradandó szövet van jelen.

Az átváltozás fokozatosan következvén be a zsugorodó kötőszövet körül, rendszerint még lobos infiltratumot találunk.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

Berlini levél.

(A felső légutakban képződött bujakóros összenövésék egy ritka esetéről.)

Heymann professor a berlini gégeorvosok 1893-dik évi egyik ülésén egy bujakóros beteget mutatott be, a kinél a bántalom következtében az orrgaratúrban, garatban és gégeben oly nagyfokú összenövésék és szűkületek jöttek létre, a melynek még luetikus betegeknek is ritkaság számba vehető.

Bátor vagyok ez esetet részletesebben ismertetni, mert bár Heymann professor e betegéről több közleményében megemlékezik, mégis teljes részletességgel az eset eddigelé leírva még nem volt.

Az eset története különben a következő:

A jelenleg harmincznyolcz éves nőbeteg ez előtt tizenkét évvel, férjétől szenvedett fertőzés folytán, bujakórosan megbetegedett. Míg az infectiot megelőzőleg született gyermekei teljesen egészségesek voltak, ezt követően egy ízben abortált. Beteg a bőrkiütések jelentkezése után, orvosi rendeltetésre négy hétig kenő kúrát végzett, mire a secundaer tünetek szépen visszafejlődtek. Két hó elmúltával azonban irritise támadt, mire kezelő orvosa intramuscularis befeeskendezésekhez folyamodott. A hát izomzatába harmad- és negyednaponként, összevéve harmincz feeskendő sublimatot injiciált és e mellett még jodkalit (10:200) is szedetett a beteggel. E kezelést követő néhány hét elmúltával beteg állítása szerint tíz hétig typhusban feküdt, majd bajából felépülvén, három hó leforgása után igen heves, nyelésre fokozódó torok- és gégefájdalmak lepték meg. Beteg ekkor első ízben jelentkezett Heymann professor klinikáján, a midőn is a lelet egy tallérmekkoraságú, szürkés, pépes váladékkal fedett fekélyből állott, a garat hátsó falán. A betegnek újból jodkali (10:200) rendeltetett, e mellett a fekély igen energikus helybeli kezelésnek lón alávetve, de a háromnegyed évig tartó kezelés dacára a folyamat mind nagyobb terjedelmet öltött és a beteg első jelentkezésétől számított tizedik hónapban már a légyszájpadot is megtámadta, továbbá úgy az epiglottison, mint a gége felső részletein, nevezetesen az ary-epiglottikus redőkön és az arytaenoid porcokon gummosus fekélyek jöttek létre.

A folyamat utóbb, ismétlem az energikus kezelés dacára, a gégefedő felső részletét teljesen elroncsolta, azonkívül a garat nagyobb fokú szűküléséhez vezetett. Szerencsétlenségre, avagy talán, mint az alábbiakból látni fogjuk, épen szerencséjére, a beteg ekkor egy heveny anginás rohamból kifolyólag egy mandola körüli tályogot kapott, a melynek következtében a gégebemenet szűkülete annyira növekedett,

miszerint tracheotomiát kellett végezni a betegnél. Ez az operatív beavatkozás mintegy forduló pontot képezett a betegség eddigi magatartásában, miután úgy a garatban, mint a gégeben a bántalom előrehaladásában végre, ha ugyan nem teljes, de mégis jelentékeny csökkenés mutatkozott.

Az 1893-dik évi bemutatás alkalmával a garatban és gégeben az elváltozások a következő képet mutatták: A hátsó szápad ívek teljesen odanőttek a garatfalhoz, úgy hogy mindössze egy kis részalakú nyílás vezetett az orrgaratúregbe. A nyílás felső szélén egy kis lebeny, mint az elroncsolt uvula maradéka foglalt helyet. A nyílás alatt, a hátsó garatfalban a fehér, sugaras hegek szomszédságában a nyálkahártyán lobos, részben erődált foltok. A nyelvgyök mindkét oldalán a garat hátsó falával hártyszerűen összenőtt, a garat csak mintegy kisujj terjedelmű nyíláson közlekedik a gégevel és az oesophagussal. A baloldali nyelvmandola egy része tőrhető állapotban megmaradt, a másik oldalon már csupán hegek találhatók. A kisujj terjedelmű nyíláson keresztül az alakatlanul megvastagodott és jobb szélén szintén a garat hátsó falával összefüggő gégefedő látható. A bal hangszálal teljesen rendes, mozgása nem akadályozott, míg ezzel ellentétben a jobboldali igen megvastagodott, működése gátolt.

A bemutatás után következő első hónapokban a gége argenticum nitricummal ecseteltetett és minden két-három hónapi időközben pár üveg jodkalit (30:200) fogyasztott el a beteg. A folyamat, e kezelés dacára, habár mint említém, a tracheotomia után jóval lassabban, de azért makacsul haladt előre és az összenövésék mind nagyobb és nagyobb terjedelemben jöttek létre. A gégefedő később a bal oldalon is odanőtt a hátsó garatfalhoz és így a nyelvgarathártyák nyílása alatt egy második és mindössze csak lúdtollterjedelmű hasadék maradt vissza. Ennél fogva jelenleg csupán a beteg fejének a vizsgálat alatt különféle (hátraoldalt hajtott) helyzetbe hozásával és főleg a Killian-féle methodussal sikerül hol az egyik, hol a másik hangszálal egy kis részletét megpillantani.

A hangszálalok működése jelenleg már mindkét oldalon kisebb mértékben akadályozott. Beteg tompa-rekedtes hangon beszél, a tápfelvétel azonban nagyobb akadályba nem ütközik, a mennyiben a jól összeapritott és megrágott szilárd eledel a nyílás tágulékony széléi között minden különösebb nehézség nélkül hatol keresztül.

Beteg azonkívül az arcán is, leginkább a homlokon és jobb halántékon éktelenítő, sugaras hegekkel borított. Az utóbbiak zsugorodása folytán a jobb felső szembéj tökéletlenül záródik és kissé jobbra és felfelé elhúzódot.

A tracheal canul eltávolítására természetesen jelenleg még gondolni sem lehet, miután a gégebe vezető kis nyílás a legkisebb duzzadás esetén teljesen elzáródnék és canule hiányában a megfuladás veszélyének tenné ki a beteget.

Miután több hónapja a gégeben változás nem tapasztalható, jelenleg már nagy valószínűséggel gyógyulárról beszélhetünk. A további kezelésnek természetesen mindaddig, míg a processus teljes megállapodása nem nyilvánvaló, szünetelnie kell, miután a korai tágitást célzó eljárásokkal, mint M. Schmidt is mondja, többet árthatunk, mint használnunk, miután a dilatatio eljárásokra látszólag egészen rendbe jött gégeknél is előfordulnak recidivák (M. Bresgen).

A hegek szétválasztását végezhetjük késsel, galvanokauterrel, avagy miután a hegeknek excisioja olykor igen heves vérzéssel jár, a lassú tágitási eljárásoknak (intubatio stb.) adhatunk előnyt.

Tudvalévő, hogy igen sok syphilidolog, azonkívül Moritz Schmidt is azon az állásponton van, hogy bujakórnál a kenő kúrát az elsődleges tüneteknél nem szabad megkezdeni, miután épen az ily módon kezelt betegek utóbb sokkal gyakrabban recidiválnak.

Jelen esetben, ha a beteg bemondásának hihetünk, a kenő kúra csupán a bőrkiütések fellépte után vette kezdetét. A további antiluetikus kezelés sem hagyott mi kívánni valót sem hátra és mégis ennek dacára a folyamat mindaddig makacsul haladt a maga útján, míg csak egy intercurrentis bántalom következtében tracheotomia nem végeztetett a betegnél. M. Schmidt épen Heymann ez esetéből kifolyólag azt mondja könyvében, hogy luetikus szűkületeknél a tracheotomia véghezvitelével nem szabad sokáig haboznunk, miután ez a gyógyulást jelentékeny mértékben sietteteti. Hogy miért befolyásolja a tracheotomia ily kedvezően e makacsuló luetikus gégeszűkületeket, azt Heymann professor abból véli megmagyarázhatni, hogy a tracheotomia folytán a gége teljes nyugalomba kerülve, ezzel a gyógyulás fő alapfeltétele van megadva.

Hogy a tracheotomia luetikus gégeszűkületeknél gyógyítólag hat, e felfedezést Pitha-nak köszönhetjük.

Tóvölgyi Elemér dr.

A magánorvoslás díjazása.

A belügyministerium vezetésével megbízott m. kir. miniszterelnök folyó évi 135.000/VI—a. szám alatt a magánorvoslás díjazása legkisebb mértékének megállapítása tárgyában a következő körrendeletet, illetve az alábbi rendeletet és szabályzatot adta ki:

Körrendelet valamennyi törvényhatóságnak.

A magánorvoslás díjazásának legkisebb mértékét pörös esetekben a bíróságok számára megállapító „Szabályzat”-ot, melyet mai napon, azonos szám alatt adtam ki, a törvényhatóságnak mellékelve 4 példányban küldöm meg.

A „Szabályzat” szolgáljon a törvényhatóságnak tudomásul, de

egyszersmind irányadóul is azért, mert a sebészi, szülész, szemorvosi és fogorvosi műveletekért a IV-ik fokozat díjtételei érvényesek és alkalmazandók az egész ország területén azokban az esetekben, a hol a műtét díját az 1900. évi XVI. t.-cikk 33. §-ának rendelkezése szerint gazdasági munkás- és cselédség-pénztár fogja fizetni.

Budapesten, 1900. december 13-dikán. Széll Kálmán, s. k.

135,000. sz.
1900.a

Magy. kir. belügyminister.

Rendelet a magánorvoslás díjazása legkisebb mértékének megállapítása tárgyában.

A magánorvoslás díjazásának legkisebb mértékét oly esetekre, midőn az 1876. évi XIV. t.-cikk 48. §-ában kimondott kölesönös meg-egyezés az orvos és betegje közt nem jött létre, s midőn ezért pörös esetekben szakértők meghallgatásával a bíróságok feladata a díjat meg-állapítani, a fentebb idézett törvényszakas rendelkezése alapján az egész országra kihatólag, de tekintettel a városok és községek külön-böző viszonyaira, négy fokozatban a jelen rendelet függelékét képező „Szabályzat”-ban állapítottam meg.

Hogy az egyes törvényhatóságokban, ezek egyes vidékein, váro-saiban és községeiben a négy fokozat közül melyiknek a díjtételei érvényesek, azt a „Szabályzat” végén közölt betűsoros kimutatás tü-n-teti fel.

Az 1900. évi XIV. t.-cikk 33. §-ában megállapított azon esetekre, midőn a „Szabályzat” III., IV., V., VI. fejezeteiben felsorolt sebészi szülész, szemészi és fogorvosi műtétek díját gazdasági munkás- és cselédség-pénztár tartozik fizetni, az egész ország területén a negyedik fokozat tételei érvényesek.

A „Szabályzat” nem érinti a községi és körorvosoknak az 1876. évi XIV. t.-cikk 145. §-a 1. pontjában megállapított azon kötelezett-ségét, hogy a község illetve a körbe egyesített községek vagyonos lakosait a díjazás iránt a községekkel előzetesen kötött egyezés szerint vagy a szabályrendeletileg megállapított díjakért orvosolják.

A „Szabályzat” 1901. évi január 1-én lép életbe, a mikor egyszermind hatályát veszti minden előbbi hasonló tárgyú és célú kormány-széki rendelkezés, névszerint a volt m. kir. helytartó tanács által 1826. évben 6283. sz. alatt kiadott orvosi díjszabás is.

Budapest, 1900. december 13-dikán. Széll Kálmán, s. k.
Melléklet a 135,000/1900. b. ü. m. számhoz.

Szabályzat a magánorvoslás díjazása legkisebb mértékének megállapítására (az 1876. XIV. t.-cz. 48. §-a alapján).

I. Általános határozatok.

1. §. Ha a beteget az orvos lakhelyétől két kilométernél távolabb eső helyen látogatja meg és ha látogatásához fuvar természetben nem adatott rendelkezésére, úgy jogosítva van az orvos a fuvarbér megtérít-sét is követelni.

2. §. Ha az orvos a beteget saját lakhelyétől két kilométernél távolabb eső helyen látogatja meg, úgy más megállapodás hiányá-ban azt az időt is felszámíthatja az alábbi díjszabás 3-6 tételei szerint, a melyet a beteghez és ettől vissza tett útjával tényleg el-töltött.

3. §. Az orvos lakásán adott első tanácsért vagy rendelésért az I. fokozaton 4, a II-on 3, a III-on 2, a IV-en 1 korona számítható. („Első tanács vagy rendelés” alatt, azon tanács vagy rendelés értendő, a mely-lyel az orvos a beteget ennek egy és ugyanazon betegségében első ízben látja el.)

4. §. Ha a további gyógykezelés is fenjáromlag történik, az orvos lakásán adott minden további tanácsért vagy rendelésért (műtét kivéte-lével) I. fokozaton 3, a II-on 2, a III-on 1.50 k., s a IV-en 80 fillér számítható.

5. §. Oly orvosi látogatásért, mely műtéttel vagy valamely seb vagy más sérülés bekötözésével, ellátásával van egybekötve, a látogatási díj külön csak az esetben számítható fel, ha a végzett műtétnak vagy seb, illetve sérülés kötözésének, ellátásának a díja az alábbi díjszabály szerint a 20 koronát meg nem haladja.

6. §. A III., V. és VI. fejezetben felsorolt sebészi műtétekért, ha éjjel végeztettek, 50%-kal magasabb díjak járnak.

7. §. Egy 24 óra alatt kettőnél több beteglátogatás csak az eset-ben számítható fel, ha az orvos igazolja, hogy a beteg vagy hozzátartozóinak kívánságára tett kettőnél több beteglátogatást, vagy ha a több-szörös látogatást a betegségi eset súlyossága avagy egyéb körülményei tették szükségessé.

8. §. Több, egy lakásban lakó és egy háztartáshoz tartozó beteg-nél egy időben tett orvosi látogatásnál csak egyért számítható teljes díjtétel, a többiekért a díjtételeknek csak fele.

9. §. A műtételek egyes mozzanatait, mint pl. kutatás sondával, erek alakítása, a műteti seb varrása és bekötése stb. külön műtétekül fel nem számíthatók.

10. §. Munkaképtelenség megállapítása céljából, vagy egyéb célra való orvosi bizonyítvány kiállításáért mind a négy fokozaton 4 korona számítandó. (Gazdasági, munkás- és cselédség-pénztári tagok részére ki-adott ily bizonyítványok díjazása iránt az 1900. évi XVI. t.-cikk 33. §-a irányadó.)

11. §. Olyan esetekben, midőn a gyógykezelés 30 napnál hosszabb időt vesz igénybe, az orvosi díjak a gyógykezelés tartamához arányosítva esetleg azoknak feléig leszállíthatók.

Sorszám	Fokozat			
	I.	II.	III.	IV.
korona				
<i>II. Orvosi díjszabás.</i>				
1	6	4	3	2
2	8	6	4	3
3	20	15	12	10
4	2	1.50	1.20	1
5	30	20	15	12
6	3	2	1.50	1.20
7	20	15	12	10
8	30	20	16	14
<p>Orvosi tanácskozmányért a ke-zelő, illetve házi orvost csak az 1., illetve 2. tétel kétsze-rese illeti meg.</p>				
9	5			25
10	20			50
11	10			30
<i>III. Sebészeti műtétek díjazása.</i>				
<i>A műtét megnevezése:</i>				
13	3	2	1.50	1
14	3	2	1.50	1
15	3	2	1.50	1
16	10	10	6	5
17	6	6	4	2
18	5			20
19	10			25
20	2-10	2		6
21	4-12	3-10	3-8	2-6
22	2		20	2-10
23	2	10	2	6
24	25-50	20-40	15-30	6-20
25	20-50	20-40	10-30	10-20
26	100-200	50-150	50-150	50-100
27	5-10	5-10	5-10	5-10
28	20-100	15-60	15-60	12-30
29	10-20	8-16	8-16	6-12
30	20	15	10	5
31	50-100	25-50	25-50	15-30
32	100-200	50-100	50-100	30-60
33	60	50	40	30
34	120	100	80	60
35	30	25	20	10-15
36	60-80	40-60	30-50	25-35

Sorszám	A műtét megnevezése	Fokozat			
		I.	II.	III.	IV.
		korona			
37	Nagyobb zsugorodott ízületek erőszakos nyujtása és ferdén gyógyult csontok erőszakos törése (bekötözéssel együtt)	50—200	50—150	40—100	40—80
38	Orthopaediai műtétek térden és lábon	50	40	30	20
39	Izület megcsapolása (arthropunctio)	40	30	20	10
40	Izület megnyitása (arthrotomia)	50	40	30	20
41	Gyps-vagy egyéb rögzítő kötés ízületbántalmaknál	20—50	15—30	15—30	10—25
42	Massage (ha orvos végzi)	4—10	3—8	2—6	1—2
43	Csontkaparás	10—30	8—20	6—15	5—12
44	Csontmetszés (osteot.), csontkimetszés (ostectomy)	50—100	40—80	30—60	10—40
45	Elhalt csont kimetszése (necrotomia), csontrekesz eltávolítása (sequestrotomia)	10—100	10—75	10—75	10—50
46	Ütőér lekötése mint önálló műtét	40—200	30—150	30—150	10—100
47	Ütőérdaganat (aneurysma) műtete	40—200	30—150	30—150	20—100
48	Idegvarrat mint önálló műtét, idegnyújtás vagy idegcsontkítás (resectio)	50—100	40—80	30—60	20—40
49	Végtagok csontkítása (amputatio), kiizetése (enucleatio) vagy csontkolása (resectio)	100—300	80—200	60—150	50—100
50	Benőtt köröm műtete	30	20	15	10
51	Ujjak kiizetése (enucleatio) vagy csontkolása (resectio)	25—50	20—40	20—40	10—30
52	Segédkező műtétnek személynkint	10—100	10—80	8—50	6—30
53	Altatás	40	30	20	15
54	Agytályog megnyitása	200	150	120	80
55	Agydaganat kiirtása	400	300	250	150
56	Koponyalékelés (trepanatio)	100	80	60	40
57	Nyúlajk műtete	30—60	25—50	20—40	16—30
58	Nagyobb plastikus műtétek szemhéjon, ajkon, fülön, szájon, garatüregben	100—200	80—160	60—120	40—80
59	Orrzuhanyozás és fülkifeeskenedés	6	5	3	1
60	Idegen test eltávolítása a test természetes nyílásain át (gége és bázsing ki-vételével)	10—40	8—30	6—20	4—10
61	Idegen test eltávolítása a gégeből és bázsingból	20—80	16—60	12—40	8—20
62	Orrvérzés csillapítása kitömés-sel vagy Belloque-csővel	20	16	10	8
63	Felső állsonton végzett csontkolás (resectio)	100—300	80—200	80—200	50—150
64	A Highmor-üreg megnyitása (Empyema auri Highmori)	50	40	30	20
65	Az alsó állkapocs csontkolása (resectio) vagy kiirtása	100—200	80—160	80—160	50—100
66	Nyelvfékmetszés és nyelvsap-csontkítás	10	8	6	4
67	Mandulakiirtás (Tonsillotomia)	30	16	12	8
68	Nyelvesontalatti garatmetszés (Pharyngot. subhyoidea) és bázsingmetszés (et oesophagotomia)	300	250	200	150
69	Garat és gégefő csontkolása és kiirtása (Resectio et exstirpatio pharyngis et laryngis)	300	250	200	150
70	Az Eustach-eső kutaszolása (catheterizálása) és a kürtbe gyógyszer vagy szálacs (bougie) bevezetése első ízben	10	8	6	2
	Minden további esetben	5	4	3	1
71	Dobhártya átfúrása	10	8	6	4
72	Csecsnýjtvány (Processus mastoideus) megnyitása	50—100	40—80	30—60	30—60
73	Garatmögötti, bázsingmögötti v. általában mélyebben fekvő nyaki tályogok megnyitása	50—100	40—80	30—60	20—40
74	Golyva kiirtása	200—300	150—250	100—200	100—200
75	Vizsgálat gégetük. első ízben további alkalmakkor ez a látogatás díjába beleértendő.	8	6	4	2
76	Gége- v. légsömetszés	100	80	60	40

Sorszám	A műtét megnevezése	Fokozat			
		I.	II.	III.	IV.
		korona			
77	Intubatio	60	50	30	15
78	Gége és légső-sipoly műtete	100	80	60	60
79	Kutaszolás bázsingszűkületnél el-ő látogatáskor	10—20	8—16	6—12	4—8
	További látogatáskor	4	4	2	1
80	Szegycsont csontkolása (resectio sterni)	100	80	60	40
81	A bordák csontkolása mellüreg megnyitásával (resectio costarum thoracotomiával) vagy a nélkül	80	60	40	30
82	Mellüreg szűrcsapolása (Thoraco-centesis)	50	40	30	20
83	Tüdőtályogok és tüdő vagy máj burkonytömlő (echinococcus) műtete	200	160	140	120
84	A gerinczcsatorna veleszületett vízkórjának műtete (Hydrorachis)	100	80	60	60
85	Hascapolás	50	40	30	15
86	Egyszerű hasmetszés (laparot.)	100	80	60	50
87	Májtaályog műtete	50—200	50—150	40—120	40—100
88	Epehólyag, hasnyálmirigy és lépén végzett műtét	200—300	200—250	150—200	150—200
89	Gyomormosás első alkalommal	10	8	6	4
	további	5	4	3	2
90	Műtétek a gyomron	200—400	200—400	150—300	150—300
91	Kizárt sérv visszahelyezése	20—50	16—40	12—30	10—20
92	Véres sérvműtét egyszerű	100	80	60	40
	"dicalis"	200	160	140	100
93	Összes műtétek a beleken (vendégesség készítése is beleértve)	100—400	80—300	60—200	50—150
94	Végbélvizsgálat	10—20	8—16	6—12	4—8
95	Bélebeintés	10	8	6	2
96	Hártyásan v. hegesen elzárt végbél v. hüvely műtete	20—100	20—80	16—60	15—40
97	Végbélrepedés (fissura ani) műtete	20	16	12	8
98	Végbélsipoly (fistula ani) műtete	40—60	30—50	20—40	10—30
99	Végbéltágító alkalmazása első ízben	10	8	6	4
	Végbéltágító alkalmazása további eljárásoknál	5	4	3	2
100	Előesett végbél visszahelyezése	10	8	6	4
101	" " műtete	50	40	30	20
102	Aranyeres csomó műtete	50—100	40—80	30—60	10—50
103	Végbél csontkítása (resectio) és kiirtása (exstirpatio) (Kraschke)	200—400	200—300	200—300	100—150
104	Műtétek a vesén	50—400	50—300	50—250	50—200
105	Húgycsőtükör (urethrosop) és húgyhólyagtükör (cystoscop) alkalmazása	35	30	25	20
106	Műtétek a hólyagon és hólyagban	50—200	50—150	50—150	50—100
107	Kőmorzsolás (egyszeri ülés)	100	80	60	50
108	Egyszerű catheterism. (férfinál)	4—6	3—5	2—4	2—4
109	" " (nőnél)	3—5	2—4	1½—3	1½—3
110	Húgyhólyagcsapolás húgycsőszűkületnél	20—50	16—40	12—30	10—20
111	Hólyagmosás	6—10	4—8	3—6	2—4
112	Műtétek a húgycsövön	50—200	40—150	30—120	30—120
113	Hólyagsipoly műtete férfinál	100—200	80—160	60—120	50—100
114	Fitymaszorulat véres műtete (phimosi és paraphimosi)	20—40	16—30	12—20	10—15
115	Himvessző csontkítása (amputatio penis)	60	50	40	30
116	Vízérv szűrcsapolása (hydrocele punctio)	20	16	12	6
117	Vízérv (hydrocele) gyökeres műtete és hereborékban levő vérömleny (haematocele) gyökeres műtete	100	80	60	40
118	Herekirtás (castratio)	80	60	40	30
119	Női ivarszervek (genitaliák) nőgyógyászati vizsgálása	6—10	5—8	4	2
120	Hüvelyöblítés (irrigatio)	5	4	3	1
121	Hüvely, női húgycső vagy méhnyak tágítása	6—10	5—8	4—6	4—6
122	Petefészeketömlő kiirtása (ovariotomia)	200—500	200—400	200—300	150—200

Sorszám	A műtét megnevezése	Fokozat			
		I.	II.	III.	IV.
		korona			
14	Ferde fogsornak rendbeszed.	50—100	50—100	30—75	30—75
15	Egy műfog alkalmazásáért ...	6	6	4	4
16	Egész felső vagy alsó fogsor alkalmazásáért ...	20	20	15	10
17	Teljes műfogazat alkalmazásáért ...	30	30	20	15
18	Egy csapos fog alkalmazásáért ...	6	6	4	4
19	Mozgó vagy műfogak megerősítéséért ...	4	4	2	2
20	Egy fedőlemez alkalmazásáért ...	20	20	15	10

Jegyzet: A VI. fejezet 15—20. tételei alatt megállapított díjak csak a fogorvosi működésre szólnak, az ezen műveleteknél felhasznált műfogak és az ezek megerősítésére vagy foglálására szolgáló készülékek előállítására nem lévén orvosi művelet, az ilyenek árát megszabni nem tartozik a jelen szabályzatba.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A csonttörések és a ficzamosodások kór- és gyógytanának haladása, Közli: Chudovszky Móricz dr. műtő, v. sebklubikai tanársegéd.

Irodalom. 1. Kölliker: Die Gypsdrachtschiene. Leipzig, 1900. — 2. Stendel: Biegsame Aluminiumschienen. Münch. med. W. 1900. — 3. Hübscher: Streckmetall, ein neues Schienenmaterial besonders für Kriegschir. Zwecke. Centralblatt f. Chir. 1900. — 4. Bliesener: Über die durch die Bardenhauer'sche Extensionsmethode an den Brüchen der unteren Gliedmassen erhaltenen function. Ergebnisse. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 55. k. — 5. Médication thyroïdienne dans le traitement des fractures mal consolidées. Séance de la sociol. de la Chir. de Paris, 1900. — 6. Alexandrov: Über den Einfluss der akuten Vergiftung mit Äthylalkohol auf die Heilung der Knochenbrüche bei Thieren. Szt. Pétervár. Inaug.-Diss. — 7. Wolff: Ueber traum. Epiphysenlösungen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 54. k. — 8. Stirlein: Schädelbasisfractur mit Lähmungen im Gebiete des X. und XII. Hirnnerven. Langenbeck Archiv. 51. k. — 9. Gangolph és Piény: Contrib. à l'étude des lésions du sinus latéral dans les traumatismes du crâne. Rev. de chir. 1900. — 10. Passow: Fractur des äusseren Gehörganges etc. Monatschr. f. Unfallheilkunde. 1900. — 11. Zotedziowski: Beitr. zur Casuistik der Verletz. der Wirbelsäule. Gaz. lekarska. 1899. — 12. Plat: Fract. of the hyoid bone and of the laryngeal cartil. Med. chron. 1899. — 13. Borzymowski: Fractur des Kehlkopfes. Medycyna. 1899. — 14. Gratschoff: Du traitement des fract. de la clavic. Rev. de chir. 1900. — 15. Siewz: Fract. ancienne non réduite de la clavic. etc. Bul. et mem. de la soc. de chir. T. 25. — 16. Wohlgemuth: Zur Pathologie u. Therapie der Fract. des Tuberc. Május 29. Német sebész-congr. — 17. Klapp: Ueber einen Fall von ausgehnter Knochen transplantation. D. Zeitschr. f. Chir. 1900. — 18. Nimier: Fracture compl. de l'avant bras. Tétanus. Bull. et mem. de la soc. de chir. T. 25. — 19. Stokes: Clinical note on a case of fracture of the carpal scaphoid. Brit. med. journ. 1900. — 20. Nélaton: Sublux. du grand os. Revue d'orthoped. 1899. — 21. Bähr: Der Oberschenkelknochen als statisches Problem. Zeitschr. f. orth. Chir. 7. k. — 22. Nicolaysen: Om Lärhalsfract. Behandl. med. Nagling. Nord. med. Arch. 10. k. — 23. Riess: Schenkelkopffexstirpation bei veralteten intrakaps. Schenkelhalsfracturen. D. med. W. 1900. — 24. Trinkler: Zur Chir. der queren Knie-scheibenbrüchen. An. der russ. Chir. 1899. — 25. Döbelin: Behandl. frisch. Verletz. des Streckapparates des Kniegelenkes. D. med. W. 1900. — 26. Coste: Zur Therapie der Patellarfract. Langenbeck Archiv. 60. k. — 27. Patteson: On suture of fractured patella by an improved method. Brit. med. journ. 1900. — 28. Vallus: Traitement des fract. de la rotule par la suture de la capsule. Revue de chir. 1899. — 29. Lichtenauer: Ueber Knie-scheibenbrüche und ihre Behandl. D. Zeitschr. f. Chir. 55. k. — 30. Wolff: Sitzung der freien Verein. d. Chir. Berlins. 1900. — 31. Henry: A case of two distinct fract. occurring in the same patella etc. Americ. Journ. of the med. scenc. 1899. — 32. Golding-Bird: A clinical lecture on the riding fragment in fractured leg. Brit. med. journ. 1900. — 33. Schwartz: Fracture de jambe avec déplacement consec. des fragments. Revue d'orthopedie. 1900. — 34. Owen: United fracture in childhood. Brit. med. journ. 1899. — 35. Southam: Two cases of ununited fracture in child. Med. chron. 1899. — 36. Lauenstein: Eine typische Absprengungs-Fract. der Tibia. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 55. k. — 37. Fries: Fract. tub. tibiae. Hosp. Fidende. 1899. — 38. Morestini: Fracture de l'astragale. Bull. et mem. de la soc. de chir. 1900. — 39. Traka: Die subcut. Fract. der Metatarsknochen. Cbl. f. Chir. 1900. — 40. Muskat: Die Brüche der Mittelfussknochen etc. Samml. klin. Vorträge. 1900. — 41. Degey: Des luxations subites consec. aux maladies aiguës. Rev. de chir. 1900. — 42. Karchesy: Ueber die Behandl. veralteter Luxat. Wiener klin. W. 1899. — 43. Rolando: Ueber die Nachbehandl. nach Reduktion der traum. Verrenkungen. Gaz. degli osp. 1899. — 44. Elmgren: Ett fall of luxatio clavic. Finska Läk. Handl. 41. k. — 45. Stimson: An easy method of reducing disloc. of the shoulder and hip. New-York med. record. 1900. — 46. Sokolow: Schulterverrenkung und Syringomyelie. Wratsch. 1899. — 47. Grothe: Zur Behandl. habit. Schultergelenk-Luxat. Münch. med. W. 1900. — Bunge: Zur op. Behandl. der veralteten irrep. Lux. im Ellbogengelenke. Langenbeck's Archiv. 60. k. — 49. Payr: Ueber Läsion des Nerv. ulnaris bei Verletz. des Ellbogengelenkes. D. Zeitschr. f. Chir. 54. k. — 50. Lambert és Labarrière: La luxat. metacarp. phalang. de pouce en avant. Arch. prov. de chir. 1900. — 51. Ducroquet: Quelques remarques sur mon procédé de traitem. de la luxat. congenitale. Progr. méd. 1900. — 52. Bader: Zur Ätiologie angebor. Hüftverrenk. Cbl. f. Chir. 1900. — 53. Schede: Die angeborene Luxat. des Hüftgelenkes. Fortschr. auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 1900. — Schanz: Der Stand des Schenkelkopfes bei den angebor. Hüftverrenk. etc. Zeitschr. f. orthop. Chir. 7. k. — 55. Kredel: Ueber den Zusammenhang von traum. Epiphysenlösung und Coxa

vara. D. Zeitschr. f. Chir. 54. k. — 56. Gallez: Observ. d'un cas de fract. de la cavité cotyl. avec luxat. fem. intrapelvienne. Bull. de l'acad. de med. Belgique. 1899. — 57. Kirmisson: Des luxat. soudaines au cours de la coxalg. Rev. d'orth. 1899. — 58. Drehmann: Die congenit. Luxat. des Kniegelenkes. Zeitschr. f. orth. Chir. 7. k. — 59. Wahlsmann: Remarks on the operat. treatment of various internal derangements of the knee joint. Brit. med. journ. 1899. — 60. Owen: A case of internal derangement of the knee joint. Lancet. 1900. — 61. Tixier és Viannay: A propos d'un cas de luxat. médiotarsienne. Arch. prov. de chir. 1900. — 62. Rieder: Ueber Moment-Röntgen-Aufnahmen. Fortschr. auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 1900. — 63. Boas: Verfahren u. Apparate zur Erzeugung stereosc. Röntgenbilder auf dem Leuchtschirm. Ugyanott. — 64. Hildebrand: Die cong. Hüftgelenkluxat. im stereosc. Röntgenbilde. Ugyanott. — 65. Troubridge: Röntgenstrahlen, welche durch einen Gleichstrom erzeugt werden. Ugyanott. — 66. Contremoulins: Eldadta a VII. nemzetközi congressuson. — 67. Tuffier: Ugyanott. — 68. Bergmann: Ugyanott. — Mannoury: Ugyanott.

A csonttörések és a ficzamosodások kór- és gyógytanának fejlődése az utolsó évek folyamata alatt úgy látszott, mintha megállapodott volna, a sebészetek az agy, a has és a mellkas sebészetének kifejlésztése serkentette; hanem közbejött Röntgennek korszakot alkotó felfedezése, a melynek egyik legfelfűnőbb értéke épen a csonttörések és a ficzamosodások könnyű kórismézésénél és kezelésénél nyilvánult: e felfedezés a régen megállapodott tant. új s eddig nem ismert térre vezette. Ha ma már majdnem minden sebészeti folyóiratban találkozunk egy-egy cikkel, a melyben a sebészek a csonttörések vagy a ficzamosodások egyes eseteivel foglalkoznak, az eskis a kathodsugarak igénybevételének köszönhető. Azt hiszem, nem kell egyébre hivatkoznom, mint az utolsó párisi orvosi congressusra, a melyen oly sebészek, mint Ollier, Bergmann, Tuffier stb. nevükhöz és multjukhoz méltó tárgyat találnak abban, ha a sebészetnek fennebb említett fejezetével a kathod-sugarak alkalmazása képesen foglalkoznak.

A csonttörések kezelésénél alkalmazásba jövő rögzítő kötések anyagának felfedezésében a sebészek kifáradhatatlanok. Az új felfedezések gyakran nem újak, hanem legalább arra hasznosak, hogy eszükbe juttatják a régi kötéseink értékét. Kölliker-nek¹ az új hajlítható és idomítható gipszdrótsinjei semmivel sem előnyösebbek a mindennapi életben használt gipszsinék felett. Ő szerinte sinje könnyebb. Ha gram-mokban mérjük, akkor igazat mond, de ha azt állítja, hogy sinje jól idomítható, akkor ellene kell mondanom. Mert ha az ő sinjét oda kell simítani valamely testrészhöz, az csak igen tökéletesen sikerül Stendel-nek² aluminium sinjei még ügyetlenebbek, még nehezebben idomíthatók s alkalmazhatók. A sinek a mellett drágák; meg van az az előnyük, hogy tisztán tarthatók s könnyűek. Hübscher³ „Streckmetall“ czime alatt azt a pléhanyagot ajánlja, a melyből különösen a hadi sebészetben a betegszállítás céljaira sinek ollózhatók. Ajánlata nem új.

A csonttörések kezelésére vonatkozó utolsó közlemények között Bliesener⁴ közleménye a legfelfűnőbb. Bardenhauer iskolája gondolt egy nagyot és merészet, a midőn közzé teszi az alsó végtag csonttöréseinek kezelését a Bardenhauer-féle nyújtókötések segítségével, a mely alkalommal a közlő kimondja, hogy e módszer segélyével az alsó végtag csontjainak a legkülönbözőbb törési alakjait jól és czélszerűen lehet kezelni. Szerinte az az elv, hogy minden csonttörés alkalmazkodjék az én rendszerhez s nem alkalmazom a rendszereket a törések különböző alakjaihoz, fényesen bevált. Mindeddig azonban csak ők hiszik azt. Hat év alatt 2119 törést kezeltek ily módon, a mely törések mind az alsó végtag töréseire vonatkoznak. Kezelésüknek elve az, hogy a csonttörések alkalmával észlelhető hosszúsági, oldal, tengely és a tengelysík iránybani eltérést 1—2, s ha szükséges 3—4 nyújtókötéssel kell megszüntetni. Képzelnék csak el, hogy olyan betegnek czombcsonttörését kell ellátni, a kinek különben ép minden szerve; tegyük fel, hogy a törés helye a czombcsont felső és középső harmada határán van, annak a czombcsontját 10—15 kgm.-mal huzatjuk a hosszúsági tengely irányában egy másik oldalt alkalmazott nyújtással huzatjuk a felső törési véget be- és lefelé, az alsót esetleg lefelé. Szegény beteg mennyit szenvedhet időnként, ha e huzások egyike vagy másika hibásan teljesíti feladatát. A boka vagy az alszártörések eseteiben, ha a törési végek eltérnek, a hosszanti húzások kívül esetleg haránt vagy lefelé irányuló húzást is alkalmaznak. A sarok vagy az ugrócsont törésénél két ragtapaszcsik segélyével, a melyek egyike a talpon sarkig, másika a lábhatón a bokáig ér, huzatják a lábat. A boka körül nyolczas alakban vezeték körül a szorító pólyát, a melynek végére két kgr. súlyt kötnek, hogy az ízületet összenyomhassák és a lábat lefelé huzathassák. A térdet 7½ kgr. súlylyal lefelé huzatják. Ugyanilyen kötések alkalmaznak a láb-közép csontjainak törésénél. Kissé egyszerűbb a kötésük, a melyet a lábujjak törésénél alkalmaznak. Ha ezzel a közleménnyel szembeállítjuk az alsó végtag csonttöréseinek modern kezelését, a mely járókötések alkalmazásában áll, ismerve ezen eljárásnak számos előnyét és jó oldalát: lehetetlennek tartjuk azt, hogy Bardenhauer iskolája is az ő módszeréből ne engedjen valamit.

Az organoterapia a gyógyító orvostudomány terén mindenütt kísért, meg kellett tehát azt próbálni a csonttörések kezelésénél is. A midőn az orvosok a thyreoidint nemcsak a pajzsmirigy elsoványítására, hanem általános soványításra, a Basedow-kór megszüntetésére s kísérletképen sok más nem indokolt célból is igénybe vették, megpróbálkoztak azzal is, vajjon mily befolyása van a csonttörések gyógyulására. Így e dologban többen szólaltak fel a párisi Soc. de la chir.⁵ ülésén. Potherat egy alszártörés gyógyulási folyamata alatt, épen úgy Poirier egy három hónapos alszártörés esetében, a midőn a törési végek még nem forrtak össze, sikerrel adagolta a thyreoidint. Poirier egy czombcsonttörés esetében s Guinard egy állizület esetében a szer. adagolásától a törés helye nem forrt össze.

Alexandrov⁶ állatok csonttörési eseteiben alkohol használatával

és adagolásával kísérletezett s épen úgy, a mint azt tapasztalatból tudjuk, hogy iszákosoknál a törés rosszul gyógyul, úgy tapasztalta ő is, hogy az alkohollal itatott állatok csonttörése lassabban gyógyul. A szövettani készítményeken azt látta, hogy az alkohollal itatott állatok csonttörési helyén az elsődleges csonttheg még a harmadik héten is alig alakul csontszöveté.

Stubenrauch a 29. német sebészeti congressuson újra igazolta azon rég kidolgozott tételt, hogy a phosphor adagolása miesoda befolyással van a csonttörés gyógyulására. Előadásának értéke csak abban volt, hogy három Röntgen-kép képes kimutatta, miszerint phosphorral foglalkozó gyári munkásoknál, mielőtt a csonttheg véglegesednék, a törés helyén a csont megsűrűsödik, tömöttebbé válik.

A csonttörések gyakoriságára vonatkozó egyik kérdésben, hogy kor szerint mily gyakori a törés a csőves csontok végdarabjának határvonalán, érdekes összeállítást közöl *Wolf*.⁷ A végdarab határvonalának 525 törése esetében 121-szer 18 éven aluli egyénnél volt a törés, vagyis nem áll az a tétel, hogy e törési alak gyakoribb a fiatal korban, mint a felnőtteknél.

A csonttörések egyes alakjairól közölt kórrajzok közül *Stierlein*⁸ egyik koponyaalapi törési esete érdekes élettani és bonczani adatokat szolgáltat. Az illető betegnél hűdés mutatkozott a jobboldali X. és a XII. agyidegnek megfelelően, a beteg nem tudott jól beszélni, nyelés közben akadályai voltak, a nyelv és az invitorla hűdött volt, hasonlóan a garatszoritó izom jobb fele is. A midőn hét hét múlva a bonczolásnál megállapították azt, hogy a törés helye az öregluk körül van s a X. és a XII. jobboldali ideg elszakadt, *Stierlein* azon véleményének adott kifejezést, hogy ezen jól megfigyelt eset szerint az iny mozgó idegei a bolygóidegből erednek, a mozgó ág pedig nem indul ki az arcidegből s nem folytatódik a Fallop-csatornán keresztül az invitorlához.

Gangolph és *Pieny*⁹ adatokat szolgáltatnak arra nézve, hogy mik a sebész teendői, ha koponyatörés esetében az oldali vívőeres öböl megsérül. 8 esetet gyűjtöttek össze, a melyek közül esupán azoknál láttak rövid ideig eredményt, a melyeknél a törés helyén meglékelték a koponyát, hanem ezen esetek is később elpusztultak.

*Passow*¹⁰ egyik koponyatörési esetében mind a két hallójárat csontos része is eltörött, a mi miatt a hallójárat csontfalának egy részét eltávolította; a beteg meggyógyult s hallása jó.

A csigolyatörések kezelésénél alkalmazott eljárásokat egy gondolattal sem gyarapítják a sebészek.

Eljárásuk épen olyan, mintha 10–15 év alatt a sebészet megállott volna; pedig hát a mint *Zoledziowski*¹¹ esete is mutatja, ha a csigolyatörés kórtüneteményeit kellőképen felfogjuk, s ha esetleg kórisménk megerősbbítése céljából a kathodsugarakat is igénybe vesszük, akkor a csigolyaiv törése esetében nem szabad várakozó állápontra helyezkednünk. Ha ma már jó eredménnyel távolítjuk el a koponya-ésont azon részleteit, a melyek a koponyatörés alkalmával behorpadtak s esetleg az agyat is sértették, miért irtóznak attól a sebészek, hogy a csigolyatörés esetében el kell távolítani avagy ki kell emelni azon csontdarabokat, a melyek a gerinczagyat összenyomják, esetleg azt sértik.

Igaz, hogy *Chipault* statisztikai adatai, a melyek a csigolyatörések eseteiben végzett véres műtét beavatkozás eredményeit összegezik, nem valami kedvezőek; de tekintetbe kell vennünk azt, hogy az esetek egy része a fertőztelenítő sebkezelés idejére esett, a másik részét a kathodsugarak felfedezése előtti korban műtették. Ma azonban a fertőtlen sebkezelés és műtéves korszakában nem tartjuk már oly veszedelmesnek a gerinczesatorna megnyitását, azonkívül a kathodsugarak igénybevételevel elég jókor tájékozódhatunk a felől, hogy a műtétet hol kell végeznünk, s vajjon eredményt várhatunk-e tőle.

A csigolyaiv törési esetében, a hol a hozzá tapadó izmok nem pusztultak el s a törés oka valamely közvetett erőmívi behatás, bizhatunk abban, hogy a nyújtó kötések helyesen oldják meg a feladatukat, de ha e törés beékkelt avagy szálkás, darabos, akkor csak műtét útján segíthetünk. Mutatja azt az említett eset eredménye.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1899. Par **Bourneville**. Paris, 1900. Felix Alcan.

Husadik kötete ez a könyv azon sorozatnak, melyet *Bourneville* és tanítványainak szorgalmas munkája tölt meg. A kötet első része gyakorlati; ezime ugyan az osztály ez évi története, de valójában a Bicêtre nevelési rendszerének részletes leírása, a mint azt hosszú tapasztalatok megalkották. Az elért eredmény persze igen különböző. Az epilepsziások mesterségeket tanulnak; szabni, cipőt készíteni, varni stb., a mivel részint a kórház szükségletét látják el; az idioták néha írni, olvasni megtanulnak, néha csak a tárgyak ismeretét sikerül elsajátítani, míg mások meglehetősen azzal, hogy a betegek maguk mosdanak, öltözködnek, egyeseket sikerül tisztaságra szoktatni és bizonyára nagy türelemre volt szükség azon három idiotával szemben, a kik ez évben gyakorlatok segítségével járn megtanultak. A kötet második része tudományos. A natrium eosinatumról beszámoló dolgozat kimutatja, hogy e szer nemcsak hogy kedvező hatást nem gyakorol az epilepsziára, hanem már 2:50–3:00 gm.-nyi adatban kellemetlen tüneteket, nevezetesen előbb a bőr pirosságát, majd duzzadását, sőt ulceratioját is előidézi.

A sedum acre-val tett hasonló célú kísérletek is negativek voltak. Az érdekes kórtörténetek közül kiemeljük a következőket: Thoraco-brachialis zona egy esetében a bőrelváltozás teljesen a peripheriás ideg területét foglalta el, de a vasomotoros és érzékszavarok ettől független eloszlódást mutattak. Egy merevgörccsös hemiplegia és idiotaság esetében az anatómiai lelet a front. ascendens felső harmadának, a parietalis ascendensnek, a lobus parietalis sup. és paracentralis elülső részének sorvadását tüntette elő a megfelelő baloldalon, míg a jobbon kisebbfokú atrophikák voltak találhatóak. Az alkoholismus szerepére vet világot e bajok előidézésében egy statisztikai táblázat, mely szerint 1899 idiota vagy epilepsziás beteg közül 825 származik alkoholista szülőtől és 178 gyermek az apa részegsége alatt fogantatott. Egy más táblázatról leolvassuk, hogy az idiota és epilepsziás betegek thymusa korábban fejlődik vissza, mint az egészségeseké. Azonkívül néhány gyermekkori fiúhysteriáról, hydrocephalusról, epilepsziáról, egy gyermekkorban támadt sclerose en plaque-ról szóló részint klinikai, részint anatómiailag vizsgált esetet találunk igen bőven leírva. Egy esetben a lob. temporalis sclerosisa és az insula destructioja, egy másikban sclerose tubereuse vezetett symptomás idiotaságra. Az idiota agyvelő súlyának mérése 49 esetben mutatott a két agytekefél között 30–300 gm. különbséget. A kötethez 11 tábla van mellékelve.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Eupyrin. *Overlach* már régóta fáradozott egy stimuláló hatású lázellenes szer előállításán, miközben kezébe akadt *Grasset* és *Rouillès* értékezője a vanillin physiologiai hatásáról, mely szerint a vanillin bizonyos adagban kiválóan excitáló. Megkísérelte tehát a vanillint összekötni p-phenetidinnel, a mi sikerült is. Minthogy azonban ez a vegyület nagyon erősen vanillaszagú volt, a vanillin helyett utóbb a vanillin aethylcarbonatját használta, mint a mely meglehetősen szagtalan. Így keletkezett a vanillinaethylcarbonat-p-phenetidin, más néven eupyrin, mely halvány zöldessárga, enyhén vanillaszagú, teljesen iznélküli kristályokat képez; 87–88° C-nál olvad, vízben nehezen, alkoholban, aetherben, chloroformban könnyen oldódik és néhány savval sókat képez. Állatkísérletek, melyek főleg a phenacetinnel való összehasonlítást célozták a mérgező hatás tekintetében, azt mutatták, hogy 1 gramm pro kilo nem mérgező hatású. Körülbelül 50 betegnél tett észleletek szintén a szer teljes ártalmatlanságát mutatták. Az adag felnőtteknél átlag 1:5 gramm, a mely adagra a lázas hőmérsék enyhén, de elég gyorsan és minden kellemetlen mellékület nélkül 1:5–2:0-ka lecsik. E mellett nagyon kifejezett a szer stimuláló hatása, a mi főleg hosszabb ideig tartó euphoriában nyilvánul. Mint antineuralgicum nem nagyon hatékony. Talán jelentőséggel bírhat még diaphoretikus hatása, a mennyiben a bőrműködést tetemesen növeli. Röviden összefoglalva, az eupyrin hivatva van jó szolgálatokat tenni mint lázellenes szer, főleg gyermekeknek, mert enyhén hat, nem mérgező és e mellett kifejezetten stimuláló hatású. Minthogy az eupyrin iznélküli, tisztán poralokban, ostya nélkül vehető be; enyhe aromája miatt még érzékeny betegek és gyermekek is szívesen veszik. (*Centralblatt für innere Medicin*, 1900. 45. sz.)

Gyógyító kísérletek fersannal. A bécsi általános poliklinikának *Stoffela* tanár vezetése álló osztályán *Fölkel* nagyobb számú betegen végzett gyógyító kísérleteket fersannal, melyek arra az eredményre vezettek, hogy a fersan úgy a vér haemoglobintartalmát, mint a vörös vérszámát rendkívül gyorsan növeli. A vér javulásával egyidejűleg a betegek subjectiv érzete is nagyon kedvezően módosult, a mi oly módon magyarázható, hogy a fersanban jelenlévő nagy phosphor-mennyiség a központi idegrendszer tonusát fokozza. A betegek mindig jól tűrték a fersant. A gyomor-bélhuzam részéről panaszok nem merültek fel, sőt még a gastro-intestinalis atonia okozta nehézségek is megszűntek a fersan használatával. Hogy az emésztésben, dacára a néha igen nagy adagok (80–100 gramm) használatának, zavar nem állott be, az abból magyarázható, hogy a fersan egyrészt nagyon könnyen felszívódik, másrészt pedig bakteriummentes, a mi lényeges előnye más tápszerekkel, főleg a tejfehérjekészítményekkel szemben. Minthogy a fersan előállítási módja alapján teljesen mentes kivonatanyagoktól, azért vesebajoknál és húgsavas diathesisben szenvedőknél is használható. A fersan tehát minden követelménynek kiválóan megfelelő fehérjetápkészítménynek mondható, mely nagy vas- és phosphortartalma miatt különösen chlorosisnál és másodlagos vérszegénységek-nél ajánlható. (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1900. 44. sz.)

Sebészet.

Adatok a callosus resiliens húgycsőszűkületek kezeléséhez című *Lohnstein H.* berlini orvosegyletben tartott előadása kapcsán egy új urethrotomot és az azzal elért eredményeit ismertette. Nézete szerint csak az oly beavatkozásnak lehet tartós eredménye, a mely 1. a húgycsőheget oly mélyen metszi be, hogy fibrosusan degenerált szövet az új lumen képzéséhez nem használhatik fel, 2. a mely lehetővé teszi, hogy a bemetszés után bougiegyógykezelést alkalmazunk nem kell.

Ezen célok elérésére egy oly húgycsőmetsző-készüléket készített a mely a Bottini-féle prostataincisor elvén alapul. Ezen műszerével 17 esetet operált, 8 esetet járó kezelésben, 9 esetben a kórházi tartózkodást a permanens tágtítás tette szükségessé. Műszerét csak azon esetekben alkalmazta, a melyekben teljesen befejezett hegés elváltozásai a húgycsőnek voltak jelen, a hol az eddig szokásos eljárások eredményre nem vezettek és a hol a szűkületek a vizeletkiürítés jelentékeny zavaraihoz szövédket. Hosszú időre visszaterjedő tapasztalatai még nin-

csenek, de azt hiszi, hogy a mély bemetszés, az elsődleges egyesülést akadályozó pörk, valamint a környező heges szövet yongálása által tartós széles heg közbeiktatása és így az úrtér tartós tágulása jó létre. (Berl. klin. Wochenschrift, 1900. 44. sz.) *Ráskai (Redch) Dezső dr.*

A prostata vérzéseiről Guyon előadásai nyomán tanulmányt közöl *Alglave*. A prostata vérzései fiatal egyéneknek felette ritkák, sem a prostata bajai, sem tuberculosisa vérzésekkel nem járnak, ezzel ellentétben a prostata agykori elváltozásainál, különösen ha csak egyszerű hypertrophiáról van szó, a leggyakoribb jelenségek közé tartozik. Az újképleték haemorrhagiái részben spontán, részben műszer bevezetése folytán jönnek létre.

A hypertrophiás prostata vérzései a szerv nagyfokú vérékenysége daczára spontán nem keletkeznek, létrejöttüknek a puha katheter bevezetése szokta a leggyakoribb okát szolgáltatni: kemény vagy félkemény katheter helyes bevezetésével a vérzések könnyen elkerülhetők. A puha kathetert a húgycső dirigálja, a keményet a műtő. A spontán vérzések húgycsővérzések alakjában is léphetnek fel, tehát a vizelet kiürítésétől függetlenül, többnyire azonban ép úgy, mint a műszerek által előidézettek, részleges vagy teljes vérvezetések alakjában. A prostatikus eredetű részleges vagy teljes vérvezetésnél a vér a vizelet kezdetén és végén ürül, hólyagvérzéseknek csak a vizelet befejezésekor, a húgycső mellősi részéből eredő vérzéseknek a vizelet kezdetén.

Minden prostatavérzés vérnek vagy vizeletnek visszatartásához vezet, különösen állandó katheter bevezetése mellett. Ilyen esetben a katheter bevezetése után a hólyag mindaddig öblítendő bórizzel, a míg a bevitt folyadék teljesen tisztán nem jó vissza és továbbra is nagy gond fordítandó a vizelet akadálytalan lefolyására; e célból gyakran kell kisebb folyadékmennyiségek befecskendezésével a hólyagot öblítgetni, esetleges véralvadékokat feeszkendővel felszívni, mindaddig, míg a katheter teljesen átjárható. Ha a hólyag megelőző erős vérzés folytán alvadékokkal kitöltött, úgy az alvadékok aspiratioja, azt követő hólyagmosásokkal, minden további beavatkozást megelőzőleg kísérleendő meg; ezen eljárás sok esetben, egyedül alkalmazva is, már vérzés szüntetőleg hat. A katheter helyes megválasztása prostata hypertrophiánál igen fontos, valamint annak bevezetése is. A katheter ormányának érintkezése a prostatával lehetőleg kerülendő, a Mercier görbületes vagy mandrinnal ellátott katheterek, a melyeknek a megfelelő görbületet magunk adhatjuk és a melyek a húgycső felső falán, a prostata lebeányék elkerülésével vezethetők a hólyagba, e célra legalkalmasabbak. A kemény katheterrel mindenkor nagy görbület adandó. Fémkatheter alkalmazása esetén mindig a legmagasabb számokat vegyük igénybe, különösen azon esetekben, a midőn a sok alvadék kiürítése a ruganyos műszerekkel nem vihető keresztül és evacuáló katheterhez kell folyamodnunk. Ezen eljárásokkal a hólyag megnyitását vagy fistula képzését a legtöbb esetben elkerülhetjük. (Annal. des malad. d. org. gen.-urin. 1900. 5. 449. oldal.) *Ráskai (Redch) Dezső dr.*

Hetiszemle és vegyések.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 50-dik hetében (1900. december 16-dikától december 22-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elveszülte 456 gyermek, elhalt 270 egyén, a születések tehát 186-al múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 34.6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 20.5, az egy éven felüli lakosságnál: 16.1, az öt éven felüli lakosságnál: 14.3. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 3, angina diphtheritica 4, pertussis 1, morbilli 12, scarlatina 5, variola —, cholera asiaticus, typhus abdominalis 4, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 6, meningitis 8, apoplexia 5, eclampsia 9, szervi szívbjaj 15, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 46, tuberculosis pulmonum et phthisis 40, diarrhoea et enteritis 12, gastro-enteritis —, rák és egyéb újképleték 12, ezek közül méhrák 4, morbus Brightii et nephritis 9, rachitis 0, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkat-hiba 16, atrophia et inanitia 2, marasmus senilis 5, erőszakos haláletet 9 ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 6, baleset 3, kétséges 0 (—). **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi közkórházakban. A múlt hét végén volt 2906 beteg, szaporodás e héten 781, csökkenés 811, maradt e hét végén 2876 beteg. B) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi december 17-dikétől december 23-áig terjedő 50. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 26 (41), diphtheria, croup 17 (18), hagymáz (typhus) 11 (4), kanyaró (morbilli) 255 (285), trachoma 10 (7), vérhas (dysenteria) 3 (—), influenza — (—), hőkhurut (pertussis) 18 (19), orbanéz (crispelas) 18 (21), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1 (1), ezenfelül varicella 66 (88).

— **A veszettség gyógyítása a berlini fertőző betegségek intézetében.** 1899-ben 384 egyént védoltottak, kik közül meghalt négy, tehát a halálozás 1.04%. E négy közül ismert okokból csak egy számítható fel a védoltások rovására, úgy hogy a halálozási százalék 0.27%. A marás-esetek nagy része kutyától eredt. A 384 eset tartományonként következőleg oszlott meg: keleti Poroszország 25, nyugati Poroszország 48, Brandenburg 12, Pomerania 24, Posen 31, Szilézia 84, Szászország 28, Szász királyság 98, Bajorország 26, Szász-Coburg-Gotha 5, Elzász Loth. 1. A szigorú állategészségügyi rendeletek daczára tehát Németországban is el van terjedve a veszettség a kutyák között és mint előre látható volt, a kezdetleges ellenkezést félre téve, ott is szükségesnek mutatkozott a veszettség ellenes védoltások meghonosítása.

× **A délafrikai angol-búr háborúban** a múlt évben, mint a Lancet írja, körülbelül 30 orvos halt el részint megsebesülés, de leginkább typhus abdominalis és dysenteria következtében.

⊕ **Lichtschein Adolf dr.** vasúti orvost Rimaszombatban az államvasutak elnökgazgatója a magyar államvasutak orvosi tanácsadójává nevezte ki.

⊗ **Kitüntetés.** *Kresz Géza dr.* királyi tanácsosnak, Budapest székesfőváros nyugalmazott kerületi orvosának és az önkéntes mentőegyesület igazgatójának, valamint törvényes utódainak, a közegészségügy terén, különösen a mentőegyesület szervezése és vezetése körül szerzett érdemei elismerésül Ő Felsége a magyar nemességet a „szemléhegyi“ előnévvel díjmentesen adományozta.

△ **Tátrafüredről** (Ó-, Új- és Alsó-Tátrafüred) nagyon meleg hangon emlékezik meg *Hirschberg Lipót* berlini orvos egy tárcza-cikkében, mely a „Deutsche medicinische Wochenschrift“ 1900. évi 52. számában jelent meg. Cikkének célja, hogy a német orvosi világ érdeklődését felkeltse ezen magyar fürdők iránt, mint a hol a betegek nemesak kitünően berendezett és vezetett intézeteket, hanem gyönyörű vidéket és — a mi talán a legfontosabb — nagyon lelkiismeretes orvosi felügyeletet találnak.

⊕ **Kórházmegnyitás Székesfehérvárott.** Folyó hó 2-dikán d. e. nyitották meg Székesfehérvárott az új megyei kórházat, melynek felépítéséhez *Kégl György* nagybirtokos 200,000, Fejérmegye 300,000 koronával, Székesfehérvár pedig ingyen telekkel járult. Az alispán díszes közönség jelenlétében adta át a kórházat *Réay Ferencz* igazgató főorvosnak. *Raisz Gedeon dr.* egészségügyi felügyelő a belügyministerium képviselőjében jelent meg a megnyitó ünnepélyen.

⊕ **A budapesti orvosi kör** évzáró közgyűlését december hó 27-dikén tartotta meg. Ünnepi emlékszedet tartott *Schächter Miksa dr.* *Farkas Jenő* korán elhunyt közegészségügyi felügyelő felett. A közgyűlés elhatározta, hogy *Farkas Jenő dr.* dolgozatait egybegyűjtve kiadja. A tisztikar a régi maradt. Új választmányi tagokul *Báron, Barbás, id. Glass, Katona és Gebhardt dr.*-okat választották meg.

⊕ **Kimutatás** a „Simmelweis Emlék“-alap javára 1900. évben befolyt adományokról: Egyenleg 1900 január 1-én = 30,868 K. *Kéz-márszky* tanár adománya 50 K. *Az egyetemi I. szülészeti és nőgyógyászati klinika* gyűjtéseiből 60 K. és 20 K. = 80 K.; *Weiszberger Miklós dr.*, *Elischer* tanár útján 20 K.; *Bókay Árpád dr.* tanár 20 K. *Kamatokból* 1284 K. 66 F., 1454 K. 66 F., összesen 32,322 K. 66 F.; levonva bankköltség 2 K. 66 F., marad fösszeg 32,320 K. *Elischer Gyula* tanár, b. pénztáros, IV., Petőfi-tér 1.

< **A Pester medicinisch-chirurgische Presse** január 1-től fogva átmege a szerkesztőség tulajdonába, mely magát új tagokkal kiegészítve, jelenleg a következőkből áll: *Berezeller Imre dr.*, *Brück Miksa dr.*, *Hári Pál dr.*, *Lévai József dr.*, *Mohr Mihály dr.*, *Pikler Gyula dr.*, *Sarbó Arthur dr.*, *Schein Mór dr.*, *Török Lajos dr.*, *Vas Bernát dr.* és *Zwilling Hugó dr.* A lap tovább is kizárólag a magyar orvosi irodalom termekeinek a külföld előtt való ismertetésével foglalkozik.

⊕ **Felhívás pestiscursusra.** A belügyminister úr megbízása folytán a m. k. állami bakteriologiai intézetben *Preis Hugó* tanár még január hó folyamán rövid cursuban gyakorlatilag meg fogja ismertetni a pestis bacillusát olyan orvosokkal, a kik a bakteriologiai módszerekben már járatosak. Kik ezen cursuson részt venni óhajtanak, felhívhatnak, hogy írásban nevezett tanárnál (Hungária-körút 244) jelentkezzenek, minék megtörténte után a belügyministerium által kijelölendő orvosdoktorok a cursus megtartásának idejéről értesítettetni fognak.

— **Thanhoffer Lajos** tanár „Az anatomia és divat“ czímmel három népszerű előadást tart f. hó 5., 12., és 19-dikén az új anatomiai intézetben.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) sanatorium.“ (Ujonnán 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 prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencében az ásványvíz naponta négyszer megújul, **lokalis iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és ádító-fürdők. Kitünő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olesó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.



Magyarországi **Budapest, V., Zoltán-utca 10.**
főraktár:

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (VII. közgyűlés 1900. december 27-dikén.) 13. lap. — A Budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. (XXIV. ülés 1900. évi január hó 30-dikén.) 13. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 16. lap.

Közkórházi orvostársulat.

(VII. közgyűlés 1900. december 27-dikén.)

Elnök: Réczey Imre; titkár: Nékám Lajos.

Elnök: Ma újul meg hetedizben azon nap évfordulója, melyen a közkórházi orvostársulat megalakult. A közkórházi főorvosok azon kívánsága, hogy a kezelésiük és megfigyelésiük alatt álló gazdag és érdekes esetekben bővelkedő beteganyagot a kórházon kívül álló kartársakkal — a főváros gyakorló orvosaival — megismertessék, azok okulására bocsáthassák, volt megteremtője társulatunknak, fejlesztő és fentartó ereje ma is.

Valóban köszönettel kell adoznunk közkórházaink osztályos főorvosainak azon kitartó buzgalomért, melylyel tudományos bemutatásaikkal oly készségesen támogatják társulatunk törekvéseit kezdettől fogva mind a mai napig, változatos sorozatban hozván érdekesebb eseteiket üléseink elé, mindenikben valami okulásra szolgáló körülményt kiemelve, mindeniket kartársaink előtt tanulságossá téve.

Ezen köszönetünk annál nyomósabb, mert hiszen társulatunk szervezete szerint csakis az aránylag kis számú osztályos főorvosok vállára nehezedik a bemutató ülések anyagának összeállítása. Évről évre megújuló beszámoló jelentéseink hangosan tanuskodnak arról, hogy társulatunk azon várakozásoknak, miket ma hét éve megalakulása alkalmával hozzá kötöttünk, nemcsak teljesen megfelelt, de azokat talán felül is multa. Es épen ezen tény nyugtat meg az iránt, hogy további fejlődése iránt aggdónunk nem indokolt, mert eddigi rövid multja biztosítka egy szebb jövőnek.

Nem hagyhatjuk azonban dicséret megemlítés nélkül azon jóakaró és az ügyszeretben gyökerező támogatást sem, melylyel társulatunk kültagjai eme törekvéseinket, munkásságunkat fogadta, mely leghangosabb kifejezést nyer azon körülményben, hogy a fővárosi kartársak évente elég nagy számmal lépnek be társulatunk kötelékébe és kültagjaink száma ezen rövid néhány év alatt majdnem kétszeresét érte el s ezen alkalommal is 26 új külső tagot hozhatunk ajánlatba a tisztelt közgyűlésnek megválasztás czéljából.

Egy irányban azonban társulatunk kifejlődése még hátramaradt. Mint már egy előző alkalommal e helyről hangoztatni volt szerencsém, az volna még óhajtásunk, hogy a jövő fejlődés érdekében kültagjaink mind élenkben részt vennének társulatunk törekvéseiben az által, hogy tárgyilagos és szakszerű eszmecsere által, saját tapasztalataiknak és fel-fogásuknak a bemutatással kapcsolatos közlése által azon eseteket valóban értékesíthetővé tennék tapasztalataink gyarapításában.

Igy együtt működve, egymás szakszerű felvilágosításával nemcsak kölcsönösen okulnánk, nemcsak szaktudományunk fejlesztésére közreműködnénk, de társulatunk czélját, az élet közvetlenségéből merített alapokon egymás művelődésének elősegítését, a legeszményibb módon elérnők.

Igy összetartva s együtt működve, közkórházaink gazdag anyaga és kartársaink tapasztalata kiapadhatatlan forrásává lesz mindnyájunk gyakorlati alapon kiképezésének s tapasztalatban gyarapodva erősödni fogunk mindannyian magasztos hivatásunk betöltésében, az ember-társainkat érő testi csapások leküzdésében.

Ifjú társulatunk így fog idők multával éretté válni, erősödni és serény működése gyümölcseivel az orvosi gyakorlatra áldásosan kihatni.

Van szerencsém ezennel a közkórházi orvostársulat VII. évi közgyűlését megnyitni.

Nékám titkár jelentése szerint 17 ülést tartott a társulat 81 előadóval, a 33 előadó közül 18 a külső tagok sorából jelentkezett; 4 referáló estélye volt a társulatnak; az igazgató tanácsból az év folyamán kilépett Bakody Tivadar, Lichtenberg Kornél, Siklóssy Gyula és Török Lajos, helyükbe léptek Ajtai István, Grósz Emil, Horváth Mihály és Hüttl Hümer. Elhunytak az év folyamán Bakó János, Grossmann Lipót és Grünwald József.

A pénztáros jelentéséből kitünik, hogy bevétel volt a mult évben 2189 korona 50 fillér, kiadás 1972 korona, pénztármaradék 216 korona 76 fillér.

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XXIV. ülés 1900. évi január hó 30-dikén.)

Elnök: Kézmárczky Tivadar; jegyző: Tóth István.

1. Elnök megnyitván az ülést, a jegyzőkönyv hitelesítésére *Lorrich* és *Doktor* tagokat kéri fel. Ezután felkéri a tisztikart a jelentések megtételére.

2. Tóth István: Jelentés a szakosztály 1899. évi működéséről.

Szakosztályunk az 1899. év januárjában a szabályok szerint tisztújító ülést tartott, melyen régi tisztikarát újból megválasztotta.

Az osztályba a mult év folyamán 6 új rendes és 1 rendkívüli tag lépett be. Négy társunk, *Mezei Zoltán*, *Ágai Béla*, *Hazslinszky Hugó* és *Nozdroviczky Károly* kilépett. *Bodon Károly* rendes tagtársunk pedig rendkívüli tagjává lett az osztálynak.

Sorainkból egy munkás tagtársunk dőlt ki, *Schultz Henrik*, a ki egyike volt az osztály legszorgalmasabb tagjainak. Gyakran vett részt üléseink tudományos vitáiban és nem egyszer foglalta el az előadói széket maradandó becsű dolgozataival. A fiatalon elhalt, nagy reményekre jogosító kartárs emlékét az osztály februári ülésén jegyzőkönyvileg öröközte meg.

Igy most az osztálynak 43 rendes és 6 rendkívüli tagja van.

A lefolyt évben osztályunk 7 rendes tudományos ülést tartott, melyeknek tárgyát 6 előadás és 31 bemutatás képezte.

Jól eső örömmel jegyezhetjük fel, hogy üléseink úgy a tárgy menyiségénél, mint tudományos színvonalánál fogva olyan érdeklődést képesek felkelteni tagjaink sorában, hogy azok látogatottsága semmi kívánni valót nem hagy hátra. Még mindig nélkülözzük azonban azt, hogy az osztály tudományos activ működésében a nagy gyakorlatban élő tagtársaink is részt vegyenek s ez úton is arra kérjük tagtársainkat, hozzák el a gyakorlatukban szerzett bármely tapasztalataikat, mert csak így lesz az osztály működése teljes, egységes.

Nem mulaszthatom el, hogy a szakosztály figyelmét újból — mint azt már két év előtti jelentésemben is tettem — fel ne hívjam azon általános, úgy az anyaegyesület tagjai, mint vezetősége részéről hangoztatott, hogy úgy mondjam panasza, a mely szerint osztályunk fennállása óta az anyaegyesület rendes ülései jóformán teljesen nélkülözik a szakmába vágó előadásokat, illetve bemutatásokat, sőt az elnökség részéről e tárgyban átiratot is kaptunk. Miután alapszabályaink sarkalatos pontjai közé is felvettük azt, hogy az osztályunkban megvitatott nevezetesebb témákat referáló előadások alakjában az anyaegyesület elé viszzük és így nem különözzük el magunkat, hanem épen megtartva az anyaegyesülettel való összeköttetést, azt csak erősebbé kívánjuk tenni, azon szerény indítványt teszem megismételten, keressük meg a módját és alakját annak, hogy ez irányban alapszabályainknak s az általános óhajnak megfeleljünk.

A jelentés tudomásul vétetik s jegyzőnek buzgó működéséért köszönet mondatik.

3. *Elnök* a jelentés utolsó megjegyzésére nézve kérde, nem tartja-e helyesnek a szakosztály, hogy bizonyos időközökben összeköttetésbe lépünk az anyaegyesület referáló előadások alakjában.

Tóth, Bársony, Dirner, Temesváry, Kézmárczky, Breitenfeld, Tauffer hozzászólása után az elnökségre bizatik, hogy módot találjon a referáló előadások megtartására.

4. Liebmann Mór pénztáros jelentése az 1899. évről.

Vagyoni állás az 1898. év végén 1379 frt 62 kr.

A) Bevétel az 1899. évben:

a) 38 rendes tag után	285 frt
b) 6 rendkívüli tag után	15 frt 300 „ — „
Összesen	1679 frt 62 kr.

B) Kiadás az 1899. évben:

a) Nyomdai számla	56 frt 25 kr.
b) Szolga fizetése	5 „ — „
c) Jegyző kiadása (1898)	49 „ 59 „
d) Pénzbeszedőnek	12 „ — „
Összesen	122 frt 84 kr.

Marad az 1899. év végén 1556 frt 78 kr.

5. *Breitenfeld* és *Polgár* pénztárvizsgálók a pénztárt rendben találván, a szakosztály a pénztári jelentést tudomásul veszi, a pénztárosnak a felmentvényt megadja s neki köszönetet mond.

6. *Temesváry* titkár indítványozza, hogy a rendes tagok tagdíja 10 koronára szállíttassék le, a rendkívüli tagoké maradjon 5 korona. Elfogadjatik.

7. *Temesváry* a könyvtáros távollétében jelenti, hogy a szakosztálynak a folyóiratok és könyvek számára könyvszekrényre van szüksége. A szakosztály az elnökséget bizza meg, hogy illet beszerezzen.

8. *Tauffer Vilmos*. Két év előtt a gynaekologikus szakkatalogus kérdése merült fel, a mely magában foglalná a tanári, egyetemi, orvosegyesületi könyvtár gynaekologikus szakmunkáinak jegyzékét. Ugy a tanári, mint az egyetemi könyvtár szívesen venne gynaekologikus munkákat, ha katalogust adnának nekik, hogy mit vegyenek. Szükségesnek tartja a katalogus elkészítését.

Temesváry Rezső: A katalogus munkája csak *Bruck* betegsége folytán akadt meg, sőt a már részben elkészült czedulakatalogus el is veszett. Magyar orvosi bibliographia kiadására pedig az orvosi könyvkiadó társulat vállalkozott.

Elnök indítványára az elnökség megbíztatik új könyvek beszerzésével s Temesváry Rezső titkár felkérte, hogy a katalógus készítését vállalja el.

9. *Elnök* jelenti, hogy *Hegar* január elején 70-dik születésnapját ülte; a szakosztály üdvözlő iratot intézett hozzá, a melyre *Hegar* meleghangú levélben válaszolt. Tudomásul vétetik.

Következnek a bemutatások:

I. Molás degeneratio esete.

Lovrich József: A terhesség tizedik hetéből származó mola-készítmény.

A bemutatott készítményen szabad szemmel is kivehetjük a folyadékban úszkáló, áttetsző, nyeles hólyagszak alakjában a mola jelenlétét. A méh lenyomatát mutató véralvadék egy harmadszor szülő nőtől származik, ki egy év alatt már kétszer abortált a terhesség első hónapjaiban s most utolsó tisztulása október 20-dikán volt. Vérzés január 7-dikén lépett fel s a véralvadék, melynek egyik felületén láthatók a hólyagszak, január 10-dikén távozott el, tehát 10 héttel később a havi baj kimaradása után. A spontan eltávozott tömeg tojásnyi, legnagyobb tömegét rétegzetes véralvadék képezi s benne szabad szemmel sem chorionbolyhokat, sem burkokat kimutatunk nem sikerül, csupán a már elültetett hólyagszak láthatók egyik felületén egy sorban elrendeződve. A hólyagszak legnagyobbika kölesnél alig nagyobb, de a legtöbb ennél jóval kisebb.

Néhány nappal a hólyagszakokkal fedett véralvadék kiürülése után még egy-két napig spontan deciduatörmelékek is távoztak, melyeket vizsgálat végett küldtek be klinikánkra Kézmárczy tanár úrhoz, kinek magánykorlatában fordult elő ezen eset. A gócsövi vizsgálat során kiderült, hogy a méh lenyomatát mutató véralvadéknak csupán a periferiáján láthatók gócsó alatt is a terhességi elváltozások; míg a centrumban csak rétegzetes véresejtek sora látható egy-két deciduaszerű sejttel: a periferiát legnagyobb részben szabadon lemeztelenítve látjuk s csak a hólyagszak felé fordulnak elő a részben még ép bolyhok egy-rétegű syncytiummal borítva, centrumukban rendes kötőszöveti szerkezettel. Itt sikerült a metszetekben már molává alakult hólyagszakot találnunk. Ezeknél, ellentétben az ép bolyhokkal, a kötőszöveti szerkezet elmosódott, a magok a magfestést már nem fogadják el s csupán fibrillaris kötőszövet mutatható ki, melynek felületét többretegű, burjánzásban levő syncytiumsejtek borítják.

Ezen részletben keskeny nyéllal emelkedik ki a szabad felület felé a hólyagszak, melynek centrumában véreteret nem találunk. A napokkal később távozott decidua is helyenként erősen megvastagodva gömbsejtes infiltrációt mutat s benne mirigyét kimutatunk már nem sikerül, csupán mirigylenyomatokat. Ezen elváltozásokat, melyeket a fentebbiekben foglaltunk össze, elég gyakoriaknak mondják a különféle szerzők s a tankönyvekben is így tárgyaltatnak, mindazonáltal a terhesség első hónapjaiban alig kerülnek észlelésünk alá s ezért tartottam érdemesnek a készítményt bemutatni. Esetünk nem szolgáltat bizonyítékot arra, hogy a megbetegedés a petéből indul-e ki vagy az endometrium megbetegedése folytán keletkezett-e. Nem bizonyító pedig azért, miután a vizsgálatra beküldött anyagon sem petezsákot, sem pedig embryot nem találtunk. Ezek valószínűleg észrevétlenül már ezen részlet kilökötése előtt távoztak el.

Meg kell jegyeznünk azonban azt, hogy a decidua lobos infiltratioja határozottan kimutatható és hogy miután a nő egy év alatt harmadszor abortált a terhesség korai hónapjaiban, így nem lehetetlen, hogy ezen elvetélések valamely endometrialis megbetegedés által lehetnek feltételezve. A nő férjének lúesse nincs. A gócsövi vizsgálat nyomán határozottan állíthatjuk a boholystroma necrosisát, mely mellett a boholyepithel túltengett és kizárólag csakis a felületen marad, a nélkül, hogy egy helyütt is a mélyben atypikusan előfordulna. Így tehát tulajdonképen egy jóindulatú chorioepitheliomával van dolgunk. Az eset, mint utólag értesültünk, sima lefolyású volt.

Tuszkai: Néhány nap előtt észlelt egy molaterhességet, mely a terhesség 4. hónapjában spontan végződött. A fundus már a 3. hónapban a köldök alatt 1 ujjnyira volt. A nő igen anaemiás lett (180 pulsus), hányt. A diagnosis igen nehéz volt, mert az uterust hátul találta, mellül pedig a cavum Retzii egy egyenetlen, rugalmas tapintatú tumor által volt ledomborítva, úgy hogy extrauterin terhességre gondolt. A consilium molaterhességet vett fel. Két héttel később megszületett egészszben a mola. Szülés után a vérzés nem szűnt meg; méhüri vizsgálatnál az uterus jobb és hátsó falán tapadó, az uterus falát elvékonyító képletek vannak, tehát destrualó molával volt dolgunk. A szövettani vizsgálat folyamathoz van.

II. Újabb exstirpációk angiotrypsiával.

Doktor Sándor: Három újabb angiotrypsiás totalexstirpációról tesz jelentést, bemutatván a készítményeket az I. sz. női klinikáról. Az első esetben portio-carcinoma miatt történt az operatio, mely nehezebbnek ígérkezett a miatt, mert a méh egyszersmind nyomás is volt, a rendszerül kétszerte nagyobb, mindazáltal egészen simán s elég könnyen ment.

A második esetben ugyancsak portio-carcinoma miatt végezték a műtétet; rendes nagyságú, jól mozgatható méh mellett, szintén könnyen.

A harmadik esetben óriási prolapsus szolgáltatotta az indicatiót a méh kiirtására. A beteg 40 éves, kétszer szült nő, kinek a méhe már tíz év óta esett elő s pár hónap óta nem is volt visszahelyezhető. Felvételtkor 13 cm. hosszú, cylindrikus daganat volt látható a czombok között, borítva az elül-hátul teljesen kifordult hüvelyfalakkal s leg-

alul az igen vaskos és gyermektenyényi területen kifehélyesedett portioval; e daganatban 12 cm. hosszú méh szintén egészen a vulva előtt, a hüvelyfalak rendkívül megvastagodva, szinte kérgesek, kétoldalt több berepedéssel s egyik oldalon jó tallérnyi, kerekded, alapján kiemelkedő, barna kemény var volt rajta, mely mint utóbb látható volt, olyan callositásnak felel meg, a melynek a bőrön szoktak képződni; csak az elülső és hátulso hüvelyfal volt némileg egészségesebb, ezért nem volt az eset plastikus operatióra való. Reponálva az előesett genitáliákat, a méh maga elég gyorsan kisebbedett meg, tíz nap alatt 2 cm.-rel rövidebb, a hüvelyfalak azonban nem változtak.

Ez eset operatioja annyiban volt nehezebb, a mennyiben a méhnyak kiszabadítása a környező vaskos kötőszövetből, a hashártya megnyitása mind elül, mind hátul, itt is, mint a prolabált méhnél rendszeren, nagyobb nehézségekkel járt; továbbá resecálni kellett a hüvelyfalak jó részét is s végül plastikus operatióval (typikus colpo-perineorrhaphia) szűkíteni a megmaradt részt.

A méh kiirtása a Thumim-féle szerszámokkal mind a három esetben szépen sikerült. In toto gördítették ki a méhet s in toto történt a széles szalagok leszorítása mindig felülről, felső szélük felől, úgy hogy az eszköz orrmányába a parametrium, a legvastagabb részlet jutott; bele is fért az eszköz szárai közé egyszere az egész széles szalag, még a prolapsusnál is; a leszorítás 5-5 percig, egyik esetben 6 percig tartott s teljesen csillapította a vérzést. Csak a prolapsusnál volt látható, hogy mind a két összesajtott esonkból egy-két ponton gyöngye szívgás indult meg a szerszám levétele után, az uterinak táján, ezeknek megfelelően a lemez egy-egy kötegét tüvel átöltve, vékony catgut-fonállal körül is kötötték. A sebesatorna teljes elzárását korábbi, nem kedvező tapasztalatok alapján ez esetekben mellőzve, csupán a hasüreget zárták el, úgy hogy a hashártyaseb széleit néhány csomos öltéssel tűzték össze, két oldalt oda öltve a tubasarkokat is; ehhez járult még a prolapsusnál a hüvelyt szűkítő plastica, mely után itt is, az előbbieknél is laza jodoformgaze-tamponnal drainezték a sebüreget. Ez esetek gyógyulásában már meglátszik az angiotrypsia gyakorlati haszna; az első beteg 13-dik, a második 12-dik napon hagyta el a klinikát operatio után. A harmadiknál a plastica miatt van szükség a hosszabb fekvésre, ez még a klinikán van.

A kiirtott méheken feltűnik egy körülmény, t. i. az, hogy a metszés egyenes vonalban halad a cervix két oldala mellett, úgy hogy a széles szalag le volt szoritva; nem kell, mint ligaturáknál sokszor, a cervix állományában tenni a metszéseket; ott vaskos esonkot kellett hagyni, hogy a ligatura le ne csúszsék. E körülménynek jelentősége lehet portio-carcinoma olyan eseteiben, melyek az operabilitas határában állanak.

Eddig tehát 12 totalexstirpationál próbálták ki az angiotrypsiat az I. sz. női klinikán s az, mint az utóbbi esetekből látható, teljesen megfelel a hozzá fűzött várakozásnak; elég tartós, legalább 5 percznyi compressio biztosan csillapítja a vérzést. Vérzés csak addig fordult elő, míg hegyakorolták a nehéz, vaskos szerszám használatát.

Más operatióval nem próbálták, minthogy erre gynaekologusnak nincs is alkalm, mert laparotomiáknál a jól lekötött, különösen jól praeparált catgut-lekötött esonk szintén nem zavarja a gyógyulást; csak vaginalis exstirpationál, hol ligaturának is erős selyemre volt szükség, érezhetjük jobb vérzescsillapító eljárás szükségét, mely a gyógyulást ne zavarja annyira. Ilyennek az angiotrypsia teljesen beválik.

III. Primaer tubatuberculosis operált esete.

Csiky János: Általában régebben elismert tény, hogy az összes női genitális gümös megbetegedések körül a tuba ilyen megbetegedései a leggyakoribbak. *Winckel* statistikája szerint 571 bonczolt esetben 5 tubatuberculosis fordult elő 182 egyéb tubamegbetegedés között. *Schramm* 3386 esetében 34 tuba tuberculosis, 7-szer az uterus is beteg. *Martin* 620 salpingitis adnex mütét között 17 tuberculosis talált. *Specialisan Williams, Hegar* és *Stolper* foglalkoznak e kérdéssel s iparkodnak tisztázni a tuberculosis kérdését. *Williams primaer* és *secundaer* megbetegedés lehetőségét mondja ki *Hegar* nyomán, ki *ascendáló* secundaer vagy descendáló primaer vagy secundaer folyamatokat különböztet meg. Természetesen, hogy az első helyen említett folyamat, az *ascendáló*, a *secundaer* a gyakoribb s bizonyíthatóbb; magyarázzák pl. meglévő csúshurut, bél, peritoneum együttes tuberculosis megbetegedése, mikor directe terjed át a folyamat.

A *primaer* folyamat magyarázata. Bevándorlás és elterjedés a tubáig, akár mint a gonorrhoea salpingitisnél; vagy a külső behurcoltatás révén, a mikor a vér és nyirokedényrendszer viszi tova a virust.

Bemutatandó eseteinkben kétségen kívül ilyen primaer tubatuberculosis megbetegedéssel van dolgunk. Az illető mult év december 12-dikén került klinikánk megfigyelése alá. H. H. 23 éves hajdon. Az anamnesis röviden ez: 15 éves korban első menstruatio, rendes időre, norm. lefolyással; mióta betegnek vallja magát — 3 év óta — e típus megváltozott 5-6 napos a mensis és állítólag első s utolsó napján fájdalommal jár. Betegségét onnan származtatja, hogy 1896. áprilisban bal lágyékát megütötte egy asztalban, szúrásokat, fájdalmakat érzett, melyek miatt még ez év szeptemberében orvoshoz fordult, ki baját nem tartotta genitális eredetűnek. Hólyaghurutot mondott. Ugyancsak ez év decemberben állítólag hashártyagyuladást kapott, melylyel 3 1/2 hóig feküdt. Ebből talpra állott, mégis megmaradtak, sőt fokozódtak szuró fájdalmak. Belső s mechanikus (massage, ichthyol) therapián esett át. Erre jobban lett, mégis 1899. áprilisában újra betegeskedett; decemberben jött klinikánkra, hol daganatot constatáltak ambulanter, s felvették alábbi jelen állapottal.

Igen jól fejlett és táplált nő, kissé halványak a köztakarói. Mellkasi szervei: tüdő, szív teljesen normalisak. Vastag, hájas hasfalán át a táguatlan hasír daczára is baloldalt egy tumort lelünk, mely a köldök és symphysis közepéig érő, a baloldali medenczefélből kiemelkedő képlet, resistens, körvonalai homályosak. Szűz szeméremrés, hig tejserű váladék ürül a cervixből.

Portio hátul foglal helyet, a méhszaj ujjhegynyi, cervix hátrafelé folytatódik retroponált méhtestbe, mely kissé jobbra jelezhető. A méhtesttel szélesen függ össze egy más félökölnyi képlet, mely a baloldali s hátsó medenczefélben fekszik, felső határa a symph. és köldök között van, b. o. és hátul eléri a medenczefalat, in toto mérsékelt határok közt megmozgatható, nagyobb része kiemelkedik a medenczéből, e részlet általán tömöttebb, míg a medence mélyén elhelyezett része hergerszerű, fluctuáló: *tubaszák* benyomását teszi. *Diagnosis* ezek szerint *tubaris* vagy *tuboovariális* tumor. A cervixváladékot góresővileg ismételt vizsgálatok gonococcusra mindig negatív eredménnyel. Az *indicatio* felállításánál tekintetbe vesszük, hogy hosszas, 3³/₄ év óta fennálló megbetegedéssel állunk szemben, mely minden belső, mechanikus s egyéb eljárásokkal szemben daczol, a betegnek existenciáját fájdalmasságával szinte lehetetlenné teszi; határozottan egy pyosalpinx tüneteit mutató tumor e megbetegedés alapja, mely lázas kiújulásokat okoz; minden valószínűség szerint gonorrhoeikus tuba, daczára a negatív góresői leleteknek. *Indicált* a műtét. Per vaginam való kiirtás, tekintettel az igen szűk, teljesen virginális hüvelyre, már előre is nagy nehézségeket gördit a műtét kivihetősége elé, annál is inkább, mert a tumor elhelyezkedése legalább részben igen magas, s megmozgathatósága csak korlátozott. Több reményünk van a tumornak kihámozására *per laparotomiam*, s azért erre határozzuk el magunkat.

Deczember 13–22-dike között áll megfigyelésünk alatt. Ezalatt lázas nem volt; fájdalmi miatt az összes éjjeleit szinte álmatlanul tölti. *23-dikán műtét (Tauffer Vilmos)*. Hasmetszés s a peritonum megnyitása után mindjárt feltűnik egy tumor, melyről kiderült, hogy a *baloldali tuba*, mely colossalisan meg van nagyobbodva, patkóalakú, rugalmas s úgy látszik, hogy félfolyós a tartalma. A lig. latummal igen szorosan függ össze s minden oldalról felszabadítható, csak innen kell levágni az alkalmazott szoritók (Simnitzek) m. llól. A levágott szél három percig tartjuk a Thumim szorítójában s catguttal varrjuk s húzzuk össze a széles szalagot.

A másik tubáról kiderül, hogy ép ily patkóalakú, de jóval kisebb, ugyancsak j. o. a lig. lat.-mal függ össze, kifejthető minden összenövéséből, de a patkó alsó csúcán a medence mélyén fekvő részén van egy teljesen elvékonyodott rész, arrodálva, körülötte pedig egy kis eltokolt, *régi abscessus*; e helyen meg van nyilva a tumor s a leválasztáskor a tubától alig folyó, sajtosan elfajult anyag ürül ki, melytől gondosan óvjuk tüdőnkkel a hasüreget. Befogjuk a nyílást s újra ollócsapásokkal vagyunk kénytelenek eltávolítani a tubát. Thumim. Ez oldalon a műtét helyét teljesen borítani peritoneummal minden törekvésünk daczára sem sikerül, annyira kevés a maradék s oly szakadékonny, hogy a catgutat sem tűri meg. Vérzés esillapult. Varrás. Has-toilette. A tubákat makroscoptic s mikroscoptic vizsgáljuk magunk is, s a II. sz. path. intézet sziveskedett megerősíteni véleményünket, mikor teljes mértékben a mi diagnózisunkat fogadta el: *salpingitis tuberculosa*. Steril módon bennéket véve Pravazzal, góresővel számos cholestearin jegecz, desquamált hámsajt s genysejt, lehető benne. Mikroorganizmust, leszámítva két gonococcushoz hasonló diplococust, nem lehetni. Tbc. festés negatív, agar steril marad. Góresővileg pedig: A tuba megvastagodott falából megnövekedett ráncokat képezve emelkedik be lumene felé az edénydús mucosa gömbsejtes infiltratum. Óriás sejtek hiányoznak, ráncok tetején közvetlenül a hám alatt elszórvva tipikus epithelialis gümők foglalnak helyet s helyenkint erős hyalin degenerációt mutató pamatok. A lefolyást illetőleg a 12-dik napig egyszer van a 9-dik napon d. u. 37⁷/₉ temp., has 10-dik napra p. p. egyesült. 13-dik napon d. u. 38⁰/₀, mely reggeli remissiókkal (37⁶/₀) négy napig tart, újra láztalan a 26-dik napig, mikor 38⁴/₀ a temp. három napig, ezután a 31-dik napig subfebr., majd a mai napig láztalan.

A 15-dik napon constatáljuk, hogy j. o. tojásnyi érzékeny resistentia van; napokig így tart az állapot. 27-dik napon egy főleg jobb-oldali, a köldökig s med. tényorák széléig felemelkedő resist. exsud. van, igen érzékeny. 35-dik naptól csökken a fájdalmasság, a resistentia nem oly kifejezett, a medenczében jelzett tojásnyi resistentia eltűnt. A beteg közérzete igen jó, étvágya javult, ereje növekedett. A mennyire megérthető nála a tüdővizsgálat, teljesen szabadok tüdői.

Kérdéses, hogy milyen természetű ez az exsudatio? Specifikus tuberculosus-e vagy csak egy csomók okozta, peritoneum hiány okozta exsudatum-e. A további lefolyás választal majd erre a kérdésre. Ma hajlandó volnék egy egyszerű exsudatumra gondolni.

Egészen röviden szólva pathologikus szempontokból: chronikus lefolyásúnak kell jelezniünk a folyamatot, mely elzárja a tuba abdom. végét s nő nagyra, akár gyermekfejnyire, mint ezt már mások leírják, szemben egy miliaris acut s chronikus fibroid-alakkal, melyet Williams különböztet meg; jelzi chronikus és primaer voltát az is, hogy sarkán körülírt, alhárttyákat képzett tályogot találtunk s ennek is, valamint az egész zsáknak tartalma genyes-sajtos; jelzik továbbá a benne lehető cholestearin kristályok. A mikroscopticus lelet is chronikus folyamatra vall: számos tuberculum, melyeknek nines hajlamuk az elsajtosodásra; a nyálkahártya elég ép; erős gömbsejtes infiltratio, kiterjedt hyalin degeneratio. Esetünkben az óriássejteket oddig nem lehetett kimutatni, a mi arra vall, hogy a folyamat nem haladt még túlságosan előre.

IV. Érdekes kifejlődésű medenczébéli tumor esete.

Reichenfeld Zoltán (mint vendég): K. L.-né, 44 éves. IV. P., utolsó 23 év előtt, születek és gyermekágyak rendesek. Mindig rendszeresen menstruált.

1897. február óta alhasában igen nagy fájdalmi vannak és székrekedésben szenved, széke csak hashajtókra van. Orvosai többször vizsgálták és a mint a beteg magát kifejezi: „végbelében göböket éreztek“, melyek azonban akkor sem tűntek el, ha hashajtóra széke is volt. Fájdalmi, melyek az alsó végtagokra is kisugároztak, annyira fokozódtak, hogy járni is alig tudott. 1898. novemberben vette észre orvosa, hogy hüvelyében diónyi daganata van, azóta a daganat állandóan növekszik, kisebb-nagyobb megszakitásokkal mindig ágyban fekszik a néha tűrhetetlenségig fokozódó fájdalmak miatt. A hosszas fekvés folytán az ágyban elhízott.

Klinikánkra 1899. deczember 11-dikén vététt fel a következő jelen állapottal:

Tágult has, vastag, hájas hasfalazat, melyen át az alhasban egy a symph. és a köldök közepét meghaladó resistens képletnek homályos contourjai tapinthatók. Tág hüvelybe hatoló ujj mindjárt beleütközik egy a hátulsó hüvelyboltozatot, illetve a hátulsó hüvelyfalat mélyen ledomborító, karélyozott, tömött, kemény, a medenczét csaknem teljesen kitöltő és úgy látszik, a hátulsó medenczefalhoz fixált, meg nem mozgatható képletbe, mely a rectum és az uterus alsó szakasza közé beékel. A portio vastagabb, tömegesebb, egészen mellül, a symph. felső széle mögött, uterus jóval nagyobb, magasra felemelve és előre helyezve, fundusa meghaladja a köldök és symph. közti közepet (ez a külső vizsgálatnál jelzett képlet).

E vizsgálati lelet szerint tehát úgy látszik, hogy a cervix össze-függ a medenczét kitöltő tumorról, valószínű, hogy ez belébe is indul ki, és így beékel cervicalis fibromával van dolgunk; de a tumor erősen rögzített volta, tömötsége nem zárja ki, hogy a hátulsó medenczefalról indul ki, ellene szól azonban e felvételnek az uterus felemeltetése és a daganatnak a cervix-szel való összefüggése.

A műtét 1898. deczember 30-dikán történt: A hátulsó hüvelyfalat, a tumor legnagyobb domborulatára a hüvelyben ráemtszve, sagittális irányban meggyitottuk és ujjal megkíséréljük a tumornak kihámozását, e közben jelentékeny vérzés indul meg és apró, mogyorónyi egész gyermekökölnyi, részben tömött, kemény, részben málékony, czaftos részletek ürülnek ki a tumor helyéről; ezen darabok teljes kiirtése után kitűnik, hogy a tumor tokját leválasztani és így azt eltávolítani nem sikerül, baloldalt teljesen sima marad a tok, közepén egy vastagabb kerges rész halad sarló alakjában felfelé, jobbfelé egy erősen érdes, kerges része marad vissza a falnak.

Az üreget alapos kitisztogatás után steril gazezel tamponáljuk. Úgy látszott tehát, hogy egy a cervix azon részletéből kiinduló fibromával van dolgunk, mely a peritoneum áthajlása és a vaginafal között fekszik; a tumor vagy necrotizált vagy malignusan degenerált.

A kiürült darabok különböző helyeiből vett szövettani vizsgálat azonban kiderítette, hogy az egész daganat alveolaris szerkezettel bír, mely az első megtekintésre carcinoma képét adja, a behatóbb vizsgálat azonban bebizonyította, hogy egy alveolaris sarcomával van dolgunk és pedig endothelsarcomával. A különböző helyekről vett metszetekben sehol nem volt található myomára, illetve fibromára valló szöveti kép. Myomáknak sarcomatosus degeneratiojánál különben sem fordul elő, hogy egy alveolaris szerkezetű kép jöjjön létre és így jeen esetben sem lehet ezzel dolgunk.

Az ilyen endothelsarcomák a medenczébéli kötőszövet nyirok-útjaiból indulnak ki, tokkal bírnak és elég későn képeznek metastasist. Jelen esetben is fel kell vennünk, hogy a daganat a retrocervicalis kötőszövetből indult ki és így imitálta a cervicalis kifejlődésű fibromát.

A medenczébéli kötőszövet sarcomái gynaekologikus téren a ritkaságok közé tartoznak. Így Rosthorn 7 esetet tudott az irodalomból összegyűjteni, melyhez 8-diknak csatlakozik Slinger esete, mely annyiban bír kiváló érdekességgel ránk nézve, hogy minden tekintetben nagyon hasonlít a jelen esethez.

Gyermekfejnyi tumor, mely a mellső-oldalsó baloldali hüvelyfalat mélyen ledomborította és collumnyomának tartatott; colpotomia útján kihámozása, illetve morcellirozása történt a daganatnak, mely azonban csak részben sikerült; 6 hét múlva mors kimerülés miatt; sectional kiderült, hogy a daganat semmi összefüggésben nem volt az uterussal, hanem a baloldali parametran és praecervicalis kötőszövetből indult ki.

A mi esetünkben a lefolyás is igazolja a szövettani diagnosist, a mennyiben a beteg ma ép egy hónapos, az ír már majdnem teljesen kitelődött ismét tumormassával, úgy hogy most már csak egy ujjperczet befogadó üreg van jelen, melynek falából vett próbakaparék úgy makroscoptic, mint mikroscoptic az eredeti tumor képét adja. A nő ugyan napok óta fenn járkal, alhasában azonban, különösen jobboldalt igen nagy, időnkint szinte tűrhetetlen fájdalmi vannak.

Az eset a klinikai diagnosist, másrészt a szövettani kép érdekessége szempontjából érdemel figyelmet.

V. Inversio uteri gyógyult esete.

Erdey Gyula: A méh inversiojának egy esetét van szerencsém bemutatni a mélyen tisztelt szakosztálynak. Az eset a szülészeti poliklinikumban történt.

T. M. 28 éves nő kétszer szült. A születek és gyermekágyak rendszeren folytak le. Jelenlegi szülése múlt év október 24-dikén este 3¹/₉ órakor történt. A lepónyi időszak elhúzódó, a méh hiányosan húzódt össze, vérzés volt, a miért a baba szülés után 3¹/₄ órával segélyért

folyamodott. A poliklinikum halvány, nyugtalan, anaemikus szülönőt talált, pulsus 94, uterus elernyedve, méhfenék köldök alatt egy ujjnyira, hüvelyből vérszivárgás. Erélyes dörzsölésre a méh összehúzódott, de a vérzés fennállt, a méh a lepényt Credé-féle műfogással iparkodtak eltávolítani. Ezt néhányszor megismételve, a lepény megjelent a szeméremrésben. Eltávolítását onnan kézzel végzik, midőn mögötte megjelenik egy nagy golyószerű, vérző felülettel bíró test. Ugyanekkor a hasfalán át a méh nem tapintható. Profus vérzés indul meg. A lepénynek még a méh falán tapadó kis részletét s a burkokat eltávolítják, az invertált uterust visszahelyezik a hüvelybe és tamponadot alkalmaznak.

Egy órával utóbb kerültem a szülönőhöz, kit collapsusban találtam a shock és nagyfokú vérvesztés következtében. Pulsusa kicsiny, igen szapora, hányás, convulsiók, ájulás mutatkozik. Hüvelyből bő vérzés. Azonnal megkísértem a reinvertálást; előbb a fundust körülfogva tölcserűszerűen, a méhszájszelek rögzítése mellett, majd az uterus felsőbb, utóljára invertált részletét iparkodva előbb visszahelyezni. De ez többszöri kísérlet után sem sikerült.

A szülönőn a már előbb észlelt tünetek még súlyosbodtak; ütőverés nem tapintható, eszméletlen, vérzés fennáll. Hüvelyt gazeesikkal tamponáltuk, de ez csakhamar átvérzvéen, colpeuryntert helyeztünk be, mire a vérzés elállt. Subcutan moschust majd cámphort adunk, meleg beöntést s hypodermoklyst. Midőn magához tért, analepticákat nyújtunk. Ily állapotban látjuk a gyermekágyast 38 óran keresztül. Ezen idő alatt a colpeuryntert többször megcsereztük, utóbb ismét tamponadot alkalmazunk. Ezen idő eltelté után állapotja javult, pulsus alászállt 128-ra, azonban temp. 39.1°-ra emelkedett. Hozzájárult ehhez, hogy a bal czombon, a hypodermoklysis helyén a bőr másfél tenyéryni terjedelemben necrotizált. A további 4 nap alatt állapota javult, legmagasabb temp. 38.7°. A gazeesíkot naponta megcsereljük. A külső méhszáj felett rövid, 1-2 cm. nyakcsatorna van; a nagy, oedemás, nyakkal vastagon fedett, piszkos szürke, helyenként necrotikus, helyenként hámfosztott uterus a hüvelyt egészen kitölti. A váladék bő, genyes, bűzös. Mellő falán placenta tapadási helye látható. További észlelés végett a klinikára szállítottuk a beteget. A következő napokon beteg ereje visszatért, a méh felülete, a vag. váladék megtisztult, most temp. 38.7° egy izben. Az uterus is megkisebbedett, úgy hogy szülés után két héttel újból megkísérjük a reinvertálást. Tauffer tanár úr végezte narkosisban oly módon, hogy tölcserűszerűen körül fogja az uterus felső, a belső méhszáj táján levő részletét, a külső kézzel a tölcserűt rögzítve s azt felfelé tolvja, a hüvelyfalak ad maximum kinyujtatnak. A cervicalis csatorna meglevő részlete lassankint tágult, s a visszahelyezés sikerült. A méhszájgyűrű azonnal megszűnik. A váladék levezetése, másrészt a rögzítés végett az uterus és a hüvelyt tamponálta. A tampon két nap mulva eltávolították, s a továbbiakban csupán hüvelyfecskeendést és ergotint alkalmaztunk. A beteg 7 hét mulva hagyta el a klinikát. A czombnak sebe is annyira megtisztult már, hogy a transplantatio a legközelebbi napokban végrehajtható lesz.

Az inversio a még tapadó, de már a szeméremrésben levő lepény eltávolításakor történt. Már egy órai fennállása alatt olyan pangás jött létre, a méhfalazat vizenyösen átvődött, megnagyobbodott és vastagodott, hogy a méh az inversio tölcserűen nem fért át. Azon ritkán előforduló esetek közé tartozik, midőn az involutio ezen rendellenes helyzetben is megtörtént s a nyákhártya felületén epithel képződött. Szerencsés kimenetelű volt azon szempontból is, hogy a tölcserűben nem jött létre adhaesiv lob.

Kézmárszky: Tudtával ez az első magyar eset, mely keletkezése pillanatától észlelve van és gyógyulással végződött. Ő maga egy esetre emlékszik, az is halálos volt. Eseménynek tartja a magyar szülészetre nézve.

VI. Terhesség uterus bicornis duplex esetében.

Dirner Gusztáv: M. I. 27 éves, 3 éve van férjével; eddigelő grávida nem volt. Tisztulása 18-dik évétől rendszeres, de erősebb. Utolsó tisztulása 1899. augusztusban. Klinikámra került 1900. január 10-dikén, panaszolva, hogy három hete a hasa nagyon fáj, nem tud ülni, szédül és daganatot vesz észre hasában.

Vizsgálatnál a hasfalakon keresztül gyermekfejnyi, fluctuáló daganatot találni, a mely a has jobb oldalán a csípőtővistől felfelé, a kis medencébe terjed. A daganat felső csúcsában ballottáló rész érezhető és néha a daganat megkeményedése — contractioja — tapintható. Belsőleg a leirt daganat alsó csúcsa az elülső boltozatot domborítja le; kúp alakú portio felpuhult; a méhtest a keresztcsont vájulatban retro- és simistro-positionban van, mellette a megnagyobbodott bal ovarium is felismerhető. Az emlőkből savó nyomható ki.

A klinikus diagnosis: graviditas extrauterina; a mely azonban a laparotomia alkalmával nem talál beigazolást.

Kitünt, hogy uterus bicornis duplex esetével állunk szemben és így aperto ventro kellett határozni a teendőket iránt.

Miután a gravid uterus-fél kitapintásából azt a benyomást szerezttem, hogy annak falzata már most, a terhesség fele idejében nagyon elvékonyodott, s nem remélhető, hogy ruptúra bekövetkezése nélkül viselhesse tovább a magzatot; miután másfelől a betegnek már 3-4 hete alig tűrhető fájdalmakat okozott ez az állapot; nem kételkedtem, hogy a terhességet meg kell szakítanom.

Választásom csak abban volt, hogy mesterséges abortust provokáljak-e, avagy kiirtsam az egész torzult méhet, hogy így továbbra se legyen kitéve annak a veszedelemnek, a mely nála a terhességgel jár.

Az utóbbira határoztam el magamat és totalis exstirpációt végeztem január hó 17-dikén. A műtéttel könnyű, tipikus volt; supra-vagi-

nalis amputációt végeztem, a portio csomkja felett a peritoneum lemezeit zárva.

Az ovariumokat és tubákat meghagytam. A hassebet három rétegen varrtam. A beteg ma két hetes; eddigelé zavartalanul gyógyul.

A praeparatumot van szerencsém egészében, felbontatlanul bemutatni.

Más alkalommal fogok pontosabb bonczani viszonyairól beszámolni.

Bársony: Hibának tartja, hogy az esetet tubaris graviditasnak tartották, s hogy midőn a laparotomia megmutatta a tévedést, a méhet nem hagyták benn, mert ennek fala nem volt oly vékony, hogy rupturától kellett tartani.

Tauffer: A diagnostikai részhez szól hozzá és egy diagnostikus tévedést említ fel. A klinikára egy 36 éves gravid nőt vettek fel, a kinél a terhesség egész ideje alatt a bal medenczefélben heves fájdalmak voltak.

Egy napon a nőnél az acut anaemia és heves peritonealis izgatottság minden tünete lépett fel. Belső vizsgálatnál a succulens portio bal oldalán egy nagyobb resistenciát találnak, mely áterjed hátul jobbra, felfelé a köldök magasságáig; mellette az uterus fundus külön tapintható. Tubaszákra gondol és egyszerre contractiot érez; pontosabb vizsgálatnál a képlet az uterusnak bizonyul, a medenczében levő resistencia fájdalmassága miatt pontosabban nem vizsgálható, valószínűnek látszik, hogy magzatfej, a puha tömeg pedig haematoma, mely a tuba repedése által jött létre. Laparotomiánál látjuk, hogy az uterus mellő falában subserosus lobos myomgóc van, mely az uterus contractiojánál lenyomul, hátul mélyen egy másik subserosus gócz izzadmányba beágyazva.

A hátul levő gócznak a medenczébe való szorulása okozta a shockot.

A műtét abban állott, hogy a hátulsó myomgóczot eltávolította; a terhesség továbbra is fennáll.

Dirner: Nem fogadja el Bársony azon állítását, hogy a méh eltávolítása nem volt indikálva. Ő az élőben látta az uterust, s meg van győződve, hogy az rupturált volna.

Tauffer: Az operateur mindig tévedhet; theoretikus szempontokból a műtő eljárását bírálni sohasem lehet, mert az mindig meggyőződése szerint cselekszik.

Kézmárszky: Csak akkor tartja a kérdést eldönthetőnek, ha az uterusfal vastagságát ismerjük.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A Haycraft-féle reactio epesavak kimutatására képezte *Frenkel* előadásának tárgyát, melyet a párisi „Société de biologie“ december hó 22-diki ülésén tartott. Ha a vizeletet tartalmazó pohárba kevés kénvirágot hintünk, akkor ez a felületen úszva marad, ha a vizelet nem tartalmaz epesavakat, ellenben alámerül epesavak jelenléte esetén. Előadó szerint az epesavakon kívül még néhány más anyag is képes a kénvirág leülledését létrehozni; minthogy azonban ezek az anyagok sem az ép, sem a kóros vizeletben nem fordulnak elő, a Haycraft-féle reactio értékét nem befolyásolják.

Hét éven át a hasúrben tartózkodott *comprese* esetét mutatta be *Chaput* a párisi „Société de chirurgie“ december 12-dikén tartott ülésén. A nőbetegen régebben már két izben végeztek laparotomiát méhen kívüli terhesség miatt; a második laparotomia alkalmával, mely 1891. június havában történt, erős vérzés miatt tamponálás vált szükségessé. Később a laparotomia hegének magasságában eventratio keletkezett, melynek kapcsán bélelzáródás tünetei mutatkoztak, újból laparotomiát kellett végezni. Ezen műtét után egy pyostercoralis fistula képződött, melynek megszüntetése czéljából bemutató 1898. június 1-jén laparotomiát végzett, a mikor is egy terjedelmes tumort talált, mely egy bélkaesből és ebből kiinduló újképletből állónak látszott. Behatóbb vizsgálatra azonban az a gyanu merült fel, hogy talán a bélben székelő idegen test van jelen. A bélnek hosszirányban felmetszése után csakugyan egy gaze-comprese volt eltávolítható, mely kiterítve négyzet alakú, 52 centimeter szélességű. A bélseb, valamint a fistula stercoralis elzárása után a hasúr drainezésével befejeződött a műtét. A beteg zavartalanul meggyógyult. Az eltávolított *comprese*-en számos lyuk látható, melyek valószínűleg a bélnedv behatása folytán keletkeztek. Végül bemutató még megemlékezik *Pilate*, továbbá *Michaux* régebbi hasonló észleleteiről.

PÁLYÁZATOK.

11313/900. kig. szám.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye kiskörösi járásába kebelezett *Akasztó* községben az ottani községi orvosnak máshova történt megválasztása folytán a községi orvosi állás megüresedvén, annak betöltése végett a pályázatot ezennel megnyitom a következő javadalmazás mellett:

1. Kézpénzfizetés a község házi pénztárából utólagos havi részletekben 1600, azaz egyezerhat száz korona.

2. Három szoba és mellékhelyiségekből álló szabad lakás.

3. A község külterületén szedhető 80 fillér nappali és 1 (egy) korona 60 fillér éjjeli látogatási díjak. — A külterületen az orvost természetbeni fuvar

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kétyl Károly: Folytatólagos közlések a gerincvelősorvadás kezelésére nézve. 17. l.
Poór Ferencz: Közlemény a budapesti magyar kir. tudomány-egyetem bőrkórtani intézetéből. A lupus erythematosus Cazenave aetiologiájához. 18. l.
Winternitz M. Arnold: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem I. sebészeti kórodájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár. A májbéli echinococcus-tömlők infectioiról és elgenyedéséről. 20. l.
Rihmer Béla: A húgycső szűkületéről. 21. l.
Tároza. Navratil Imre: Báthory István dr. 23. l. — **Grósz Emil:** A nyilvános ingyenes rendelések. 23. l.
Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Chudovszky Mór: A csonttörések és a fizamodások kör- és gyógytanának haladása. 25. l. — **Könyvismertetés. Karl Schaffer:** Anatomisch-klinische Vorträge aus dem Gebiete der Nervenpathologie. (—i—r.) 26. l. — **Lapszemle. Gyógyszertan és méregtan. Ecler és Schaffer:** A chirokról. (Marikovszky György.) — **Winterberg és Braun:** Az acetopyrin. — **Általános kör- és gyógytan. Weber:** Az úgynevezett sterilizált tej bakteriumairól. — **Belgyógyászat. Frieser:** A bromipin hatása és gyógyítóértéke. (Höng Izó.) — **Chauffard:** Ismétlődő epekó-kólika rohamokban szenvedő betegek kezelése. — **Stradomsky:** Egyes fehérvettesteknek a diabetikus cukorkiválasztására gyakorolt befolyása. (—nt.) — **Szülészeti és nőgyógyászat. Glitsch:** Adatok a kúrtterhesség kóroktanához. (Neumann Szigfrid.) — **Thumim:** A Gärtner-féle eső méhnyaki mirigyfüggeléke adenomás túltengé-

sének esete. (Neumann Szigfrid.) — **Fülészet. R. Dreyfuss:** A fültömkeleg nem akustikai működéséről. (Ifj. Klug Nándor.) — **Stenger:** Az iýjártat működéséről. (Ifj. Klug Nándor.) — **V. Hammerschlag:** Adat a meningitis serosa ismeretéhez. (Ifj. Klug Nándor.) — **F. Danzinger:** A siketnémaság keletkezése és okai. (Ifj. Klug Nándor.) — **Bőr- és bujakórtan. Leistikow:** Gyermekkori ezema gyógyítása. (Szabóky.) — **Colleville:** Acetylénfényvel való gyógyítás. (Poór F.) — **Calderone:** A chemiai és physikai antiseptisról a trichophytiasisnál. (Poór F.) — **Syphilis és venerás betegségek. König:** A gonorrhoea szövödményes megbetegedéseiről és sebészi jelentőségükről. (Ráskai Dezső.) — **P. Cohn:** A syphilis prophylaxisa. — **Rasch:** Az aorta aneurysma viszonya a syphilishez. — **Colombini:** A lépnek magatartása szerzett syphilisnél. (Sellei József.) — **Orr, torok- és gégebetegségek. Fein:** A tipikus pachydermia laryngis kezelése salicylsavval. (Tóvölgyi Elemér.) A Highmor empyemák kezeléséről. (Tóvölgyi Elemér.) — **Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Rauch:** Aranyeresz csomók gyógyítása. — **Grav:** A dohártya paracentesise. — **Folyóiratok átnézete.** 26—30. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Lenhossék tnr. kérelme a tisztelt kartárs urakhoz. — A budapesti kir. orvosegyesület. — Leitner Vilmos dr. — Högyes tanár Pasteur-intézete. — Tauffer tanár szülészeti poliklinikuma. — A budapesti általános poliklinika. — Hibaigazítás. — Herezal dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. — Eladó vizgyógyintézet. — Pályázatok. — Hirdetések. 34. l.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Folytatólagos közlések a gerincvelősorvadás kezelésére nézve.

Kétyl Károly dr. egyetemi tanártól.

A gerincvelősorvadás ellen nem ismerünk biztosan ható orvosságokat vagy eljárásokat. Sőt a prophylaxissal is gyenge lábon állunk. Miután azonban a multkori cikkelyünkben (l. Orv. Hetilap 1901. 1. sz.) kifejtett álláspontunk szerint a tabes aetiologiájánál a fő, talán egyedüli szerepet a syphilis játszsza, mégis azt kell hinnünk, hogy a lues gondos és kitartó kezelése a legnagyobb biztosíték a tabes fellépése ellen. Ha a lueses beteg kellő időben jut orvos kezébe s magát aláveti a megfelelő, kitartó kezelésnek, s 2—3 éven át control alatt áll, mégis sok esetben meggyógyul, vagyis a lues virusa szervezetéből teljesen kipusztul s ez esetben mentes lesz minden következményi bajtól s így a tabestől is. De sajnos, a mindennapi tapasztalás mutatja, hogy épen lueses betegek nem vetik magukat kellő orvosi kezelés alá. Részben alacsony, félelem, máskor a baj fel nem ismerése vagy figyelembe nem vétele az oka, hogy orvoshoz nem fordulnak. De meg a bántalom lappangó fellépése és azon körülmény, hogy az illetők életmódjukban, munkájukban a legtöbbször számbavehetőleg nincsenek általa zavarva, magyarázzák az orvoslás elhanyagolását s ez okból sok eset későn jut kezelés alá, a midőn már az idegrendszer is meg lett támadva. Mások azonban látjuk azt is, hogy megfelelő és idejében alkalmazott antilueses kezelés sem vezet mindig célhoz, hisz mily nehéz egy syphilises betegről azt mondani, hogy teljesen meggyógyult, néha gyógyultnak vélt egyénél később újra megjelenő tünetek mutatják a baj jelenlétét. Kórházban kezelt syphilises betegek csak addig tartatnak ott, míg a látható jelek fennállanak, rendszerint 4—8 hét mulva kibocsát-

tatnak s ekkor a legtöbb az ellenőrzés alól kikerül, s ha meg nem gyógyultak, lassan fellépő késői tünetek mellett, esetleg tabesszel kerülnek ismét az ekkor már elkésett kezelés alá. Ezekből látható, hogy syphilisben szenvedők kis százaléka részesül kifogástalan antilueses orvoslásban. A syphilis mérge vagy az általa keletkezett toxin kétségkívül különböző hatású lehet intenzitása és a megbetegedett szervezet ellenálló képessége szerint is.

Látunk néha súlyos, veszélyes infectiókat, melyek ellen a kéneső is hatástalan. Látjuk, hogy a syphilis sokkal pusztítóbb hatású gyenge szervezetekben vagy öreg korban. Így bár nem áll mindig módunkban a syphilist meggyógyítani, de mégis azt kell felvennem, hogy a tabes megelőzésére a legtöbb garantiát a syphilis kellő kezelése adja.

Hogyan kezeljük a már felépett gerincvelősorvadást? Miután az elfajult és sorvadt idegszövetet visszaállítani eddiglen nem vagyunk s valószínűen ezután sem leszünk képesek, igyekezetünk oda irányul, hogy a kórfolyamatot lehetőleg megállítsuk vagy tovaterjedésében lassítsuk s a fellépett kórtüneteket szelidítsük. Általában szabályként kimondhatjuk, hogy a tabes-betegek őrizkedjenek fárasztó testi munkától és meghűlésektől. Sok példa mutatja, hogy a tabesesek, kiknél kezdeti tünetek álltak fenn, szaladás, hegymászás vagy egyéb kimerítő izommunka után hirtelen rosszabbodnak, ataxiájuk annyira fokozódhatik, hogy segítség nélkül nem birnak járni, máskor gyengeség lép fel, mely miatt alsó végtagjaik megtagadják a szolgálatot. E hirtelen fellépett rosszabbodások kellő magatartás mellett részben vagy egészen vissza is fejlődhetnek, de néha állandósulhatnak is. Szintűgy káros lehet a meghűlés, főleg a lábak megfázása. Már a multkori közlésünkben utaltunk azon körülményre, hogy néha látszólag meghűlés, hidegvízbeesés, átfázás stb. után lép fel a tabes, mi ezeket csak előidéző alkalmi okoknak tekintjük, melyek által az addig lappangó tabeses folyamat életre keltetik. Mások már fennálló tabes válik súlyosabbá, két általam észlelt beteg

a lábakra alkalmazott 4^o-os vízleöntés által hirtelen és állandóan rosszabbodott. Egy másik pedig az éjjelenként fellépő villámszerű lábszakgatások enyhítése céljából meztláb hideg kövön járkálva parietikus lett. Ezen tapasztalás nyújtotta adatok utalják az orvost arra, hogy tabesbetegeknél az életmódot és magatartást akként irányítsa, hogy lehetőleg kényelmes és higiénés viszonyok közt maradjanak. Szintúgy ártalmasak nemi excessusok, alkohollal való visszaélés, túlságosan megerőltető szellemi munka. A járás és mozgás azonban tabesbetegeknél is szükséges, nehogy izmaik a tétlenség által szenvedjenek és gyakorlat híján még ügyetlenebbé váljanak. Ujabban *Frenkel* az ú. n. compensatorikus gymnastikával a tabeses functiozavarok kiegyenlítését igyekezte elérni, mely eljárás által az ataxiát javítja. Az eljárás kitartó türelmet igényel úgy az orvos, mint a beteg részéről; az izmok gyakorlása által azok ügyessége fokoztatik. A beteggel rendszeresen előírt koordinált mozgásokat végeztetünk, eleinte egyszerűeket és könnyen kivihetőket, később complicáltakat. Járatjuk a beteget lerajzolt vonalak irányában, a láb- és kezujjakat finomabb műveletekre szoktatjuk. E célra *Frenkel* megfelelő készülékeket is szerkesztett. E methodus meglehetősen elterjedtségnek örvend, mi könnyen érthető, ha tekintetbe vesszük a bántalom vigasztalan természetét, melynél minden eljárás, mely némi reményt nyújt a javulásra, örömmel fogadtatik a betegek részéről. Igen jó suggestiv hatással is bír a *Frenkel*-féle gymnastika, naponként egy-két órára elfoglalja a beteget, emeli bizalmát s tényleg kitartó erős akarat mellett több esetenél a begyakorlás által compensatorice az ataxia javulást mutat.

Klinikámon ezen eljárás minden tabesbetegeknél alkalmaztatik. Nagyon vérmes reményeket azonban ehhez se fűzzünk. Vannak tabesbetegek, kiknél semmiféle javulást sem értünk el, máskor az elért eredmény hirtelen ismét eltűnik; egy tabeses tanító, ki rendkívüli buzgalommal üzte a *Frenkel*-féle gymnastikát, örvedetesen javult, néhány hét múlva minden ismert ok nélkül, egyszerre visszaesett azelőtti tehetetlenségébe.

Az orvosszerek közt, melyek tabesnél ez idő szerint alkalmaztatnak, első helyen az *argentum nitricumot* kell felemlítenem, melyet *Wunderlich* ajánlt először 1858-ban. A nézetek e szer hatása felől igen eltérők. Így *Leyden* teljesen hatástalannak tartja, a szerzők és klinikusok nagyobb száma azonban azt hiszi, hogy az idegrendszerre erősítő befolyással bír. Adatolása mellett többször látjuk, hogy a neuralgiás fájdalmak enyhülnek s a tabeses folyamat tovaterjedése lassul vagy meg-megakad. *Althaus* igen dicséri e szer hatását, *Bókay Árpád* egy eseténél három hónapi adatolás után (pro die 0'02) tetemes és állandó javulás állott be. Jobb híján én is az argent. nitric.-ot rendelem a legtöbb esetenél. Miután az ezüstöt organikus anyagok redukálják, azért valamely anorganikus közeggel kell a pilula-massát készíteni, pl. argilla alba-val. Egy pilulára az arg. nitr.-ból egy egm.-ot adunk és napjában 2-3 darabot vétetünk a beteggel, mindig evés után. 20 grammnál többet azonban ne fogyaszson a beteg, mert argyria állhat elő.

Egy másik gyakran alkalmazott orvosság az *ergotinum*: *Charcot*, *Althaus* differens szernek tartják s dicsérik a tabeses hólyagerisiseknél. A vérerekre összehúzó hatásánál fogva csillapítaná a megtámadott részek bővérűségét. *Althaus* — Über Sclerose des Rückenmarkes 1884. 184. lap. — egy eseténél az extr. secal. cornut. (0'6 pro die) nyújtása mellett feltűnő és tartós javulás mutatkozott. Sajnos azonban, hogy a legtöbbször e szer is hatástalan. Én egy esetenél sem értem el vele számbavehető eredményt.

A *jodkaliumot* többen dicsérik, *Leyden* egyedül e szernek tulajdonít némi befolyást a tabeses neuralgiákra. Az én tapasztalataim szerint csak akkor lehet hatása, ha a tabes mellett még syphilis esonhártya, csont s egyéb késői elváltozások állnak fenn, magát a tabeses folyamatot azonban nem befolyásolja. Az *auro-natrium-chloratum*, az *arsen* nem igen jöhetnek tekintetbe. A *strychninumot* a tabes paralytikus szakánál, főleg hólyagbénulásnál adjuk, sajnos kevés sikerrel.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti magyar kir. tudomány-egyetem bőrkórtani intézetéből.

A lupus erythematosus Cazenave aetiológiájához.

Irta: *Poór Ferencz* dr.

Talán a praktikus szakok egyikén sem várnak a toxinok tanától oly forradalmat, mint a dermatológiában. A bőrmegbetegedések egy nagy részének, még eddig kétes hypothesisokon alapuló aetiológiájának tisztázását remélik sokan ezen az alapon, melyet a francia dermatologusoknak egy tekintélyes része már elfogadott. Csak természetes, hogy a kutatásoknál a főfigyelem első sorban a tuberculosis, mint azon megbetegedés felé fordul, mely napról napra a legtöbb áldozatot szedi. Jól mondja *Boeck C.*¹, hogy nemcsak a dermatologusokra, hanem minden gyakorló orvosra nézve óriás fontossággal bír a tuberculosis exanthemáinak felismerése, mert az illető dermatosisok biztos jeleit képezhetik az organismus tuberculosus fertőzésének. A tuberculosis exanthemái foglalkoztatják ma a dermatologusoknak egy nagy részét. Nemcsak a bőrnek azon megbetegedései, melyeket a direkt fertőzés jellemez s melyekben a Koch-féle bacillus tényleg demonstrálható és inoculálható (lupus vulgaris, tuberculosis cutis propria, tuberculosis verrucosa cutis Riehl-Paltauf, verruca necrogenetica, scrophuloderma) s melyek már a bőrtuberculosisok sorában jogosan szerepelnek, hanem azon dermatosisok is, melyeknél sem a Koch-féle bacillus kimutatása, sem átoltása egy esetben sem sikerült s melyeket *Hallopeau* (1896 augusztus) és *Boeck* nyomán *Darier* a párisi Société de Dermatologie 1896. decemberi ülésén tartott értekezésében a „tuberculides“ elnevezéssel illett s mint a Koch-féle bacillus toxinjának behatása alatt létrejött dermatosisokat fogott fel. E „tuberculides“ csoportba *Boeck*, a toxintheoria fíradhatlan harczoza a következő bőraffectiokat sorolja: *lupus erythematosus (Cazenave)*, *acnitis* és *folliculitis* (Barthelémy), *idrosadenites suppuratives disséminées* (Dubreuilh), *spiradenitis disseminata suppurativa* Unna, *granulome innominé* (Teneson, Leredde, Martinet), *lichen scrophulosorum*, *ekzema scrophulosorum*, *lupus pernio*, *erythème indurée* (Bazin), *ekthyma terebrant des enfants*, *acne cachecticorum* (Hebra), *acne scrophulosorum* s feltételesen a *pityriasis rubra*.

Hallopeau és *Leredde* imént (1900) megjelent dermatológiájukban már két csoportban tárgyalják a szerintük tuberculosis természetű bőraffectiokat. Az első csoport a „tuberculeuses bacillaires“, hol direkte, kimutathatólag hat a Koch-féle bacillus; a második a „toxi-tuberculides“ csoportja, melybe azon bőrmegbetegedések tartoznak, melyeket a bacillus toxinjának felhalmozódása és kitérésre jutása által származtatnak.

Ezúttal kizárólag a lupus erythematosus-szal (Cazenave) szándékozván foglalkozni, a többi, állítólag a tuberculo-toxin által okozott affectiokat figyelmen kívül hagyjuk.

A *lupus erythematosus (Cazenave)* képét már *Bateman*² közölte atlasában. *Biett* 1828-ban „erythème centrifuge“-nek nevezi,³ *Rayer*⁴ 1835-ben („lupus qui détruit en surface“) mint a faggyúmirigyekből kiinduló megbetegedést fogta fel, mely nézetet *Hebra F.*⁵ is magáévá tett, midőn 1845-ben *seborrhoea congestiva* elnevezés alatt újra leírja. A „lupus erythematosus“ elnevezést először *Cazenave* használta 1850-ben.⁶ *Devergie* teljesen ignorálva honfátarsa, *Cazenave* munkáját, a *lupus tuberculeux terebrant* elnevezés alatt írja le a l. eryth.-t is.⁷ *Hardy*⁸ *scrophulide érythémato-squammeuse* néven ismerteti 1860-ban. Hazánkban az első kórtörténet 1858-ban jelent meg *Poór Imrétől*, ki az affectiót lupus erythematosusnak nevezi,⁹ akkor midőn a francia bőrgyógyászok nagy része még el nem ismeri mint külön, önálló kóregyedet. *Volkman* a *lupus seborrhoicus*,¹⁰ id. *Veiel* 1862-ben az *erythema lupinosum* elnevezést ajánlotta,¹¹ de a dermatologusok nagy többsége állhatatosan megmaradt a *lupus erythematosus Cazenave* elnevezésnél, melyet sem az *Unna* által 1889-ben ajánlott *ulerythema centrifugum* (ὀλίγη=heg),¹² sem *M. Morris erythema atrophicans-a*,¹³ *Tommasoli atrophodermatitis centrifuga* elnevezése nem tudott kiszorítani. *Brocq erythema centrifugum symmetricum* elnevezést ajánlott 1890-ben,¹⁴ de ezt még honfátarsai sem fogadták el, mert mint *Doyon* és *Besnier* mondják: „une lésion cutanée peut être erythémateuse, centrifuge et symétrique sans être un lupus“.¹⁵

Az aetiologiat illetőleg *Cazenave* nem nyilatkozik, de megjegyzi, hogy főleg fiatal egyéneket s különös előszeretettel jó egészségben levő („*jouissant d'ailleurs d'une bonne santé*“) nőket lep meg. Míg *Cazenave* az affectiot nem tartja serophulotikusnak,⁶ addig honfitársai *Devergie*⁷ és *Hardy*⁸ azt azzal összeköttetésbe hozva, a serophulides között tárgyalják. *Poór Imre* 1858-ban mint idiopathikus chronikus lobot fogta fel, melynek semmi köze a serophulosishoz. *Hebra F.*⁵ azon nézetét, hogy a l. eryth. lényegét a faggyúmirigyek körül fellépő lob s a sejtes exsudatio képezi s melyet *Geddings*¹⁷ és *Biesiadecki* histologice megerősíteni látszottak, csak a magyar *Geber Ede*¹⁸ vizsgálatai döntötték meg, ki határozottan kimutatta, hogy a lup. eryth. a bőr papillaris rétegében levő hajszáledények megbetegedésével kezdődik s csak innen terjed át úgy a mélyben fekvő véredényekre, mint a környező szövetekre. Midőn *Demme* kimutatta a tbc.-bacillust a lupus vulgarisban, az addig serophulosishoz tartott dermatosisok legnagyobb részéről kiderül, hogy azok tulajdonképpen a tbc. csoportjába tartoznak és felújítják *Wilson* és ifj. *Veiel*¹⁹ azon megjegyzését, hogy feltűnő a lup. eryth.-nak előfordulása tuberculosissal terhelt családok tagjainál. Midőn pedig *Hutchinson*, majd utána *Besnier* klinikai észleleteik alapján az affectiora a tuberculotikus fertőzés hypothesisét felállítják, a franczia dermatologusok között mind általánosabban az a nézet jut kifejezésre, hogy a lup. eryth. a Koch-féle bacillus által létrehozott direct elváltozás. *De a Koch-féle bacillus kimutatására és kitenyésztésére irányított minden fáradság sikertelen maradt s az inoculatiót sem kísérte eredmény.* Ujabbban a toxidermiás hypothesis jutott érvényre, t. i. hogy a lup. eryth. nem a Koch-féle bacillus direct, hanem indirect befolyása alatt jön létre, azaz a Koch-féle bacillus körtermékének, a tuberculo-toxinnak megnyilatkozása a megbetegedett egyén bőrén.

E hypothesis *Hallopeau* fejtette ki a londoni nemzetközi dermatologiai congressuson 1896. augusztusban s nézete nagy visszhangra lelt különösen Franciaországban. De az a tapasztalati tény, hogy a tuberculotikusok nagy száma mellett a lup. eryth. előfordulása aránylag ritka, arra utalta a toxin-theoria híveit, hogy bizonyos praedisponáló momentumokat vegyenek fel. Ilyeneknek tartja *Roth*²⁰ a rosaceat, a seborrhoea facieit és corporist, különösen ha azt congestiok kísérik (*Hebra* „seborrhoea congestivája“), a kiállott erysipelast. Ujabbban az affectionak tuberculosissal természetűe mellett foglalnak állást a már említett *Hallopeau* és *Boeck*-en kívül *Besnier*, *Du Castel*, *Leredde*, *Danlos*, *Darier*, *Feulard*, *Thibierge*, *Dubois-Havenith*, *Barbe* s a német *Roth*, míg a hypothesis ellen oly tekintélyek szálltak sikra, mint *Kaposi*, *Duhring*, *Leloir*, *Bulkley*, *Balmano-Squire*, *Lesser*, *Malcolm Morris*, *Neisser*, *Vidal*, *Pick*, *Crocker*, *Wolff* stb. Közvetítő álláspontot foglalt el *Brocq* a II. nemzetközi dermatol. congressuson (1892), ki kétféle lup. eryth.-t ismer el, melyek közül az egyik a „fix“ alakokat foglalja magába (lup. eryth. circumscriptus discoides, lup. eryth. acneiformis és a *Devergie*-féle herpes crétacé), a melyekről ő is valószínűnek tartja, hogy a tuberculosissal rokonságban vannak, míg a másik már említett „erythéme centrifuge symmetrique“ szerinte idiopathikus bőrmegbetegedés.

Foglaljuk össze azon érveket, melyeket a tuberculotikus eredet hívei az affectio tuberculosissal természetűe mellett felhozhatnak:

1. A lupus erythematosus *Cazenave* többnyire tuberculosissal megbetegedett egyéneknél fordul elő, vagy olyanoknál, kiknek családjában a tuberculosissal kimutatható.

2. A lupus erythematosus rendszerint úgy általános, mint helybeli reactiot mutat Koch-féle tuberculin-injectiora.

3. A lupus erythematosus histologiai képében gyakran óriási sejtek is előfordulnak.

4. A lupus erythematosus és a kétségtelenül tuberculotikus lupus vulgaris között átmeneti alakok léteznek s többször találtak tuberculotikus góczokat a lupus erythematosus affectiojában. (Lupus erythematoïdes *Leloir*.)

Megkísértjük ezen felhozott érvekre észrevételeinket megtenni.

1. „A lupus erythematosus *Cazenave* többnyire tuberculosissal megbetegedett egyéneknél fordul elő vagy olyanoknál, kiknek családjában a tuberculosissal kimutatható.“ A dolog természeténél fogva a tételt hívei statistikával iparkodnak megerősíteni. A legtelje-

sebb statistikát *Roth*²⁰ adta 250 esetről, melyet az irodalomból gyűjtött össze, kiegészítve saját észleléseivel. Közlése szerint e 250 eset közül 185-ben talált oly momentumot, mely az affectio-nak a tuberculosissal való összefüggését valószínűvé teszi, „seien es — írja — nun Lungen-, Drüsen-, Knochenaffectionen tuberculöser Natur, Haut- und Augenaffectionen tuberculöser oder serophulöser Art, deutliche, allgemeine oder locale Reaction auf Tuberculininjectionen oder ein anamnesticcher Anhalt“.

Ez a szám bizonyára hatalmas fegyver volna a tuberculosissal eredet hívei kezében, ha mind a 185 eset kétségtelenül tuberculosissal volna. De azon esetek között, hol *Roth* szerint a tuberculosissal (serophulosissal) jelci notificáltak, van *Arning* esete, hol a tuberculininjectiora bekövetkezett általános reaction kívül egyéb gyanus jel a tuberculosissal nem mutatkozott (a tuberculininjectiokra a 2. pont alatt visszatérünk).

Jackson azon esete, midőn a lupus erythematosus vulgarissá alakult át, már a bemutatás alkalmával vita tárgyát képezte, mely vita során *Lustgarten* azon nézetének adott kifejezést, hogy a szóban forgó affectio talán eredetileg sem volt más, mint a lupus vulgaris kezdeti, hyperacmiás alakja. *Audry* egyik esetét is felemlíti *Roth*, holott ott sem tuberculosissal terhesség, sem egyéni antecedentia nem volt, hanem csupán a histologiai leletben találtatott néhány óriás sejt (a melynek pathognostikus voltára még visszatérünk). *Crocker* esetében plane csak a beteg nagyatyja halt meg valószínűleg tuberculosissal. *Hardaway*-nak a statistikában közölt esete sem bizonyító, mert az már megjelenési módjában sem felel meg a lupus erythematosusnak s benne a Koch-féle bacillus tényleg kimutatott. *Kaposi* 22 esete, melyek közül csak háromnál volt mirigyduzzanat s három autopsiára került eset közül csak egy volt tuberculosissal pulmonum, a másik kettő pleuropneumonia, épen a tuberculotikus eredet ellen bizonyít. *Secchi* esete, hol a Koch-féle injectio után a lupus erythematosus teljes gyógyulása következett be, más oldalról megerősítést nem nyert.

De eltekintve ezen esetektől, tapasztalásból tudjuk, hogy a betegek bemondása az anamnesis felvételekor mily kevés bizalmat érdemel. Az a rész pedig, mely a beteg bemondása alapján nem is magára a megbetegedett egyénre, hanem annak családjára vonatkozik, nem fogadható el teljes érvényében. Hogy az agoniában mutatkozó oedema pulmonum vagy más betegséghez csatlakozó pneumonia hány esetben szolgál arra, hogy a laikus a bekövetkezett halál okául a „tüdőbajt“ mondja, tapasztalásból tudjuk. Azt hisszük, hogy elég a mondottak felemlítése annak illusztrálására, hogy *Roth* statistikája, mely közlője részéről, szívesen elismerjük óriás szorgalmat, türelmet és kitartást igényelt, mint a részben a beteg bemondásán alapuló statistikák legnagyobb része, agyaglábakon áll, s ily horderejű kérdésben döntő érvként el nem fogadható.

De ha el is ismerjük azt, hogy a lupus eryth. a tuberculosissal kombinálva aránylag gyakran fordul elő, azt az eddigi adatok után másnak nem tulajdonítjuk, mint hogy a tuberculosistól vagy esetleg más chronikus fertőzőes természetű megbetegedéstől meglepett organismus ellenállása csökkent egy másfajta kórokozó behatása ellenében is. A tuberculosissal nagy elterjedése is magyarázatul szolgálhat arra, hogy a lupus erythematosus combinatioi között is aránylag gyakori. *Kopp*²³ statistikája másrészt ellentétben áll *Roth*-val. *Kopp* ugyanis 38 esetet használt fel, melyek közül csak hétnél voltak jelen a tuberculosissal jelci (közéjük számítva azon esetet is, melyben a lupus erythematosus vulgarisba ment át), 11 esetről a tuberculosissal terhelt gyanuja foroghatott fenn (közte ötnél a legtöbbértelenben vett hereditaer terheltég), 20 esetről pedig teljesen hiányzik úgy minden hereditaer terheltég, mint bármilyen objectiv tünet. *Riehl*, mint a 13. nemzetközi orvosi congressuson jelenti, 21 lupus erythematosus esete közül kettőnél találta csak a belső szervek tuberculosissal. Ugyancsak *Riehl* áttanulmányozva *Weichselbaum* tanár boncolási jegyzőkönyveit, 1866–1900 között 10 lupus erythematosust talált, melyhez hozzászámítva *Kaposi* 3, *Kopp* 1, *Petrini* 1 obductiora került esetét, tehát összesen 15 eset közül 10-nél nyomát sem találta a tuberculosissal.

Talán nem végzek egészen fölösleges munkát, midőn ideiktatom azon lupus eryth.-esetek rövid körtörténetét, melyeket *Nékám Lajos* magántanár szívességéből az utóbbi időben a buda-

pesti kir. tudomány-egyetem bőrkórtani intézetében és a szt. Rókus-kórház fiókosztályán észlelni alkalmam volt.

I. K. Mária 25 éves, r. k. szakácsnő, klinikára jött 1900. III. 14. Anamnesis: Atyja májbjában halt el, anyja egészséges; egy testvére van, a ki szívujj. Semmi hereditaer terheltég a tuberculosisra nézve.

Betegünk megelőzőleg soha beteg nem volt. Jelen baját 1900. januártól származtatja, midőn orrán s bal arezfelen „vörös folt” mutatkozott, mely azóta változatlanul maradt. Fájdalom vagy viszketés nincs jelen.

Status praesens: Beteg minden tekintetben ép, kitünően táplált kövér egyén. Bőr színe normalis, ruganyos tapintatú, feszes, fénylő. Az orrháton egy koronányi, a baloldali regio maxillar. super.-on egy ötkoronás kiterjedésű, szélein sötétvörös és kiemelkedő, közepén barnás, behúzódt, heges, apró, barna pikkelyekkel borított, élénken határolt laesion minden mirigy és folliculus porus kemény, száraz, tátongó, tüszúrásnyi barna pontot képez. Tüdőkön úgy hallgatódzás, mint kopogtatás alkalmával semmi rendellenesség nem tapasztalható. Szív és hasúri szervek épek.

Diagnosis: Lupus erythematosus Cazenave. Therapia: 5—10% ichthyol-kenőcs; solutio Fowleri 4:0, aqua dest. 30:0, chloroform gtt. III. naponként háromszor beecsetelve; később 5—10% ac. salicyl. tapasz; tinct. jodi egymásután kerültek alkalmazásra. Beteg hosszabb ideig vidéken tartózkodott. 1900. november 10-dikén újra jelentkezett lényeges javulással.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem I. sz. sebészeti kórodájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár.

A májbeli echinococcus-tömlők infectioiról és elgenyedéséről.

Közli: Winternitz M. Arnold dr. műtönövendék.

(Folytatás.)

A májbeli echinococcusok elgenyedésének pathogenesise — dacára, hogy ez e parasitaer betegségnek nagyfontosságú complicatioját képviseli — szinte bántó mostohasággal van még a legnagyobb gyűjtőmunkákban is mellőzve. Az elgenyedések okául szűk szavakban traumát, punctiot s az áttörést találjuk említve, az infectio-modusok finomabb viszonyainak magyarázata vagy részletezése nélkül.

Jóllehet a tömlőgenyedések s az epeutak közötti viszonyra már régebben Murchison,¹ Frerichs² s mások is rámutattak, mégis a figyelem e kérdés felé csak újabban, a cholecystitis, cholelithiasis, s ezzel együtt az epeútinfectiók közlebbi ismeretének fellendültével fordult. Innen van az, hogy e kérdés bakteriologiája ma még elég kevésbé ismert, úgyannyira, hogy a rendelkezésekre álló irodalomban alig találtam hat bakteriologice vizsgált esetet.

Raffi³ főleg a francia irodalomból 46 elgenyedt máj-echinococcus-esetet gyűjtött, melyeknek nagy része azonban a bakteriologiai technica előtti időre esvén, közülök — sajnos — csak egy eset van ez irányban is vizsgálva. E szerző, ki kétségtelenül a legnagyobb e nemű anyag felett rendelkezik, eseteinek klinikai s kórboneztani elemzése alapján a májechinococcusok elgenyedésének kérdésében oda nyilatkozik, hogy:

„L'infection par la voie biliaire est responsable de la supuration de plus de la moitié des cas, soit 58.7%.”

S tényleg, sehogy sem magyarázható a májtömlők elgenyedésének nagy része könnyebben s egyszerűbben, mint az epeútinfectiók segítségbe vételével. Duclaux,⁴ Netter,⁵ Dupré,⁶ Gilbert-

Girode,¹ Letienne² vizsgálataiból tudjuk, hogy az epe normalis körülmények között csírokat nem tartalmaz, azaz steril. Az epeutak maguk is, kivéve a choledochus legalsóbb, a bélbe nyíló szakaszát, rendes viszonyok között csirmentesek. Infectiosus betegségek folyamata alatt azonban tartalmazhatja az epe az alapbetegség pathogen csírjait.

Dupré³ 42, legkülönbözőbb fertőző betegségben szenvedő egyén epejét vizsgálta s azt 22 esetben fertőzöttnek találta. Kimutathatók voltak: strepto- és staphylococcusok, pneumococcusok, bacterium typhi, bacterium coli s tuberculosis bacillusok.

Infectiosus betegségek keretén belül tehát, úgy látszik kiválasztás révén, descendáló úton is tartalmazhat csírokat az epe; ugyane betegségek azonban még más módon, ú. m. az epeáram qualitativ s quantitativ megváltoztatása, valamint az epevezetékek contractilitásának gyöngítése révén is okozhatnak epeútfertőzést, a mennyiben megkönnyítik a bélbeli bacteriumok felszállását, vagyis a felhágó infectiót. (Gilbert et Girode).⁴

Tudjuk a cholecystitisek s cholelithiasisok tanából, hogy az epeutak hurutos, infectiosus megbetegedései, bár csatlakozhatnak bármely általános fertőző betegedéshez, mégis mint felhágó infectiók a gyakoribbak. Ismeretes, hogy az epefolyás akadályai e felhágó infectiók mechanizmusában mily nagy szerepet játszanak. Chareot és Gombault,⁵ továbbá Netter⁶ kísérletileg is igazolták, hogy annál könnyebben ascendál az infectio, mennél közelebb fekszik a bélhez (azaz a choledochus csirtartalmú szakaszához) az akadály. Minden akadály, legyen az kö, tumor, nyákhártyaduzzanat vagy bármi más, ha az epefolyás elé nehézségeket gördít, kiinduló pontjává válhat az ascendáló infectio létesülésének. A pangó epe nemesak összekötő folyadékoszlopként szerepel a máj belseje s a choledochus alsó csirtartalmú szakasza között, hanem a stagnálás által keletkező epeúttágulások és hurutok révén locus minoris resistentiae-t teremt a fertőzés kifejlődésére.

Epe-canalisatio zavarokat pedig főleg a genyedő echinococcus-eseteknél sokszor észlelhetni (Ortiz-Coffigny⁷). Raffi is 26 eset közül 16-szor észlelte. Ezek persze már oly intenzitású epepangások voltak, melyek iterus képében klinice is kiültek magukat. Az infectio létesülése szempontjából azonban nem fontos, hogy nagyfokú vagy teljes epeú-occlusio legyen jelen; elég az epének kisfokú vagy csak egyes epeúszakaszokra szorító pangása is. Ilyenek pedig az echinococcusok körül a szomszédos epeutak fennebb jelzett compressioi folytán gyakran keletkeznek s így a tömlő közvetlen szomszédságában jönnek létre az új infectiora disponáló tágtult epeútrészletek.

Ha pedig e tágtult epeútrészletek az elhalt parasita ürével communicálnak, kétszeresen jó talaj van adva az infectio kifejlődésére.

Mert a májba zárt echinococchólyag — mint a hogy Raffi találóan megjegyzi — hasonlít egy táptalajjal megtöltött „ballon Pasteur”-hoz. Az echinococcus-folyadék ugyanis — a hogy arról könnyű meggyőződni — kitünő táptalaj a legkülönbözőbb pathogen bacteriumok számára.⁸ Igaz, hogy a parasita chitinburokja a bacteriumokkal szemben jó filter, mert sértetlen állapotban azokat át nem bocsátja⁹ s így azok a belsejébe zárt táptalajhoz csak a chitinburok megszakadásán s berepedésén át juthatnak el. Ez a körülmény azonban az egyidejű vagy előző epebehatás s a parasita elhalása folytán előbb-utóbb be szokott állani. E pillanattól kezdve a parasitatest maga szolgál táptalajul a fertőzésnek, mely azelőtt csak tömlő körüli gyuladás, „pericystitis suppurativa” volt. (Chauffard-Widal.)

Az echinococcus-genyedés kérdése, mint látjuk, mélyen belenyúl az epeútfertőzések általános pathologiájába, s így nem esoda, ha az utóbbinak tisztázódása a figyelmet e genyek bakteriologiájára felé irányította. Találtak a genyekben strepto-

¹ Soc. biologique 1890—1893.

² Thèse de Paris 1891.; Archives de méd 1891.

³ Loco cit.

⁴ Loco cit.

⁵ Arch. de Physiol. 1876.

⁶ Loco cit.

⁷ Thèse de Paris. 1881.

⁸ Chauffard-Widal.

⁹ Chauffard-Widal loco cit.

¹ Maladies du foie, 1878.

² Leberkrankheiten.

³ Thèse de Paris 1891. Pathogénie clinique de la suppuration des kystes hydatiques du foie.

⁴ Chimie biologique.

⁵ Progrès méd. 1886.

⁶ Thèse de Paris 1891.

coecum (Riedel), bact. colit (Terrier,¹ Le Gendre-Raoul²), de a mi legsajátságosabb és Chauffard és Widál³ által hangsúlyllyal említettik, ez az, hogy e genyek néha *csírmenteseknek* mutatkoznak.

E szerzők két elgenyedt májehinococcus-estet vizsgáltak bacteriologicé, de benne *semmiféle* módszerrel *microorganismusokat* kimutatniok nem sikerült.

Chauffard és Widálnak épen ezen *negatív* lelete tette előttem tárgyalásra méltóvá e kérdést, mert az I. sebészeti klinikán műtét s általam vizsgált két elgenyedt májehinococcus-estetben egybehangzóan oly bacteriologikus leletre akadtam, mely az említett szerzők „*negatív*” leletét szépen magyarázza. Eseteim továbbá igen alkalmasak arra, hogy a chemiai megfigyelés, műtét s bacteriologikus lelet, valamint egyik esetben a sectio alapján is következtetést vonhassunk az *infectio mechanismusára* annál is inkább, mivel e két esetenél egybehangzóan oly microorganismust mutattam ki, melynek „*enterogen*” fertőzései-vel a féregnyújtvány genyedéseinél már találkoztam.

I. eset. P. L. 33 éves nő. Egészséges, nem terhelt családból származik. Gyermekkorában kanyarót állott ki, melyen kívül jelen bajáig semminemű más betegségre nem emlékszik. Kétszer szült; gyermekei egészségesek.

Három hó óta étvágya feltűnően rosszabbodott, székszorulásban szenved. Ezen idő alatt az epigastriumban *rohamszerűen* görcsös, csikaró fájdalmak jelentkeznek, melyek a köldök fölött kezdődve jobbra a máj felé húzódnak. E rohamok alatt, melyek 2–3 nap, egész egy hétig is eltartanak, erős émelygés, hányás fogta el, s orvosa állítása szerint „*sárgaság*” is szokott jelentkezni. A rohamok 1–2 heti időközökben jelentkeznek, úgy hogy a beteg három hó óta ágyban fekszik.

14 nap előtt orvosa a has jobb oldalában a köldöktől kifelé *egy ökölnyi érzékeny daganatot* vett észre, mely *azóta gyorsan növekszik*.

Felvételi állapot. Jól fejlett, kissé lesoványodott nőbeteg, bőre barnás, kiskökű *icterikus* árnyalattal. A jobb mellkasfél alsó hypochondriális része jobban boltozódik elő- és oldal felé, mint a bal. A has is asymmetrikus, a mennyiben jobb felében a bordaívól le a spina anterior superiorig, befelé pedig a középvonalig terjedőleg, az ellenoldalhoz képest egyenletes előboltozulást mutat. Az előboltozulás nemcsak előfelé, hanem oldalt a bordaív és csípőtárc között, valamint hátul a lumbalis tájon is kifejezett.

A laza és nem vastag hasfalakon át jól lehet a hasat palpálni, mikor is a jelzett kiboltozulásnak megfelelőleg a has jobb falában egy csaknem emberfejmekekoraságú, sima felületű, kissé érzékeny, felülről lefelé megnyúlt daganatot érezhetni. A resistentia a jobb bordaív alól indul ki s a bordaív és csípőtárc közötti térbe helyezkedik akként, hogy alsó legömbölyödött polusa egészen belefekszik a jobb csípőtárcba, s a spina anterior superior és a középvonal közötti teret egészen kitöltve, legalsó végével (4 harántujnyira a symphysis felett) a középvonalon túl, a bal hypogastrialis tájba is áterjed.

Felfelé a daganat a jobb bordaív alatt eltűnik, hátra pedig a lumbalis tájba követhető.

Alakja, a mint arról tapintással meggyőződhetni, megnyúlt ovalis, melynek hosszabbik tengelye a jobb XI. borda s a bal spina ant. sup. közötti vonalba helyezkedik.

Felszíne sima, egyenletes, nyomásra érzékeny s *kifejezetten fluctuál*. Különösen jól észlelhető a hullámzás, ha egyik kézzel a lumbalis, másikkal a mesogastrialis táj felől fogjuk körül a daganatot. Mély belégzési mozgások alkalmával a képlet alsó külső széle s a csípőtárc közé bemélyesztett ujjak a daganatnak körülbelül 1 cm.-t kitevő *lejebb szállását* constatálják.

E resistentia felett a kopogtatási hang mindenütt tompa, s e tompulat a jobb hypochondriális tájék egész hosszának megfelelőleg *megszakítás nélkül megy át a máj tompulatába*. A máj kissé felfelé van tolva. Felső határa a parasternalis vonalban az V. borda alsó, a bimbóvonalban a VI. borda felső, a középső hónaljvonalban pedig a VII. borda alsó szélénél fekszik.

A daganat palpatorikus határai nem esnek össze a percussio határokkal, a mennyiben a daganatnak a mélybe legömbölyödő szélei fölé belek helyezkedvén, a percussio határ 2–3 ujjnyival keskenyebbnek bizonyul a palpatorikus határoknál.

Felfelé a daganatfeletti tompulat directe megy át a máj jobb lebenyének tompulatába, de csak a jobb parasternalis vonalig; ettől bal felé a máj bal lebenye és a képlet bal tompulati széle derékszög alatt találkoznak, mely zúgban a gyomor mély dobos hangja észlelhető.

Vastagbélfelfűvások a colon ascendens a képlet bal szélének megfelelőleg a köldöktől lefelé a has középvonala táján fut el, miközben az, a képlet legömbölyödött bal széléhez feküdvén, a tompulati teret alul belől megkisebbiti. E felfűvások a daganat igen keveset jobbfelé tér ki.

Vizelet megkevesbedett; napi mennyiség 500–600 cm³, sötét borsárga; fajsúlya 1022, idegen alkatrészeket nem tartalmaz.

Beteg esténként lázas; esti hőmérsék 38–39^o C. között ingadozik.

¹ Kystes hydatiques du foie. Gazette hebdom. 1896.

² Soc. méd. des hôpit. de Paris. 1892.

³ Bullet. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. 1891.

Egy heti észlelési tartam alatt az anamnesisben említett, minde- nek szerint cholecystitikus vagy angiocholitikus rohamok nem jelentkeztek.

E rohamok — az anamnestikus adatok s az észlelő orvos ama ki- jelentésének tekintetbe vételével, hogy icterussal járnak — gyanút kel- tettek bennünk az iránt, vajjon nem az epeutak, illetve epehólyag elsőd- leges megbetegedése forog-e fenn, s a májtompulatba felkövethető fluctuáló tömlő nem a szerfelett kitágult empyemás epehólyag-e? Az icterus, a rohamok, a láz a felvétel mellett szólottak volna, bár a tumor óriási volta, továbbá az, hogy a májjal igen széles területen függ össze, s nem a haránt colont tolja le, hanem a felhágó vastagbelet szorítja befelé, e felvétel ellen látszottak bizonyítani.

Annyi kétségtelen volt, hogy a máj jobb lebenyéből kiinduló tömlővel van dolgunk, melynek — tekintve az esti jelentékeny hőemel- kedéseket — bizonyára genyes bennéke van. Ezért próbapunctiot nem végeztünk, hanem Dollinger tanár úr azonnal a műtétet végezte.

A tömlő megnyitása két szakaszban történt. Az első ülésben egy a IX. borda csúcától le az oblique descendens rostjai mentén lefutó metszéssel a hasúr megnyitott, miközben kitért, hogy a képletet a máj megnyúlt jobb lebenyében ülő *emberfejnyi tályog alkotja*, mely fölött a májszövet már annyira megvékonyodott, hogy a genyes bennéke a Glisson-tokon áttűnik. Nehogy a megfelelő májrészlet kiszegése alkalmá- val a vékony tályogfal az öltések alatt megszakadjon, a kivarrástól elállottunk, és a sebet jodoformos mullal tamponáltuk. Négy nap eltel- tével a tampon körül a májfelszín s peritoneum parietale között össze- tapadás jött létre s ekkor a tályog megnyitott. Belőle 1260 cm³ sűrű, sárgászöldes, igen sok echinococcus-hólyaggal kevert, fanyarszagú geny ürült.

A genyet azonnal bacteriologiai vizsgálat tárgyává tettem. Fed- lemezkeszítvényeken a geny detritusból állónak bizonyult és csak itt- ott mutatkozott néhány jól festődő magvú leukocytá, avagy ilyennek maradványa. Ezek mellett sok *hosszú, finom bilrubin-tű* is volt található. Methylenkék s egyéb festésekkel microorganismusokat biztosan kimutatni nem sikerült, de voltak helyek — különösen az említett elhalt leuko- cyta-contourokon belül —, melyek erősebb carbol-methylenkék festéssel halványan festődő, igen apró, egyenlő szemeszettséget mutattak s rosszul festődő rövid bacillusok zoogloáinak tűntek fel. A Gram-festés e conglomeratumok nem adták.

(Folytatása következik.)

A húgycső szűkületéről.

Közlő: *Rihmer Béla* dr. műtőorvos, volt klinikai tanársegéd.

(Folytatás.)

Ezekben vázoltam a húgycsőszűkület megállapítására szolgáló módszereket és eszközöket, áttérek tehát annak kifejtésére, melyik bir a szűkület felismerésére legtöbb értékkel.

Ott, hol a húgycsőszűkületnek kifejezett tünetei vannak jelen, annak eldöntésére, hogy tényleg szűkülettel van dolgunk, két eszköz van használatban: a hengeres és a gombos kutató. 11 esetben hasonlítottam össze e két eszközt és pedig úgy, hogy először a hengeressel és azután a gombos eszközzel vizsgáltam meg a beteget.

Blennorrhoeás eredetű szűkület hét esetében a 19–21. sz. hengeres kutató fennakadt, illetve beékelődött a bulbusban és ott a jellegzetes helyen egy kifejezett szűkületet jelzett. Ezek közül három a 17-es, 14-es, illetve 11-es eszköz számára átjárható, a többin csak vékony eszközök (9., 8., 6., 3. sz. *Charrière*¹) halad- tak át. A hengeres kutatóval tehát mind a hét esetben egy szűkületet mutattam ki és pedig a szokott helyen, a szeméremív alatt, a bulbus átmenetén a hártás részbe.

Az ugyanolyan átmérőjű gombos kutatóval mind a hét esetben már jóval előbb, a scrotalis rész hátsó szélén, vagy a perinealis részben éreztem egyenlenséget és a hét eset közül öt ízben a mélyen fekvő szűkület mellett elül a csüngő részben is érez- tem egy vagy több szűkítő gyűrűt, a melyeket a hengeres eszköz nem jelzett. Ezek a gyűrűk a mélyebben fekvő szűkületnél mindig tágabbak voltak. Magát a mélyen fekvő kifejezett szűkületet a gombos kutatóval minden esetben hosszabbnak, illetőleg jobban mellfelé kezdődőnek találtam, mint azt a hengeres mutatta.

Míg tehát egyszerűen hengeres eszközzel vizsgálva, azt kellett volna felvennünk, hogy mind a hét esetben csak egy a bulbusban székelő szűkület van jelen, a gombos kutatóval hét eset közül ötször azt állapítottuk meg, hogy a húgycső már a csüngő részben szűkült, hogy a szűkülés elváltozások a mélyebb részek felé mindinkább kifejezettek lesznek és a bulbusban érik el a maximumot. Az eltérés szembeötlő és nem kell külön hang- súlyoznom, hogy a gombos kutatóval szemben a hengeres eszköz

¹ Az összes számok a Charrière-skálára vonatkoznak.

tökéletlen képet nyújtott. Még ott is, a hol a legkisebb gombú eszközzel, a nyolczással hatoltam át az egyenes mély szűkületen, pontosan tájékoztam annak hosszáról, míg ellenben az ugyanazon számú hengeres eszköz ebben a tekintetben csak igen homályos tájékoztatást nyújtott, a mi egy esetleges bemetszés szükségére esetén igen fontos lehet.

Három esetben a hengeres eszköz csak a csüngő részben jelzett szűkületet. Ezek közül a két elsőnél annak idejében a blennorrhoeához elgömbülés (chorda) társult volt, a mely trauma következtében élénk vérzés kíséretében berepedt.

Az első esetben a beteg az elgömbülés kinjaitól szabadulandó, öklével az asztalra helyezett penisére ütött és a chordát megrepesztette. A gombos kutatóval a hímvessző gyöki része felé egy 20 Ch. kaliberű, 1/2 cm. széles, kifejezett billentyűszerű szűkületet találtam, ettől előre pedig még két helyen volt heges gyűrű constatálható, ezeket a hengeres eszköz nem jelezte. A második esetben a chorda coitus közben oldódott meg és a hímvessző gyöki részén két közvetlen egymás mellett levő 22 Ch. kaliberű, összesen majd egy cm. széles heges gyűrűt mutattam ki. Mindkét esetben vegyes eredetű szűkülettel állunk szemközt, a lobos húgyesőfal a trauma következtében sérült és a sérülésből valami valódi heg keletkezett. A gombos kutatóval a strictura minden körülményét pontosan kimutathattam, kivéve a szűkítő gyűrű merevségét, a melyet a hengeres ruganyos eszközzel határoztam meg. Az anamnesisből és a rendkívüli merevségből előre megmondhattam, hogy a tágitás eredményteljé válik.

A harmadik esetben csak két év előtt folyt le a blennorrhoea, az anamnesis pedig azt derítette ki, hogy a beteg a blennorrhoea heveny stadiumában in venere excedált. A szűkületen csak a 12-es hengeres eszköz halad át, a csüngő rész közepén az is fogódik. A gombos kutató a csüngő rész közepétől a bemenetig egyenetlen érdes felületen vonul át, a bulbus nyálkahártyája sima, igen vérzékeny.

Utolsó esetemben a hypospadiasis bemenet csak a 19-es hengeres eszközt bocsátja be és az a húgyeső elején kissé megszorul, a gombos kutató 2 cm.-re a bemenet mögött keskeny heges gyűrűt jelez, a húgyeső többi része sima.

Ezekből az esetekből a gombos kutató később megállapítandó előnye már is világos. Vannak azonban esetek, a hol a döntésre a gombos kutató a hengeresnél kevésbé alkalmas. Ezek azok az esetek, hol a vizelezszavar okát keresendő, a hajlékony gombos kutató simán, akadály nélkül halad végig a húgyesővön, azután a mélyben, a hártás rész elején fennakad és daczára annak, hogy a hímvessző erős meghúzásával a bulbus zsákját elsimitottuk, daczára a nyugodt várakozásnak, a záróizom nem nyílik meg. Értem ezek alatt a tiszta spasmus igen ritka eseteit, a melyekben a súlyos hengeres fémkutató előnye köztudomású dolog.

Nehezebbek azok az esetek, a hol a beteg retentioval kerül élénk és a mellső részben megállapított szűkület után a gombos kutató és le a filiformisig az összes eszközök a mélyben fennakadnak.

Ilyen esetekben annak kipuhatólására, hogy a mélyben levő akadály organikus-e, vagy a szűkülethez társuló spasmus eredménye, figyelemmel kell lennünk arra, hogy idült blennorrhoea okozta organikus szűkület esetén az mindig a bulbo-membranaceus átmeneten a legszűkebb; vastagabb gombbal vizsgálva már a perineo-bulbaris részben fennakadunk, ez a fennakadás hirtelen, és úgy érezzük, hogy egy merev falnak támaszkodunk neki; spasmus esetében a perineo-bulbaris rész nyálkahártyája sima, mélyben akadunk fenn és az ellentálló fal rugalmas, puha. Ezekben az esetekben, a melyek egyébként ritkák, többet használunk a meleg fürdővel és narcoticumokkal, szükség esetén a Dicaulafoy-val, mint ha a bejutással erőszakoskodunk.

Míg kifejezett szűkület esetén inkább azt kellett keresnünk, melyik eszköz az, a mely az elváltozások legtöbb körülményéről tájékoztat, a kezdődő szűkületnél azt kell keresnünk, hogy melyik eszközzel tudjuk a szűkületet legkorábban kimutatni és azután csak

¹ A második esetben előadásom óta a Desnos-féle urethrotommal belső húgyesőmetszést végeztem.

másodsorban azt, hogy a szűkület egyéb körülményeiről melyik nyújt legvilágosabb képet.

A hengeres kutató a közfelfogás szerint a kezdődő szűkület felismerésére alkalmatlan; már az előbbi esetekben meggyőződhetünk, hogy a mellső tágabb gyűrűket nem jelezte. Itt három eszköz jöhet szóba: a gombos kutató, a húgyeső-mérő és a tükör. Ezt a három eszközt oly egyéneken hasonlítottam össze, kiknél a hosszabban tartó vagy gyakrabban visszatérő folyás az esetet kezdődő szűkületre gyanússá tette, de a hol a húgyesőszűkület klasszikus tünetei még nem voltak jelen.

A 27 eset közül 16-szor a vizsgálat eredménye teljesen negatív volt.

Nyolcz esetben a 23-25-ös számú gombos kutató érdeséget jelez és pedig: 6 esetben a csüngő rész egy helyén, egy esetben a csüngő részben három helyen és egy esetben egyet a bulbus elején (perinealis rész) és kivüle még hármat a csüngő résznek különböző helyein; ez esetben tehát négy gyűrű volt jelen.

A hat első esetben a húgyeső-mérő a megfelelő helyen körülírt terjedelemben tágulékonyaság csökkenést mutatott. A többszörös szűkület első esetében a 3 gyűrűt azonban nem jelezte külön, a csüngő rész végén 29 Ch. kaliberű húgyeső a bemenetig fokozatosan és egyenetlenül 24-re szűkült le, holott ez alatt a 23-as gombos eszköz három igen jól érezhető gyűrűt jelezte. Az utolsó esetben (négyeszeres szűkület) a perineo-bulbaris gyűrű hátulról mellfelé hirtelen beálló tágulékonyaság csökkenés által jelezve van, de elülről hátrafelé alig érezni eltérést, a gombos kutató úgy ezt, mint a mellső gyűrűket pontosan jelölte (pedig az utolsó gyűrű kalibere a húgyeső-mérő szerint 34 Ch., a vizsgálatra használt gombos eszköz átmérője 23 Ch. volt).

A tükör mind a nyolcz esetben a megfelelő helyeken zsugorodó kötőszövetet mutatott ki, azonkívül igen jól meg lehetett vele állapítani a heges részt körülvevő, még nem zsugorodott infiltratum kiterjedését, úgyszintén a szűkület mögötti rész fokozódott nyálkahártya lobját.

További három esetben a gombos kutató simának találta a nyálkahártyát, a húgyeső-mérő azonban eltérést jelez és pedig két esetben körülírt helyen csekély eltérést, egy harmadikban pedig az egész húgyeső tágulékonyasága szokatlanul alacsony számot tett ki (bulbusban 25 Ch., csüngő részben 23 Ch.).

A tükör a két első esetben körülírt helyen, az utóbbiban a húgyeső egész hosszában ép részek közbeiktatásával lobos, nem zsugorodott infiltratumot jelezte.

Ime tehát eseteimben mindannyiszor, a hányszor a tükörrel regressiv szöveti elváltozásokat találtam, a gombos kutató egyenetlenséget jelezte, lett légyen, és ezt kiemelni óhajtanám, a heges gyűrű kalibere a gomb átmérőjénél jóval nagyobb. (Tényleg eseteim közül egy esetben 4, egyben 8, egyben pedig 11 Ch.-rel volt a gomb kisebb, mint a húgyeső-mérő szerint a szűkület kalibere.) Viszont pedig nem éreztem érdességet ott, hol a húgyeső kalibere és a gomb átmérője közt alig volt különbség, de a tükör szerint csak lobos, nem zsugorodott infiltratum volt jelen.

És most eljutottam ahhoz a ponthoz, hogy vajjon ez a három utolsó eset nevezhető-e kezdődő szűkületnek, vagy úgynevezett tág kaliberű szűkületnek és hogy egyáltalán mikor mondható ki legkorábban, hogy húgyesőszűkület van jelen.

Ugy gondolom, hogy a három utolsó esetre semmi szempontból sem mondhatjuk ki, hogy szűkület van jelen. A húgyesőszűkület alatt egy permanens állapotot értünk, a mely abban áll, hogy a húgyeső falában újonnan képződött és zsugorodó kötőszövet van jelen, a melynek következtében a természetes tágulékonyaság egy részét elvesztette. A milyen korán ezt a maradó állapotot kimutathatjuk, olyan korán tudjuk *anatomiailag* kimutatni a szűkületet. Anatomiailag, mert tényleg a szűkületnek még semmi jele nincsen, a beteg jól vizek, a húgyeső tágulékonyasága szenvedett ugyan, de ha a normalis vizeletsugár vastagságára nehezebben tágul is ki, ezt a hátrányt a hólyag ereje kiegyenlíti, compenzálja.

A maradó állapotot az újonnan képződő és zsugorodó kötőszövet megjelenése képezvén, a mely eszköz ezt legkorábban kimutatja, az lesz a legélesebb. Ez pedig a gombos kutató és a tükör, a melyeknek élességét fent kiemeltük. Mindkét eszköz

használata egyszerűbb és megbízhatóbb, mint a húgycső-mérőé, a melyre csak kissé kifejezett esetben semmi szükség nincs és a melylyel a fejlődés legkezdetén megbízható eredményre jutni tulajdonképen csak úgy lehet, ha a húgycső minden pontját úgy mérjük le, mint azt a kaliber kérdésénél elmondtam. Ez pedig egy idült lobos húgycsőben elképzelhető izgatással jár. Ha pedig egy bizonyos helyre szorító tágulékonyaságcsökkenést ki is mutatott, azt, hogy azt lobos infiltratum vagy zsugorodó kötőszövet okozza-e, vele megállapítani nem lehet.

A húgycsőmérő mellett gyakran halljuk azt az érvet emlegetni, hogy ha egy 40 Ch. kaliberű húgycső egy pontján pl. 35 Ch.-re szállt le, ezt a szűkületet egy 23—24 sz. gombos kutató ki nem deríti. Nem az a fődolog azonban, hogy itt vagy ott tágulékonyaságcsökkenést mutassunk ki, hanem azt kell kimutatnunk, hogy strikturáló szövet van jelen, ezt pedig húgycsőmérővel nem, de a gombos kutatóval meg lehet állapítani. Az a másik felfogás pedig, mintha a gombos kutató, ha nem a húgycső tengelyében húzzuk vissza, fennakad az egyik vagy másik falon és szűkületet jelez ott is, a hol nincs, még abból az időből származik, a midőn a kalibert még szűkebbnek vették. Tény az, hogy az ad maximum kitágított húgycső nem olyan sima, mint egy vaseső belseje, rajta számtalan irregularis behúzódnak van jelen, erről az Antal-féle aërourethrocoppal bárki meggyőződhet, ha tehát olyan gombos eszközzel vizsgálunk, mely a falakat erősen megfeszíti, az érdességet jelezne ott is, hol nincs. A kalibernél kisebb átmérőjű gombos eszköz használata nem hátrány, de előny.

Megeshetik azonban az, különösen ha vastagabb gombú eszközt használunk, hogy a visszahúzáskor a hártás rész elején teljesen ép húgycsőben is zökkenést érezünk; néha ez olyan hirtelen áll be, mintha egy kifeszített húron buknánk át. *Albaran* szerint ennek oka az volna, hogy a visszahúzás alkalmával a záróizom hátsó része könnyen megnyílik a gomb előtt, mellső része pedig zárva marad; nagyobb valószínűséggel bir azonban az a felvétel, hogy ilyenkor a hártás rész elejét körülvevő három oldalú húgycsőszalagnak (lig. triangulare) a húgycsőt körülvevő széle (a melyet *Amussat* szerint a húgycső alsó falán fibrosus kötegek erősítenek meg) okozza a zökkenés érzését.

Tévedés elkerülésére szem előtt kell tartanunk azt, hogy a bulbo-membranaceus átmenetén kezdődő szűkület nincsen, ott hol az átmenet a bántalom körébe vonódott, a bulbóban, sőt már a perinealis részben kifejezett érdességet találunk.

Kutatásaimat a szűkület megállapítására szolgáló eszközök értékéről a következőkben foglalhatom össze:

1. Kifejezett szűkület megállapítására a hengeres eszköz alkalmas ugyan, de vele a szűkült húgycső állapotáról csak tökéletlen képet kapunk, miután a mellfelé eső tágabb gyűrűket rendszerint nem jelzi.

2. A gombos kutatóban a szűkülés elváltozások kiderítésére igen értékes eszközzel birunk. Vele az egész húgycső állapotáról tökéletes képet kapunk. Felismerhetjük a mellfelé eső tágabb gyűrűket, pontosan megállapíthatjuk tehát a szűkületek számát, úgyszintén helyét, hosszát és kaliberét. Egyedül a szűkület merevsége, illetve tágulékonyasága meghatározására kell a hengeres eszközhöz fordulnunk és pedig a ruganyos conikus bougiehoz, az egyszerű spasmus ritka eseteiben pedig a hengeres fémsondához.

3. A kezdődő szűkület felismerésére a hengeres eszköz teljesen alkalmatlan. A gombos kutató ellenben, ha nagyobb (23 Ch.-től felfelé) gombút használunk, igen érzékeny eszköznek mutatkozik, vele a szűkületet a kezdődő kötőszöveti zsugorodás igen korai szakában megérezzük, legyenek bár a szűkítő a gyűrűk a gomb átmérőjénél jóval tágabbak.

4. A húgycsőmérővel nehéz pontos eredményre jutni; ott, hol a szöveti elváltozások előrehaladtak, nincs rá szükség; ott, hol az eltérés csekély, nincs módunkban eldönteni, hogy a körülírt helyen beálló tágulékonyaságcsökkenést zsugorodó kötőszövet vagy lobos beszűrődés okozza-e.

5. Az idült lobos infiltratum átmenetét strikturáló kötőszövetbe, a még nem zsugorodott lobos infiltratum kiterjedését, a hátsó részek társuló lobját legpontosabban a tűkőrrel állapíthatjuk meg.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Báthory István dr.

1835—1901.

Folyó hó 5-dikén hunyt el Báthory István dr. kartársunk. A régi gárdának egyik híve veszett el benne. A régi gárda, mely a Bach-korszak alatt és közvetlen utána, nemzeti alkotmányos életünk újjáébredésekor, eleinte Markusovszky, Balassa, Bókay, Hirschler, Korányi, majd később Balogh Kálmán és mások vezetése alatt egy magyar orvosi iskola megteremtése érdekében keletkezett és küzdött, az elhunytban találta egyik hű és kitartó bajnokát.

A fent említett célra alakult magyar orvosi könyvkiadó-társulatnak kezdettől fogva tagja és serény munkása volt s mint ilyen fordította le angolból Sims Marion nőgyógyászati munkáját 1866-ban, 1863/4. és 1864/5. tanévben Semmelweis tanár őt vette magához segédül és munkatársul. Mint ilyen, nemcsak kiváló szorgalma és kötelesség-érzete által kedveltette meg magát főnöke által, hanem főleg, mert annak tanát a gyermekágyi láz prophylaxisa érdekében teljesen magáévá tette és az az ellen alkalmazott antiseptikus eljárást a legnagyobb szigorral tartotta fenn a kórodán, a melynek köszönhető volt azon eredmény, hogy a gyermekágyi lázban elhaltak száma elenyészőleg megkisebbedett.

Tanársegéd idejében, de későbbben is, az Orvosi Hetilapnak belső munkatársa és a szülészeti és nőgyógyászati rovatban a könyvismertetések referense volt.

1867-ben lett a budapesti orvosegyesületnek rendes tagja s itt mindig a haladók pártjához tartozott. A következő évben választott meg a főváros IX. kerületének orvosául és e minőségben páratlan buzgalmat, önfeláldozó és ritka szakértelemmel párosult munkát végzett, főleg szülészeti és nőgyógyászati irányban fejtvén ki üdvös tevékenységet. Ismeretei és tapasztalatai e téren jeles diagnostává és gyakorlati nőorvossá tették s habár ő maga nagyobb operatiokat nem végzett, azoknak javallatát mindig praecis megállapította s ezért nemcsak a kerületnek, hanem a fővárosnak is egyik keresett és tekintélyes nőorvosa volt.

Szerették őt betegek, szerették és becsülték kartársai, kik benne mindig szavahihető, egyenes és tiszta jellemű barátot és férfit találtak, a kire minden igaz ügyben számíthattak, ha az mindjárt áldozatot követelt is tőle.

Báthoryban kitartó szellemi munkaképesség erős physikummal párosult és e tekintetben versenyezni volt képes Balogh Kálmánnal, kinek hű, odaadó barátja volt. Életkedv és egészség sugárzott egész lényéből és senkisémm gondolta volna még néhány hónappal ezelőtt, hogy a kis, tömör, de vasszerkezetű férfúnak életét egy ádáz betegség ássa alá. Nemrég lépett nyugalomba. Benne a székesfőváros buzgó tisztviselő, a betegek önfeláldozó és lelkiismeretes tanácsadót, kartársai egyenes jellemű, derék bajtársat, neje és gyermekei szerető férjét és gondos apát, mi egy igaz hű barátot veszítettünk el.

Navratil Imre dr.

A nyilvános ingyenes rendelések.

Az orvosi közvéleményt az utolsó években ismételve foglalkoztatta a nyilvános ingyenes rendelések ügye.

A millenniumi közegészségi és orvosügyi congressus volt az, mely a kérdés beható tárgyalása után nálunk első ízben állást foglalt. Az „ingyenes segélynyújtás” tárgyának több előadója volt. *Csapodi István* magának azt a feladatot tűzte ki, hogy „világot vessen azon kapcsolatra, mely a klinikák gyógyító működése és az általános orvosi működés, a praxis között megállapítható”.

Határozati javaslatáiban elismeri, hogy az egyetemi klinikáknak nagy és változatos járóbetegforgalomra van szükségük, óhajtja, hogy a háziorvosok világítsák fel a betegeiket, hogy a klinika nem felülvizsgálati forum, hanem az oktatás céljaira szolgál s csak szegény betegek számára való. A klinikai járó rendelésre bejáró betegektől a szegénységi bizonyítványt meg kell követelni.

Jurkiny Emil a congressus figyelmét főleg az úgynevezett ambulatoriumokra irányította. Kimutatta, hogy 1884-ben csak a poliklinika létezett s 10 év múlva már 32 nyilvános rendelőintézet működött. Ezekben évente körülbelül 100,000 járó betegét kezelnek ingyen, míg a főváros szegényorvosai e számnak alig egy negyedét. A jobbmódúak számát $\frac{1}{5}$ -re, a középmódúakat $\frac{3}{5}$ -re becsüli s azt hiszi, hogy a nyilvános rendelőintézetekbe járók csak $\frac{1}{5}$ -e egészen szegény. Ezen helyzetben szerinte a következőképp kell segíteni:

„A klinikai célokra berendezett nyilvános rendelések csakis kizárólagosan szegény betegek részére történjenek, a jobbmódúak elutasítandók vagy fizetésre felszólítandók; mindazon rendelőintézeteket, melyek rendszeres egyetemi előadásokra nem szolgálnak, fel kell oszlatni, újjaknak creálását nem szabad megengedni, a szegény betegek a hatóság szegényorvosokhoz utasítandók, a székes főváros alkalmazzon szegény betegek számára megfelelő szakorvosokat, kik az előjárásági épületekben ingyen rendelni tartoznak, az összes rendelőintézetek — mindaddig, a míg el nem törültenek — a következőkhöz tartásuk magukat: változasságuk meg czímüket „szegénybeteg rendelőintézetre”, utasítsák el mindazokat a betegeket, kik szegénységi bizonyítványt vagy orvosi ajánlat nélkül megjelennek, az „expeditio pro paupere” jelzést csak a leg-ritkább esetekben alkalmazzák.

Szabó Dénes a kérdést tágabb szempontból tárgyalta s nagy

érdeme, hogy az egyoldalú felfogás helyett a közönség szempontját is figyelembe vette s azt fejtegette, hogy milyen módon lehetne az ország szegény vidéki lakosságát ingyenes orvosi segélyhez juttatni. E célra a közönségi orvosok államosítását, kórházak felállítását sürgeti, az orvosoknak a betegpénztárak részéről történő kihasználása ellen egyedül ellenszörül az orvosok összetartását tekinti.

A nyilvános ingyenes rendelések természetesen első sorban a fővárosi orvosokat érintik s így érthető, hogy az orvosszövetség budapesti fiókja foglalkozott vele első sorban. A szövetség 1898. márczius 22-dikén tartott közgyűlésén beható bizottsági tárgyalás után a következő határozatot hozta.

1. A nyilvános ingyenes rendelésekben (a klinikák, kórházak, poliklinikák stb.-ben) csakis „járó szegény betegek” nyerhetnek orvosi segélyt, a mely körülményt úgy az intézetek czímtábláján, mint helyiségeiben és nyomtatványain világosan meg kell jelölni.

2. Nem szegény betegek csak abban az első segélyben részesülhetnek, a melyre a törvény kötelez.

3. Olyan betegnél, a kinek szegénysége kétes, a rendelés egyedül a haladékot nem tűrő első orvosi segélyre szorítkozzék; a további rendelésben csak úgy részesülhet, ha szegénységét megbizható módon (hatósági vagy egyéb igazolvány, orvosi ajánlat stb.) igazolja.

4. A nyilvános ingyenes rendelésekben a perselyezésnek helye nincs, mert az ellentmond az ingyenes- és szegényrendelés fogalmának, visszaélésekre ad alkalmat és a közönségben azt a hitet kelti, mintha az orvost díjazta volna és ebből a gyógyításra jogigényt támaszthat.

5. Minthogy tehát mindezen intézetekben csakis szegény betegeknek és csakis ingyen rendelhetnek, az intézet orvosai az oda járó betegetől semmi címen sem követelhetnek vagy fogadhatnak el honorariumot, szolgálataikat nem kínálhatják és mások által sem kínálathatják fel.

6. A nyilvános, hatóságilag engedélyt nyert rendelő orvos tartozik a bejelentett és megállapított napon és órában személyesen rendelni, erről pontos jegyzéket vezetni; az ágyban való kezelést igénylőket, valamint a netalán elutasítottakat külön rovatban kimutatni s a rendelésből kikerült minden vényt személyesen aláírni.

7. A mennyiben a nyilvános rendelések humanitarius czélok mellett tanítási czélokra is szolgálnak, a rendelés — megbízhatóság és a gyógyítás szakszerűsége czéljából — a rendszeres előadások idejével nem eshetik össze. Az ily ingyenes rendeléseken a rendelő orvost csakis a hatóságnál bejelentett orvos helyettesítheti.

8. E határozatok közül az 1., 2. és 3. egész terjedelemben, valamint a 4-diknek ama passusa, hogy „a nyilvános rendeléseken a perselyezésnek helye nincs”, a nyilvános rendelő intézetek váróhelyiségeiben kifüggesztendők.

Ezen határozatok eredményeképp az orvoskari tanártestület javaslatára a vallás- és közoktatásügyi miniszter rendeletet bocsátott ki, mely az „Országos Orvos-Szövetség” 1900. évi második számában meg is jelent és így ismeretes.

E szerint a miniszter értesíti a tanácsot, hogy az egyetemi klinikák rendeléseiben (ambulancia) orvosi segélyt csak szegénysorsúak nyerhetnek. Nem szegény betegek csak abban az első segélyben részesülhetnek, a melyre a törvény kötelez és csak kivételképpen olyan esetekben fogadhatók el az ingyenes rendeléseken, a midőn betegségek a klinikai tanítás vagy az orvosi búvárlat szempontjából különös érdekel bír és ők magukat a klinika szabályainak alávetik. Minden más esetben a klinikai rendelésről elutasítandók.

Minthogy az egyetemi klinikákon, a fentebb említett kivételes esetektől eltekintve, a rendelés csakis szegény betegek részére és csakis teljesen díjtalanul történhetik, ennél fogva elrendeli, hogy a közönség ezen rendeléseknek a szegény néposztály számára rezervált voltáról és teljes díjtalanágáról a váró és rendelőhelyiségekben elhelyezendő hirdetőtáblák útján felvilágosíttassék. Minthogy pedig a perselyezés ellenkezik az ingyenes rendelés fogalmával, perselyek kifüggesztését vagy használatát a rendeléseken eltiltja.

A közkórházak igazgatója a szövetségi határozatnak megfelelő táblákat kifüggesztette, az összes perselyeket eltávolította.

A nyilvános rendelő intézetek egy része eleget tett a szövetség felszólításának, másik része nem.

A budapesti fiókszövetség ezért újból napirendre hozta a kérdést s azt a választmány megbízásából Ippen József dr. az 1901. január 4-dikén tartott közgyűlésen referálta. Előadó bejelentette, hogy az egyetemi klinikák, a székes fővárosi közkórházai, a Fehér-Kereszt országos lelencház-egyesület, a nyilvános ambulatorium szegénybetegek számára, a „Teleia”-egyesület, Frank Sámuel dr. és Demjanovich Emil dr. gyermekgyógyászati rendelő intézete a szövetségi határozatot elfogadták. Három intézet azonban kifogásokat emelt.

A Stefánia-szegénygyermekkorház igazgatója a választmány nevében kifejti, hogy a kórház alapszabályai értelmében „nem kizárólag szegénysorsú betegek orvoslásával foglalkozik s nem ingyenes, hanem nyilvános ambulatoriumot tart fenn”. A kifüggesztett perselyekben évenként összegyűlő 600—1000 frt.-nyi összeg a költségvetés számottevő és nélkülözhetetlen tételét képezik. A perselyek felett évek óta levő felirat „adakozás a kórház részére” nem keltheti az adakozó közönségben azt a hitet, mintha az orvost díjazta volna. Az igazgató választmány tehát fenntartani kívánja a perselyeket s általában azon nézetben van, hogy a nyilvános ingyenes rendelések szabályozásáról szóló határozat a kórházra nem is vonatkozhatik.

Ippen József előadásában azt vitatja, hogy a Stefánia rendelése bele tartozik az „ingyenes” rendelések csoportjába akkor, a mikor

16,307 új betegre és 46,940 rendelésre 600—1000 [frt.] perselyjövdelem esik. A 27,698 frt budget 600—1000 frtos veszteségét pedig az ambulancia csökkentésével gondolja kiegyenlíthetni, a mennyiben 3000 új beteg visszaautasításával az ambulanciára eső kiadások is kisebbbenének.

Ugyanez nem hajlandó a perselyeket eltávolítani a poliklinikai egyesület sem, ellenben a határozatok 1., 2., 3., 5., 6., 7., 8. pontjait eltogadja és gyakorolja. A perselyekről azt mondja, hogy azokat azért tartják fenn, mert előfordul, hogy nem teljesen szegény vagy kétes szegénységű betegek is jelennek meg, kiknek első segélyt nyújtaniok kell, de a kiknek ingyenes szolgálataira nem érzik magukat kötelezetteknek. Különben a perselyt épen hathatós eszköznek tartják azokkal szemben, kik az ingyenes segélynyújtás kedvezményével visszaélni akarnának. E mellett a begyűlt összeg az intézet humanus céljaira pótolható.

Előadó a poliklinika elnöksége által felhozott esetekre az adománynak könyvbe bevezetését s nyugta kiállítását javasolja. De meg azt tartja, hogy 8500 olyan egyének adtak évente első segélyt, ki fizetni képes s ezzel szemben a persely jövdeleme csak 500 koronával szerepel. Sőt azt is kétségbe vonja, hogy a 8500 eset valóban az első segély fogalmának megfelelő. Az 500 korona veszteséget ugyanez a 33,455 új beteg s a 144,458 rendelés csökkenésével akarná pótolni.

Végül a pesti izraelita hitközség előljárósága is kijelentette, hogy a jótékony cél érdekében nem nélkülözhetik a perselyeket. Ezzel szemben előadó azt vitatja, hogy az izraelita kórháznak 76,639 frt bevétellel szemben csak 73,830 frt kiadása volt, s így a perselyjövdelem nélkülözhetőnek tartja.

Előadó ezután azt fejtegeti, hogy az orvosi ajánlati lappal gondoskodva van arról, hogy ama szűk viszonyok között élők, kik nem szerezhetnek ugyan szegénységi bizonyítványt, de specialis kezelés költségét nem viselhetik, az ingyenes rendelések kedvezményében részesülhessenek. De e mellett fel akarja szólítani az orvosokat, hogy fizetni képes betegeket ne küldjenek ingyenes rendelésekre, a mint az most még mindig előfordul.

Mindezekért Ippen József dr. a választmány nevében az 1898. évben hozott határozatok 1—5. pontjainak fentartását (lényegtelen módosítással) ajánlja s ezek keresztülvitelére 6-dik pontul a közgyűlésnek a következő fontos kijelentést javasolja: „Azon orvos, ki e határozatot nem tartja be, súlyos ethikai vétséget követ el.”

7-dik pontul a régi 8-dik szerepel s végül a választmány ajánlja, hogy „a) Szóltassanak fel az összes magyarországi orvosok, hogy fizetni képes betegeket ne küldjenek a fővárosba nyilvános ingyenes rendelésre (klinikák, kórházak stb. ingyenes rendelésre). Ezen szövetségi határozatot az összes orvosi szaklapoknak, valamint az Országos Orvos-Szövetség lapnak meg kell küldeni. b) Külön kéressenek fel a fővárosi gyakorló orvosok, hogy fizetni képes vagy valamely beteg-segélyző egylet, pénztár kötelekében lévő betegeiket ne küldjék felülvéleményezés végett nyilvános ingyenes rendelésekre.”

Az előadás után a vitát Elischer Gyula elnök a lelnök vezette be. Andreánszky Jenő a 4. és 6. pont elejtését, Vermes Mór, Grósz Emil a 6. pont törlését (ethikai vétség statutuálása), ellenben Flesch Nándor, és Ippen József azok fentartását javasolják.

Hoffmann Péter a szülészeti poliklinikára hívta fel a szövetség figyelmét, Donogány Zakariás pedig azt javasolta, hogy a perselyek engedtesseken ugyan meg, de a rendelő helyiségen kívül.

Grósz Gyula egyénileg a persely ellen van, de minthogy eltávolítása nem mindenütt áll az orvos hatalmában, a 6-dik pont törlését ajánlja.

Minthogy a szavazás előtt a határozatképtelenség kérdését felvetették, az elnök constatálta, hogy 31 tag van jelen s a szavazást elrendelte.

Az első 5 pontot nagy többséggel elfogadták, míg az ethikai vétséget kimondó 6-dik pontot tizenhatan elfogadták, tizenketten annak kihagyása mellett nyilatkoztak.

Az eddigiekben igyekeztem az ingyenes nyilvános rendelések ügyében megindult mozgalom egyes szakait objective imertetni, a következőkben néhány megjegyzést óhajtok tenni.

Hogy a nyilvános ingyenes rendelések aránytalanul megnövekedtek, az kétségtelen, s ha évente csak a klinikákon (körülbelül 40,000), kórházakban (körülbelül ugyanannyi), a poliklinikán (33,455), a Stefánia-kórházban (16,000), az izraelita kórházban (20,000) körülbelül 150,000 új betegnek rendelnek ingyen, akkor valóban alacsonyra becsüli Jurkiny az orvosok veszteségét, a midőn e révén 1/4 millió forintra teszi. Pedig e számot még a nyilvános rendelő intézetek is növelik.

Hogy tehát a nyilvános, ingyenes rendelések túlságos megnövekedése ellen a budapesti orvosok szövetsége szavát felemeli, azt minden elfogulatlan itélő méltányolja s helyesli. Ugy látszik azonban, hogy a választmány egyes alárendeltebb jelentőségű intézkedésnek súlyát túlbecsüli. Az, hogy a perselyek eltűntek a klinikák és kórházak rendelő helyiségeiből, hogy a tájékoztató feliratok megjelentek, üdvös intézkedések s a szövetség nagy sikerei; hogy az ingyenes rendeléseket eszközölő intézetekben az orvosok csakis ingyen rendelhessenek, a visszaéléseknek hatalmas gátolója; de hogy jótékony intézetekben a persely megmarad-e vagy sem, az sem ethikai, sem az orvosok anyagi érdeke szempontjából nem lényeges. Viszont a választmány, illetve annak előadója épenséggel nem indokolta meg, miért ejtette el az 1898-dik határozat 6. és 7-dik pontját, nem számolt be azon számos nyilvános rendelő intézetről, a melyek számát Jurkiny a felemlítettekkel együtt 32-re becsüli. Pedig úgy látszik, hogy a gyakorló orvosok érdekeit ezek jobban érintik, mint a klinikák és kórházak nyilvános rendelései,

melyek különben is első sorban az orvosképzés és tudomány fejlesztés intézményei. Ha valaki végig nézi a klinikák a közokmányok nagy részt vidéki szegény emberekből álló rendelkezését, azt a meggyőződést fogja nyerni, hogy ezen a réven a budapesti gyakorló orvosok nem veszítenek annyit, mint azon rendelők intézetek útján, melyek sem az oktatást, sem a humanizmust nem szolgálják, hanem egyesek érdekéből keletkeztek. Az a ki óraszámra zsúfoltt váróteremben, néhol folyosón ugyancsak vegyes társaságban várakozik azért, hogy az egyetemi tanár elő kerülhessen s alávét magát annak, hogy a tanulók megvizsgálják, az nem fog a gyakorló orvoshoz fordulni; a kisebb rendelők intézetek azok, a melyek a közepes anyagi körülmények között élőkét megtevesztik s a melyek illetéktelen úton a betegek aránytalan eloszlását s a gyakorló orvosok zömének megkárosítását eszközlik. Ezekről azonban az előadó úr nem is szólt.

Sokkal aggodalmasabbnak tűnik azonban fel előttem az előadói javaslat 6-dik pontja, mely „súlyos etikai vétségnek” minősíti a határozatok be nem tartását. Ha az előadó azt mondja, hogy a nyilvános rendelkezésekkel való visszaállítás súlyos etikai vétség, ez érthető s helyes, de azt, hogy e visszaállítás ellen javasolt eljárások egyikének vagy másikának betartása vagy elmulasztása etikai vétséget képez, azt a legszigorúbb felfogás mellett is nagyon kevesen fogják elhinni. Sőt az ilyen indokolatlan kijelentések alkalmasak arra, hogy a határozatok komolyságát megingassák.

Az etikai vétség statuuálása nem történhetik ötletszerűen. Ime a választmány az 1898-diki határozatok két pontját indokolás nélkül elejti, úgy lehet, hogy a most etikai vétség súlyával kötelezővé tett pontok közül egy év múlva újból elejt egyet — ekkora bizonytalanságnak pedig az erkölcsi törvények bizonyára ninesenek aláveteve!

Végül még egyet. Ha a választmány olyan fontosságot tulajdonít javaslatai minden szavának, a módzatok minden árnyalatának, hogy azt erkölcsi törvénynek óhajtaná emelni, akkor arra kell törekednie, hogy a tagok közvéleményét ehhez megnyerje.

Ha a közgyűlés egybehívása, s így a tagok értesítése formailag alaposan kifogásolható, ha a közgyűlésen 16 tag 12-vel szemben etikai törvényt statuuál akkor, midőn a tagok száma 800 körül van, az alkalmas arra, hogy a törvény érvényét gyengítse vagy kétségessé tegye. Ez a körülmény módot ad arra, hogy a közgyűlés határozata újabb megfontolás tárgyát képezze.

Már pedig az erkölcsi törvény nem ismerhet sem bizonytalanságot, sem ingadozást, sem megalkuvást.

Grósz Emil.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A csonttörések és a ficzomodások kór- és gyógytanának haladása.

Közli: Chudovszky Móricz dr. mütő, v. sebklubikai tanársegéd.

(Folytatás.)

Az olyan ritkán észlelhető gége és szakcsonttörésnek két érdekes esetét közölték nemrég. Az egyik esetben Plat¹³ a törés után légszomszást végzett, de ennek daczára a beteg meghalt. Borzymowski¹⁸ ugyanilyen módon kezelt betege életben maradt. Plat azon alkalommal összeállítja az angol irodalomban közölt hasonló eseteket, a mely szerint ezen esetek halálozási százaléka igen nagy. Így a szakcsont törése esetében a betegek 50%-a, a gége törése esetében a betegek 76–80%-a, a gyűrűporc törése esetében a betegek 100%-a elpusztul.

A kulcsonttörések kezelésének oly sok ízben feldolgozott tárgyával Gratschhoff¹⁴ foglalkozik egy hosszabb közleményben. Azon számos eljárást ismerteti, a melyet a sebészek minden korban ismertek, de a melyek közül csak egynéhány tartotta meg a létjogosultságát. Az ő módosítása, a mely az eredeti közleményben olvasható, ép oly kevésbé fog megfélelni minden tekintetben azon kívánalmaknak, a melyeket a törések ellátásánál a kötésektől követelünk, mint a többi ismert eljárás. Pedig hogy nem ok nélkül ügyelünk arra, miszerint a kulcsonttörés esetében a törési felszínnek pontosan összeillesztjük, mutatja Sien¹⁵ esete, a midőn egy oly beteg került eléje, a kinek kulcsontja a kulcsonttörés meggyógyulása után három cm.-rel megrövidült s a csontvég az egyik törési véggel együtt a karfonatot nyomta, a mi roppant fájdalmas volt. Kénytelen volt ez esetben a törési végeket felkeresni, levésni s a törési felszínnek pontosan egybeillesztetni, a minek eredményeként a beteg megszabadult a kínzó karfonati fájdalomtól s a kulcsont pontosan egyesült.

Valamint a többi törésnél, úgy a felkartörésnél is új adatokat szerezünk azon fényképek útján, a melyeket a kathodsugarak igénybevételével készítettünk. Így Wohlgenuth¹⁶ a nagy gumó törését állapítja meg két vállizületi zárodás esetében. E törés kezelésére ő a Middeldorpféle háromszöget sikerrel használta, a melyet azonban még egy alkarsinnel is összekötött.

A csontátültetés igazán bámulatos eredményéről számol be Klopp¹⁷ a melyet ő egy felkarcsonttörés kapcsán végeztet. Az illető beteg felkarján csonteredésű húsdaaganat képződött, a melynek következtében a csont eltört. A midőn az alképletet kiirtotta, a kóros csontrészzellettel egyetemben a hiányzó két cm. részt akkép pótolta, hogy az illető egyén sipesontjából egy két cm. hosszú és meglehetősen vastag csontrészzellet vésett ki, a melyet a felkarcsont hiányzó részlete helyére helyezett, s a melynek segélyével a két csontvég összeforrt.

A közölt alkartörések közül Nimier¹⁸ esete érdekes, a mely eset-

ben az alkartöréshez tetanusfertőzés társult. A tetanus a törés utáni 18. napon tör ki, a melynek leküzdésére hiába fecskédeztek be az illető egyén agyhártyája alá tetanus serumot, a beteg mégis elpusztult. A beteg négy napig élt a fertőzés kitörése után.

Igazán szomorú, hogy a tetanus fertőzésnek kezelésében egy lépéssel sem tudunk előrehaladni, valahányszor az akár csonttöréshez, akár súlyosabb csontthártyazúrodáshoz társul, a betegok mind elpusztulnak. Épen nem rég volt alkalmunk hasonló esetet észlelni a szt. János-kórház sebészeti osztályán, a midőn a beteg serumkezelés mellett is csak három napig maradt életben.

Eléggye gyakran tapasztalható az, hogy a midőn valaki tenyerére esik, a midőn azt várjuk, hogy az orsóesont tipikus helyen törjék, a beható erő a köztöcesontok első vagy második sora táján hat be s ott fejt ki roncsoló hatását. A mit a kathodsugarak felfedezése előtti időben csak gyanítottunk, mai napon már kórismézzük ezen apró csontok törését.

Stokes¹⁹ a kathodsugarak segélyével egy esetben a sajkacsont törését állapítja meg; hasonló esetet észleltünk nemrég a szt. János-kórház sebészeti osztályán; Nélaton²⁰ egy esetben a fejecsont törését kórismézi ily módon.

Az alsó végtag csonttörései közül Bähr²¹ a czombcsonttörések kapcsán a czombcsont erőművi viszonyaival foglalkozik; elmélete alapján kívánja megmagyarázni, hogy miért leggyakoribb a czombcsonttörés a középső harmad táján, ha a törés közvetett erőművi módon támadt.

A czombnyaktörés kezelésének elrettentő példáit közli Nicolaysen,¹² a ki czombnyaktörés eseteiben a tomport a czombnyakkal 12 cm. hosszú háromoldalú szeggel összeszegezi, ennek utána azt rögzíti, s gipszkötést alkalmaz, 2–3 hét múlva kiszedi a szegyet, a kötést 10–12 hétig rajta hagyja. A végtag átlag 4 cm.-rel megrövidül. Eredményeivel ő megelégszik. Nicolaysen eljárása még érthető volna, ha úgy szegeznék össze a törési végeket, hogy azokat előbb pontosan összeillesztették, de hogy ezt a sebészeti eljárás minden czombnyaktörésnél, legyen az akár tokszalagon belüli, akár tokszalagon kívüli, narkosis nélkül lehetne alkalmazni, azt nem lehet elfogadni.

Riese²³ helyesen oldotta meg feladatát a czombnyaktörés egyik oly esetében, a midőn az csak szalagos összenövésével gyógyult; véres mütét útján kiszedte a czombfejcsont s a beteg végtagját újra használhatta.

A különböző csonttörések közül a térdkalács törésének kezelése képezi jelenleg a legélénkebben tárgyalt kérdést. A kérdés megoldása helyes irányban halad, a mennyiben az alkalmazott eljárások nemcsak helyesek, hanem eredményesek is. Régotha tudták azt a sebészek, hogy a fedett térdkalács-törés legtöbb esetében a gyógyulás csak szalagos és a végtag használhatósága csak korlátolt, de a mióta a fertőtlen sebkezelés következtében a véres mütéti beavatkozás eredményei olyanok, a mint Trinkler²⁴ összeállításából tudjuk, hogy 216 eset közül 1883-tól 1890-ig, tehát a fertőtlenítő sebkezelés korszakában a friss törés esetében 69.6% gyógyult, idült törés esetében 72.7%; 1890-től 1898-ig, tehát a fertőtlen sebkezelés korszakában a friss törés esetében 88% gyógyult, idült törés esetében 87%: azóta a véres mütéti beavatkozást jogosultnak tartjuk a térdkalács-törések kezelése czéljából. König klinikáján észlelt 11 térdkalács-törés kezelését közli Döbbelin,²⁵ a melyeknél minden alkalommal bélhúrrel egyesítették a térdkalács törési végeit. Bergmann osztályán ily módon egyesített térdkalács-törés 25 esetét közli Coste,²⁶ a hol a varratot alumíniumbronz-sodronnyal végezik.

Patteson²⁷ is ilyen esetekben sodronnyvarratot alkalmaz; Vallus²⁸ elegendőnek tartja, ha csupán a tokszalagot egyesíti; Lichtenauer²⁹ egyik esetében a törési felszínnek közelében lévő csontthártyát egyesítette, másik esetében nyújtókötezt alkalmazott a végtagra, hogy a czombfeszítő izmokat működésben kívül helyezze, s ily módon biztosítsa a törési felszínnek összepadását. Wolff³⁰ térdkalács-törés egy régi esetében előbb csontszegeket vert be a térdkalácsba, s ezeket húzta össze puha sodrony segélyével.

A térdkalács-törés igen ritka esetét közli Henry,³¹ az illető beteg, a kinek e törése meggyógyult, nyolcz hónap múlva ugyancsak újra eltört a térdkalácsát egy magasabb helyen. A két törés helyét a Röntgenképen jól láthatjuk.

Golding-Bird³² az alszártörések kezelésénél kiválóan kiemeli azt, hogy mily fontos az, hogy a törés kórisméje és gyógyulásának ellenőrzése czéljából a kathodsugarakat felhasználjuk. Szerinte nemcsak a sipesont nyílt törései, a melyeken esetleg mütét alkalmazás észleljük, hanem a sipesont fedett törései is Röntgenképen azt mutatják, hogy a törési vonal gyakran esigavonalban halad, azonkívül az alszársontok törésénél a szárkapocs alsó törési vége gyakran beszűrődik az izomzatba s megakadályozza a törési végek helyreigazítását, a miért is a kiskökű elgörbüléssel gyógyuló alszártörést elég gyakran észlelhetjük. A nagyobbokú elferdüléssel gyógyult alszártörések esetében természetesen javult az, hogy a csontok átvésése után a törést helyreigazítsuk, mint a milyen esetet Schwartz³³ közöl. Hasonló eljárással gyógyult több esetet a II. számú sebészeti klinikumon észleltem. Owen³⁴ azzal a kérdéssel foglalkozik, hogy az alszársontok törése miért nem gyógyul mindig csontheggel. 45 esetet észlelt gyermekeknél s okál az azt tartja, hogy a gerinczvelő trophoneurotikus centrumaiban vagy vezetőkeiben kóros elváltozás van jelen. Southam³⁵ két ilyen esetet közölt, melyek később halálosan végződtek. Mi ezt a szövödményt részegeseknél, vesezsugorodásban, ezukros húgyárban szenvedő betegeknél észleltük; nemrég láttunk egy ilyen esetet a szt. János-kórház sebészeti osztályán.

A sipesont kisebb részleteinek egyik törési alakjával behatóan foglalkozik Lauenstein,³⁶ a ki négy esete kapcsán a sipesont tipikus

szakított törései közé sorozza a sipesont bokaizületi végének elülső háromszög alakú törését. Eseteiben ezen törési részletet eltávolította. Közülük kettőnek a bokaizülete teljesen szabadon mozgott, egyik esetben merev izülettel gyógyult. A negyedik esetben, úgy látszik fertőzés folytán, végtagesonkítással végződött az egész kóros folyamat.

*Fries*³⁷ egy 16 éves fiúnál, a kinek letört a sipesont gumója, műttét útján megkeresi a leszakított részletet, s csontszeggel helyére szegezi. Eredménye jó.

Az ugrócsont törésének oly számos és folyton jobban ismert esetét *Morestini*³⁸ egy érdekes esettel gazdagítja. Ezen esetben a letört ugrócsont fejecse megfordult, vagyis kiszakadt az izület összeköttetéseiből, a miért is, minthogy nem tudta helyreigazítani a letört részletet, az egész ugrócsontot eltávolította. Lyonban észleltem egy ilyen esetet, hanem a sebész helyesebben fogta feladatát, mert egy kis részletnek levérese után hegyes horoggal sikerült visszaigazítani a letört részletet, a melyet sodronnyvarrattal rögzített azután; az eredmény jó volt.

A katonarvosok már régóta foglalkoztak a gyalogos katonák lábdegenatának okaival; az újabb közleményekben a kathod-sugarakkal nyerhető képek azt mutatják, hogy igen sok esetben a II. vagy III. lábközépesont törésével van dolgunk, a mint azt *Trnka*³⁹ közli. Még bővebben tárgyalja azt *Moscat*,⁴⁰ a ki szerint 54-5%-ban a II., és 36-8%-ban a III. lábközépesont törése volt jelen. A törés oka az volna, hogy a katonák a külső lábszélre lépnek, a midőn a jelzett esonatokon ferde törések, csontrepedések támadnak.

A fizcamodások kór- és gyógytanáról szóló közlések igen gyerekek, s a mi megjelenik abban, a közlők többnyire töréssel párosult fizcamodások vagy a már nagyon ismert, egyszerű fizcamodások kérdéseivel foglalkoznak; még talán a kathod-sugarak segítségével készített fényképek ismertetése a legértékesebb.

A kórtani alapon létrejövő fizcamodások egyik csoportjával *Degez*⁴¹ foglalkozik. 81 oly esetet közöl, a melyekben a fizcamodás valamely heveny fertőző megbetegedés következtében támadt. Ezen esetek közül 32 hasi hagymázzal, 24 heveny izületi csúzzal, 13 pedig vörhenyvel volt kapcsolatban. Legtöbb fizcamodás a csipőizületben támadt. A fizcamodás helyreigazítása többnyire igen könnyen sikerült. (Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Anatomisch-klinische Vorträge aus dem Gebiete der Nervenpathologie. Von Karl Schaffer. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1901.

Schaffer könyve előadások alakjában foglalkozik a tabes és a paralysis tanának sok fontos kérdésével.

Első előadásában a szerző részletesen ismerteti a neuron anatómiájának és pathológiájának mai állását. A neuronok discontinuitásáról szóló tant Apáthy és Bethe vizsgálataival megczáfoltak tartja, de egyetért Lenhossékkal abban, hogy a neuron fogalma mint fejlődéstani és trophikus egység továbbra is fennmarad. A második és harmadik előadás a direct érző neuron anatómiáját tárgyalja. Ezekben Schaffer saját vizsgálataira alapszik, a melyeket kitűnő ábrákkal illusztrál, részletesen foglalkozik a hátsó gyökök betegségeiből eredő gerinczagi degenerációkkal, előkészítve a tabes anatómiájának előadását, a mely könyve egyik legsikerültebb részének, a negyedik előadásnak képezi tartalmát. Ebben mindenütt önálló vizsgálataira és ábrázolt praeparatumaival hivatkozva, fejt ki nézeteit. Szerinte a tabes degeneratio a hátsó gyökök megbetegedéséből következik, a mely utóbbiban az infiltratio, az ér- és agyhártya-eltávolításoknak fontos szerepet juttat. Ezek az elváltozások, a gerinczagon belül látható kiterjedéséből ítélve a degeneratio, nem egyformán hatnak a hátsó gyökök minden rostjára. Schaffer kísérletekkel bizonyítja, hogy ezen rostok között kisebb és nagyobb mértékben sérülékenyek különböztethetők meg, és azt találja, hogy tabesnél a sérülékenyebbek túlnyomóan szenvednek. Egy másik előadásból tudjuk meg, hogy Schaffer nem idegenkedik Edinger hyperfunction-hypothesisétől sem, a mely bizonyos neuronoknak könnyebben bekövetkező degenerációját látszólag szintén képes némileg megvilágítani (bár ezen theoria értelmében első sorban a légzőapparatusnak kellene szenvednie!).

Ezután egy előadás a tabes klinikájával, egy a tabes-tünetek mechanizmusával és egy a tabes lefolyásával, formáival, diagnostikájával, oktanával és kezelésével foglalkozik. Nagyon emelte volna a könyv becsét, ha ez a három nagy terjedelmű és kiváló fontosságú fejezet ép oly alapos és arányosan terjedelmes feldolgozásban részesült volna, mint a tabes anatómiája. Daczára ezen kifogásnak, elismerjük, hogy az, a mi itt helyet kapott, röviden bár és túltömötten, de jól van megírva. Schaffer a tabes-syphilis-kérdésben Erb híve. Szerinte a legtöbb tabes syphiliből ered, de nem zárja ki azt, hogy vannak tabes betegek, a kik syphiliben nem szenvedtek. A tabes kéneső-kezelésében nem bízunk, de azért annak értékét illetőleg a tapasztalatok továbbsszaporításától várja a végleges döntést. A 8. és 9. előadás tárgya a paralysis anatómiája. Saját praeparatumaival alapján Schaffer a paralysisban szenvedők hátsóközépesont degenerációját a tabesekével azonosnak tartja. Szövetani és klinikai okokat hoz fel a tabes és a paralysis közötti rokonság bizonyítására. A két betegséget legszorosabban a syphilis hozza egymással kapcsolatba. A paralysis agykéregelváltozások ismertetése után igen sikerült alakban tárgyalja 10. előadásában a neurastheniát és viszonyát a paralysishez.

A könyvet betéve, azt a benyomást nyeri az olvasó, hogy sok tekintetben új és minden részében érdekes munkával foglalkozott. Nagy szó olyan könyvnel, a mely számtalanszor, mindenféle terjedelemben és

formában tárgyalt kérdéseket fejteget! Hogy ennek daczára újat és érdekeset tudott Schaffer a neuronról, a tabesről és a paralysisról írni, az annak köszönhető, hogy mindenütt saját vizsgálatainak alapján áll. A kutatásban megedzett kritikáját a nagy terjedelemben feldolgozott világirodalommal szemben jól és határozottsággal alkalmazza, és az abból merített ismeretek saját eredményeivel szervesen összefüggő egészszé olvadnak előadásáiban.

Könyvében Schaffer, kit mint búvárt és mint olyant ismertünk eddig is, a ki másokban munkakedvet tud ébreszteni és vizsgálataikat czélhoz vezet, most mint egyetemi docens is kritika alá bocsátja tevékenységét. Nyelvezete folyékony, világos. Rendszere logikus, könnyen áttekinthető.

Ezen jó tulajdonságok mellett mint hiány tűnik fel előadásainak sokszor túltömöttsége és a systematizálásnak néha talán kissé túlzott keresése. Ezek a hiányok azonban, valamint az anyagnak egyenetlen beosztása bizonyára onnét származnak, hogy megtartott előadásait a kiadás megkönnyítésére összevonta és talán sokszor meg is csonkította. Nagy elismerés illeti meg Schaffert azért a magas tudományos színvonalért, a melyen előadásait tartani tudja, daczára hallgatói azon ferde szokásának, hogy az idegkórtani magántanári collegiumokra rendszeren harmadéves korukban iratkoznak be, mikor a belgyógyászatnak, sőt a kórbonczatannak is csak a legeslegelején tartanak.

Ilyen körülmények között különösen kiemelendő sajátsága Schaffer előadásainak a könnyű érthetőség és az előadottaknak gondos kifejtése az elemi ismeretekből.

Schaffer előadásait németül adta ki. Reméljük, hogy azok a német irodalomban is meg fogják találni a megérdemelt méltánylást. Nem legkisebb érdemüket képezi azon nagy helynek kijelölése, a melyet a neurologiának felölelt fejezeteiben magyar tudósok vizsgálatainak eredményei foglalnak el. Lenhossék, Jendrassik, Apáthy, Grósz és Schaffer a külföld előtt nem szorulnak bemutatásra, de működésük közös területen mozgó részének ezen összefoglaló tárgyalása imponáló képet nyújt intézeteink tudományos tevékenységéről.

A mű kiállítása kifogástalan. A hozzá mellékelt táblák és ábrák igen jól sikerültek.

Uj könyvek: *Monti*: Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. 13. Heft: Die acuten Exantheme. Wien und Berlin, 1901, Urban und Schwarzenberg. — *Fritsch*: Gerichtsarztliche Geburtshilfe. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1900. — *Olshausen*: Beitrag zur Lehre vom Mechanismus der Geburt. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1901. — *Ebstein*: Die Medicin im alten Testament. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1901. — *Remak*: Neuritis und Polyneuritis. II. Hälfte. Wien, Alfred Hölder, 1900. — *Sticker*: Schlingenblutungen, Anämie und Hyperämie der Lunge, Lungenödem, Schimmelpilzkrankheiten der Lunge. Wien, Alfred Hölder, 1900. — *Tendeloo*: Studien über die Ursachen der Lungenkrankheiten. I. (physiologischer) Theil. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1901. — *Knaak*: Die Krankheiten im Kriege. Leipzig, Georg Thieme, 1900. — *Küttner*: Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem südafrikanischen Kriege 1899/1900. Tübingen, H. Laupp, 1900. — *Möbius*: Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Zweite Auflage. Halle a. S., Verlag von Carl Marhold, 1901. — *Pel*: Die Behandlung der krupösen Pneumonie, kritisch beleuchtet. Sammlung klinischer Vorträge. N. F. Nr. 284. Leipzig, Breitkopf und Härtel, 1900. — *Finck*: Zur Klumpfußbehandlung. Sammlung klinischer Vorträge. N. F. Nr. 285. Leipzig, Breitkopf und Härtel, 1900. — *Seitz*: Überzählige und accessorische Ovarien. Sammlung klinischer Vorträge. N. F. Nr. 286. Leipzig, Breitkopf und Härtel, 1900. — *Ribbert*: Über die Ausbreitung der Tuberculose im Körper. Marburg, F. G. Elwert'sche Universitätsbuchhandlung, 1900. — *Canliè*: Plague: how to recognise, prevent and treat plague. Cassell and Company, London, Paris, New-York and Melbourne, 1900. — *Butlin* and *Spencer*: Diseases of the tongue. London, Cassell and Co. 1900. — *Mac Adam Eccles*: Hernia: its etiology, symptoms and treatment. London, Baillièrè, Tindall and Cox, 1900. — *Noble Smith*: Paralytic deformities of the lower extremities. London, Smith, Elder and Co. 1900. — *Lewis Jones*: Medical electricity. London, H. K. Lewis. — *Robert Hutchinson*: Food and the principles of dietetics. London, Edward Arnold. — *Reginald Harrison*: Vasectomy relative to prostatic disorders. London, J. and A. Churchill.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

A chirolról. *Ecler* és *Schäffer* megtámadták a chirolt, mert *Eyler* szerint az izzadságot átbocsátja, *Schäffer* szerint pedig hamar lekopik, leszakadozik és a kézen levő bakteriumokat átbocsátja. *Kossmann* kísérletileg bebizonyítja, hogy mindez tévedés. Az izzadságceppek legfeljebb olyanoknál törhetnek át, kiknek keze igen erősen izzad, de itt is elejét lehet venni a bajnak, ha az illetők alkoholban, majd aetherben leöblítik kezüket. *Schäffer* kísérleteinél *Kossmann* szerint az volt a hiba, hogy 1. túlsóká (6—8 mp. helyett 45 mp.-ig) tartotta kezét a chirolba s így a réteg túlvastag lett s nehezen is száradt, 2. *Schäffer* kezét 50° C.-nál agar-agarba mélyesztette a bakteriumok átbocsátásának vizsgálatára, pedig a chirol már 45° C.-nál kezd hólyagzani és romlani. *Kossmann* saját, prompt végzett bakteriologiai vizsgálatai a chirol-réteg teljes inpermeabilitása mellett bizonyítanak. (Centrabl. f. Chirurg. 1900. 28. sz.)

Marikowszky György dr.

Az acetylopyrin egy új salicylkészítmény, mely acetyl-salicylsavból (aspirin) és antipyribinből áll. Fehéres, gyengén eczetsavszagú, kristályos por, melynek olvadáspontja 64—65°-nál van. Hideg vízben nehezen, meleg vízben könnyebben oldódik; könnyen oldható alkohol-

ban, chloroformban, meleg toluolban, nehezen aetherben és petrol-aetherben. Minthogy az acetopyrin a savanyú gyomornedvben nem oldódik, azért káros tüneteket a gyomor részéről nem okoz. Winterberg és Braun, kik a szert a bécsi közpórház III. orvosi osztályán közel 100 esetben próbálták ki, semmiféle kellemetlen mellékhatást nem észleltek, noha idült izületi csúsz számos esetben heteken át alkalmazták naponként 3-5 gramm mennyiségben. Mint antirheumatikus szer legalább is oly jól hat az acetopyrin, mint a salicylsav és készítményei, fájdalomcsillapító hatás tekintetében pedig felülmúlja azokat antipyrin-tartalma miatt. Rendesen 1/2 grammos porokban rendelték, melyekből hatot vettek a betegek naponként egyenlő időközökben. Súlyosabb esetekben ezélszerűbb nagyobb, 1 grammos adagokat adni, még pedig a késői délutáni órákban. A bevétel otyában történt, adható azonban cukros vízben is, a mikor kellemesen savanykás ízű ital keletkezik. Meningitis cerebrospinalis egy esetében az acetopyrin rendkívül kedvezően befolyásolta a kórfolyamatot; hasonlóképen typhus abdominalis négy esetében is jól hatott e szer a láz csökkentése, a fejfájás és levertség megszüntetése tekintetében; lehetséges, hogy a bélben szabaddá váló salicylsav desinfiáló hatása szerepet játszik ezen kedvező hatás létesítésénél, a mely abban is nyilvánult, hogy a lefolyás rövidebb lett. Végül még toxikus gastroenteritis két esetét említik szerzők, a melyekben az acetopyrin nagyon hasznosnak bizonyult, a beleket desinfiáló hatása miatt. Az acetopyrint a Hell és társa cég Troppauban gyártja. (Wiener klinische Wochenschrift, 1900. 39. sz.)

Általános kór- és gyógytan.

Az úgynevezett sterilizált tej bakteriumairól közöl tanulmányt Weber. Kimutatja, hogy a használatos tejsterilizáló eljárásokkal nem sikerül biztosan csirmentes tejet előállítani. A sterilizálás dacára nem sterilé vált tejben bakteriumok szaporodnak el, melyek azzal a sajátossággal bírnak, hogy a tehétej caseinjét peptonizálják, minek megtörténte után a tejben rothadást okoznak és kénhydrogen fejlődésére adnak alkalmat. Tudvalevőleg a nem hevített tej nem bír hajlammal a rothadásra, még pedig szerző szerint azért, mert a benne levő tej-cukor a savtermelő bakteriumok szaporodását elősegíti, a savtermelő bakteriumok pedig elnyomják a peptonizáló bakteriumokat. A tejcukor azonban ezen hatását a hevítés következtében elveszti, vagy legalább is erősen csökken az említett hatás, minek folytán a tej rothadását okozó bakteriumok elszaporodása akadálytalanul történhetik s az ilyen tej ártalmassá válik. A Flügge-féle mérgező peptonizáló bakteriumok — nem gyakran ugyan — kimutathatók a kereskedésben sterilizált tejben és a csecsemő szervezetére nézve ártalmasak lehetnek, még pedig nem annyira mérgező hatásuk miatt — noha állatkísérletek szerint ilyenl is bírnak — mint inkább azért, mert gyorsan létesítenek nagyfokú fehérjerothadást. (Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte in Berlin, 17. kötet, 1. füzet.)

Belgyógyászat.

A bromipin hatásáról és gyógyítóértékéről számol be Frieser egy egész sor eset kapcsán. Epilepsiánál, a legkülönfélébb neurosisoknál, ideges álmatlanságnál, hysteriánál, neurastheniánál, neuralgiánál, choreánál stb. alkalmazta a szert tartós, olykor teljes eredménnyel. Főként a neurasthenia cerebriális alakjainál és a foglalkozási neurastheniánál bizonyult hatásosnak. A bromipint vagy tisztán adta vagy pedig mixtura alakjában oleum menthae vagy syrup. cort. aurant. hozzáadásával, ebből 3-4 evőkanalat adott pro die. Subcutan injectiók alakjában is adagolható, még pedig rendszeren 10 gm. egyszerre és ezen alkalmazási mód mellett sem látott soha kellemetlenségeket. A befecskendések után fellépett kis tumor csak nyomásra fájdalmas egy kissé, de ez a fájdalomosság is csakhamar eltűnik, mihelyt felszívódott a folyadék. A végbélen át való alkalmazástól úgylátszik kevesebb hatás várható. Maga a bromipin, mely 10% bromot tartalmaz, olajos folyadék, mely úgy külsőjére, mint izére alig tér el a sesamolajtól, soká eltartható és hosszas állás után sem bomlik. Hatását illetőleg a bromsók teljesen pótolja, sőt olykor jobb hatású, a nélkül, hogy e szerelés mellett a legesékélyebb hátrány vagy kellemetlen tünet észlelhető lett volna. Az emésztést sem befolyásolta károsan és bromismus egy esetben sem lépett fel, úgy hogy módunkban van a bromipin adagolása által minden zavar nélkül nagy adag bromot a szervezetbe vinni és tetszés szerinti időig a készítmény szedését folytatni; így bőséges és erőteljes bromhatást vagyunk képesek kifejtetni. Eme kiváló tulajdonságok és előnyök szem előtt tartásával a bromipin valamennyi eddig ismert bromösszetétel között a legjobbnak mondható és így további kísérletezésekre és kiterjedt alkalmazásra alkalmas esetekben legmelegebben ajánlható. (Klin. therap. Wochenschrift. 1900. 21. sz.)

Hönig Izsó dr.

Ismétlődő epékólika-rohamokban szenvedő betegek kezelése. Chauffard nagyszámú tapasztalata alapján arra a meggyőződésre jutott, hogy epékóvekben szenvedő betegek belgyógyászati úton nagyon sikeresen kezelhetők, ha kellő erélyességgel és kitartással használjuk a rendelkezésünkre álló gyógyszereket és gyógymódokat, a melyek közül a natrium salicylicum, a natrium benzoicum, a harlemi olaj (fő hatóanyaga az oleum juniperi), száraz ledörzsölések, alkalikus fürdők játszószák a főszerepet. Természetesen a táplálkozás kellő szabályozására is súlyt kell fektetni és ha a körülmények megengedik, az ásványvízkúrákat is igénybe lehet venni. Számos kedvező lefolyású esete közül kettőt részletesebben ismertet. Az egyik betegnek 3 év alatt 74 rohamra volt, a melyek közül az enyhébbek, icterus nélkül járók 6-7 óráig, a súlyosabbak, icterussal társultak napokig — egy ízben 7 napig — tartottak.

Az utóbbi időben úgyszólván állandósultak a fájdalmak és a beteg 74 kiloról 54 kilora fogyott. Allapota már tűrhetlen lévén, műtéves kezeléssel jelentkezett szerzőnél, a ki azonban előbb belgyógyászati kezelést kísérelt meg, a mely a következőkből állott: tejdiaeta, eleinte kis adagokkal, kiegészítésképpen tápláló klysmák; később bőségesen tej és könnyen emészthető szilárd főtt ételek; 15 nap mulva lassú átmenet vegyes diatára, melyben túlsúlyban volt a tej és növényi táplálék a hússal szemben; naponként 1 1/2 gramm natrium salicylicum és ugyanannyi natrium benzoicum, 3 adagra osztva; hetenként két adag Harlemi-olaj (perle d'huile de Harlem); alkalikus fürdők, száraz ledörzsölések. Eleinte minden hónapban 20 napon át, későbbben 10 napon át használta beteg hosszú időn át ezen kúrát, azzal az eredménnyel, hogy több roham már nem jelentkezett, noha azóta két év mult el; testsúlya ezen idő alatt 54 kiloról 70 kilora emelkedett. Teljesen azonos volt ez eredmény a közölt másik esetben, a melynél csak az az érdekes még, hogy egy 80 esztendőes egyénre vonatkozik. (La semaine médicale, 1901. 1. szám.)

Egyes fehérnyeteteknek a diabetikusak cukorkiválasztására gyakorolt befolyásáról értekezik Stradomsky (Leyden klinikája). Két diabetikus betegnél felváltva borjúmájat, borjúthymust, tropont, plasmon adott a rendes táplálékhoz aequivalens mennyiségben. A két esetben az egyes fehérnyék befolyása a cukorkiválasztásra nem volt egyenlő. A legnagyobb mennyiségű cukor máj után választatott ki, a legkisebb az egyiknél plasmon, a másiknál tropon után. Hal után több mint hús után. A thymus-, máj- és hústápláléknál pentose-reactió is csinált, de negatív eredménnyel, a miből azt következteti, hogy a diabetikus szervezet e testekből, melyekből chemiai úton pentose előállítható, nem képez ily cukornemet, vagy pedig, hogy e cukornem elég vagy átalakul szőlőcukorrá. A N-kiválasztás a súlyosabb esetben növekedett, a középsúlyosnál normalis volt, de a cukorkiválasztással nem volt párhuzamos. A húgysavkiválasztás rendes volt, hasonlóképen a phosphorsavkiválasztás is a könnyebb esetben, a súlyosabban ez utóbbi emelkedett. Acetecetsav egy esetben sem volt jelen. (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 1900. 4. füzet.)

(—nt.)

Szülészet és nőgyógyászat.

Adatok a kúrterhesség kóroktanához. Glitsch a kúrterhesség kóroktanát két ismételt és 43 egyszeri méhenküli terhességi eset kapcsán tanulmányozta s eredményeit a következő pontokra foglalja össze: 1. A méhenküli terhesség oka nem egységes; rendszeren egy bizonyos hajlamosságról van szó, mely lehet veleszületett vagy szerzett s a mely mellett valamely alkalmi ok adja meg az indító okot a pete rendellenes megtapadására. 2. A kúrterhesség leggyakoribb oka a kúrtek s azok környezetének lobos elváltozása; minden egyéb ok ezekhez képest elenyészően csekély jelentőségű. 3. E lobos elváltozások majdnem kivétel nélkül mikroorganizmusok következményei (t. berculosis, puerperalis és gonorrhoeus fertőzés). 4. E fertőzések közül pedig leggyakoribb a gonorrhoeus infectio. 5. Az esetek túlnyomó többségében tehát a kúrterhességnek oka a tubákban vagy azok környezetében fennálló vagy már lefolyt gonorrhoea. (Archiv f. Gynäk. 60. kötet, 3. füzet.)

Neumann Szigfrid dr.

A Gärtner-féle cső méhnyaki mirigyfüggelék adenomás túltengésének esetét közli Thumim. Az eset egy 21 éves nőt illet, a kinél kétoldali genyes tubazsák miatt a méh és függelékének teljes kiirtása végeztetett. Műtét közben feltűnt a méh hüvelyi részének nagyfokú szakadékonysága, annyira, hogy az alkalmazott összes Museux-féle fogók kiszakadtak. A szövettani vizsgálat kiderítette, hogy a szövetek e nagyfokú szakadékonyságát nem rossztermészetű elváltozás, hanem a Gärtner-féle cső méhnyaki mirigyfüggelékének nagyfokú túltengése okozza, a mi, ha nagyritkán fordul is elő, mégis fontossággal bír a gyakorlatra is és különösen próbakimetszéseknél veendő tekintetbe. (Archiv f. Gynäk. 61. kötet, 1. füzet.)

Neumann Szigfrid dr.

Fülészet.

A fültömkeleg nem acustikai működéséről ír experimentalis vizsgálatai alapján R. Dreyfuss. Szerző vizsgálatait tengerimalaczokon végezte, kutatva ama jelenségeket, melyek az egyik oldali, avagy mindkét oldali labyrinth teljes kiirtására létrejönnek. A műtét sokszori végrehajtása után a dobüregnek aether-narcosisban való véres megnyitásával, sikerült szerzőnek a külső hangjárat felől, excavatorral behatolva a csigát és a félívjáratokat vérzés nélkül is kiirtani.

Egy, avagy mindkétoldali csiga kiirtása csak annyiban vezet egyensúlybba a zavarokhoz, a mennyiben a félívjáratok is megsérültek. A vestibulum és félívjáratok egyoldali kiirtásakor fellépő symptomákat Dreyfuss felosztja olyanokra, melyek az első órában lépnek fel (1-ső fokúak), a melyek az első napokban (2-od fokúak), és a melyek állandóan fennállanak (3-ad fokúak), vizsgálva e tüneteket egyfelől, ha az állatok nyugodtak, másfelől, ha activ mozgást végeznek, s ha a forgató korongon vannak, a mely esetben a különbség az egészséges állatokkal szemben még szembetűnőbb. A fősymptomák: a fej és eleinte a szemek fordítása a műtett oldal felé, nystagmus az egészséges oldal felé. Azután a gerincoszlop hossz tengelybeli elfordulása a törzs concavitásával a műtett oldalra, ugyancsak ezen oldalra óramutatószerű mozgás. Eme tünetek azután lassan visszaféjtődnek. A forgató korongon az első fokban lévő állatot bármily mozgatás által kénszerhelyzetéből és kénszerfűrgéséből ki nem hozhatni. Második és harmadik fokban lévő állatok az egészséges oldal felé rotálva úgy viselik magukat, mint az ép állatok. A műtett oldalra forgatva sem fő zshajlás, sem óramutatószerű mozgás az egészséges oldal felé nem következik be, de a műtett oldal felé irányuló nystagmus beáll.

Teljesen másképp viselkednek ama állatok, hol mindkét oldali labirintot pusztította el. Különösen szembetűnő tünet az összes akaratlagos testizmok elernyedése, az ezzel járó jelenségekkel együtt, azonkívül mindennemű szédülés hiánya. Az állatok 1—5 nap alatt elhalnak, mert a táplálékot megrágni, lenyelni nem képesek többé. Az egy oldalon műtett állatok jelenségeit összehasonlítva az ép állatokon tett megfigyelésekkel, szerző ama következtetésre jut, hogy bizonyos irányban való rotatio a túlóldali labirintot legfőbb működésében akadályozza, az ugyanazon oldalit pedig izgatja.

Végül szerző az emberi labirintusok elpusztulása után fellépő izomelornyedés tüneteit és viszonyait tárgyalja. (Pflüger's Archiv f. die ges. Physiologie, 81. kötet, 604. lap.)
Ifj. Klug Nándor dr.

Az ivjáratok működéséről ír Stenger. Szerző az ezirányú eddigi ismereteinket tárgyalva, beszámol ama betegeken eszközölt megfigyeléseiről, kiknél műtét alatt a félélvjáratok meg lettek sértve. Minden esetben először is kifejezett jellegű szédülési tünetek léptek fel, azután horizontális egyoldali nystagmus az egészséges oldal felé, subjectiv hallási érzetek, melyeket valószínűleg vérkeringésbeli zavarok okoztak. Mindeme tünetek aránylag vége elég hamar visszafelődtek.

Az állatkísérleteknél megfigyelt fej- és végtagkényszermozgásokat sohasem lehetett látni, sőt ellenkezőleg, minden mozgás czélutatlanságot árult el az évszített egyensúly helyreállítására.

Mindenestre eme tünetek csupán az ivjáratok sérülésére léptek fel, teljesen ép agy-idegrendszeri viszonyok mellett, e mellett pedig a szédülési jelenségek egész más jellegűek voltak, mint az agymegbetegedések kapcsán fellépő tünetek. (Archiv. f. Ohrenheilkunde, 50. kötet, 79. lap.)
Ifj. Klug Nándor dr.

Adat a meningitis serosa ismeretéhez. V. Hammerschlag két esetet közöl, melyekben a középfül üregeinek műtét útján való szabaddá tételekor körülírt pachymeningitis externát talált, a mely chronicus középfülgyulladásból, illetőleg a halántékcsontról eredt. Az agytünetek az egyiknél: tarkómerevség, bőrzései hyperaesthesia, fokozott inreflexk voltak, a másiknál comatosus állapot. Szerző szerint eme súlyos agytüneteket nem magyarázza a dura külső felületén talált, körülírt lobfolyamat, de visszavezethető nagyfokú intracranialis nyomás-emelkedésre, a mely állításának bizonyítását Hammerschlag a műtét eredményében véli találni. Az első esetben a spinalis punctio végzésékor 50 cm. tiszta, csiramentes liquor ömlött ki elég erős sugárban, szabaddá tétetett a középső és hátsó koponyaűr, a durát felnyitotta. Mindkét esetben a sinus összeesett volt. Az agygyomás fokozódása szerző szerint a liquor cerebrospinalis megszorodására volt visszavezethető. Mindkét esetben egy meningitis serosa internáról volt szó. A betegek meggyógyultak. (Wiener medic. Wochenschrift, 1900. 35. sz.)
Ifj. Klug Nándor dr.

A siketnémaság keletkezése és okai. F. Danzinger részletesen ismertetti Virchow ama vizsgálatait, melyeket ő a koponya-alap fejlődésére vonatkozólag egészségesen és betegeken eszközölt, a koponya-alap befolyásáról a koponya-alakra és az agy fejlődésére. Ezekre az ismeretekre támaszkodva, vizsgálta szerző a pathologia-anatomiai koponyaviszonyokat vesztülte siketnémaság eseteiben. E czélból Danzinger nagy szorgalommal, beható pontos koponyaméréseket eszközölt és ama eredményre jutott, hogy a koponya alakváltozásai siketnémaság eseteiben nagyjában a koponya-alapra szorítkoznak. Ez elváltozás pedig oly nemű, hogy a hosszátmérő, viszonyítva a szélességi átmérőhöz, megrövidült. Danzinger szemrehányással illeti a fülgyógyászat ama irányát, a melynek felfogása szerint a hallóképesség egyedül a fül hangpercepiáló készülékétől függne, és hogy a hallóképesség kiesése csupán az idegeknek vagy végkészülékeinek megbetegedésében lelné magyarázatát. Ilyen felfogás mellett sehogysem lehet megmagyarázni ama tényt, hogy siketnél született egyének hallószervének boncolatánál a hangpercepiáló készüléket teljesen bántalmatlannak találták, és hogy az anomáliát oly részekre látták kiterjedve, melyek a hallásra állítólag semmi befolyással nincsenek. (Fritz Danzinger. Die Entstehung und Ursachen der Taubstummheit. Frankfurt a. M. 1900. Johannes Alt.)
Ifj. Klug Nándor dr.

Bőr- és bujakórtan.

Gyermekek squamosus eczemájánál, enyhébb alakú eczema papulosumnál és eczema vesiculosumnál Leistkow a következő pastát ajánlja: Rp. Adipis Lanae, Zinci oxydati, Amyli aa 5.0; Vaselin. flav. 10.0; Hydrargyri oxyd. flav. 0.25—0.50. M. f. pasta. Nedvedző eczema rubrumnál és crustosumnál mullra alkalmazott zinkoxyd-ichthyolkenőcsöt használ, mely a crustákat leválasztja, a nedvedzést szünteti és hámosít. A gyakran recidiváló nedvedző eczemánál, a papulosus, pruriginosus és herpetoid eczemánál a pyrogallussavat 1/2—3/10-os Beiersdorff-féle ungu. caseinivel használja, mely igen gyorsan elastikus fedőt képez s vízzel könnyen leválasztható. Az említett kezelések naponta egyszer történnek. A pyrogallussav által esetleg létrehozott pir mullra alkalmazott zinkichthyolkenőccsel hamar eltüntethető. (Monatshefte für prakt. Dermatologie. 31. kötet, 5. sz.)
Szabóky dr.

Acetylenfényvel kísérletezett Colleville, hogy annak hatását a különböző dermatosizokra vizsgálja. Kísérleteinél oly lámpát használt, melynek két égője 80 gyertya fényének felelt meg. Az esetleges hőhatás elkerülése végett a fényt ibolyakék üvegen bocsátotta át. Őt észlelete (ulcus ex varicositate, malum perforans plantare, scrofulotikus gummák) alapján kedvezően nyilatkozik az acetylenfényről, mert eseteiben gyors gyógyulást tapasztalt. (Gazette hebdom. de médecine 5. oct. 1899, 949. l. Ref. Annales de Derm. et Syph. 1900. oct.) (Tekintve,

hogy Colleville a referatam szerint csak 80 gyertyafény erejű lámpával kísérletezett, jó, ha az eredményt skepsissel fogadjuk, addig is, míg az más oldalról megerősítést nyer. Ref.)
Póbr Ferencz dr.

A chemiai és physikai antiseptisről a trichophytiasisnál értekezett Calderone. Az 1—5:1000 sublimat-oldat még egy órán át alkalmazva sem akadályozza meg a trichophyton gombák szaporodását; csak az 5/10-os sublimat-oldat 24 órán át alkalmazva teszi a gombákat tönkre. 1—3/10-os carbolsav-oldat egy órán át alkalmazva nem akadályozza a gombák fejlődését s csak 4—5/10-os oldatnak 40 perzen át való alkalmazása mellett érhető az el. Abs. alcohol, aether, ol. terebenthini és cadinum absolute hatástalanok. A chloroform és az ac. acetium 20/10-os oldata csak 40 percz múlva akasztja meg a fejlődést, míg a perupalzsam csak 24 órai behatás után. A jodtinctura kitűnő hatású: 5 percz múlva megakadályozza a fejlődést, de a sporákat nem pusztítja el. Az acid. pyrogallicum 20/10-os oldata semmi hatást nem gyakorol a trichophytonok fejlődésére, míg a resorcin 20/10-os s a formaldehyd 10/10-os oldata csak 24 órai alkalmazás után hatnak. Az acid. salicylicum és a chrysarobin 20/10-os oldata már öt percznyi alkalmazás után megakadályozzák a koloniák fejlődését. Az említett szerek közül tehát csak a tinct. jodit, acid. salicylicumot és chrysarobint emeli ki Calderone, mint a trichophytiasis gyógyításánál először számbaveendőket. (Giorn. ital. d. malattie veneree e della pelle, 1899. p. 306. Ref. Annales de Derm. et Syph. 1900. oct.)
Póbr Ferencz dr.

Syphilis és venereás betegségek.

A gonorrhoea szövődményes megbetegedéseiről és sebészi jelenségeiről tartott előadást König, a porosz tanügyministerium által a syphilisről és gonorrhoeáról rendezett előadás-cycluson. Ezen érdekes előadásból e helyütt csak a vese megbetegedéseire vonatkozó részt ismeretjük. Előadó constatálja, hogy a vese megbetegedései gonorrhoeával kapcsolatosan nem túlgyakorlatok, többnyire pyelitis és pyonephrosis alakjában lépnek fel és pedig úgy férfiaknál, mint nőknél. Két műtett esetét említi, mindkettő keletkezésében a heveny csoporthoz tartozó. Az egyikben gyermekfejnyi daganat, feltárásnál az összenövések a daganat eltávolítását nem engedték meg, a kitárgult vesemedenczét felnyitva 1000 cm³ cloakaszagú váladékot és vizeletet ürít; a vesemedenczét a sebbe bevarrva, beteg tiszta vizeletet seceráló sipolylyal gyógyult. A másik esetben az előzőleg készített sipoly folytonos genyedése miatt a vese exstirpáltatott, a beteg teljesen tiszta vizeletet ürít és gyorsan gyógyult.

Előadó azt hiszi, hogy a megbetegedés nőknél gyakoribb mint férfiaknál; a pyonephrosisek igen nagy számban gonococcusra és vegyes fertőzésre vezethetők vissza. A terhességben sok genyes vesegyulladás fejlődik, egy részük gümös természetű, de igen sok gonorrhoeára vezethető vissza. A terhes méh ez esetben az ureter összenövéseivel a pangás okát alkotja. Ritkább a vándorvesék infectioja. Egy ilyen igen nehezen kórismézhető esetet mutat be. Az ureter megtörése volt a vizelet kiürítésének akadály, a megnagyobbodott vesét az utolsó borda és gerincoszlop által alkotott szögletbe fixálta, azóta tiszta vizelet ürül. A pyonephrosis tehát a vándorvese rögzítése által gyógyult, előadó szerint ez az első így gyógyított eset. Egy másik esetben az eltávolított vesében, a vesemedencze igen kisfokú kitágulása mellett, a kéregállományban nagyszámú genyócok találtakott. (Berl. klin. Woch. 1900, 47.)
Ráskai (Réach) Dezső dr.

A syphilis prophylaxisa szempontjából férfiaknak azt ajánlja P. Cohn, hogy a szürke kenőccsel való bedörzsölés helyett ante coitum higanyresorbint használják s coitus után valamely Hg.-szappannal mosás meg a genitáliákat (Dermatologisches Centralblatt 1900, 8. sz.)
P—r.

Az aorta aneurysma viszonya a syphilishez. Rasch a kopenhágai kórházban 28 aorta aneurysma eset közül 16 esetben biztosan, 7 esetben pedig valószínűséggel tudta az anamnesisből vagy a bonczatani lelet alapján a syphilist kimutatni. (Archiv für Dermatol. und Syphilis. XLVIII. kötet.)

A lépnek magatartását szerzett syphilisnél tanulmányozta Colombini s e tanulmányok eredményét a következőkben foglalja össze: A szerzett syphilisnél a lép megnagyobbodása rendszeren észlelhető. Ezen léptumor a syphilis többi általános tünetével párhuzamosan fejlődik, a mennyiben velük együtt képződik és tűnik el.

A syphilis primaer szakában (sclerosis jelenlétekor) az esetek legtöbbszörében a lép normalis. A lép megnagyobbodását a második, incubatio szakban észleljük, kevéssel az általános tünetek kitörése előtt. E léptumor az általános tünetek szaporodásával fejlődik, bármennyire lennének is azok; változik, midőn ezek változnak s olykor velük együtt el is tűnik. Rendszerint a lép az általános tünetek elmulása után rövidebb-hosszabb idő múlva ismét normalis nagyságát éri el.

A syphilisnél ugyanazon okok hoznak létre léptumort, mint nyirkmirigyduzzanatot; szintúgy mindkettőnek egyenlő jelentősége van. Míg a mirigyek hyperplasiája olykor jelentékeny nagyságú lehet, addig a lép megnagyobbodása mindig szűk határok közt marad s csaknem sohasem terjed a linea axillarison vagy a bordaíveken túl. A lép megnagyobbodása főleg transversalis irányban fejlődik, sokszor kizárólag befelé, miáltal a syphilitikus lép többé-kevésbé a gerincoszlophoz nyomul. Csak kis részben nagyobbodik a lép verticalis irányban. Kezelés alatt a léptumor a többi luesre valló jelenségekkel együtt visszafejlődik. (Archiv für Dermatologie u. Syph. LI. kötet, 1900.)

Sellei József dr.

Orr-, torok- és gégebagok.

A tipikus pachydermia laryngis kezelése salicylsavval. Mindkét processus vocalisra kiterjedő, borsónagyságú pachydermiánál O. Chiari klinikáján *Fein* a következő oldattal: acidum salicylicum 1.0; aqua destillata, spiritus vini dilutus aa 5.0 — három hónapig tartó esetelés után már több mint egy éve tartó teljes gyógyulást ért el. Úgy a daganat, mint a subjectív panaszok, valamint a rekedség is elmúltak és az egyén a gégét illetően teljes egészségre került. (Münch. med. Woch. 1900. aug.)

Tövelgyi Elemér dr.

A Highmor-empyemák kezeléséről értekeznek *Halle*, a Krause-féle poliklinika tanársegéde. A Highmor-üregnek a fossa caninán át végzett megnyitásával, dacára, hogy a Highmor-üreg ez eljárásnál a legmélyebben fekvő ponton (?!?) nyitják meg és az üreg belsejét jól át lehet tekinteni, az empyema csak igen kevés esetben gyógyítható meg! Az eredménytelenség főoka, hogy az obturator a melléküreget a szájuüregtől nem képes tökéletesen elzárni és ennél fogva a szájból lévő mikroorganizmusok az üregben állandóan genyedést tartanak fenn. Az alveoluson át eszközölt megnyitás az előbbi operatív eljárás minden hibáját egyesíti, annak előnyei nélkül és így csak azon esetben engedhető meg, ha egy cariosus fogról terjed át a lob a Highmor-üregre. Egyedül a Krause-féle módszerrel (az alsó orrjáratban végzett megnyitás) lehet kitűnő eredményeket elérni. Ha ez eljárással egyesek gyógyulást nem tudtak elérni, ez csak a szabálytalan módon végzett operationnak és utókezelésnek tudandó be. A Krause-féle klinikán a műtét után a Hartmann-féle clyso-pompe segítségével 30%-os steril bór-oldattal mossák ki az üreget, ezután a falakon tapadó szívósabb genyet ugyanezen műszer alkalmazása mellett légbefúvással választják le és egy még egyszeri kimosás után újlagos légbefúvással az üreget kiszáritják és végül a Kabierske-féle por-befúvóval nagyobb mennyiségű jodoformot visznek az üreg belsejébe. E jodoform-befúvások azután naponként, később minden 8—14 napon vagy még ritkábban eszközölköttek. A kimosáshoz az egész utókezelés tartama alatt csupán akkor fordulnak, ha a levegő befúvása nagyobb mennyiségű váladékot hoz napfényre. Ez eljárás előnyei, hogy a műtét narcosis nélkül végezhető. (Az alveolaris műtétnél sincs narcosisra szükség, a fossa caninán át eszközölt megnyitáskor is csak kivételesen, miután a cocain, submucosus injectio alakjában, teljesen elegendő. Ref.) Az abnormis közlekedési nyílás a száj- és melléküreg között elkerülhető. A szájból a kellemtelen geny- és jodoform-iz nem lép fel. A gyógyulás igen gyorsan, sokszor 12—15 nap alatt létrejön. Sok esetben, midőn a másik két methodus hónapok, sőt évek alatt eredményre nem vezetett, a Krause-módszer gyors gyógyulást hozott létre. Az elmondottaknál fogva minden Highmor-üreg empyemánál a Krause-féle módszer kísérendő meg első ízben és ha csak ez két hó múltán sem vezet eredményre, nyissunk utat a fossa caninán keresztül. Az első orrjárat lateralis fala néha szokatlanul kemény vagy vastag, a midőn nem a Krause-féle, hanem a szerző által konstruált troicart ajánlja, a melynél a tövis hegy nem középen, hanem a troicart egyik oldalán foglal helyet. (Keresztmetszetben a tövis derékszögű háromszög alakjával bír.) E műszer állítólag a legszilárdabb orrfalon is könnyen átsiklik.

(A szerző e cikke miatt valószínűleg támadásoknak lesz kitéve, miután ez idő szerint épen a fossa caninán át végzik legtöbbször a Highmor-üreg megnyitását és hogy ez eljárás a Krause-féle ellenében mennyi előnnyel dicsekedhetik, azt bizonyítja Hayek is legújabbán megjelent könyvében.) (Berl. klin. Woch. 1900. Nr. 35.)

Tövelgyi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvgyakorlatra.

Aranyeres csomók gyógyítására melegen ajánlja *Rauch* a naphthalan-suppositoriumokat: Rp. Naphthalani 2.0; Butyri cacao 7.5; Ceræ flavæ 2.5. Fiant suppositoria No. V. (Therap. Beilage No. 5 der „Deutschen med. Wochenschrift“, 1900.)

A dobhártya paracentesise tudvalevőleg néha oly nagy fájdalmat okoz, hogy még koncentrált cocain-oldat alkalmazásával sem szüntethető meg és pedig azért, mert a dobhártya epithelrétege a cocain behatását nagyrészt megakadályozza. *Grav* tehát megkísérelte a cocaint könnyen diffundáló folyadékokkal összekötni. Így jó eredményt látott a következő összetétel használatától: Rp. Cocaini hydrochlorici 1.0; Alcohol absol., Olei anilini aa 10.0. Még erősebb hatású a következő oldat: Rp. Cocaini hydrochlorici 2.0; Alcohol absol. 6.0; Olei anilini 14.0. Ez az oldat a középső fület is érzéktelenségre, úgy hogy segítségével ennek curettament-je is végezhető. (Fortschritte der Medicin, 1900. 12. sz.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 1. szám. *Konrád Jenő*: Az elmebetegintézetekben elhelyezett betegek elmebetegségének és az abból való kigyógyulásnak megállapításáról. *Herszky Manó*: Érdekesebb orvostudományi munkálatok az 1900. évben. *Kenyeres Balázs*: A fényképezés és a Röntgenképezés jelentősége az igazságszolgáltatásban.

Orvosok lapja, 1901. 1. és 2. szám. *Kordás József*: A tüdőgümőkör korai diagnosisa. *Temesváry Rezső*: A szülészet haladása a XIX. században. *Tauszk Ferencz*: Újabb adatok a morphium adagolásához az aggkorban. *Huber Alfréd*: A syphilis és a házasság. *Kassai Jenő*: A haemoptysis kezeléséről. *Weisz Ferencz*: Az impotentia virilis kezeléséről.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 1. és 2. szám. *K. Ullmann*: A meleg útján létesített hyperaemia gyógyhatása idült és fertőző feké-

lyes folyamatoknál. *H. Marcus*: A bél átjárhatósága bakteriumok számára. *I. Zuhr*: Morbilli pemphigoidei esete diphtheriával. *J. Kravatsch*: Adat az osztrák elmebeteg-törvényhez. Elmebeteg büntetettek elhelyezése. *R. Schmidt*: A gyomor coli- és mesentericus bacillosisa, megjegyzésekkel a tejsavbacillus-florához. *Fajersztajn*: A keresztezett ischiastünet. *O. Gross*: A cardiorenalis elméletekről. *Zweifel*: Phosphoros csukamájolaj. *Scherbak*: Szülészeti aseptikus bougie.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1901. 1. szám. *Kaposi*: Mi az ezeza? *W. Jaworski*: Ásványvizek és gyógyvizek. *J. Pollak*: A hallószervnek baleset okozta sérülései. *Albu*: Az „autointoxicatio“ szó fogalma.

Wiener medizinische Presse, 1901. 1. szám. *Neumann*: Endemikus syphilis a jelenkorban. *R. Grünbaum*: Traumatikus izomesontosodás. *M. Kahane*: Adatok a socialis orvostanhoz.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 1. szám. *Riedel*: Az epekövekről. *H. Kümmell*: A Röntgen-sugarak a gyakorlati orvostan szolgálatában. *T. Hueppe*: A modern colonisatio-törékvések és az európai acclimatisatio-képessége a tropusokban. *M. Wolff*: Jelentés a berlini tüdőbeteg-poliklinika működéséről. *Jolly*: Syphilis és elmebagok. *O. Lassar*: Syphilis és bőrbagok megkülönböztetése. *Saalfeld*: A bőrbagok általános gyógyítása.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1901. 1. szám. *L. Brieger*: Általános gyógytani megnyitó előadás. *A. Wassermann*: A természetes immunitás okai. *F. Blumenthal* és *C. Neuberg*: Aceton képződése fehérből. *Loeffler* és *Uhlenhuth*: Védőoltások száj- és körömfájás ellen. *Ráskai*: A gonorrhoeás epididymitis pathogenesise. *Dejcke*: A dysenteria aetiologiája. *W. Ebstein*: Városi és falusi hygiene. *F. Hersing*: A celluloid alkalmazásának új módja kemény kötéseknek.

Centralblatt für innere Medicin, 1901. 1. szám. *L. Ferrannini*: A központi idegrendszer és a gyomor szöveti elváltozásai a gyomor tetaniájánál. *M. Herz*: A normalis és pathologikus izomhang auscultatioja és viselkedése Thomsen-féle kóránál. (Előzetes közlés.)

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 1. sz. *O. Küstner*: Köldökzsinór-sérv műtéve az előesett májleány resectiojával. *F. Engelmann*: Protargol a Credé-féle szembeecseppentésnél. *A. Grasmück*: A női emlőmirigy túltengésének egy esete.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, 45. kötet, 1. és 2. füzet. *Jaquet*: Magaslatti klíma és vérképződés. *Hartogh* és *Schumm*: Czukorképződés zsírból. *Rosenfeld*: A bél-haemochromatosis pigmentjéről. *Rosenfeld*: A melanoidin és a jodtartalmú spongomelanoidin viselkedéséről az állati szervezetben. *Bielka von Karttrew*: A vena cava inferior egyesítése a vena portaival. *Trommsdorff*: Vizsgálatok a vér belső surlódásáról és viszonyáról az Albanese-féle gummiboldathoz. *Ellinger*: Vizsgálatok a cantharidinról és a cantharidin-immunitásról. *Hildebrandt*: Synthesisek az állati testben. 2. közlés. *Zeehuisen*: Adatok az immunitás és az idiosyncrasia tanához. Befejező közlemény.

Zeitschrift für klinische Medizin, 42. kötet, 1. és 2. füzet. *J. Sörgo*: Az aorta és arteria anonyma aneurysmáinak diagnosisa és kezelése subcutan gelatina-befecskendésekkel. *E. Aron*: A ritkított levegőben megbetegedés oka. *Thomas*: Adat a peripherikus eredetű kékkór késő alakjának ismeretéhez. *M. Bönninger*: Az emberi vér zsirtartalma és a vér zsirtartalmának meghatározása. *A. Adamkiewicz*: Erzsinterferentiák. *J. W. Runeberg*: Kopogtatási transsonantia. *Ernst Neisser*: Egyoldali tüdőatrophia és veleszületett broncheectasia. *P. Edel*: A mesterséges izzáadás befolyása a gyomornedvelválasztásra. *M. Rosenfeld*: A lymphaticus leukaemia casuistikájához. *M. Salamon*: Amatus Lusitanus és kora.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 54. kötet, 1. 2. és 3. füzet. *I. Neumann*: A syringocystoma. *W. Kopytowski*: A herpes zoster kórboncztanához. *L. Waelsch*: Bubok kezelése physiologikus konyhasó-oldat befecskendezésével. *E. Welander*: A higany-zacsókkal kezelés kérdésehez. *F. Schleissner*: Favus újszületteknél. *I. Fabry*: Dermographismus sajátos esete. *Schoonheid*: A lupus erythematosus és az elastikus rostok histopathologiája. *Pizzoli*: Adenoma sebaceum két esete. *R. Bernhardt*: Lupus termékek felszívódása himlő befolyása alatt. *R. Bernhardt*: Rituális körülmételek alkalmával létrejött gümőkóros fertőzésben szenvedő beteg állapota 14 év múlva. *L. Levi*: A syphilom kezelése a kezdeti szakban. *Marschalkó*: Plasmasejtek rhinoscleromás szövetben. *Gösta Ahman*: Megjegyzések Jordan cikkekhez a syphilis kezeléséről mercuriállal. *E. Riecke*: Ichthyosis congenita. *A. Kordan*: Venerikus bubók előfordulásának gyakorisága.

Archiv für Hygiene, 39. kötet, 1. füzet. *Sata*: A táposatorna útján való pestis-fertőzés és a pestis-bacillus viselkedése az állati szervezetben a halál után. *Trommsdorff*: A bakteriumok hozzácsokása az alexinekhez. *Durig* és *Lode*: Ismételt hideg fürdőnél végzett respiratio-kísérletek eredményei.

Archiv für Ohrenheilkunde, 51. kötet, 1. füzet. *Lucas*: A hallószerv vibratio massage-a. *Danziger*: Cholesteatoma és neuron-tan. *Panse*: A sinus megbetegedése csecsnyújtvány-felvésés után.

La semaine médicale, 1901. 1. szám. *A. Chauffard*: Az ismétlődő májkólikák praeventív kezelése. *L. Cheinisse*: Az orvosi doctrinák fejlődése a XIX. században.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1901. 1. sz. *Gilbert Ballet*: Adat a tükör-írás tanához. 2. szám. *L. Lévi* és *L. Delherm*: Szerzett generalizált teleangiectasia egy új esete.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 1. szám. *A. és L. Dekeyser*:

Orvosi szolgálat a Congoba menő belga hajókon. *M. Heger*: „En télésceopé“ kötés femurtöréseknél.

Le progrès médical, 1901. 1. szám. *Couturier*: Haskötő szülésnél. *Ardin-Delteil*: Epilepsia larvata. *Sakorrhaphos*: Patkányok kiirtása a Danysz-féle mikrobával.

British medical journal, 1901. január 5. *Robert Saundby*: Leucocythaemia. *D. B. Lees*: Acut szívtágulás diphtheriánál, influenzánál és rheumás láznál. *Nathan Raw és Frank H. Barendt*: Járványos arsenmérgezés sörivőknél. *H. E. Littledale*: Actinomycosis hominis egy esete. *Armand Ruffer és Cvendriopoulo*: A toxinok dialysise colloidiumon át. *I. A. Heaton White*: Vesekőlika esete. *Macpherson Lawrie*: Vándorvese esete májkőlika tüneteivel; nephrorrhaphia után gyógyulás. *R. de S. Stawell*: A gyomorfelekély gyakorisága nem szerint. *Mansell Moullin*: A tarsus os trigonuma mint hibaforrás skigrammok megítélésénél. *R. W. Lejtwich*: Seborrhoea kezelése benzennel. *W. E. Kirby*: Magas súlyú újszülött. *Alexander Brownlie*: Erythema nodosum kezelése ichtyollal. *I. M. Berton*: Urachus-fistula. *J. B. Hellier*: Császármetszés esete. *James Arnott*: Traumatikus epilepsia műtét után gyógyult esete. *Herbert Snow*: Méhnyomák cervicalis carcinomával szövődve. Rendkívül nagy májehinococcus.

The lancet, 1901. I. 1. szám: *John Rose Bradford*: A Bright-kór klinikai változatai. *Rickmann S. Godlee*: Actinomycosis-esetek. *Arthur H. N. Lewers*: Méhrák miatt végzett vaginalis hysterectomia 40 esetének későbbi sorsa. *James S. Collier*: Leontiasis ossea-hoz hasonló koponyadeformitás syringomyeliás állapotallal kapcsolatban, de a syringomyelia fizikális jelei nélkül. *Morgan I. Finncane*: Filariasis Fiji-n. *J. Hoggan Ewart*: Mollities ossium esete a trochanter spontán törésével. *W. Hanna*: Cobra-mérgezés esete Calmette-féle antiveneninnel kezelése. *Nathan Raw*: Membranosus oesophagitis. *Harry Campbell*: Gyógyászati reflexiók. *W. I. Collins*: A felső ajak phagedaenikus fekélye. *B. G. A. Moynihan*: Generalizált neurofibromatosis esete ál-neuromákkal a vaguson.

The practitioner, 1901. január. *A. Newsholme*: A rheumatikus láz epidemiológiája. *I. Poynton*: A rheumatikus láz kórtana. *St. Clair Thomson*: A rheumatikus láz viszonya a torokhoz. *G. A. Gibson*: A rheumatikus láz hatása a szívre. *G. F. Still*: Rheumatismus a gyermekkorban. *A. P. Luff*: A rheumatikus láz kezelése.

Hetiszemle és vegyések.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 52-dik hetében (1900. december 23-dikától december 29-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalmak.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katoná 16,220, összesen 685,340. Elveszülte 401 gyermek, elhalt 267 egyén, a születek tehát 134-el múltak felül a halálozásokat. — Születek arányszáma: 1000 lakosra: 30.4. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 20.3, az egy éven felüli lakosságnál: 15.2, az öt éven felüli lakosságnál: 14.0. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 1, pertussis 0, morbilis 7, scarlatina 6, variola —, cholera asiaticus, typhus abdominalis 5, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 7, apoplexia 7, eclampsia 10, szervi szívbeteg 14, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 46, tuberculosis pulmonum et phthisis 39, diarrhoea et enteritis 7, gastro-enteritis —, rák és egyéb újkeletűek 11, ezek közül méhrák 5, morbus Brightii et nephritis 7, rachitis 2, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 17, atrophia et inanitia 5, marasmus senilis 11, erőszakos halálos eset 11 ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 4, baleset 7, kétséges 0 (—). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi közpórházakban. A múlt hét végén volt 2876 beteg, szaporodás e héten 657, esőkkenés 753, maradt e hét végén 2780 beteg. B) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi december 24-dikétől december 30.-áig terjedő 52. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 35 (26), diphtheria, croup 11 (17), hagymáz (typhus) 4 (11), kanyaró (morbilis) 228 (255), trachoma 0 (10), vérhas (dysenteria) 1 (3), influenza — (—), hőkhurut (pertussis) 19 (18), orbáncz (erysipelas) 17 (18), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (1), ezenfelül varicella 60 (66).

< **Kérem a tisztelt kartárs urakhoz.** Tisztelt kartársaimhoz a fővárosban és vidéken azzal a kéréssel bántok fordulni, hogy szíveskedjenek a fejlődéstan sikeres egyetemi tanítására és ápolására irányuló törekvéseimben alkalom adtával embryologiai anyag beküldésével támogatni. Míg az állatok fejlődésének tanulmányozásában — legalább sok alakra nézve — az anyag gyűjtése nagyobb nehézséggel nem jár, a mennyiben az embryologus részben maga gyűjtheti vagy gyűjtetheti a fejlődési alakokat a szabad természetben, részben az intézet keretén belül is előteremtheti azon feltételeket, melyek a megfelelő anyag szerzésére szükségesek: addig az emberi embryologiában, a fejlődéstan és nevezetesen a kivált orvosi szempontból fontos fejezetében a jól conservált s tudományos feldolgozásra alkalmas embryok nyerése már sokkal nagyobb nehézségekkel küzd, a mennyiben itt az embryologus saját hatáskörén és buzgalmán kívül eső feltételekkel áll szemben s teljesen kartársai jóindulatára s a tudomány iránt való érdeklődésére van utalva.

Nagynevű elődöm Mihalkovics tanár embryologiai bűvárkodásait nagyban előmozdította az a támogatás, melyben őt a hazai kartársak ez irányban részesítették. A tanszék átvételénél a fejlődéstanak nemcsak oktatása vált kötelességemmé, hanem feladatommak ismertem az elődömtől nálunk meghonosított traditióknak folytatását, azaz a fejlődéstan önálló tudományos ápolását is. Bizalommal fordulok tehát tisztelt

telt kartársaimhoz, remélve, hogy tölem sem fogják megvonni azon támogatást, melyben elődömet részesítették.

Nagyobb értéke reánk nézve csak az első három hónapból származó embryoknak van, azaz azoknak a stadiumoknak, melyekben az embryo nem hosszabb 8—9 cm.-nél, a magzattömlő nem nagyobb kisöklőnél. Az embryok fixálására nézve, kivált ha azok csak postai küldemény alakjában kerülhetnek az embryologus kezébe, igen jó médiumot birunk a formalinban, mely 10%-os oldatában az embryokat nemcsak természetes alakjukban fixálja, de a mikroszkopiai feldolgozásra is alkalmasá teszi. E folyadéknek oly áthatoló képessége van, hogy a magzattömlőt (deciduát, choriont, amniont) meg sem kell nyitnunk, hanem elegendő, ha a tömlőt, mely abortus alkalmával kiküszöböltetett vagy a mely műveleg eltávolított, felnyitvatlanul helyezzük a kereskedésben kapható formalin 10%-os oldatának bőséges mennyiségébe. Formalin híján erős borszesz vagy tömény sublimat-oldat is használható az embryok fixálására, de már ezek alkalmazásánál észszerű a choriontömlőn egy kis nyílást ejteni. Természetes, hogy intézetem kész örömet hajlandó az embryok küldésével járó költségeket megtéríteni s esetleg az üveget visszaküldeni.

Budapest, 1901. január 6-dikán. I. sz. anatómiai és fejlődéstan intézet (Budapest, IX., Tüzoltó-utca 58.) *Lenhossék Mihály* dr. e. tanár.

— **A budapesti kir. orvosegyesület** f. hó 7-dikén *vendékvárosi* közgyűlést tartott, melynek egyetlen tárgya a választó közgyűlésen függőben maradt választmányi tag választás befejezése volt. Amaz ülésen *Kéty Károly* és *Vidor Zsigmond* tagtársak egyenlő szavazatot kaptak. Kettőjük közt a szűkebb választást akkor megejteni nem lehetett, miután az idő előhaladta miatt sokan eltávoztak, a gyűlés határozatképtelen maradt. Az újra megejtett szavazások *Kéty Károly* 208 szavazattal 34 szavazat ellenében választmányi tagul megválasztott.

+ **Leitner Vilmos** dr. a Stefánia gyermekórház szemész-főorvosa, lakik 1901. január 1-je óta: VIII., *Rökk-Szilárd-utca* 32.

× **Högyes tanár Pasteur-intézetében** 1900. december havában 174 veszett vagy veszettségre gyanús állat marta egyén (131 magyarországi, 38 horvát és szláv, 2 boszniai és hercegovinai, 3 szerbiai) nyert antirabikus védőoltást. 167 egyént kutya, 6-ot macska, 1-et borjú marta meg. Évi folyó szám: 2168, egyetemes folyó szám: 14,454.

+ **Tauffer tanár szülészeti poliklinikumának** segélyét 1900. december havában 111 esetben vették igénybe 72 műtéttel. Az esetek múlt évi folyó száma: 1606-tal végződött.

□ **A budapesti általános poliklinika** a múlt hónapban 2325 esetben 9477 rendelést tett. Laboratoriumában 85 vizsgálat történt.

√ **Pestis-hírek.** *Konstantinápolyból* jelentik, hogy ott egy 42 éves hajóslegény a stambuli orvosi iskola kórházában pestisben meghalt egy heti betegség után; a szükséges intézkedéseket a baj lokalizálására megtették. *Smyrnában* három pestis-haláleset fordult elő. *Glasgowban* a pestis teljesen megszűnt, a kereskedelemügyi miniszter a belügyminiszterrel egyetértve az onnan jövő hajóknak orvosi megvizsgálását megszüntette.

Hibaigazítás. A „Közpórházi Orvostársulat“ közgyűléséről múlt számunkban megjelent tudósításból tévedésből kimaradt, hogy az ünnepi előadást *Temesváry Rezső* dr. tartotta e czímen: „A szülészet haladása a XIX. században“.

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénis iszapfürdő, melynek 520 m²-méter nagyságú természetes forrásmedencéiben az ásványvíz naponta négyszer megújul, **lokalis iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kifűző szállalák. Vendéglő saját konyhában. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.



Magyarországi főraktár: **Budapest, V., Zoltán-utca 10.**

Eladó vagy bérbeadó Budapesten a város centrumában, jól jövedelmező, modern berendezésű **vízgyógyintézet**; remek svéd-gymnastikai teremmel és inhalatoriummal. Bővebb felvilágosítást ad **Blockner J. hirdetési iroda** Budapest, IV., Sütő-utca 6.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A Budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. (XXV. ülés 1900. évi márczius hó 6-dikán.) 31. lap.

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XXV. ülés 1900. évi márczius hó 6-dikán.)

Elnök: Kézmárczky Tivadar; jegyző: Tóth István.

1. Elnök megnyitja az ülést és a jegyzőkönyv hitelesítésére Kubinyi és Walla tagokat kéri fel.

2. *Temesváry Rezső* titkár jelenti, hogy a múlt ülésen kapott megbízásnak már megfelelt s a különböző könyvtárakban levő szülészeti és nőgyógyászati, valamint a rokintudományok körébe vágó egyéb szakmunkák czimeit czédula-katalogus alakjában összeállította.

Van összesen 1325 munka; ebből az Orvosegyesületi könyvtárban: 436, a Gynaekologikus szakosztály könyvtárában: 7, az Orvosi-kari tanártestület könyvtárában: 499, az Egyetemi könyvtárban: 324 s a Természettudományi társulat könyvtárában: 59.

Bemutatja a katalogust. Indítványozza, hogy a titkár gondoskodjék újabb könyvek beszerzéséről s hogy a tagok ugyane célból egy indítványkönyvbe írják be az általuk óhajtott könyvek címét.

Elnök indítványára a szakosztály a titkárnak buzgó működéséért jegyzőkönyvi köszönetet szavaz és indítványát elfogadja.

A) Előadás.

A Hofmeier-Kaltenbach-féle placenta praevia-theoria támogatása készítménnyel.

Kubinyi Pál: Hofmeier volt az, a ki legelőször a hallei congressuson (1888. május) új felfogással definiálta a placenta-praevia anatómiai lényegét. Szerinte az nem a petének a méh körébe való bevonatása által jön létre.

A II. sz. szülő és nőbeteg klinikán 1899. november 17-dikén egy a terhesség 5-dik havából származó pete ürült ki abortus útján. Placentája praevia volt s támogatja a Hofmeier-Kaltenbach nézetét. 22 éves III. P. egyéntől származik, a ki a terhesség 5-dik havában vétette fel magát, miután két hó óta vérzett. Ennek oka gyanánt plac. praeviát ismerünk fel, a mely a szűken 2 ujjnyi méhszájat csaknem befedi, csupán elől van egy kis burok. A lepény alsó része nem tapad a méhfalhoz, sőt ott sima a méhfala, nem érdes, mint volna akkor, ha levált volna. A pete sértetlen állapotban ürül ki. A lepény igen nagy, úgyiszólván a pete $\frac{2}{3}$ részét befedi, csak mintegy ablakot hagyván szabadon. Alsó része nem tapad a méhfalhoz, hanem mintegy szabadon lóg s azon az oldalon, a mely a méh felé néz, vagyis a cotyledós felületen csaknem tenyéryni decidua fedte.

A lepény nagyságára vonatkozólag Hofmeier bizonyos arányt talált a terhesség különböző idejében a lepény és a méh belfelületének nagysága közt: és pedig a 2-3-dik hétben a lepény területe a méhfelület $\frac{1}{15}$ -e, a 8-dik hétben $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{4}$ -e, a 4-dik hóban $\frac{1}{3}$ -a. Esetikben a petefelület több mint $\frac{2}{3}$ -át borítja a lepény, tehát rendellenesen nagy.

Ismerteti a kérdés történetét a régi Hunter-féle nézettől kezdve, továbbá Hofmeier és Kaltenbach készítményeit, a melyek az új elmélet alapját képezték s kiemeli a hasonlóságot, a mely Kaltenbach egyik készítménye és a jelen praeparatum közt van.

Majd a fejlődéstan szempontjából bírálja, kiterjeszkedve főként a lepény növekedésére. (Gottschalk munkálatai.) Chronikus endometritisnél megvan ahhoz a feltétel, hogy a petefelületen nagyobb kiterjedésben maradjanak meg a bolyhok, a mennyiben a hypertrophias deciduában jobban táplálkoznak. Ez által nagyobb lesz a lepény a rendesnél. Ezt elősegíti az ébrény táplálékszükséglete is, a mely a beteg endometrium mellett hiányos, miért is vicariálólóg nagyobb területen marad meg a hajszáledényhálózat. Lehet, hogy még így sem kap elég táplálékot az ébrény, szíve pedig nem képes nagyobb területen fentartani a keringést, elhal s bekövetkezik az abortus. Az ilyen nagy lepény praeviává lehet akkor is, ha magasabb helyen tapad, az által, hogy a méhszáj fölé ér.

Ismerteti a különböző lepényformák lényegét, így a plac. marginatát, a mely gyakran van együtt placenta praeviával s oka lehet az abortusnak.

Schröder klinikai tapasztalatokkal is támogatta a Hofmeier-Kaltenbach nézetét. Kitér a Hofmeier-Ahlfeld-féle polemiára s bírálja Ahlfeld ellenvételeit.

Hofmeier sem tagadja a pete mély tapadását, csupán magán a méhszájon való tapadást s a méhszájat áthidaló lepényrészt a reflexából származtatja, továbbá a plac. praev. képződésnek azt a módját is hangsúlyoztatja, hogy magasabban tapadt lepény is a méhszáj fölé nyulhatik s praeviává lehet. Hogy a belső méhszáj tája töleszerű ür s így a burkoknak, a melyek folyadék által kifizítve gömbalakot igyekeznek felvenni, át kell hidalniok a tölesért, Bayer nemcsak a belső méhszájra, hanem a tubasarkokra is bebizonyította. Ahhoz, hogy a pete megtapadhasson a belső méhszájon, annak elzáródása szükséges; már pedig Hofmeier három praeparatummal rendelkezik, a hol a terhes méh belső

méhszája nyitott volt. Hozzá Gottschalk kimutatta, hogy a cervix és a belső méhszáj táján nem képződik decidua. Itt tehát nem is fejlődhetik placenta, vagy csakis az áthidaló reflexában, sőt kimutatta, hogy épen endometritisnél, a hol a lobos folyamat megkeményítette a verát, a bolyhok a reflexát használják fel a proliferatorra.

Keilmann szerint a plac. praevia az által jön létre, hogy az allantois, tehát a köldökzsinór mélyen tapad.

Herff szerint a petének a belső méhszáj táján tapadásából is lehet placenta praevia, midőn a belső méhszáj táján összetapad a decidua, úgynevezett reflexaserotinat képezvén. Ő ezt primaer placenta praevia-képződésnek nevezi, szemben a másik móddal, a hol a placenta magasabban tapad, de mélyen lenyulik. Ilyenkor a belső méhszáj-táji rész szerinte is reflexaplacenta.

Ujabban Ponfick is közölt esetet, a hol a belső méhszáj felett 4-5 cm.-nyire el van a placenta válya a méhfaltól, úgy mint a reflexaplacenta.

Az úgynevezett cervical placentát magyarázza Küstner, itt ugyanis a méhnyakba is benyúlik a levált alsó placentalrész, ott másodlagosan megtapad.

Ponfick szerint ebből lesz a placenta praevia.

Ezek a különféle nézetek.

Leginkább beillik a Hofmeier-Kaltenbach-féle magyarázat. A régi nézet nem magyarázza meg a különféle alakú placentákat, sem a placenta succenturiatát, pedig ez is lehet praevia, mint Strassmann esetében, a hol elvérzé-i halált okozott. Jelen esetben a placenta abnormis nagyságú. Végeredményben ez, valamint az a körülmény, hogy a lepény alsó része nem tapad a méhfalhoz, hogy a méhfal itt sima volt s hogy a lepény ezen, a belső méhszáj fölé eső része a cotyledós felszínen deciduával volt borítva, bizonyítják, hogy az alsó vagyis praevia rész reflexaplacenta volt.

Kézmárczky köszönetet mond az előadásért. A felhozott adatok minden esetre nagyon tekintetbe veendőek, de még nem bizonyítók.

Tuszkai megjegyzi, hogy Hofmeier praeparatumán a placenta és méh fala között üreg volt. Ha azonban a reflexa így elválna a méhfaltól, hogyan jön létre a placenta. Szükségesnek tartja a szöveti vizsgálatot különösen azon szempontból, hogy a placéntában megvannak-e a serotina hajszáledényei és ha ezeket megtaláljuk, akkor mondhatjuk, hogy csak akkor képződik lepény a reflexán, ha kellő időben az uterus falához tapad. A nomenclaturára nézve ajánlja az újabb kifejezéseket: a serotina helyett membr. basilaris, a refl. helyett pedig capsularis.

Kubinyi a praeparatumot főképp azért mutatta be, mert igen hasonlít Kaltenbachéhoz. Tuszkaival szemben megjegyzi, hogy említette Gottschalkot, a ki szerint a plac. praev. képzésében nemcsak a reflexa, hanem a vera is részvesz. Másrészt Herff magában a reflexában is dús edényzetet mutatott ki.

Kézmárczky: Természetesen csak úgy képződhetik placenta, ha a reflexa a verával összetapad. Az új nomenclaturát már használjuk; a régít azonban egyszerre kiküszöbölni még sem lehet, annál is kevésbbé, mert az új szók általánosságban elfogadva még nincsenek.

B) Bemutatók.

I. Magasfogó esete.

Kubinyi Pál: 1900. február 27-dikén este 10 órakor magasfogóval fejezte be a szülést egy 28 éves V. P.-nál, a kinek I. terhessége koraszülés, a II. és III. abortussal végződött; a IV. kiviselt terhesség, elhúzódó szülés, a melyet az élő magzat koponyájának megfűrésztelével fejezett be a szülészeti poliklinikum, mivel órákon át nem észleltek magzati életjelenségeket s halottnak vélték azt. A jelen terhesség végén február 26-dikán délután 1 órakor támadtak szülőfájások. Medence egyaránt szűk, igen vaskos csontú. Conj. diag. 10 $\frac{3}{4}$. II. Koponyafekvés, 2 ujjnyi méhszáj, burok ép, fej a bemenet felett. Három ujjnyi méhszáj mellett reped meg a burok. Fő fájások. Ellenőrizzük az anya állapotát (hő, pulsus) és a magzat szívhangjait. A burokrepedéstől számított 10 $\frac{1}{2}$ órai erős vajudozás után a fej fájdalomszünetben még mindig kimozdítható s a tünőfélben lévő méhszáj mellső ajka oedemás. Fej fájások alatt beilleszkedik a fej a bemenetbe, harántul futó s a bal ferdéhez közeledő nyilvarrattal, mélyen álló kis kutacskaival, hyperflexioban, az egyaránt szűk medence követelményeképen. A magzatvíz elfolyása óta 20 $\frac{1}{2}$ óra telik el, mialatt a mellső méhszájsarlót annyira odacsippte a fej a medencéhez, hogy mintegy 5 cm.-nyi nyelvalakú darabja levált s belóg a hüvelybe. Hő 37.6, pulsus 104. Fájások renyhék, szivhangok tompák, lassúak, arythmiásak. Magzatvíz iszapsűrűségű, zöldesbarna, meconidummal kevert, a fej kiemelésekor bőven ürült. A levált méhszájlebens jellemzi a lágyrészek nagyfokú nyomatását. A vastagesontú, egyaránt szűk medence olyan akadály, a melyet az erős fájások a fej kedvező beilleszkedése és alakulása mellett sem tudtak legyőzni, 33 órai vajudozás után s 20 $\frac{1}{2}$ órával a magzatvíz elfolyása óta egy 4-szer szülőnél. A lágyrészek tartós nyomatása veszélyt rejt magában az anyára nézve, a ki különben is kezd kimerülni, s e mellett az iszapsűrűségű magzatvíz, rossz szivhangok a magzat közeli elhalásával fenye-

getnek. Ugy az anya, mint a magzat érdekében indokolt tehát a szülés befejezése. Meglévően a feltételek, fogót alkalmazunk a bemenet felett álló fejre. A Simpson-féle fogót a haránt átmérőben tesszük fel. Két erőyes húzással sikerül áthozni a fejet, a mely az üregben forog a fogó kanálai közt. A homlokudorokig a fogóval emeljük ki, azontul levéve a fogót, Ritgen szerint a végbél felől fejtjük ki az arezi részt. A lepény 10' mulva enyhe nyomásra távozik. Méhíri mosás 6 liter steril vízzel.

A méhszaj lecsipett része a húzáskor kiesett a hüvelyből. Hólyag, valamint a hüvely és a gát épek, csak zúzódások vannak.

A magzat élő, érett leány, 50 cm. hosszú, 3560 gr. súlyú s 30 cm. fejkerületű (nagy megnyulás). Igen keményesontú fej, a melyen jól látszik az egyaránt szűk medencéhez való alakulás, az állnyakszírti átmérő irányában való nagyfokú megnyulás. Láztalan gyermekágy.

Bársony János: Örömmel konstatálja a szép eredményt, ő azonban a prophylaktikus fordítást tartotta volna szükségesnek.

Tóth István: Azok, kik elvből a fordítás hívei, azt végezték volna. Hasonló szűkülettű medencéknel azonban megkímélhetjük ettől a nőt, mert a szülés még spontán is lefolyhatik. A magasfogóval pedig kitünő eredményeket érhetünk el és jóformán teljesen veszély nélkül.

Kubinyi: A prophylaktikus fordítás legnagyobb hátránya, hogy az utoljára jövő fej nehézségeket okozhat.

II. Három laparotomia.

a) Fibromyoma corporis uteri intraligamentosum.

Walla Béla: G. J., 46 éves, cipész neje, felvétel 1899. július 18-dikán. Első tisztulása 14 éves korában, 4 hetenki 7—8 napig tartott. Utolsó tisztulása július 8—15-ig. VII. Partus. I. P. 22 év előtt. Utolsó szülés 1½ év előtt. Az első hat rendes, a 7-dik abortus volt. A gyermekágyak rendszeren folytak le. A beteg eladja, hogy abortusa óta hasa eleinte lassan, az utolsó három hónapban gyorsan növekedett. Most albai és deréktáji fájdalmai vannak. Havi baja az utolsó hónapokban valamely profusabb. Status praesens: A hasat szabálytalan alakú dudorzos tumor domborítja elő, mely fölfelé két ujjnyira megközelíti a proc. xyphoideust, lefelé a kis medencébe nyúlik be. A daganat cystosus consistentiájú, csak hogy nem mindenütt egyenletesen: egyes helyeken feszebb, másutt puhább, fluctuatio nem észlelhető. A daganaton közvetlenül a köldök fölött ujjnyi vastag köteg tapintható, mely balra körülbelül 20 cm. hosszúságban követhető. Ezen köteg az ujj alatt kissé ugrik és mérsékelten érzékeny. Maga a daganat nem érzékeny és csak kis mértékben mozgatható. A vulva tátong. A bal és hátsó hüvelyboltozatot mélyen ledomborítja egy cystosus tumor, mely a hasban tapintott tumor mozgását mérsékelten követi. A portio vaginalis erősen elvált és teljesen jobbra tolt. A portio folytatásaként lapos köteg tapintható, a mely a tumor jobb oldalán a köldök magasságában fekvő gyermekökölnyi göbbe (méh) látszik átmenni. Ezen göbötől mindkét oldalt kötegek húzódnak a tumorra.

Diagnosis: Cystoma multiloculare ovarii sinistri.

A másnap végzett laparotomiánál kiderül, hogy a jelen állapotban méhtestnek vélt göb tényleg a méhtest, mely a tumorral összeforrta és csak mellső falával és fundusával emelkedik ki abból. A méhtest sarkaiból a kissé megvastagodott tubák húzódnak a tumor fölött. A tubák alatt mindkét oldalt egy nagy oedemas ovarium van. A bal oldali lig. infund. pelv. közel két ujjvastag, vízenyösen duzzadt, tágult erekből kékesen áttünő, megnyúlt és a tumor fölött egész a köldök tájáig húzódik. A peritoneum parietale a medenczebemenet magasságában áthajlik a tumorra. Az intraligamentosusan fejlődött tumort kigördítjük a hasselel, tokját felhasítjuk és azután kihámozzuk. A kihámozás könnyen sikerült, a tumor csak épen a méh hátsó falával volt valamivel szorosabb összefüggésben. A méh szövete ezen a helyen erősen roncsolat és erősen vérzik, úgyanyira, hogy a vérzescsillapítás céljából a méhet is el kellett távolítani. Két oldalt lekötjük a lig. inf. pelv.-okat és a lig. rotund.-okat. Ezek átvágása után letoljuk a hólyagot, lekötjük az uterinákat és most a méhet a vagina fölött amputáljuk. A méh csonkjából kimetszünk egy éket, a nyert sebfelületet egyesítve, zárjuk a can. cervicalist. Erre ráborítjuk a mellül készített peritonealis lebenyt. Majd a tumor peritonealis tokját dohányzacskóvarrattal egyesítve, a tumor ágyát is extraperitonealisán helyezük el. Ezután bezárjuk a hasat.

A műtét után az első 14 napon a beteg több ízben lázas, a hő 38.4-ig emelkedik fel. A 14-dik napon túl láztalan. A betegnél a tumor ágyának megfelelő helyen a bal hüvelyboltozatot ledomborító ökölnyi haematoma keletkezett, a mely azonban négy héttel a műtét után, midőn a beteg gyógyultán távozott, felszívódott.

Az eltávolított daganat, emberfejnyi ovoid alakú, dudorzos, egyes helyeken kifejezetten cystosus, másutt izomtáplátatú. Felmetszése után kiderül, hogy nem multilocularis cystával van dolgunk, hanem subperitonealis fejlődésű myxomás degenerationnak indult sokgöbű myomával, a mely a méhtest hátsó falából indult és körülbelül tallérnyi területen volt azzal összefüggésben. A diagnostikus tévedést azon körül-mény magyarázza, hogy a cystosus degeneratio leginkább a tumor felületén és legkifejezettebben a hüvelyboltozatot ledomborító részleten fejlődött ki. Ezen eset is bizonyosságul szolgálhat Olshausen azon nézetének, hogy myxomás degeneratiót leggyakrabban subperitonealisán fejlődött myomáknál találunk.

b) Kystoma papilliferum ovariorum utriusque.

J. J., 31 éves, cipészegéd neje, felvétel 1899. június 14-dikén. Első tisztulását 15 éves korában kapta meg négyhetenként 4—7 napi

tartammal. Utolsó tisztulása június 5—10-ig. Háromszor szült: először 12 év előtt, utoljára 5 év előtt. Szülések és gyermekágyak rendesek voltak. A beteg eladja, hogy utolsó szülése óta daganatot vesz észre a hasában, mely két évig neki semmi nehézséget nem okozott, később azonban nehezebb munkánál miatta fájdalmai voltak. Fél év óta hasa gyorsabban nő és nehéz légzése van.

Status praesens: A has, főleg annak jobb fele teriméjében erősen megnagyobbodott. A lumbáltájak kidülledtek. Kopogtatáskor csak a gyomorgödörben nyertünk dobos hangot. A hasban két emberfejnyi tumor tapintható, a mely a bal bimbóvonal meghosszabbításának megfelelő helyen mély barázda által két részre osztott: egy nagyobb jobb-oldalira, a mely sima felszínű cystosus és egy kisebb bal oldalira, mely dudorzos felszínű és kemény. A tumor könnyen mozgatható, nem érzékeny. A daganaton kívül a hasban nagy hullámú fluctuatio van. Vagina középtág. Portio vaginalis elevált és kissé balra helyezett, méhtestet kitapintani nem sikerül. A tumor a hüvelyboltozaton keresztül csak nehezen érhető el.

Diagnosis: Tumor ovarialis, ascites.

A három napra reá végzett laparotomiánál kiderül, hogy kétoldali ovarialis daganattal van dolgunk, a daganatok az erősen elevált méh mögött egymással összenöttek, és a méhvel rövid húros kocsányokkal függnek össze. A jobboldali nagyobb tumor punctioja után kigördítjük a két tumort a méhvel együtt a hasselel és minthogy a rövid kocsányok miatt a a tumorok külön eltávolítása kivihetetlen, azokat a méh resectiojával egyszerre távolítjuk el. E célból lekötjük két oldalt a spermaticákat és a lig. rot.-okat, azok átvágása után letoljuk a hólyagot; a lekötésekkel tovább haladva, lekötjük a méhet s jóval a belső méhszaj fölött átvágva, tumorokkal együtt eltávolítjuk. A méh csonkjából kimetszünk egy éket és az így nyert sebfelületet egyesítésével zárjuk a hátramartat méhüreget. Ezután az egész csonkot a mellül nyert peritonealis lebennyel fűdjük és a hasat bezárjuk. A beteg három heti láztalan reconvalescentia után gyógyultan távozik.

Az eltávolított daganat kétoldali papillomás ovarialis cysta. A kisebb baloldali daganat ürét papillomás massák teljesen kitöltik, sőt tenyéryi területen ezek át is törték a cysta falát. E tumor fölött a megnyúlt és szabadon végződő tuba húzódik. A jobboldali emberfejnyi cysta belfelületén kisebb csoportokban vannak papillomák elhelyezve. A tumor tetején még ovariumrészlet s e fölött a rövid megvastagodott tuba van. A két daganat a méh mögött kis tenyéryi területen egymással szorosan összenöt, de úgy, hogy a méh hátsó falát szabadon hagyják. A két tumor összenövési helyén savós hárttyát nem találunk, csupán csak kötőszövetet. A savós hárttya az összetapadás fölött az egyik tumorról a másikra hajlik át.

c) Kystoma multiloculare papilliferum ovarii sinistri intraligamentosum. Papilloma tubae et haematosalpinx lat. dextri.

K. E., 51 éves, vendéglős neje, felvétel 1900. február 16-dikán. Első tisztulását 20 éves korban kapta, mely négyhetenként jelentkezett három napi tartammal, utolsó tisztulása 3½ év előtt volt. O. P. Hasa baja elmaradása óta hasa lassan, de állandóan nagyobbodik, daganatot érez benne, a mely most az utolsó hetekben fájdalmakat és nehézlégzést okoz neki.

Status praesens. A has egész teriméjében megnagyobbodott, legnagyobb kerülete 108 cm. A hasat egészen kitölti egy több dudort alkotó, szabálytalanul gömbölyded tumor, mely nagyobbára feszes, csak alig elastikus, kis hullámú fluctuatiót mutat. Jobboldalt alul kis gyermekfejnyi lapos gömbölyded részlet jobban különvált, simább, puhább, a főbb tumoron kissé mozgatható.

Vagina középtág, felfelé szűkülő, bal boltozata le van domborítva a nagy tumor alsó polusától, mely sima, puha s a melyre kívülről a fluctuatio áterjed. Portio jobbra toltva és felhúzza, nehezen érhető el, folytatása nem tapintható.

Diagnosis: Kystoma multiloculare ovarii sinistri intraligamentosum et simplex ovarii dextri.

A február hó 26-dikán végzett laparotomia alkalmával kiderül, hogy a nagy tumor felső részlete szabad, alsó részlete intraligamentosus elhelyezésű. A peritoneum áthajlása baloldalt a spina ant. sup. fölött két ujjnyira van. A méhet nem találjuk. A jobboldali kisebb tumor úgy látszik, hogy a nagy tumoron ül. Most megpungáljuk a nagy tumor felső részét, a mely kissé véres savót tartalmaz. A daganat nagy részét a hasselel elé húzzuk és most lekötjük a kis tumorhoz futó lig. infund. pelv.-ot és azt átmeteszük. Majd felhasítjuk a nagy tumor peritonealis tokját és nagy fáradsággal kihámozzuk annak a belek alá és a hüvelyboltozatra lenyúló részletét. A kihámozás közben kiderül, hogy ez a nagy daganat szétárva a lig. lat. lemezeit, a méhet hátulról körülötte és szorosan hozzá tapadt, úgyanyira, hogy a méhvel mintegy közös tumort alkotott. A daganat lehámozása a méh faláról csak nagy erőmegfeszítéssel kezdhető meg s a méh oly fokú roncsolásával és vérzésével jár, hogy azt a már úgy is idős nőnél visszahagyni nem volna tanácsos. Eneklfogva a tumorokat a méhvel együtt távolítjuk el.

A húgyhólyagot még jobban letoljuk s ezután a cervixet és a még le nem kötött parametrium részletet három egymással összekapasz-kodó catgutfonállal lekötjük. Ékalakúlag kimetszve a méhet, eltávolítjuk azt a tumorokkal együtt. Most összevarjuk a cervix sebet, ráborítjuk a mellső peritonealis lebenyt, majd b. o. a tumor ágyát, a melynek alapján a lecsupaszított ureter 10 cm. hosszúságban szabadon fekszik, a peritoneumnak egyesítésével zárjuk. Ezután egyesítjük a has sebet. A beteg ma 8 napos, eddig teljesen láztalan, pulsus 92—100 között ingadozik, állapota teljesen kielégítő; csak a bal hüvelyboltozatot dombor-

ritja le körülbelül ökölnyi haematoma, mely eddig semmiféle tünetet sem okoz.

A baloldali nagy tumor multilocularis, részben papillomás cysta, a mely szorosan összetapad a méh bal és hátsó falával. A baloldali tuba a tumorról teljesen összeforrt, úgy hogy macroscopice ki nem mutatható. A jobboldali tumor a kitágult és vérel kitöltött tuba, a melynek belfelületén elszórtan papillomás növedékek láthatók. A jobboldali ovarium rendes nagyságú, benne néhány papillomás massával kitöltött lencsenyi üreg van.

III. Méhenküli zsák átfúrása vaginalis incisionál.

Lovrich József: A haematokela miatt végzett vaginalis incisio egyik súlyos complicatioját képezi a műtét alatt a méhenküli zsák átfúrása a szabad hasú felé; ennek esetét kívánom az alábbi esetben ismertetni, mely egy 35 éves IV. P.-nál fordult elő, kinek előbbi szülései rendes lefolyásúak voltak. Mult év november havában öt heti késéssel a nő újra vérezni kezdett; vézése 1—2 napi szünettel november 24-dikéig tartott. Hányás és kínzó hasgörcsök miatt kereste fel kórodánkat a nő.

Felvétele alkalmával köldökig érő haematokela retrouterinát lehetett a nőnél kimutatni. A tumor elastikus, alsó polusa a hátulsó boltozatot mélyen ledomborította. Az első napokban megéjtett vizsgálat után shockszerű tünetek léptek előtérbe, hasgörcsökkel, többszöri hányással, nyugtalansággal és 144 pulssal. A hányás a következő napokban még ismétlődött és azután a nő csupán a has baloldalán érzett még fájdalmakat, pulsa 88—104 közt váltakozott. Körülbelül 3 heti észlelés alatt a tumor felső határa egy ujjal a köldök alatt volt tapintható.

Február közepén a nőnél vaginalis incisiót végeztünk és a hüvelyfalnak átmetszése után a tumor fala az ujj előtt átszakadt. Gyermekekölönyi üregből vérárvadékok ürülnek, e felett burkokba zárt élő foetus volt, melyet eltávolítva, az üreget, miután ezt bántatlanul óhajtjuk hagyni, kiöblítjük. Öblítés közben hüvelyeső nagyon mélyen hatol fel. Jodoformgaze-tampon vértől egyszerre átázik: ezt eltávolítva, laza tampon vizsünk be, melyen vérzés már nem mutatkozott. Műtét után légzés elakad, pulsus hirtelen rosszabbodik, de csakhamar megjavul; a beteget ágyba hozva, ismét halványodik, pulsa újra rosszabbodik, kihagyó lesz; belső vérzés tünetei állván fenn, laparotomiát végzünk a haldokló nőn narcosis nélkül.

Has megnyitása után belek közt sok vér, symphysis mögött férfükölönyi méh, mellette jobbra gyermekökölönyi tumor, melynek tetején ujjnyi szakadáson át chorionbolyhok tódulnak ki. A tumort kiemelve és a széles szalagot catgutl lekötve, eltávolítjuk. Hasúrbe $1\frac{1}{2}$ l. 0.6%-os só-oldatot öntünk. Műtét alatt már a nő pulsa és légzése rosszabbodván, laparotomia után mesterséges légzést, hypodermoclystis, intravenosus infusiót és aethercamphor-injectiókat alkalmazunk. Műtét után 3 órával exitus.

A kórboneztani diagnózis: Anaemia universalis post rupturam tubae gravidae dextrae in mense quarto. Incisio vaginalis, laparotomia, graviditas tubo-abdominalis dextra. A műtét alkalmával eltávolított készítmény jobboldali mintegy gyermekökölönyi tubaris zsák, fala összehúzódtott állapotban is alig kártyapapírvastagságú, álhártyákkal borított; alsó polusán látható az incisio alkalmával megnyitott rés, melyből köldökzsinór lóg ki; felső polusán pedig ujjnyi folytonossághiány látható, melyen át chorionbolyhok tódulnak elő; ez a műtét közben az irragatorcsóval átszúrt hely. A tubaris zsák ürében foglal helyet a lepény, a faltól könnyen leválaszthatóan, peteburkokkal. Az eltávolított magzat leány, nem macerált, körülbelül 15 cm. hosszú; ez 3 részletben lett eltávolítva. Az ovariumban egy corpus luteum és egy vérel telt cysta. A boncsolásnál kivett méh erősen megvastagodott falú, férfükölönyi, ürében jó galambtojásnyi decidua leváló félben, nyákhártyája circa $\frac{3}{4}$ cm. vastagságban deciduává alakult. A Douglas-úr mélyében, méh, hüvelyés végbél közt egy körülbelül kártyapapírvastag falú zsíros hártás képlet van, mely belül rozsdasárga, dudoros felületű; ennek szomszédságában találjuk a hüvelyfalon áthatoló incisio nyílását. Tehát egy haematokela képében megjelenő tubo-abdominalis terhességgel volt dolgunk, melynek műtévesét javálnak láttuk; miután a tumor 3 heti észlelésünk alatt kisebbedett és megállapodott, s most a tumor a hüvely hátsó falát erősen ledomborította, kínálkozó műtétnek a vaginalis incisio látszott. Feltűnt a műtét alatt, hogy a hüvely falán áthatolva, a tumort könnyen meg lehetett nyitni; a műtétbe korán avatkoztunk be és abbéli tévedésünket igazolta az, hogy nem egy régi, vastagfalú betokoldott haematokelével volt dolgunk, hanem egészen fiatal, még élő petét tartalmazó vékonyfalú zsákot találtunk.

Hogy a magzat élt, e mellett nemcsak a magzat külleme, hanem még azon körülmény is szól, hogy a méh üregében a méhenküli terhességre jellegzetes vaskos decidua is jelen volt. A tubaris falnak vékonyságából magyarázhatjuk meg azt, hogy a nem eléggé óvatos üregöblítés alkalmával a zsák falát átszúrtuk.

Ezen esetből is kivüláglék, hogy a haematokela kezelésében mily fontos szerepet játszik az expectativ eljárás hosszú tartama.

Tehát, ha incisionál sikeit akarunk elérni, úgy feltétlenül szükséges saját tapasztalásunk alapján is a várakozás és óvatosság a műtévesnél, nehogy hasonló súlyos complicationak essék a beteg áldozatul.

Tóth István: Nézete szerint a műtét nem volt korai, de nem a hüvelyi út, hanem laparotomia lett volna a helyes eljárás. Hogy nem volt korai, bizonyítja, hogy a magzat élt és e mellett ökölnyi haematoma volt jelen. Ha nem operálták volna, ismétlődő attaque-ok közben a nő elvérezhetett volna. A helyes műtét azonban nem a kolpotomia lett volna, hanem a laparotomia és a tubaszák kivétele, semmi esetre sem a drainage. A II. női klinikán sok esetben alkalmazták ezen eljárást,

azonban csak obsolet folyamatoknál. A szóban forgó eset azonban nem volt az, tehát csak laparotomia lett volna a helyes eljárás. Hasonló esetet említ fel *Fehling* is. A kolpotomia után oly erős vérzés indult meg, hogy a közvetlenül végzett laparotomia sem menthette meg a beteget.

Doktor Sándor: Lovrichnak azon mondása, hogy a műtét korai volt, csak arra vonatkozik, hogy ha tovább vártak volna, a szívósabb adhaesiok megakadályozták volna a petezsák átfúrását. Ha előre tudták volna, hogy a pete él, akkor minden esetre meggondolni való lett volna, hogy laparotomia vagy kolpotomia útján távolítsák-e el. Erre azonban semmi támpont nem volt, az egész tumort haematokelenek tartották. A haematokelenek ilyen operálására nézve pedig igen kedvező eredményeik voltak. Végeztek már különben kolpotomiát igen jó eredménnyel élő pete esetén is.

Lovrich: A tumor 3 hét alatt semmit sem növekedett, úgy hogy obsoletnek tartották.

IV. Fibroma és graviditas esete.

Csiky János: Bemutatandó készítményünk, a mely igen tanulságos és érdekes. Ü. L.-né 35 éves O P.-tól származik. Anamnesiséből következőket emelem ki. Biztosan nem emlékszik első menstruatiojára, talán 17 éves korában kapta meg. Rendszeren 3—5 napig tart, kevés vérzéssel. Gravidia nem volt. Három évvel ezelőtt észrevette, hogy kis daganata van hasa bal oldalán, ezóta nehézségérzete volt. Lassan nőtt ez a daganat. Ezelőtt 4 hónappal (1899. október 9-dikén) volt utolsó tisztulása, ezóta tumora feltűnő gyorsan növekedett, s ha dolgozott, fájdalmi voltak. 1900. február 2-dikán minden előzmény nélkül rendkívül heves fájdalmi támadtak alhasában s végbelében, mely fájdalmak csak alig csillapultak a rendelt borogatásokra. Ezóta igen bántó vizelesi nehézségei is vannak s kínzó székszorulásai. S ép ezek teszik panaszát.

Status praesens: Igen lesóványodott, gyenge, nagyon szenvedő külsejű nőbeteg, normalis mellkasi szervekkel. Emlékből nyomásra savó ürül, emlík igen mirigyesek, linea alba pigmentált. Tágult has, benne nagy emberfejnyi, a köldök fölé három ujjal felterjedő, számos osztatú göczöt mutató, egyébként sima felületű, tömött, egész terjedelmében elég jól megmozgatható képlet foglal helyet, melynek a hólyagtájcon s főkép a baloldali inguinalis tájon levő részlete érzékenyebb. A kopogtatási hang a tumor fölött tompa, illetve tompult, a has egyéb részein dobos.

A vulva nyákhártyája kevéssé livid, a vaginából elég bő, tejfel-szerű folyás.

Bimanualis vizsgálat: Laza, succulens hüvelyfalak; a vizsgáló ujj mindjárt egy a medenczébe mélyen benyomul, ezt egészen kitölti, gömbszerű, sima falú, tömött, kemény, gyermekfejnyi képletbe ütkezik, mely leterjed a hátsó hüvelyboltozatra, elődomborítja, sőt a hátsó hüvelyfalat is emeli. Igen kis fokban megmozgatható, de a kis medenczéből egyáltalán ki nem mozdítható. A tumort baloldalt sikerül megkerülni szűken egy ujjal, s így érhetni el a magasan, közel a symphysis felső szélénél található portiót, mely laposra van nyomva, virginalis jellegű, felpuhultnak jelezhető; a rövid cervix balra követhető, s úgy látszik elvész a tumorban. Egyéb viszonyokat kitépintani részben a rendkívüli érzékenység s másrészt a medenczébe nyomuló tumor miatt nem lehet. Több osztatú, a köldökön túl terjedő, tömött, kemény, sima falú tumor, lassan nő, a menstruatio elmaradása után rohamosan, mélyen a medenczébe nyomul, kifejt a ligamentum latumokat. Diagnózisunk: fibroma uteri; több mint 3 hó óta kimaradt menstruatio, mirigyese emlőkben savó, pigmentatio lineae albae; kisérvé lividitás, fellazult genitáliák, a terhesség gyanujelei mellett nagy valószínűséggel graviditásra is teszszük diagnózisunkat. A medenczébe mélyen lenyomuló göcz absolut medenczeszűkületet okoz; ki van zárva teljesen a szülés természet adta úton; sőt még abortus esetén is válságos a beteg sorsa, mert a portio magas elhelyeztetése, nagy nyomása mellett abortív pete sem távozhatik; a placenta kiürülése vagy eltávolítása alig volna lehetséges.

A választás e kettő között lehetséges: bevárni a terhesség végét, ha ugyan a beteg kiviseli s császármetszéssel fejezni be a szülést; vagy most abdominalis totalexstirpationnal vagy hysterotomiával avatkozni be. A repositioról szó sem lehetett már a göcz ki nem mozdíthatósága miatt sem, s mert a terhesség első szakaszában közel áll az abortus veszedelme. A terhesség végére várva: Az abortus nyománál gyakori, mint tudjuk; fent említett belső lelet kizárja annak lehetőségét, hogy ez esetre a kellő therapiát nyujthassuk betegünknek, ha pedig várunk a netaláni sect. caes.-val való beavatkozásra, ez a veszély folyton fennáll; az pedig kiszámíthatatlan, hogy a méhfalokban székelő göczből egyenlőtlenül lett uterus muscularis hogyan fogná elviselni a további tágulást. Nem is számolva azzal, hogy a beteg állapota fájdalmait tűrhetetlen s a megfigyelés alatt különböző alakokban nyujtott narkotikumokkal is alig tudjuk állapotát valamennyire elviselhetővé tenni, említett okokból végzünk a laparotomiát. Per vaginam eltávolítani ekkora tumort, ilyen consistentia mellett nincs reményünk.

Tauffer tanár végzi a műtétet február 14-dikén. Hosszú hasmetszés a köldökön túl. Az uterus határozottan gravid jellegű, tele szórva fibromgöczekkel. Ezek az uterust alakjában teljesen megváltoztatják, e mellett a méhben van cervicalis göcz, mely a medenczét úgy szólván teljesen kitölti, be van szorulva, szívós álhártyákkal van rögzítve s absolute megszükiti a medenczét; kiássuk. Oly szélesen függ össze a cervixxel, hogy nem enucleálható, s nem is tekintve a többi fibromgöczöt, már ezért is hysterotomiát végzünk. A műtét tipikus, az

ereket selyemmel kötjük le, a többi varratot catguttal végezzük s fedjük a csontokat peritoneummal. Mindkét ovariumot benne hagyjuk. Varrás a szokásos módon.

A lefolyás teljesen kielégítő. Leszámítva egy 37.8-as esti hőmérsékét, az V. napon teljesen láztalan. Ma XXI napos s el is hagyja a klinikát.

V. a) Medenczebeli echinococcus kolpotomia útján eltávolítva.

Tóth István: 23 éves nőnél a méh mögött a medenczébe beszorult csecsemőfejnyi, ismeretlen természetű daganatnál kolpokoeliotomia post.-t végeznek; a látótérbe került daganat pungálása eredménytelen, szélesebb megnyitásra kisebb-nagyobb hólyagok ürülnek. Az egyes tömlőrészek kiürítése és előhúzó után kiténik, hogy az echinococcus-hólyag a méhtest peritoneuma alatt fejlődött ki, összenőtt a hólyag vertexével, úgy hogy a műtétnél egészen hátrahajtott méhtest fölött az utolsó daganatrészlettel előhúzták a hólyagot is s csak akkor választották le s varrták össze a méh és hólyag vérvő hashártya borítékát. Majd a medenczébe betáptatva, magasan, a linea terminalis magassága felett egy citromnagyságú képletet találnak, a melynek előhúzásánál kiténik, hogy az egy vékony bélkaes hashártya borítéka alatt székelő második echinococcus-tömlő. Nagy óvatossággal lefejtik a tömlőt a bélfalzatról s a bél hashártyáját tovaftató varrattal összevarrják. A kolpokoeliotomia sebét a szokásos módon zárják. Beteg meggyógyult.

b) Érdekesebb fibroma-műtét.

36 éves, III. P., utolsó 4 év előtt; ez idő óta hasa növekszik, az utolsó évben igen rohamosan, úgy hogy a beteg járni alig tud, feküdni képtelen, légzési nehézségei miatt a Tauffer tanár vezetése alatt álló II. sz. nőbeteg klinikára véteti fel magát a következő jelen állapotban:

Lesoványodott, legyengült nőbeteg erősen tágult hassal (has-kerület 108 cm.), alhas falzata, alsó végtagok erősen oedemásak. Mellkasi szervek magasan feltolva. A hasat mintegy három emberfejnyi, feszes daganat tölti ki, melyet ascites vesz körül és pedig elől eltokoltan. Hátsó hüvelyfal prolábil, benne ascites, portio elől magasan, a méh alsó szakasza kitapintható, uterus jobbra helyezve elől magasan, homályosan jelezhető. Diagnosis mindezek szerint ovarialis daganat. Vitalis indicatioja a műtétnek.

Hasmetszésnél az elülső hasfalzattal erős összenövés, úgy hogy nehezen sikerül a hasúrba jutni. Elöl eltokolt kisebb ascites. A daganat az elülső hasfal legnagyobb részletével összenőtt; leválasztásnál erős vérzés; a daganat elülső peripheriáján szalagként laposan kifesztítve fut a colon transversum, mesenteriuma is szélesen tapad a daganaton. Jelentékeny vérzés között, nagy óvatossággal választjuk le, majd mélyebben a vékenybeleknek nagy conglutatumát találjuk a daganatra növe s szélesen, szívosan összenőtt a daganat a mesenteriummal is. Elöl a magasra felhúzott hólyaggal nőtt össze a colossalis, tömött daganat.

A leirt összenövések oldása nagy óvatosságot követel, bő vérzést indít meg, különösen a leválasztott mesenterialis lemezekben. A vérvő helyeket ideiglenesen Péanokkal látva el, kigördítjük a daganatot; kiténik, hogy a nagyobb méhnek fundusával két ujnyi széles rövid kocsánytalán függ össze, a mit angiotryptorral zúzva metszünk le. A nagy mesenterialis sebet a nagyobb erek külön lekötése után tovaftató catguttal látjuk el, hasonlóképen fedjük peritoneummal a részben lecsupaszított hólyagot is.

A hasúr kitisztogatása után a nagy hasseb zárása étage-varrattal. A daganat subserosus fibroma, a mely valamelyes lobosodás következtében nőtt össze oly szorosán a környező szervekkel. Bámulat, hogy a colonnak jelzett megfeszítése, összenyomása mellett zavartalan volt a bél permeabilitása.

A gyenge beteg az 5/4 óráig tartó műtétet elég jól állotta át s zavartalanul gyógyult.

VI. Erdey Gyula: Hármas szülés esete.

PÁLYÁZATOK.

7274/1900. számhoz.

Petrís, Korbost, Rossia, Oberszia, Ilyó, Szelistye és Folk községekből alakított XIII. egészségügyi körben a községek által 500 frt, illetve 1000 koronával, hg. Liechtenstein Alajos iltyói uradalmi nagybirtokos által 400 koronával és gróf Kinszky Zdenko petrisi uradalmi nagybirtokos által 600 korona lakkbérrel és 32 köbméter tűzifa-járandósággal javadalmazott petrisi körorvosi állás újabb lemondás folytán megüresedve, a vármegye alispánjának f. hó 18-dikáról 33,722. sz. a. kelt rendelete szerint betöltendő lévén, annak választás útján leendő betöltésére határnapul 1901-dik évi január hó 30-dik napjának d. e. 10 óráját a petrisi körjegyzői irodába kitézőm és pályázni kívánókat törvényszerűleg felszerelt kérvényeiket a választást előző napig hozzám leendő benyújtására felhívom.

M. Radna, 1900. évi december hó 30-dikán.

1-1

Csukay Sándor, főszolgabíró.

39,571/1900. számhoz.

Somogy vármegye kaposvári közkórházánál az igazgató-főorvosi állás elhalálózás folytán üresedésbe jöven, ezen állásra a pályázat kiíratik. Az igazgató-főorvos javadalmazása: 2400 korona készpénzfizetés, természetbeni lakás, fűtés és világítás. Az állás nyugdíj jogosultsággal jár.

A pályázók tartoznak az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának megfelelően egyetemes orvostudori vagy orvossebész-tudori, szülész- és szemésmesteri oklevelüket, végül sebész-műtői (operatör) oklevelüket bemutatni és legalább is 2 évi, valamely klinikán vagy nagy kórházban eltöltött gyakorlati időt igazolni.

Felhívtnak tehát mindazok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a fent jelzett képesítés, illetve minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és egykoronás béléggel ellátott kérvényüket alulírott alispáni hivatalhoz folyó évi január hó 18-dikáig bezárólag okvetlen nyujtsák be.

Kaposvár, 1901. évi január hó 2-dikán.

1-1

Maár Gyula, alispán.

6/1901. khig. szám.

A vezetésem alatt álló győri közkórházban lemondás folytán megürült segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1000 korona, szabad lakás, világítás, fűtés. A segédorvos köteles reggel és délben a kórházban étkezni, melyet az önkézelési költségek megtérítése fejében a kórháztól kap. Magánygyakorlat nincs megengedve. Kinevezési időtartam három év, mely esetleg újabb három évre meghosszabbítható.

Felhívom a pályázni szándékozó nőtlen egyetemes orvostudorokat, hogy gróf Laszberg Rezső Győr megye és Győr város főispánjához czimzett és szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb f. hó 25-dikéig nyujtsák be.

Az újonnan kinevezendő segédorvos köteles állását 1901. február 1-én elfoglalni.

Győr, 1901. évi január hó 5-dikén.

2-1

Petz, a győri közkórház igazgató-főorvosa.

6374/1900. K. J. szám.

Az ideiglenesen egyesített, úgynevezett hátmeg-kisalmási körorvosi állásra pályázatot hirdetek. A kórhöz 35 község tartozik Hátmeg székhellyel. Javadalmazása a szabályszerűleg megállapítandó látogatási díjakon kívül a vármegyei pénztárból utólagos negyedévi részletekben fizetendő évi 1200 koronából s a községek által fizetendő évi 500 korona fuvardíjból áll.

Pályázni kívánó orvostudorok felhívtnak, hogy szabályszerűen felszerelt s az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt képesítést igazoló okmányokkal ellátott folyamódványait hivatalomhoz az 1901. évi január hó 20-dikáig betérjesszék.

A választás a hátmegi jegyzői irodában 1901. évi január hó 25-dikén d. e. 10 órakor fog megtartani.

Bereg-llosva, 1900. évi december 31-én.

1-1

Komlósy, főszolgabíró.

Az „Unio“ cs. kir. szab. vas- és bádoggvár-társaság zólyomi gyártelepén fennálló munkás-társaság pénztárnál rendszeresített orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés kívánatik, megjelölendő, hogy kimutatható gyakorlattal, de főleg műtői képesítéssel bírók előnyben fognak részesülni.

Kellően felszerelt folyamódványok, melyekben a szabad lakás és fűtési illetményen kívüli fizetési igények kitéendők, folyó évi január 31-dikéig az alulírt címre terjesztendők be.

„Unio“ cs. kir. szab. vas- és bádoggvár-társaság,

2-1

Budapest, VI., Dalszínház-utca 8. sz.

11715/I. 1900. számhoz.

Lemondás folytán megüresedett, évi 1700 korona javadalmazás s a szabályrendeletben megállapított díjak élvezete mellett egybekötött kumáni körorvosi állásra, midőn a pályázatot hirdetem, felhívom pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket alulírott legkésőbb jövő évi január hó 5-dikéig betérjesszék.

Megjegyeztetik, hogy a megválasztott körorvos a vármegyei orvosi egyetbe belépmi köteles.

Török-Becse, 1900. december hó 16-dikán.

3-3

Lowieser, főszolgabíró.

A rozsnói dr. Kósa-Schopper nyilvános jellegű kórháznál rendszeresített s három évi időtartamra betöltendő ideiglenes másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A másodorvosi állás javadalmazása: 1000 korona évi fizetés, a kórházban szépen butorozott tágas szoba, elsőrendű ételmezés, fűtés, világítás és kiszolgálás.

Felkérem ezért mindazon nőtlen orvostudorokat, a kik ezen orvosi állást elnyerni óhajtják, hogy keresztlevelel és orvostudori oklevéllel ellátott s a rozsnói székeskáptalanhoz intézett kérvényüket folyó évi január hó 31-dikéig ezimemre megküldeni sziveskedjenek.

R. kath. vallású pályázók előnyben részesíttetnek. Az állás azonnal elfoglalandó.

Rozsnó, Gömörmegye.

2-2

Ruber József dr. kórházi igazgató.

Üresedésben levő egyéb állomások:

I. Január 15-diki lejáratú: 1. Balassa-Gyarmat. Mária Valéria-közkórházi segédorvosi állomás (1. mult számunkat). 2. Aranyos-Maróth. Alorosi állomás (1. mult számunkat). 3. Jász-Dózsa. Községi orvosi állomás. 1200 kor. fizetés, 200 kor. lakkbér. Czim: Balogh János főszolgabíró, Jászberény. 4. Monostor. Körorvosi állomás (1. mult számunkat). 5. Nagy-Tószeg. Körorvosi állomás. 1200 kor. fizetés, 300 kor. úti átalány, 150 kor. hússzemle. Czim: Foris József főszolgabíró Zombolya.

II. Január 20-diki lejáratú: 1. Lajosmizse. Községi másodorvos. 600 kor. fizetés, 200 kor. lakkbér. Czim: Halász főszolgabíró Alsó-Dabas. 2. Akasztó (Pestm.). Községi orvosi állomás (1. mult számunkat). 3. Nagycsárdi Félis-fürdő. Fűrdőorvosi állomás. 210 kor. Czim: Szekeres j. kormányzó Jászóvásár. 4. Pozsonyi közkórház. II-od orvosi állomás. 800 kor. fizetés. Czim: Pantocsek, ig. orvos, Pozsony.

III. Február 10-diki lejáratú: Szentegyház-Oláhfalva, 5 község, Udvarhelym. Körorvos. 800 kor. fizetés, 400 kor. mint fűrdőorvos. Czim: Demeter főszolgabíró, Székely-Udvarhely (I. 1900. 52. számunkat).

Hogy táplálja és gondozza az anya kisdedét?*)

Ha azt akarjátok, hogy gyermekeitek egészségesek legyenek, szoptassátok magatok, mert a kisded legtermészetesebb és legjobb tápláléka az anyatej. Az anya tejétől fejlődik a csecsemő legjobban s az anyatej óvja meg azt legjobban mindenféle betegségtől. Minden egészséges anya tehát, táplálja maga a gyermekét. Csak akkor nem szoptathat az anya, ha az orvos ettől eltiltja.

A hetedik hónap előtt nem jó a gyermeket elválasztani. A gondos anya, ha teheti, nyolcz-kilenc hónapig is szoptat. Az elválasztást óvatosan kell végezni. Lassan szoktassátok a csecsemőt a tehéntejhez, melylyel az anya tejét pótoljátok. A legmelegebb nyári hónapokban, a kánikulában veszélyes az elválasztás, mert könnyen támad hasmenés. Ha az elválasztás alatt vagy után hasmenést kap a gyermek, azonnal mutasátok meg az orvosnak, hogy a bajmeg ne rögzödjék.

Az első hetekben a csecsemőt napközben két óránként szoptassátok, később három óránként. Éjjel nagyobb időközökben kell szoptatni, sőt törekedjete arra, hogy a gyermek minél hamarabb leszokjék az éjjeli szopásról.

Ha a csecsemő nem kaphat anyatejet, vagy ha nem fogadhattok neki jó szoptató dajkát, táplálékul legjobb a tehéntej. Szerezsetek neki jó tehéntejet, s vásároljátok azt olyan helyről, a hol a legtisztábban bálnak a tehénnel és a tejjel. A tejet azonnal forraljátok fel és forralás után fődjétek le, nehogy piszok jusson belé; azután tegyétek hideg helyre. Ha a kicsikének adni akartok belőle, nem elég azt csak felmelegíteni, hanem újra fel kell abból annyit forralni, a mennyi egyszerre szükséges. Ez a sok forralás fáradtságos munka ugyan, de megjutalmaz azzal, hogy a gyermek egészséges marad.

A csecsemőnek a tehéntejet kezdetben vízzel keverve adjátok. Eleinte felerész vízzel higítsátok, később ha már két hónapos a gyermek, két rész tejhez egy rész vizet keverhettek. Hat hónapos korától kezdve a gyermek a tehéntejet tisztán, de mindig felforralva kaphatja. A víz, melylyel a tejet felhigítjátok, legyen jó ivóvíz, de még ezt is forraljátok fel, mielőtt a for-

ralt tejhez vegyítitek. A tejet közönséges cukorral édesítsétek meg. Egy szopópalaczk tej megédesítésére egy czukorkoczká elégséges.

A legjobb szopóüveg az olyan, melyet a legtisztábban lehet tartani. A legjobb szopóüveg tehát az, melynél a palaczkra egyszerűen reá húzzák a szopókát. A szopóüveget nagyon tisztán kell tartani.

Ha a tejet nem issza ki egészen a csecsemő, a maradékot ne tegyétek félre a gyermeknek, hanem öntsétek ki az üvegből s a palaczkot mindjárt mossátok ki bő vízben tisztára. A szopókát használat után tiszta vízben jól ki kell áztatni; még jobb, ha néhány perczre forró vízbe teszitek. A kitisztított szopópalaczkot s a kiforralt szopókát tartsátok tiszta kendőben bekötve, hogy por ne lepje s be ne piszkoldjék.

Pépeket a gyermek csak hat hónapos korától kezdve kaphat. De közönséges lisztpépet sohase adjátok a gyermeknek, mert ez nem való az ő gyenge gyomrocskájának; beteg lesz tőle. Jó pépet készíthettek jól kisütött zsemlye héjából vagy kétszersültből (czvibakk) úgy, hogy azt tejben jól megáztatjátok s azután az egészet felforraljátok. Ilyen pépet naponta egyszer-kétszer adhattok a gyermeknek.

A gyermek első fogai a hetedik hónap körül szoktak kibujni. A harmadik év végéig mind a husz tejfog kinő. A fogzás maga nem teszi beteggé a gyermeket, s azért ha a fogzás alatt hasmenése, görcse vagy bármiféle más betegsége támad, forduljatok mielőbb orvoshoz, mert ha ilyenkor elhanyagoljátok, nagyobb baj is származhat.

Húst csak akkor adjátok a gyermeknek, ha már csaknem egy éves s ha már néhány fogaeskája van. A sült húst (legjobb ilyenkor a csibehús) jól összevagdálva és levessel leöntve adjátok. Egy éves gyermek húsleveséhez már egy fél tojássárgáját is hozzákeverhetitek.

Czuczli nem kell a gyermeknek. Csúnya, rossz szokás a czuczli s veszedelmes is, mert hasmenést kap tőle a gyermek és szájában penész támad s ha már fogai vannak, azokat odvasokká teszi.

*) A magy. kir. Belügyministerium által kiadott: „Jó tanácsok terhesek, gyermekágyasok és anyák számára” című füzetecskéből.

Abban a szobában, a hol a csecsemő van, a levegő mindig tiszta legyen. Dohos, füstös, poros, piszkos szobában nem lehet szép, egészséges gyermeket nevelni. Szeles vagy ködös napokon tartsátok szobában a csecsemőt, nehogy meghüljön. Téli időben csak négy hónapos korától kezdve vigyétek ki a szabadba, s akkor is csak a szebb és melegebb, verőfényes napokon és csupán a déli órákban. Hideg évszakban naplemente után a gyermek mindig a szobában legyen.

Ne engedjétek, hogy a gyermek az anyjával vagy mással egy ágyban háljon. Nagy ember kigőzöl-gése árthat a gyermeknek, de az is sokszor megesett már, a mitől Isten óvjon, hogy alvás közben az anya agyonnyomta gyenge kis magzatját. Ringató bölesőt ne használjatok, a ringatás árt a gyermeknek, mert elszédíti, elbódítja.

A csecsemő ruházata legyen egyszerű és könnyen változtatható. Valahányszor a gyermek vizes lesz, vagy magát összepiszkolja, a pelenkát cseréljétek ki szárazzal s a gyermeket mossátok meg. A pelenkák legyenek mindig tisztára kimosva. Csak úgy megszáritott pelenkát használni nem egészséges, mert bőrbetegséget kaphat a gyermek.

Az egészséges csecsemőnek naponta két-három széke van; — sárga, olyan, mint a sűrű pép és szaga nincsen. Ha a székelés zöld, túrós, vizes, vagy olyan szagú, mint a záptojás, forduljatok orvoshoz, mert a gyermek emésztése megromlott.

Ha rendesen fejlődött a gyermek, körülbelül tíz hónapos korában már járni is kezd. A lábraállást és járást ne erőltessétek addig, míg a gyermek azt magától nem kezdi meg.

Az újszülött szemekre nagy ügyelettel legyetek. Ha a szem gyuladós, bedagadt, genyes, mielőbb orvoshoz kell fordulni. Sok gyermek azért vakult meg, mert szülői gondatlanok voltak s nem gyógyították mindjárt az ilyen szemgyuladást.

Fülfolyás csecsemőknél gyakran fordul elő. A fülfolyást sohase hanyagoljátok el, hanem mutassátok meg mielőbb az orvosnak, mert ha az hosszabb ideig tart, könnyen nagyothallás, sőt sükettség is lehet a következménye.

Az újszülött köldöke 10 nap alatt rendesen begyógyul. Ha hosszabb ideig genyedezik s a bőr körülötte megpirosodik, mindjárt vigyétek orvoshoz, mert baj lehet belőle. Hat héten túl a csecsemő hasát körül-pólyázni (fáslizni) nem kell. A pólya (fásli) legyen négy ujjnyi széles s legjobb, ha lágy vászomból van. Piszkos pólyát nem szabad használni.

A csecsemőt az első hónapokban karon fekve hordjátok, úgy hogy a feje kissé magasabban legyen. Ha a csecsemő karon ülve és megtámasztva már hordozható, a párnából kivehetitek. Ha a csecsemő gyenge, különösen, ha gyengék, vékonyak a csontjai, a felültetést hagyjátok későbbre, mert könnyen elgörbül a kicsikének a háta s púpos lesz.

Ha a csecsemő nyugtalan, sír, az nem mindig annak a jele, hogy éhes, hanem, hogy vagy rosszul fekszik, vagy be van szennyezve, vagy kólikája van. Ha a csecsemő nyugtalan vagy álmatlan, Isten ments, hogy mákfejből készítsétek neki altatót vagy ezuezlít, mert könnyen megesik, hogy megmérgezzétek a gyermeket s akkor mint bűnösöknek törvény előtt kell felelnetek.

A csecsemőt legalább is az első hat hétben naponta fürösszétek meg. Később is jól teszitek, ha mentől gyakrabban füröszétek. A fürdővíz kellemes, langyos meleg legyen. Hideg, valamint túlmeleg fürdő egyaránt árt. Hogy a fejen a haj között kosz ne képződjék, a fürösztés alkalmával szappanozzátok azt is jól be. Ha koszos lett a gyermek, törekedjétek a koszt mielőbb eltávolítani, mert az nem más, mint piszkos s ha sokáig ott marad, a bőr kisebesedik. Ha szappanos vízzel a kosz nem jön le, kenjétek be bőven és többször tiszta olajjal, mert az olaj feláztatja s akkor azután könnyű lesz azt szappannal lemosni.

Ha az újszülött melle megdagad, ne nyomkodjátok, sőt ügyeljétek még arra is, hogy az ingecske se nyomja. A nyomogatás által könnyen gyuladásba jön az ilyen mell, s ebből nagyobb baj is támadhat. A mell daganata néhány nap alatt rendesen magától is elmulik.

Ha a csecsemőnél bárminemű világrahozott testi hibát láttok, vigyétek mielőbb orvoshoz.

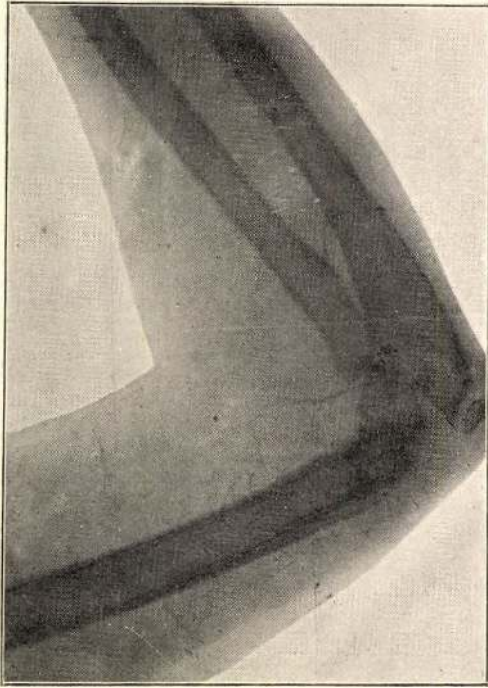
A főrvény megköveteli, hogy minden gyermek, mire egy éves lesz, be legyen oltva, hogy a súlyos és veszedelmes himlő betegséget elkerülje. Vigyétek hát gyermekeiteket vonakodás nélkül az oltásra! Oltás előtt fürösszétek jól meg a gyermeket, hogy tisztán kerüljön az orvos elé; oltás után azonban pár napig ne fürösszétek, hanem e helyett mosdassátok meg jól minden nap. A beoltás helyén kis hólyag és körülötte piros udvar támad, — ügyeljétek, hogy a gyermek vagy a ruha e hólyagocskákat el ne surolja s kivált, hogy azokhoz piszkos dolog ne érjen.

Az anya ezer szemmel nézze, ezer kézzel gondozza gyermekét, ezért azután az öröme is ezerszeres lesz.

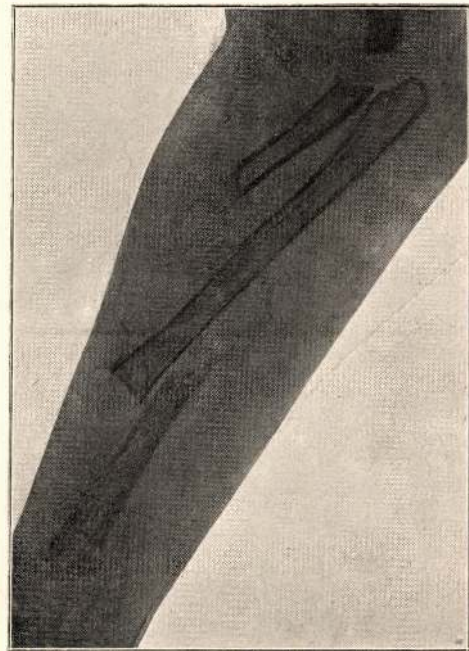
Közlemények a budapesti „Stefánia“ gyermek-kórház Röntgen-laboratoriumából.

Deutsch Ernő dr. és Faludi Géza dr.-tól.

I. tábla.



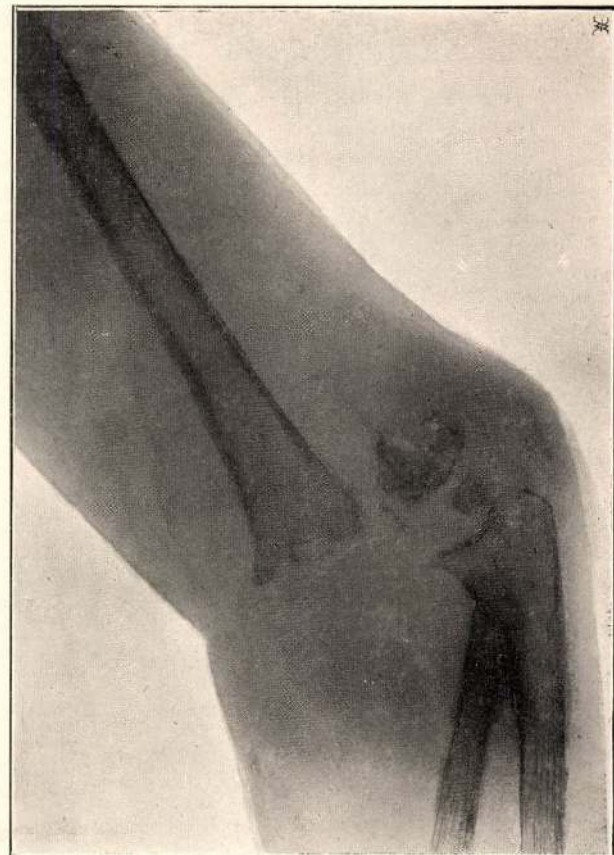
1. Articulatio cubiti normalis.



3. Fractura radii et luxatio ulnae post conquassationem.



2. Arthritis tbc. cubiti et periostitis tbc. humeri, radii et ulnae.

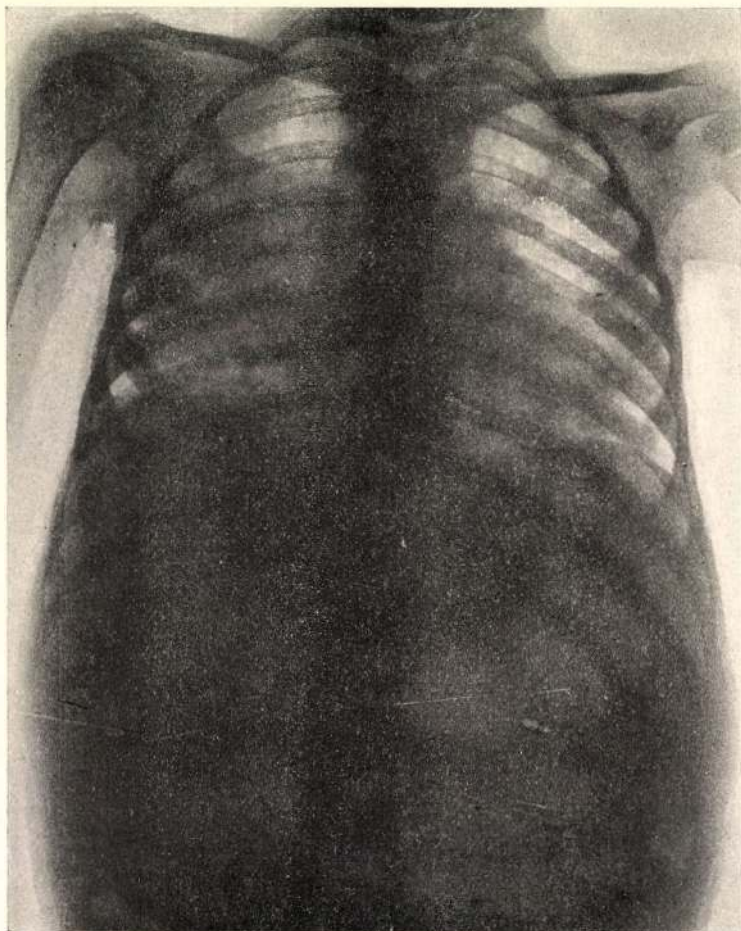


4. Epiphyseolysis traumatica humeri.

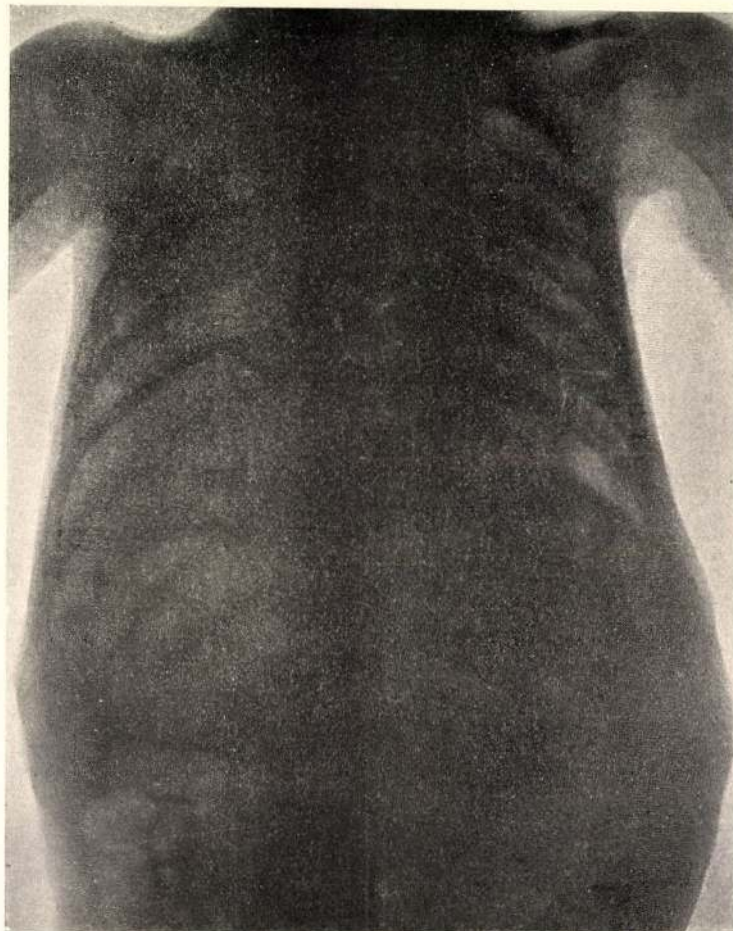
Közlemények a budapesti „Stefánia“ gyermek-kórház Röntgen-laboratoriumából.

Deutsch Ernő dr. és Faludi Géza dr.-tól.

II. tábla.



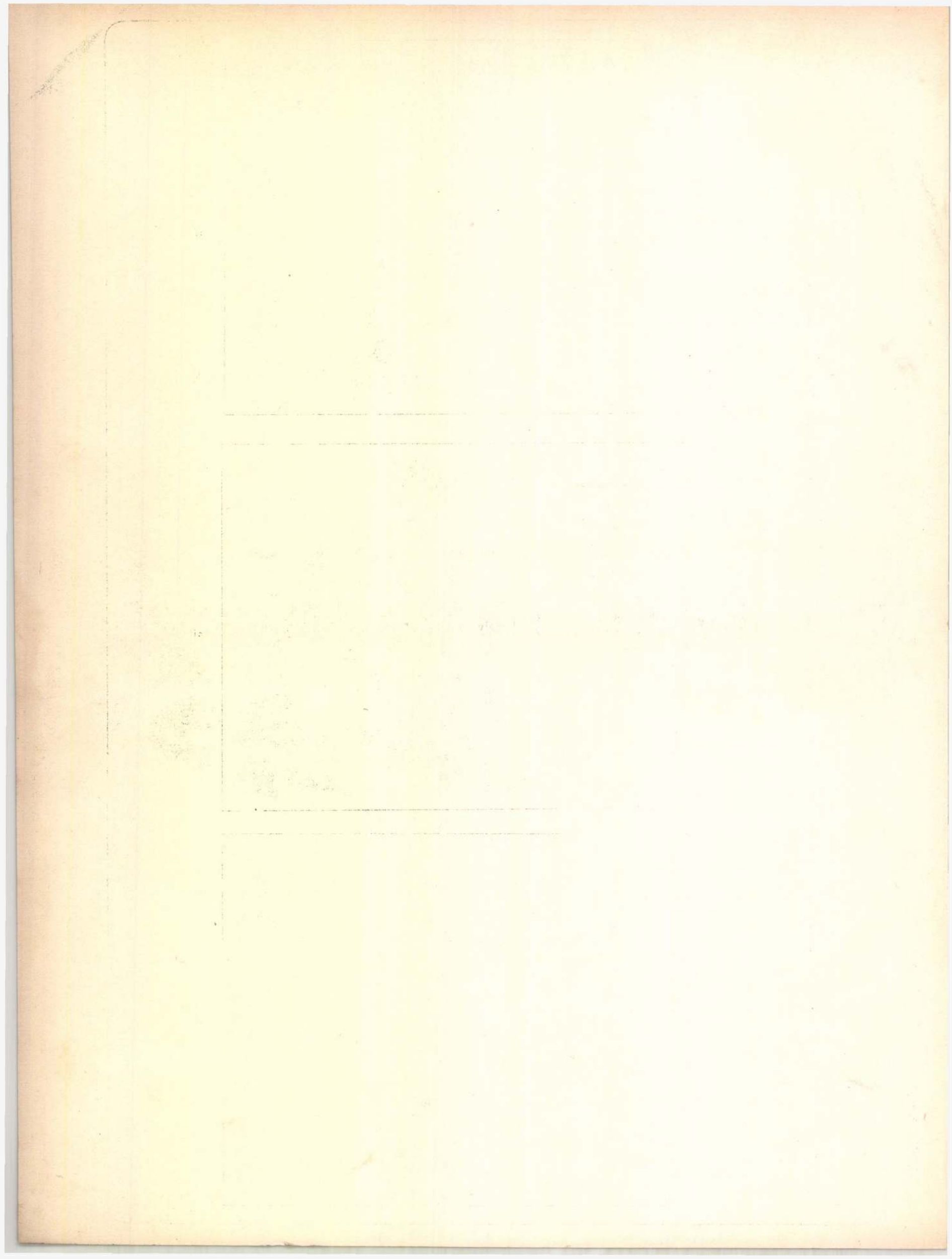
1.



2.



3.



ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Dollinger Gyula: Kimutatás a budapesti királyi magyar tudomány-egyetem I. számú sebkörodáján az 1900—1901. tanév I-ső felében október 1-jétől december 15-dikéig végzett műtétekről. 36. l.

Kéty Károly: Folytatolagos közlések a gerincvelősorvadás kezelésére nézve. 37. l.

Poór Ferencz: Közlemény a budapesti magyar kir. tudomány-egyetem bőrkórtani intézetéből. A lupus erythematosus Cazenave aetiologiájához. 38. l.

Winternitz M. Arnold: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem I. sebészeti kórodájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár. A májbeli echinococcus-tömlők infectioiról és elgenyvedéséről. 40. l.

Tároza, Tauffer Vilmos tanár elnöki megnyitója. 41. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. *Chudovszky Móricz:* A csonttörések és a fúzamódások kör- és gyógytanának haladása. 43. l. — *Könyvismertetés.* *Mahler Gyula:* Az idült szívbántalmak kezelése fürdőkkel és gymnastikával. (Tauszk Ferencz.) 44. l. — *Pesti Alfréd:* Magyarország orvosainak évkönyve és ezimára. (Tihanyi Mór.) 44. l. — *Lapszemle.* *Általános kör- és gyógytan.* *Satzvedel* és *Elsner:* Az alkohol fertőtlenítő értékéről és hatásának elméletéről. (Neumann Szigfrid.) — *Roos:* A székrekedés orvoslása mikrobákkal. — *Marx Hugó:* A fertőtlenítés elméletéhez. — *Belgyógyászat.* *Giles de la Tourette:* A Sydenham-féle choreáról. (—ts.) — *Manto:* A hysteriás betegek elkülönítése. (—ts.) — *Sorgo:* Az aortaneurysmák kezeléséről gelatina bőr alá fecskendezésével. — *Sebészet.* *F. Roloff:* Szokatlan emlőrák alakja.

(Pesthy István.) — *Krahn E.:* A noma aetiologiájához. (Kerntler Jenő.) — *Victor E. Mertens:* A koponyadefectusok csonttal való befedésének kérdéséről. (Pesthy I.) — *Hüggyszervi betegségek.* *Lohnstein H.:* Öblítésekkel összekötött tágitások idült gonorrhoeánál. (Feleki H.) — *Balzer és Alquier:* Gonorrhoeás véghélib. (Balassa T.) — *Kollmann:* Új urethroskop. (Strausz Aladár.) — *Szülszet és nőgyógyászat.* *Dührssen:* A méhfüggelékek genyrtartalmú daganatainak (pyosalpinx, pyo-ovarium) kezelése hüvelyi hemetzés útján. (Neumann Szigfrid.) — *Orr-, torok- és gégebetegségei.* *Hersfeld:* A felső orrüreg hámalképleteinek casuistikájához. (Tóvölgyi Elemér.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* *Eljasz-Radzikowsky:* Ischias gyógyítása. — *Herbsmann:* Enuresis nocturna gyógyítása. — *Folyóiratok átnézete.* 45—48. l.

Hetiszemle és vegyesek. A Semmelweis-emlék ügyében. — A főváros egészsége. — A budapest-józsefvárosi orvostársaság. — Igazságügyi orvosi tanács. — Az anatomia története projectiókban. — A glasgowi pestisről. — Kinevezések. — Virchow-ünnepély. — Az orvosok száma Németországban. — VII. nemzetközi congressus az alkoholizmus leküzdésére. — Alkoholfogyasztás Német- és Franciaországban. — Philadelphia. — Az orvosok száma Lisszabonban. — Norvégia. — Közegészségügyi ministerium. — Elhunytak. — Herczel dr. — Szt.-Lukács-fürdő. — Krondorf. — Eladó vizgyógyintézet. 48. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Budapesti kir. orvosegyesület gynaecologikus szakosztálya.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kimutatás

a budapesti királyi magyar tudomány-egyetem I. számú sebkörodáján az 1900—1901. tanév I-ső felében október 1-jétől december 15-dikéig végzett műtétekről.

Közli: *Dollinger Gyula* dr. egyet. tanár.

I. Klinikai betegeken végzett műtétek.

1. Műtétek a fejen.

1. Nyúlajk, farkastorok. Nyúlajkműtét, szájpád-varrat.
2. Kettős nyúlajk, farkastorok. Nyúlajk-műtét, szájpád-varrat.
3. Kettős nyúlajk. Nyúlajk-műtét.
4. Állkapocstörés, részleges csontelhalás. Az elhalt csont-részletek eltávolítása.
5. Késhegy a koponyában. Az idegen test eltávolítása.
6. A homlokcsont részleges elhalása zúzott seb után. Az elhalt csont kivétele.
7. Nyílt homlokcsonttörés horpadással; agytályog. A nyílás kitágítása, a csontszilánkok kiszedése, a tályog kitisztítása.
8. Jackson-féle epilepsia a jobb halántéktáj lött sebe után. Osteoplastikus koponya-resectio, csontszilánkok eltávolítása az agyból.
9. Középfüllobból kiindult agytályog. Osteoplastikus koponyalékelés, az agytályog megnyitása. Meghalt két nappal a műtét után agyalapi genyvedés folytán, melynek némi jelei már a műtét előtt is megvoltak.
10. Középfülgenyvedésből eredő genyes csecsnyújtványgyulladás. Tályog a fül mögött. Kitarás.

¹ A betegfelvétel a klinikai konyha átalakítása miatt e félévben a rendesnél egy hónappal később kezdődött.

11. A halántékesont gümös lobja. Kitarás, kicanalizás.
12. Szájzár. A száj kitarása közben az alsó állkapocs az utolsó zápfog mögött harántul eltörött s e helyen álizület képződött.
13. A háromosztatú ideg zsábája. A Gasser-dúc kiirtása. Meghalt 7 nappal a műtét után. A bonczolást a család meg nem engedte.
14. Angioma a fültömrigyben. Kiirtás.
15. Angioma az arczon. Ignipunctura.
16. Lymphangioma a pofán. Kiirtás.
17. A szembéjak rákja, mely a szemüregbe betejedt s annak külső csontos falát is átmarta. Exenteratio orbitae, a rákos csontszövet eltávolítása.
18. Lupus után támadt orrhiány hegéből kiinduló rák. Kiirtás, a felső állkapocs részleges eltávolításával.
- 19—23. Alajkrák, a rákos mirigyek kiirtása. (5 eset.)
- 24—25. Pofarák. Kiirtás; a nyákhártyahiány plasticai pótlása a nyakról vett lebenynyel; mirigykiirtás. (2 eset.)
26. Pofarák. Kiirtás, plastica, mirigykiirtás.
27. A szájfenekekről kiinduló, a nyelvfelekre reá terjedő rák. Kiirtás az állkapocs mentén vitt metszésből.
28. Nyelvrák a nyelv oldalán. Nyelvecsonkítás az állkapocs alsó széle mentén vitt metszésből; mirigykiirtás.
29. Nyelvrák a nyelv csúcsán. Nyelvecsonkítás a szájon át Whitehead szerint.
30. Nyelvrák a nyelv gyökén a szájpádnelyvívre reaterjedőleg. Nyelvecsonkítás az alsó állkapocs ideiglenes átfűrészelésével, másodlagos mirigykiirtás.
31. A légyszájpad rákja. Haránt pofametszéssel a száj kitarása, a rák kimetszése.
32. Az állalatti mirigy adenocarcinomája. Kiirtás, plastica.
33. Sarcoma a rostacsontban és homloköbölben. Kiirtás.

34. Az orbita külső faláról kiindult sarcoma. Exenteratio orbitae, a külső fal kóros részletének eltávolításával.

35. A Highmor-barlang sarcomája. Kiirtás Weber-féle metszéssel.

36. Epulis sarcomatosa. Haránt pofametszés után kiirtás. (Ugyanezen egyénnél kétoldali Bassini-műtét.)

37. Az alsó állkapocs sarcomája. A fél alsó állkapocs kiirtása.

2. Műtétek a nyakon.

38—40. Gümös mirigyek a nyakon. Subcutan kiirtás. (3 eset.)

41. Ellágyult gümös mirigy a kulcsont felett. Kiirtás.

42—43. Egyoldali golyva. Kiirtás. (2 eset.)

44. Göbös cystikus golyva. Eucleatio.

45. Angioma cavernosum a kulcsfeletti árokban. Kiirtás.

46. Dermoidcysta a tarkón. Kiirtás.

47. Ezüstforint a bárzsingban. Bárzsingmetszés.

48. Gümös fekélyek és szűkületek a gégefőben. Légesőmetszés. (Cricotracheotomia.)

49. Laphámrák a gégefőben. Teljes gégekiirtás.

3. Műtétek a mellkason.

50. Vérömlenyes szívuroklob. Szívurokmetszés chondroplastikus lebenynyel. Később meghalt az I. sz. belkóródán.

51. Idült, septikus genylégmell. Bordaresectio.

52—53. Genylégmell. Szűresapolás, drainezés. (2 eset.)

54. A lapoczká heveny csontvelőlobja folyamán keletkezett tályog. Kitérés, kitisztítás.

55. A lapoczká gümőkórja. Kitérés, kitisztítás.

56. Laphámrák a jobb válltájékon. Kimetszés, plastica.

57—59. Emlőrák. Kocher-műtét. (3 eset.)

60. Emlőrák. Kocher-műtét. Meghalt 27 nappal a műtét után; a boncolás a tüdőben és májban rákos, a jobb fültömrigyben genyes áttételt mutatott ki.

61. Emlőrák kiújulása a hónaljmirigyekben. Kiirtás.

62. Melanosarcoma a hát bőrén. Kiirtás.

4. Műtétek a gerincoszlopon és a medenczén.

63. A keresztcsont esonthártyája gyulladásából származó glutealis tályog. Kitérés, kitisztítás.

64. Ágyéki spondylitis, psoastályog. Punctio, jodoforminjecio (4 izben).

65. Nyaki gerincoszlop daganata. Széles rögzítő sin alkalmazása.

4. Műtétek a hasfalakon.

66—90. Szabad lágyéksérv (13 egyénen egyoldali, 6 egyénen kétoldali). 25 Bassini-műtét.

91. Szabad lágyéksérv. Bassini-műtét. A sérvműtét meggyógyult, a beteg 3 héttel a műtét után kerek duodenalis fekélyből elvérzett.

92. Vissza nem helyezhető lágyéksérv. Bassini-műtét.

93—95. Kizárt lágyéksérv. Bassini-műtét, bélresectio. (3 eset.)

96. Kizárt lágyéksérv. Sérvmetszés, bélresectio, anus praeternaturalis képzés. Meghalt 19 nappal a műtét után ileus tünetei közt, melyeket a puffadásig telt gyomor okozott.

97. Szabad czombsérv. Repositio, a sérvkapu elzárása.

98. Vissza nem helyezhető czombsérv. Repositio, a sérvkapu elzárása.

99—101. Kizárt czombsérv. Repositio, a sérvkapu elzárása. (3 eset.)

102. Kizárt czombsérv. Bélresectio, a sérvkapu elzárása.

103. Elgenyedő lágyékmirigyek. Kiirtás.

104. Sugárgomba a fanív feletti bőrben, a czombhajlás mirigyeiben, a czomb sérvtömlőjén és a benne levő féregnyújtványban. A kóros részek kiirtása, czombsérv kapujának elzárása, a féregnyújtvány esonkítása.

Operáltatott tehát e tanév első felében 27 szabad sérv, 3 vissza nem helyezhető sérv, 8 kizárt sérv, 5 esetben bélresectioval. Összesen 38 sérvműtét történt.

6. Műtétek a hasürben.

105. Anus praeternaturalis a jobb alhas táján szűrt seb után. Bélresectio, hasfalvarrat.

106. Vérömlenyes hashártyalob. Hasmetszés. Meghalt egy nappal a műtét után.

107. Rákosodás a hashártyán. Próba hasmetszés.

108. Heges pylorusszűkület gyomorfelekély után. Gastroenteroanastomosis antecolica antica.

109—110. Heges bárzsingszűkület. Gyomorsipolyképzés. (2 eset.)

111. Rák a cardián. Gyomorsipolyképzés.

112. Ki nem irtható pylorusrák. Jejunostomia.

113. Féregnyújtványlob átfürödással és körülírt genyes hashártyagyuladással. Kitérés, a tályog kiürítése.

114. Féregnyújtványlob átfürödással és általános hashártyalobbal. Kitérés. Meghalt négy nappal a műtét után általános genyes hashártyalobban.

115. A vakbél gümös szűkülete. Vakbélresectio.

116. A lehágó vastagbél dysenteriás szűkülete. Vastagbélresectio.

117. A lehágó vastagbél rákos szűkülete. Ileus. Vastagbélresectio. Meghalt két nappal a műtét után hashártyalobban.

118. Ki nem irtható gümös végbélszűkület. Coelio-colostomia.

119—121. Inoperabilis végbélrák bélsárpangással. Coelocolostomia. (3 eset.)

122. Echinococcus a májban. Megnyitás egy szakaszban.

123. Májrák. Próbametszés. Egy hónappal a műtét után rákcahexiában meghalt.

124. Icterus gravis. Próbahasmetszés. Epeutakban, pancreasban semmi kóros változás, bevarrás. Az icterus tünetei közt hat nappal a műtét után meghalt. A boncolást a család meg nem engedte.

A sérveket hozzászámítva, összesen 58 laparotomia történt e tanfélév folyamán.

7. Műtétek a végbélen.

125. Polyposis recti végbélelőéssel. Az előesett polyposus végbélrész resectioja.

126—127. Heges végbélszűkület. Végbélresectio Kraske-műtéttel, a csontk bevarrása a sphincter gyűrűjébe. (2 eset.)

128—132. Inoperabilis végbélrák. Kikanalizás. (5 eset.)

133. Végbélkörüli gümös tályog megnyitása.

134—137. Aranyeres csomók. Whitehead-műtét. (3 eset.)

8. Műtétek a húgyivarszerveken.

137—138. Vándorvese. A vese felvarrása. (2 eset.)

139. Pyonephrosis. Nephrostomia, uretercatheterezés.

140. Pyonephrosis. Nephrostomia.

141—142. Vesekörüli tályog. Megnyitás ágyéki metszéssel. (2 eset.)

143—145. Hólyagkő. Morzsolás. (3 eset.)

146. Hólyagkő. Magas hólyagmetszés.

147. Hólyagvégbélsipoly. Kő a sipolyban. A kő eltávolítása.

148—150. Prostatatúltengés. Bottini-műtét (3 eset, egyikben két izben történt e beavatkozás).

151. Kő a húgyesőben. Külső húgyesőmetszés.

152. Fitymaszor. Fitymaszor-műtét.

153. Hímveszőrák. Műtét két szakaszban, először amputatio penis, később Pearce-Gould-műtét, a lágyékhajlat mirigyeinek kiirtása s kétoldali Bassini.

154—155. Vízsejv. Winkelmann-műtét. (2 eset.)

156. Bujakóros herelob következményes vízsejvvel. Bergmann-műtét.

157. Varicocele. Bennet-műtét.

9. Műtétek a felső végtagon.

158. A kéz zúzott sebe. A mutatóujj kiizelése.

159. Három éves insérülés az ujjakon vágott seb után. Inképlés, invarrat.

160. Orsóideg bénulása szűrt seb után. Idegyarrat.

161. Heveny felkarficzam. Repositio Kocher szerint.

162. Négy hetes felkarficzam. Repositio Cooper szerint narcosisban.

163. A felkarsont egy hónapos ficzama. Helyretétel Kocher szerint narcosisban.

161—166. Idült hátsó könyökficzam. Véres helyretétel. (3 eset.)

167. Idült mellső könyökficzam. Véres helyretétel.

168. Szülés alatti felkartörés újszülöttön. Sínkötés.

169. Spontan felkartörés. Próbametszés.

170. Dupuytren-féle új zsugorodás. A tenyéri pólya kiirtása.

171—172. Csontelhalás a felkarsont esontvelő lobja után. Csontláda felvétele, elhalt csont eltávolítása. (2 eset.)

173. Gümös lob a kézközépcsontokban. Negyedik kézközépcsont eltávolítása, kikanalazás.

174. Sarcoma az alkaron és a könyökárokban. Felkar-csonkítás a felső és középső harmad határán.

10. Műtétek az alsó végtagon.

175—178. Veszületett csípőficzam. Helyretétel narcosisban. (4 eset.)

179. Nyolcz hetes erömüvi csípőficzam. Helyretétel narcosisban.

180. Három hónapos erömüvi csípőficzam. Véres helyretétel.

181. Czombtörés, az első lábközépcsont nyílt ficzama. Volkman-nyújtás; a ficzamadott csontnak resectio utáni helyretétele.

182. Alszártörés. Járókötés.

183. Kül- és belboka törése. Járókötés.

184—185. Rosszul gyógyult alszártörés. Ékkivésés, redressálás. (2 eset.)

186. Veszületett álizület az alszáron. Csontvégek felfrissítése, csontvarrat.

187—193. Gacsos térd. Mac Ewen-féle osteotomia. (3 egyéneken kétoldali, egyen egyoldali. 7 műtét.)

194—198. Veszületett dongaláb. Achilles-in átmetszése. (5 eset.)

199. Veszületett dongalóláb. Régi eset. Phelps-műtét.

200. Hüdéses lóláb. Achilles-in átmetszése. Redressálás gipszkötésben.

201. Lágycsont mirigytyályog. Mirigyek kiirtása.

202. Czombesontelhalás esontvelőlob után. Csontláda felvétele, elhalt csont eltávolítása.

203—205. Csontelhalás a sípcsont esontvelőlobja után. Csontláda felvétele, csont eltávolítása. (3 eset.)

206. Centralis osteomyelitis tályog a sípcsontban. A csont felvétele.

207. Heveny fertőző esontvelőlob után a czomb és az alszár növesi visszamaradása és a csípő-, valamint térdizület zsugorodása. Czombamputatio.

208. Arthropathia tabetica a térdizületben. Térdizületi csonkolás. Meghalt 38 nappal a műtét után kimerülésben.

209. Izegerek és exostosisok a térdizületben. A térdizület feltárása, izegerek eltávolítása, exostosisok levésése.

210. Csontos térdizületi merevség 90° alatt. Ékkivésés az izület helyén, redressálás.

211. Térdizületi zsugorodás kankós lob után. Nyújtás több szakaszban.

212—213. Csípőizületi zsugorodás gümös lob után. Nyújtás több szakaszban. (2 eset.)

214. A nagy tompor gümös lobja. Kikanalazás.

215. Gümös térdizületi lob. Rögzítő kötés.

216. Gümös térdizületi lob. Arthrectomia.

217. Gümös lábtö- és bokazületi gyulladás. Farabouf-féle alszáramputatio.

218. Gümökór a bokában és lábtöben. Kikanalazás.

219. Átfúró lábfekély tabeszes egyéneken. Kimetszés.

220. Túlsarjadzó alszárfekegy. A túlsarjadzás lemettszése; másodlagos Thiersch-féle bőrátültetés.

221. A térdkalás előtti nyálkatömlő hygromája. Kiirtás.

222. Sarcoma a jobb czombon. A daganat kifejtése.

223. Sarcoma a bal térdizületben. Czombesontkítás.

* * *

A fentebb kimutatott 12 betegen kívül, a kik műtét után haltak meg, még meghalt a klinikán 5 beteg, kiken műtét nem

történt. Az egyik a fej lövési sérüléseivel haldokolva hozatott be; a másik beteg phthisisben halt meg, peritonitis tuberculosa és gümös eredetű spontan keletkezésű bélsársipoly miatt feküdt a klinikán; a harmadik beteg inoperabilis alajkrákkal jött be a rákcomában pusztult el; a negyedik pseudoleukaemiában szenvedett s a halál közvetlen oka egy necrotikus nyirkmirigy révén keletkezett mély nyaki és mediastinalis phlegmone és fuladás volt; az ötödik pedig empyema necessitatissal vétetett fel a klinikára s ott egy ismeretlen okból, valószínűleg a pyothorax-szal egyidejűleg keletkezett agytályognak az agygyomrocsba való spontan át-törése következtében halt meg.

A klinikán összesen 281 beteg feküdt a félév folyamán.

II. Ambulanter kezelt betegek.

A vegyes ambulantiánál — vezető orvos Zimmermann Károly dr. tanársegéd — szeptember—december hónapokban megjelent 2008 beteg.

A testgyógyászati ambulantiánál — vezető orvosok Holzwarth Jenő dr. és Rácz István dr. műtönövendékek — megjelent 637 beteg.

Az urológiai ambulantiánál — vezető orvos Illyés Géza dr. tanársegéd — megjelent 216 beteg.

Az ambulancia összes betegei 8488 látogatást tettek a félév folyamán a klinikán.

Ezeket összesen 823 műtét történt és 244 gipszkötés alkalmaztatott.

Folytatólagos közlések a gerincezvelősorvadás kezelésére nézve.

Kéty Károly dr. egyetemi tanártól.

(Vége.)

A tabes kezelésénél nagy szerep jut a *villamosság* részére. Az évtizedekre elhúzódható betegség sokszor kínos phasisai próbára teszik az orvos tudását, türelmét és vigasztaló képességét. A baj tüneteinek különféle megnyilvánulásai szerint változó kezelésre lesz szükség, s így készséggel nyúlunk a villamozáshoz, mely eljárás avatott kezekben soha sem hátrányos, itt-ott előnyös és rendszerint bizalmat keltő. Meg-megszakítva hónapokon, sőt éveken át alkalmazhatjuk, sőt legtöbbször a betegek maguk kéri és követelik azt. *Duchenne* kezdte először a hát és végtagok bőrének Faraday-árammal, cesettel való kezelését s többször jó eredményt ért el. De összekapcsolta e kezelést jodkalium- vagy kénesó-kúrával, az ekként elért sikereket analízisánál azonban nehéz eldönteni, mennyi része van a villamosságnak és mi esik az orvosságok javára. Valószínű, hogy ezen eljárás mellett eredményteljesen kezelt betegeknél a még fenálló syphilisre volt a jodnak vagy kénesónek gyógyító befolyása; mert a Faraday-áram a gerincezvelőig direct nem hat, élő egyéneken oly erős Faraday-áramot, hogy az a gerincezvelőig hatoljon, alkalmazni nem lehet. (Lásd Kéty „Villamgyógyászati tanulmányok“, Orvosi Hetilap. 1870.) S így legfeljebb reflectorikus befolyásról lehetne szó, de senki sem hiszi, hogy ezen úton a gerincezvelő tabeszes megbetegedését mi megváltoztatni tudnók. A környéki idegekre történő inger az, mely néha az idegvezetésben változást okoz, egyszerű fájdalmat szüntet, máskor, bár ritkán, az érzéscsökkenést javítja. Bizonyítja ezt a trigeminus-neuralgiáknál néha elért siker, a midőn a fájós idegre, a Frommhold ajánlta módszer szerint, dagadó és apadó Faraday-áramot bocsátva, a kínos fájdalom a villamozás alatt megszűnik.

Möbius a villamosságnak gyógyító hatását egyáltalán tagadja, szerinte csakis suggestív befolyásról lehet szó. Én tabeszeseknél a Faraday-áramot csupán érzéstelen bőrfelületekre alkalmazom. A *galván-áram* már a központi idegrendszerig hatol s így az agy és gerincezvelő általa direct érhető. *Remak*, ki ezt először alkalmazta tabes-betegeknél, nagy dícsérettel emlékezik meg hatásáról; újabban e túlzott bizalom jelentékenyen csökkent ugyan, de azért azt teljesen hatástalannak, mint többen tekintik, nem tartom. A gerincezvelő galvanizálása czéljából az egyik széles alapú elektrodot (+) a nyaki csigolyákra, a másikat (—) a kereszt-sontra helyezzük s így 4—8 milliampères erejű leszálló áramot 5—10 perczig alkalmazunk. A végtagokon vagy a háton jelent-

kező neuralgiák ellen a positiv polust a fájdalmas helyekre, a negativot pedig a gerincoszlopra helyezük. Többször tapasztaltuk, hogy a villamosítás alatt a fájdalmak enyhültek, de még akkor is, ha eredmény nem mutatkozik, a legtöbbször kedvező pszichikus hatást keltünk a betegeknek. Hólyagbénulásnál katheter segítségével directe villamosíthatjuk a hólyag falát, e célra azonban csakis a Faraday-áram használható, miután a galván-áram elektrolysises és edző hatása miatt a hólyagba nem vezethető. Ujabbán villamos fürdők is használhatók, a midőn a villamosítás és a thermalis hatás együttesen értékesíthető.

Ép úgy mint a villamosítás, jelentős és hasznos tényező képez a tabes therapiájánál a *fürdőzés és vízgyógyászat*. A természetes meleg forrásokat és időktől fogva alkalmazták a gerincvelő-sorvadásnál, egyesek előszeretettel javallatnak, mint az aacheni, gasteini, tepliczi, nauheimi vizek. A fürdőkötől a tabeses anatómiai elváltozásokra befolyást ne várjunk. Hatásuk az általános közérzetre, az idegélet serkentésére vagy megnyugtására terjed ki. Csakhogy minden egyes esetenél külön mérlegelve kell a fürdőzés indicatóját felállítani. Általában áll az, hogy túl magas és túl alacsony hőfokú fürdők kerültessenek. A fürdőzés kellő kényelemmel, meghülés kikerülésével történjék. 28—26 R. fokú vízben a neuralgiás fájdalmak többször enyhülnek; nagy számú fürdőt ne alkalmazzunk egy huzamban, nehogy gyengítőleg hassanak.

K. B.-né 32 éves, egy 8 éves egészséges leánygyermek anyja, két év óta eleinte nagyobb időközökben, később igen sűrűn fellépő cikázó lábszaggatásokról panaszkodott. Házi orvosával együtt megvizsgálva őt, miósis, reflect. pupillamerevséget, a patelláin reflexének hiányát és kífokú ataxiát állapítottunk meg. Tehát a tabes dorsalis jellemző symptomáit. A kórelőzményekre nézve homályban maradtunk, syphilis nem volt kideríthető, de kizárva sem. Ajánlatunkra egy vízgyógyintézetbe ment, hol két hónapig másodnaponként 27° R. fürdőköt használta. Belsőleg naponként 0.02 argent. nitricumot szedett. Azóta a heves neuralgiák szünetelnek, csak nagy néha, mint maga mondja, régiebb bajára emlékeztető bizsergést érez czombjaiban. A pupillák zavara és a térdreflexhiány azonban fennállanak, szintúgy a kífokú ataxia is.

Többször kiváló eredményt láttam a szliácsi szénsavdús vasas természetes hévíz használása után, hová a tabes első és második szakában szenvedő betegeket utalom. Szliácson, mint ismeretes, négy medencében fürödnek, ezek elseje 27° R. hőfokú, a második 25° R., a harmadik 18° R., a negyedik 15° R. Kezdetül mindig a 27°-os medencézet ajánlom, gyengébb és érzékeny bőrű betegek meg is maradnak e mellett. Edzettebb betegek később az alacsonyabb hőfokú második medencézetbe mennek. A szénsav által a bőrdegekre gyakorolt inger kellemes érzést szül és sokszor a fájdalmak csillapodnak, a betegek üdőbbeknek érzik magukat, néhányszor a hólyaggyengesség javulását is észleltem.

Leyden a tabes kezdeti szakában, főleg, a midőn a baj meghülések után nyilvánul, a gőzfürdőköt is ajánlja. Tapasztalásaim szerint én a gőzfürdőköt kétélű fegyvernek tartom. A nagy melegből a hidegbe való gyors átmenet nem mindig történik a kellő elővigyázattal és a lehűtésnél használt hideg zuhanyok után nem egyszer gyorsan kitörő heves szaggatások, sőt paresises gyengeség is mutatkoztak. Ez okból tabesbetegeket nem is küldök gőzfürdőbe.

A hidegvíz-, helyesebben vízgyógyintézeteket nagy számmal keresik fel tabesbetegek is. Miután ezen intézetek majd kivétel nélkül orvosi vezetés alatt állanak (kivételet a wörishofeni Kneipp-féle intézet képezett, hol a helytelen diagnózis és ebből folyó helytelen drastikus kezelés nem egyszer végzetes eredményt okozott), a kezelés rendszerint a betegségnek és egyéni viszonyoknak megfelelően történik. Örömmel tapasztalom, hogy újabbán a tabesesek hydrotherapiájánál orvosaink a helyes középúton haladnak, kerülvén az alacsony és túl magas hőfokokat. S megelégedéssel látjuk, hogy betegeink közérzése, erőbeli állapota és ellenálló képessége javul s így néha a tabeses folyamat terjedése lassul s többször egyes kórtünetek is, mint a neuralgiák, gyomor- s egyéb crisisek enyhülnek. Természetesen a kórboncolási elváltozásokra ezen eljárás sem lesz befolyással. Legezészerűbb a langyos, 20—22° R. félfürdőköt rendelni.

Nyáron a szabadban való fürdés is ajánlatos; a tabes kezdeti szakában, a midőn a betegek könnyen mozognak, a tó-

fürdők, Balaton, wörthi tó stb. vagy a melegebb tájéki tengeri fürdők, Cirkvenica, a Lido, czélszerűen használhatók. Csak meghülestől óvakodjanak a betegek. Tehát csupán meleg napokon és rövid ideig fürödjenek s 18° R. alatt sohasem. A hidegebb észak tengeri fürdők nem ajánlhatók.

A gyakran kínzó neuralgiás rohamok enyhítésére sokszor jó szolgálatot tesznek a phenolgyökök, mint salicylsavas natrium, antipyrin, salipyrin, aspirin stb. 1.0 dosisekben, órai időközökben, 2—3-at adunk. Bódító szereket csak végszükség esetén alkalmazunk. Gyomor- és egyéb crisiseknél csakis morphiummal leszünk képesek (de még ezzel sem mindig) a rohamokat enyhíteni, rendszeren bőr alá fecskendéssel, a fecskendőt azonban sohasem adjuk a beteg kezébe, a beszúrást mindig az orvos maga végezze.

A neuralgiás rohamok ellen egyeseknél hideg borogatások, másoknál meleg alkalmazása tesz jót. Többször chloroformos olaj vagy az úgynevezett pain expeller bedörzsölése használ. Néha a fájdalmas testrésze gyakorolt erős nyomásra és ütögetésre, vagy a végtag körülzörítésére enyhül a fájdalom.

Motschutkowsky odessai orvos 1883-ban egy új úgynevezett *suspensio eljárás* ajánlt tabesnél, mely által a fájdalmak csillapítása és az ataxia javulása czéloztatik. Az akasztás a *Sayre*-féle készülék segítségével végeztetik. *Charcot* Párisban, továbbá *Eulenberg* és *Mendel* Németországban kedvező eredményekről tettek említést. Így ma is több orvos alkalmazza azt. Az igaz, hogy egyeseknél némi javulás mutatkozik, a fájdalmak enyhülnek s a járás kissé biztosabb lesz, de ezen eredmény csak néhány óráig tart. Máskor pedig épen semmi hatás sem áll be. Az akasztás nagy elővigyázatot igényel, mert avatlan kezekben veszélyessé is válhatik. Manapság már ritkán vétetik igénybe. A *Hessing*-féle mellfűző nagyfokú ataxiánál a medence és törzs rögzítése által néha jó szolgálatot tesz.

A *Langenbuch* által 1879-ben tabes ellen ajánlt *véres idegnyújtás* egy jó ideig kísértett az orvosok között. Az eleinte eredményesnek dicsért eljárás csakhamar hitelét veszítette, mert nemcsak az operatio fájdalmassága, hanem többször kellemetlen és veszélyes következményei miatt elhagyták azt. Én két tabes-betegemnél tettem vele kísérletet, bold. *Antal Géza* tanár végezte az ischiadicus véres nyújtását, nemcsak eredmény nélkül, hanem mindkét betegnél bérulás következett be.

Látjuk tehát, hogy a megindult tabeses folyamatot meggyógyítani, sőt megállítani sem vagyunk képesek. A degeneratio atrophia halad gyorsan vagy lassan, legjobb esetben hosszabb szüneteket tartva s csak kivételesen áll meg egy bizonyos fokon. Erre nézve biztos képet nyújt a tabeses látóidegatrophia, melynél a kórfolyamatot szemtükkörrel látni és kísérni lehet. Összes igyekezetünk a szervezet ellenálló képességének erősítésére és a kórtünetek enyhítésére és javítására szorítkozik.

Közlemény a budapesti magyar kir. tudomány-egyetem bőrkórtani intézetéből.

A lupus erythematosus Cazenave aetiologiájához.

Irta: *Poór Ferencz* dr.

(Folytatás.)

2. D. A. 40 éves, férjes, r. k. mosónő, klinikára jött 1900. IV/20. *Anamnesis*: Anyja végelegyengülésben halt el. Atyjáról nem tud felvilágosítást adni. *Hereditaer terheltségre a tuberculosis irányában semmi támpont*. Beteg gyomorrontástól s meghülestől származtatott kisebb bajokat kivéve, súlyosabb betegségben nem szenvedett. 1894-ben alsó ajkán s orrától jobbra és balra arcán „vörösség” támadt, mely fokozatosan nagyobbodott, míg mai nagyságát elérte. Néha fájdalom az állkapocsizületben.

Jelen állapot: Beteg csontrendszere hibátlan, szikár, ép. Izomzat középtérfogatú. Zsírpara kissé megfogyott. Bőr színe sárgás-barna (betegünk cigány), kissé redőkbe szedhető, ruganyos. Látható nyálkahártyák halvány vörösek, épek. Beteg alsó ajkán (baloldalt) gyermektenyérynai kiterjedésű, kékes-vörösen elszínezett, élénken határolt, a széleken a bőr felszíne fölé emelkedő bőrlaesus lelapult papulákkal, melyeket finom, fehér, jól tapadó kis pikkelyek fednek. A középén atrophias bőrrészetek. Tüdők, szív, hasúri szervek épek.

Therapia: Betegünk hat hónapon át kezeltetett a klinikán a szokásos szerekekkel; igen rendetlenül járt el; lényegesebb eredmény nem volt elérhető.

3. T. Á. 25 éves r. k. fodrász, a klinikára jött 1900. VIII/27. *Anamnesis*: Atyja elmebeteg, de semmi szervi baja nincs. Anyja egészséges, valamint két testvére is. Családjában *tuberculosisra* nézve *semmi hereditaer terhelttség*. Beteg maga sohasem volt beteg 1893-ig, midőn orrán kis vörös folt támadt, mely mindig nagyobbodott, míg jelen kiterjedését elérte.

Jelen állapot: Ép csontrendszer, erős, nagy térfogatú izomzat, csekély zsírpárna. Bőr halvány rózsaszínű, tapintása puha, ruganyos. Orrháton mindkét pofára átterjedőleg (pillangó-alak) élénk-vörös, kissé a bőr felszíne fölé emelkedő bőrlaesio, papulák-kal, melyeknek centrumán apró fehér pikkelyek ülnek. Helyenként a laesioiban hegszerű, atrophias elváltozások. Tüdők, szív, hasüri zsigerek épek.

Therapia: Rendeltetett 5% pyrogallus-tapasz.

4. F. L. 48 éves r. k. mozdonyvezető, klinikára jött 1900. VII/16. *Anamnesis*: Tuberculosisra nézve *semmi hereditaer terhelttség*. Atyja alkoholista volt. Betegünk 16 éves korában typhus abdominalist állott ki, azóta komolyabb beteg nem volt. Két hó előtt égető, fájdalmas érzés, majd arcának kivörösödése lepte meg, mit elmulasztani nem birt. Beteg baját a nagy melegnek tulajdonítja, melynek mint mozdonyvezető ki van téve.

Jelen állapot: Csontrendszer ép, izomrendszer jól kifejlődött. Bőr halvány rózsaszínű, ruganyos. Orrháton mindkét pofára típusos pillangóalakban átterjedő vörös, a széleken a bőr felszíne fölé emelkedő, jól határolt, kékesvörös színű bőrlaesio, melyen vörös, apró, fehér, jól tapadó pikkelyekkel fedett, laposabb papulák emelkednek. Széleken comedo-hoz hasonló csapok. A laesioiban helyenként erősen fénylő, hegszerű bőrelváltozások. Tüdők, szív, hasüri szervek épek.

Therapia: Belsőleg jodoform adatott (3 × 0.07 pro die). Külsőleg 10% ac. lacticum guttapercha-tapasz; beteg azóta nem mutatkozott.

5. G. I.-né, 39 éves, izr. kiskereskedő neje, a klinikára jött 1900. X.9. *Anamnesis*: Atyja mellrák következtében, anyja 72 éves korában végelgyengülés folytán halt el. Öt testvére él és egészséges, három testvére elhalt és pedig egy gyermekági láz, egy valami agybaj, egy pedig mint csecsemő bélhurut következtében. Betegünknek öt egészséges gyermeke van, három gyermeke elhalt, az első mint csecsemő veleszületett gyengeségben, a második vérhasban, a harmadik vörhenyben. *Tuberculosisra* nézve *tehát semmi hereditaer terhelttség*. Beteg háztartását maga vezeti s mint megjegyzi, majdnem egész nap a tüzhely körül foglalkozkodik. 1899. nyarán orrhátán egy fillérkiterjedésű vörös folt támadt, a mi azonban egy év alatt elmúlt, fehér heget hagyva hátra. Ugyanakkor jobb arcfelén vörös folt támadt, melylyel klinikánkra jött.

Jelen állapot: Csontrendszer ép, izomzat középtérfogatú, bőr alatti kötőszövet zsírdús. Az orrháton egy fillérkiterjedésű fehér, fénylő, atrophias, hegesen elváltozott bőrrészlet. A jobb arcfelén a sulcus nasolabialis mellett a bőr egy korona kiterjedésben kékesvörös elszínesedett, mely elszínesedés az ép bőrtől jól el van határolva. A laesio apró fehér pikkelyek, helyenként fehér, fénylő, atrophias részletek. Tüdők, szív és hasüri szervek épek.

Therapia: A laesio sebészi eltávolítása, mely után a seb per primam gyógyult.

6. P. I.-né sz. A. Mária, 23 éves, rk. napszámosnő, szülő- és lakóhelye Prusz (Szepes m.), a szt. Rókus-kórház fiókosztályára felvétetett 1900. X/21. *Anamnesis*: Beteg atyja egészséges, anyja gyermekági lázban halt el. Férjétől csak egy gyermeke volt, a ki öt hetes korában veleszületett gyengeség folytán halt el. Anyjának egy testvére állítólag tüdőbajos, tehát *tág értelemben vett tuberculosis terhelttség* lehet jelen. 1898 derekán orrán vörös folt támadt, mely fokozatosan, kisebbfokú égő fájdalom kíséretében terjed.

Jelen állapot: Beteg csontrendszere ép. Izmok középtérfogatúak. Zsírpárna megtartott. Beteg jól táplált egyéniség benyomását teszi. Bőre (az affectio helyét kivéve) ép, ruganyos, puha tapintatú. Az orrháton mindkét arcfelére tenyérszerű kiterje-

désben átterjedőleg kékesvörös elszínesedett, szélein mérsékelten az ép bőr felszíne fölé emelkedő s comedo-hoz hasonló csapokat mutató efflorescentia. Közben számos köles-, egész leucemekkora-ságú papula, melyeknek centrumában fehér, jól tapadó pikkelyek láthatók. Közben helyenként fehér, atrophias bőrrészletek. Tüdők, szív ép, valamint a hasüri szervek is.

Therapia: Beteg naphthol-kénes fosztópastát kapott, mire a laesio javulásnak indult.

7. P. K. 49 éves, ev. földműves Ruszkinról (Szepes m.), a szt. Rókus-kórház fiókosztályára felvétetett 1900. XI/2. *Anamnesis*: Atyja 72 éves korában végelgyengülésben halt el. Anyja 10 évig szenvedett tüdőbajban s „vérköpésben“ halt el. Neje egészséges. Két gyermeke egészséges, négy meghalt, egy 12 éves korában tüdőbajban, egy diphtheritisben, kettő veleszületett gyengeség folytán. Egy testvérbátyja van s az egészséges. Tehát a *tuberculosisra* a *hereditaer terhelttség jelen van*. Megelőzőleg soha beteg nem volt. Két év előtt arcán „kiütés“ támadt, mely azóta fennáll.

Jelen állapot: Beteg csontrendszere ép, izmok kis térfogatúak. Bőralatti kötőszövet zsírban szegény. Bőr könnyen ráncokba szedhető s az affectio helyét kivéve normalis színezetű.

Orrhátán a két arcfelére kiterjedőleg jó férfitenyérszerű diffus kékesvörös bőrelszínesedés, mely szélein az ép bőr fölé emelkedik s attól jól el van határolva. Helyenként hegszerű atrophias helyek láthatók. Fejtetőn a sutura longitudinalistól balra egy ötkoronás nagyságú, szélein kékesvörös, középen fénylő, fehér atrophias, hajtól fosztott terület. Tüdők, szív épek, valamint a hasüri szervek is.

8. M. S. 44 éves, százados. *Anamnesis*: Apja, anyja él s mindketten egészségesek. Egy testvére van s az egészséges. *Tuberculosisra* nézve a családban *semmi hereditaer terhelttség nincsen*. Beteg megelőzőleg soha sem volt. 1895 decemberében orrán vörös folt támadt, majd mindkét szem alatt, a pofán s mindkét fülén egy-egy. Subjectiv szenvedése nincs, csak arcának elégtelenítése ejti kétségbe.

Jelen állapot: Erőteltjes, magas, kitünően táplált egyén erősen kifejlődött izomrendszerrel. Orrhegyen s az orrháton egy tallérnagyságú, szélein az ép bőr felszíne fölé emelkedő, kékesvörös, közepén hegszerű atrophias bőrrészlettel bíró laesio, melynek hyperaemias részén apró fehér, fénylő pikkelyek vannak. Mindkét szem alatt egy-egy kétfilléres s mindkét pofán egy-egy koronánagyságú s a két fülkagylón egy-egy babnagyságú, feltünően symmetrias elrendezésű laesio. Ugy a mellkasi, mint a hasüri szervek épek.

Therapia: 1896. márcziusban. Spiritus saponato-camphoratus-bedörzsölés, sapo kalinus mosásra. Májusban nagy infiltratio miatt thermocauter és 10% ac. lacticum tapasz. Augusztus 5. Infiltratio alig kifejezett, plaqueok felülete sima, de az arc többi részétől, mely a hadgyakorlat alkalmával erősen lesült, feltünő módon elütő, úgy hogy a beteg festette magát. 1897. közepén a laesio eltűnt, de midőn 1898-ban Galicziába ment a nagy hadgyakorlatra, ugyanazon helyen ismét kiújult. 10% pyrogallus colloidium és Schütz-féle arsenes kezelésre szeptember 30-dikára gyógyult.

9. K. I. 27 éves r. k. gyalogsági főhadnagy. 1900. IX/10. keresett fel. *Anamnesis*: Szülői egészségesek, négy testvére egészséges, egy typhusban, egy pedig gerincszorvadásban halt el, kilencz éves korában diphtheritist állott ki. Azóta beteg nem volt. *Semmi hereditaer terhelttség a tuberculosisra nézve*. Beteg nagy dohányos és alkoholista. Az elmúlt nyáron részt vett a nagy hadgyakorlatokon és sokat volt kitéve a nap hevének. Augusztusban vette észre, hogy orrán egy vörös folt támadt, mely azóta változatlanul megmaradt.

Jelen állapot: Kiválóan erős csont- és izomrendszer. Bőr, az affectio heget kivéve, mindenütt normalis. Orrháton egy fillérkiterjedésű, az ép bőr felszíne felé emelkedő, élesen elhatárolt, kékes-vörös, pikkelyes bőrlaesio, melynek centrumát egy kis, fénylő, hegszerű atrophias hely foglalja el. Szív, tüdő épek, valamint a hasüri zsigerek is.

Therapia: 5% salicyl-tapasz ajánlatott, de a beteget azóta nem láttam.

10. Özv. K. J.-né 37 éves r. k. kertész-napszámosnő,

klinikára jött 1900. XI/21. *Anamnesis*: Atyja vízi betegségben halt el, anyja egészséges, három testvére él, mindannyi egészséges, négy testvére még mint csecsemő halt el beteg előtt ismeretlen betegségben. Öt évvel ezelőtt egy öt hónapos magzatot elvetélt. *Tuberculosisra nézve tehát hereditaer terheltég fenn nem forog.* Beteg megelőzőleg soha nem volt. 1895-ben „pattanás” támadt orrhajlatában, mely lassanként növekedett, míg jelen kiterjedését elérte. Jelen év elején jobb szemöldöke fölött is támadt hasonló kiütés, mely szintén állandóan megmaradt. Subjectiv panasza a mérsékelt égető érzés az efflorescentia helyén.

Jelen állapot: Beteg csontrendszerére ép, izomzata jól kifejlődött, büralatti kötőszövet zsírdús, beteg jól táplált, kövér egyéniség. A bőr az affectiok helyétől eltekintve ép, ruganyos, puha tapintatú, ránczokba könnyen nem szedhető. Jobboldali sulcus nasolabialis mentén egy korona kiterjedésű kékes-vörös színű, mérsékeltén a bőr felszíne fölé emelkedő, apró, fehér, fénylő, jól tapadó pikkelyekkel fedett papulák, helyenkint apró, fehér hegszerű elváltozások. Ugyanílyen külsejű, csak hogy kisebb (egy kétfülleres kiterjedésű) laesio a bal szemöldök fölött.

Therapia nem foganatosított, mert beteg többé a klinikán nem jelentkezett.

11. K. S. 33 éves földműves, klinikára jött 1901. I/2. Atyja (72 éves), anyja (62 éves), felesége és két gyermeke egészségesek. Két abortus. *Semmi hereditaer terheltég.* 1893-ban kiütés keletkezett a jobb füle előtt, majd bal arczfélén, melyek rapide jelentkeztek, subjectiv fájdalom nélkül.

Jelen állapot: Jobb fül előtt egy korona, bal arczfélén gyermektenyér kiterjedésű, szélein élénk vörös, a bőr felszíne fölé emelkedő, atrophias helyeket felmutató laesio. Apró papulák hegyén fehér, jól tapadó háms. Széleken comedoszerű csapok. Szív, tüdő ép.

Therapia: Egyelőre sapo viridis vászonra kenve.

12. P. G. 53 éves izr. ügynök, klinikára jött 1900. XII/31. *Anamnesis*: Atyja 66 éves korában egy dysenteriaszerű betegségben, anyja 88 éves korában végelgyengülésben halt el. Nyolcz testvére közül egy szívbajban, egy „vérhas”-ban, egy pedig tüdőbajban halt el, felesége egészséges s 13 gyermeket szült, kik közül 7 egészséges, 2 mellbetegségben, 4 csecsemő korban (gyengesség) halt el. 1897-ben jobb arczfélén „vörös folt” támadt, mely lassanként növe, fájdalmat nem okozva érte el jelen terjedelmét.

Jelen állapot: Erőteltjes, magas egyén, erősen kifejlett zsírpárnával. Orrhátán mindkét arczfélre tenyérnyi kiterjedésben, sőt a fül mögé is áttérjedő, az ép bőr felszíne fölé emelkedő kékesvörös, helyenkint atrophias részekkel bíró efflorescentia, melynek hyperaemiás részletén apró fehér, tapadó pikkelyek vannak. (Typusos pillangóalak.) Tüdő, szív, hasüri szervek épek.

A mint e körtörténetkivonatokból látható, *lupus erythematosus* direkt *tuberculosis* betegséggel kapcsolatban föllépni nem láttunk, a 12 eset közül 9-nél még a legtágabb értelemben vett hereditaer terheltég sem volt jelen. Feltűnő, hogy betegeink legnagyobb része, amit már *Malcolm Morris* is megjegyzett, oly foglalkozást űzött, melynél fokozott hűtásoknak volt kitéve (szakácsné, mozdonyvezető, katonatiszt, napszámos).

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem I. sz. sebészeti kórodájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár.

A májbeli *echinococcus-tömlők* infectioiról és elgenyedéséről.

Közi: *Winternitz M. Arnold* dr. műtönövendék.

(Folytatás.)

A rendelkezésemre álló legerősebb nagyítással igyekeztem e gyanus conglomeratumokat analizálni, s mindinkább megerősödött a gyanum, hogy mégis csak mikroorganizmusokból, talán rövid bacillusból állanak. Emlékeztetett a kép azon appendicitis eseteim váladékára, melyekben az influenza bacillusának nagyság, alak, elhelyeződés tekintetében teljesen megfelelő mikroorganizmust találtam intracellulaer fek-

¹ Tuberculosisra nézve tág értelemben vett terheltég.

vésben.¹ E körülmény még jobban felkeltette figyelmemet, mert gondoltam: hátha ezen *echinococcus*-genyben is ugyanazon mikroorganizmust találok, melyet az említett két appendicitis esetben, s melyről akkoriban — mivel a Pfeiffer által leírt influenza-bacillusnak minden tekintetben megfelelt — azt tartottam, hogy valóban az influenza bacillus, és a bélen át került a féregnyújtványba.

Ily impressióktól vezéreltetve, a rendes táptalajokon kívül azonnal a Pfeiffer-féle „véres agarra” is oltottam s nagy volt meglepetésem, midőn másnap a thermostatban elhelyezett csövekben azt találok, hogy a közönséges glicerin-agar-csövek teljesen sterilek, ellenben a véres agaron rendkívül apró, harmatszerű, teljesen áttűnő coloniák igen dús és egészen tiszta tenyésztete indult meg.

A coloniák 24 óra múlva még oly aprók voltak, hogy az egyesek csak lupéval voltak felismerhetők; ellenben oly sűrűn sorakoztak egymás mellé, hogy a beoltott agarfelszín ferde tükröztetése alkalmával enyhe harmatlepedéknek tünnek fel.

Fedlemezkeszitményeken kiderült, hogy e rendkívül apró, viztiszta coloniák egy nagyon kicsiny, szépen, polarisan festődő diplobacillusból állanak, mely methylenkékkel, thioninnal stb. kissé nehezen, de szép polarisan festődik, Gram szerint azonban nem festhető. Igyekeztem őt a legkülönbözőbb feltételek között tenyészteni, hogy meghatározhasam. Kiderült, hogy csakis testhőmérsék mellett, oxygen jelenlétében s kizárólag „véres” táptalajokon lehet kultiválni, úgy mint vérrel bekenet glicerin-agaron vagy néhány csepp vérrel kevert bouillonban.

Culturái nagyon érzékenyek. Naponta, legfeljebb minden két napban okvetlenül átoltandók, különben 4—5 nap alatt elhalnak. Naponkénti átoltás mellett is alig sikerül generatioit 2—3 hétig életben tartani.

A coloniákra jellemző, hogy rendkívül aprók, vizesíték, üvegyszerűen áttűnők. Ha sűrűn állanak egymás mellett, oly kicsinyek, hogy szabad szemmel alig kivehetők. Ha még oly sűrűn állanak is, soha össze nem folynak, hanem mint a gyöngyök, mindig izolálva maradnak, mi az agarfelszínnek oly küllemet kölcsönöz, mintha vékony harmintréteggel lenne befuttatva. Oly helyeken, hol a coloniák izoláltabban állanak, kissé nagyobbra is megnőhetnek. Itt $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ mm. átmérőt is elérnek. E nagyobb coloniák már nem oly transzparensok, mint a kicsinyek. Különösen közéjük egy kis homályos foltoska kezd mutatkozni, mely az idősebb s izolált streptococcus-coloniáknál néha észlelhető *centralis magocskára* emlékeztet. E mag körüli peripherikus rétegecske azonban teljesen transzparens marad.

Maga a bacillus igen rövid és vékony, kisebb mint az egér-septicæmia bacillus. 24—48 óras coloniákban szép polaris festődést mutat egy centralis világos részlettel; ha azonban anilinvizes methylenkékkel festünk, úgy az egész bacillus-test megfestődik, mikor is hosszabbnak és szélesebbnek tünik fel. Mozgása nincs. Csillószálcsákát rajta kimutatnom nem sikerült. Idősebb, 3—4 napos culturákban igen sok a rosszul festődő involutiois alak; 5—6 napos culturák pedig már csak nem festődő detritust tartalmaznak.

A coloniák maguk is kevésbé állandók. Ha a kémcsövet be nem forrasztjuk, s így az agarfelszín kissé száradásnak van kitéve, 8—10 nap múlva a coloniák harmatszerű lepedékretege eltűnik, s az agarfelület homályos, zavaros kinézést nyer.

Bouillonban, melyhez előzőleg 3—4 kacnyi vért teszünk, elég élénk fejlődésnek indul e szóban levő bacillus. A versejtek lassan a bouillon fenekére ülepednek, a haemoglobinnal kilógózdók s kissé sötétebb színt ad a bouillonnak. Ebben a fejlődés egyenletes felhőszerű zavarodás képeben indul meg, de üledéket nem képez, vagy csak igen keveset, kissé viscosus.

Fiatál agar- és bouillon-culturákkal fehér egereket oltottam subcutan. Az állatok 36—48 óra múlva elpusztultak s az oltás helyén kocsonyás oedema mutatkozott, melyben rengeteg számban voltak a leírt diplobacillusok jelen. A lépben s vérben azonban nem sikerült őket kimutatni.

Ezen esetemben talált kicsiny, polaris festődésű, Gram szerint nem festhető, csakis véres agaron apró transzparens coloniákban növe, nem mozgó bacillus minden tekintetben megfelelt annak a mikroorganizmusnak, melyet fentebb említett appendicitis catarrhalis chronica esetemnél a féregnyújtvány zavaros genyes váladékában teljesen tiszta tenyésztetben mutattam ki. Akkoriban — mivel e mikroorganizmus alak, nagyság, elrendeződés, festődés és culturalis magatartás tekintetében az influenza-bacillusnak teljesen megfelelt — azt tartottam róla, hogy valóban az influenza bacillus.

Ez eset emlékembe hozta Chauffard és Widal említett „negatív” eredményét; hisz magam is negatív bakteriologikus eredményt kapok, ha a rendes táptalajokon kívül a geny vizsgálatánál véres táptalajokhoz nem nyulok!

A következő genyes májechinococcus-esetet ezen észleletem alapján rögtön ily irányban vizsgáltam.

II. eset. Sch. L.-né, 45 éves nő, súlyos dyspnoéval; cyanosissal és icterussal került a kórodára.

Beteg előadja, hogy 8 hét előtt hasában hirtelen erős fájdalmak léptek fel, melyek a jobb hypochondrium tájára localizálódtak, s onnan a jobb lapoczkára s jobb czomb felé sugároztak ki. Ez első rohama alkalmával igen nagy forrósága volt. Azóta a rohamok többször ismét-

¹ Winternitz: Orvosi Hetilap. 1900. 13—14.

lödtek, mindig lázzal, nagy fájdalommal, hányással jártak, sőt a későbbi rohamokhoz *sárgaság* is kezdett csatlakozni, mely az utolsó két hét óta állandó, sőt növekszik is. Négy nappal felvétele előtt a jobb mellkas-félben hirtelen szúrások léptek fel; azóta légzése rendkívül megnehezített, folyton köhög, és gyenge köpetet ürít.

Jelen állapot. Igen lesoványodott, gyenge nöbeteg, erős, zöldebe játszó icterikus bőrszínnel. Légzés nagyon megnehezített, úgyanyira, hogy ülve karjaira támaszkodva képes csak levegőhöz jutni. Erős belégzési stridor, trachealis, messze elhallatszó szörtyzörejje. Csaknem szüntelenül köhög, miközben sok sárga habos köpetet igyekszik üríteni, de oly gyenge, hogy a kísérletek alkalmával sokszor teljesen elalél, csaknem elájul. Pulsus gyenge, gyors. Felső végtagok, orr hűvösek, cyanotikusak; az alszárakon, különösen a bokák körül kifejezett oedema. Szemek mélyen beesettek; arcz szenvedő, kifejezett facies Hypokratica.

Jobb mellkasfél, különösen középső s alsó részeiben igen kitágult, a bordaközök kiboltosodottak. Bal tüdő felett érdes légzés elszórt szörtyzörejekkel. Jobb mellkas felett elől a II-dik borda táján tompult dobos színezetű a kopogtatási hang, ettől lefelé mindenütt teljes tompulat, mely lefelé direkte átmegy a májtompulatba. Hátra fenn a tompulat a spinák magasságában kezdődik. A tompulat feltűnően resistens, felette légzés nem hallható, csak a felső határok közelében, hol gyenge bronchialis színezete van, szörtyzörejekkel. Szív balfélre dislocált.

A jobb mellkasfél alsó részeinek kiboltosulása egyenletesen megy át a jobb epigastrialis s az oldalsó hastáját kitöltő resistentiába, mely a jobb bordaív alól kiemelkedve, az epigastrialis tájat a köldök magasságáig teljesen kitölti.

A lesoványodott s petyhüdt hasfalakon át palpatio útján könnyű meggyőződni, hogy a jobb bordaív alól egy sima felületű, tömött, nyomásra érzékeny, gyermekfejnyi resistencia boltosodik elő, mely a köldök magasságában a máj éles szélére emlékeztető szélben végződik, de ezen éles szél felett a májleány rendes vastagságánál sokkal tömegesebb, úgy hogy a mélység felé legömbölyödöttnek látszik. Felette kifejezett *fluctuatio*.

Kétségtelennek látszott, hogy a bordaív alól kiboltosuló resistencia nem lehet csupán az exsudatum pleuriticum által lefelé tolt máj, hanem felvettük, hogy elsődleges májbeli tályoggal van dolgunk, mely a mellkasba való áttörés révén okozta a pleuritist.

A beteg állapota a hosszas lázak, a kínzó dyspnoé s köhögés folytán oly kétségbeesítő volt, hogy a májtályognak laparotomia útján való megnyitására egyelőre le kellett mondanunk. Első gondunk az volt, hogy a jobb tüdőt az óriási exsudatum nyomása alól felszabadítsuk, annyival is inkább, mivel ez úton a májtályognak magának kiürülését is remélhettük.

E czélből helyi érzéstelenítés mellett az V—VI. bordaközben vastag troicart-ral thoracopunctiot végeztünk, mely alkalommal két liternél több, echinococcus-hólyag-törmelékkel kevert sűrű geny ürült, mire a máj fluctuáló tályogja is teljesen összeesett.

Beteg a következő napon szivgyengeség tünetei között meghalt.

A műtétkor nyert geny sötét zöldessárga, kissé viscosus és sajátos fanyar szagú volt, de nem bűzös. Górcső alatt sok detritus mellett elég nagy mennyiségű bilirubinkristályt, s többé-kevésbé már nem festődő genysejteket tartalmazott. Itt-ott néhány echinococcus-horog. Mikroorganizmusokat ez esetben is ép úgy, mint az elsőben, sokáig hasztalan kerestem. Végre egy helyen 2—3 diplococcus-párra akadtam, intracellularis elhelyeződésben, melyek Gram szerint festődtek. Visszaemlékeztem az előbbi esetemből kitenyészett apró diplobacillusra és erős carbol-methylenkék festéssel igyekeztem jelenlétéről még a culturák megere-dése előtt meggyőződni. Találtam néhány genysejtet, illetve ilyeneknek maradványait, melyeknek halvány, már nem festődő magva körüli protoplasma-rétegben gyengén festődő, egyenletes szemcsészettség mint egy-egy bakterium-zoogloea kötötte le figyelmemet; de e képek oly elmosódtak voltak, hogy a culturák megere-dése előtt kétségben voltam az iránt, vajjon a gyér számban látott diplococcusokon kívül a genyben egyéb csír is van-e jelen.

Mint az előbbi esetenél, úgy itt is közönséges glycerin-agaron kívül főleg véres agarra oltottam, s egyúttal a sterilen felfogott geny-nyel fehér egeret is inficiáltam subcutan.

24 óra múlva a 37° C-on tartott kémcsövek nagy különbséget mutattak, a szerint, a mint véres vagy nem véres táptalajra történt az oltás. A nem véres agarcsövekben alig 8—10 apró streptococcus-colonia indult meg, s ezeken kívül semminemű egyéb vegetatio nem mutatkozott. A vérral bekenet agar-felületeken egészen elütött a kép. Itt 8—10 (a nem véres agaron is fejlődött) streptococcus-colonia mellett rengeteg nagy mennyiségben igen apró, csak lupe segítségével kivethető víztiszta coloniák egész serege indult meg, melyek az említett streptococcus-coloniák közeit foglalva el, sűrű csoportosulásukkal és igen apró voltukkal az agar felületét olyannak tüntették fel, mintha párával lenne befuttatva. Számra nézve ezen apró víztiszta coloniák a mellettük megeredt streptococcus-coloniákat óriásilag túlhaladták, úgy hogy nagyjában, becslés szerint egy-egy streptococcus-coloniára körülbelül 200 ily piciny colonia eshetett. A colonia-számot tekintve, kétségtelenül az apró transparen coloniák voltak túlsúlyban, s a genyedés előidézésében is ezekre kellett az aetiologikus főszerepnek esnie.

További vizsgálatnál kiderült, hogy a talált streptococcus egy igen kicsiny, bouillonban rövid fonalakat alkotó fajta, mely gelatinát nem folyósít, ellenben tejet lassan alvaszt, s így tekintve kicsinységét, a streptococcus intestinalis minor (Tavel)-nek felel meg.

Az apró transparen coloniák igen kicsiny, rövid, vékony diplobacillusból állottak, melyek Gram szerint nem, methylenkékkel kissé nehezebben festődtek. Utóbbi módszerrel, vagy a mi még szebb képeket

adott, vizes fuchsinnal festve, a kis bacillus tipikus polaris festődést mutatott világos centrummal, úgy hogy első pillanatra diplococcusnak lett volna tartható. Anilinvizes gentiana-violával azonban az egész bacillustest megfestődött, mikor is az sokkalta nagyobbak tűnt fel.

Más táptalajokon tenyészteni, épen úgy, mint az első esetben, nem sikerült, csakis vérral bekenet agaron, vagy pedig néhány csepp vérral kevert bouillonban.

Ezen próbák után kétségtelen volt előttem, hogy ezen echinococcus-esetben is tökéletesen ugyanazon apró diplobacillus van jelen, mint a melyet a fentebb leírt első esetben teljesen tiszta tenyészetben találtam; csak hogy ez utóbbi esetben gyér számban ugyan, de társulva van egy — mindenek szerint bélbeli eredésű — streptococussal.

Első esetem alkalmával elmulasztottam a kis diplococust patho-biológiai viszonyaira körülményesebben megvizsgálni, s csak culturalis és morphológiai magatartását tanulmányoztam. Ez alkalommal már magával a genyvel végeztem állattaloztatást. Felér egeret oltottam $\frac{1}{2}$ cm³ genyvel subcutan. 24 óra múlva az egér elpusztult. Az oltás helyén a bevitt genymaradék körül élénk haemorrhagikus lobos oedema mutatkozott. Az oltás helyéről fedlemez-készítményeket készítettem s azt találtam, hogy míg az állatba bevitt genyben a kis bacillus csak igen halványan festődött s alig volt fellelhető, addig az állatban, főleg a geny körüli oedemas hely váladékában óriásilag felszaporodott s igen jól festődött. Lépben s a vérben azonban nem volt kimutatható. Az oltás helyéről vett culturákban tiszta tenyészetben eredt meg, mert azon néhány streptococcus (melyet a geny e bacillus mellett tartalmazott) a kísérleti állatban, úgy látszik, nem szaporodott fel.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

Tauffer Vilmos tanár elnöki megnyitója

a budapesti kir. orvosegyesület 1901. január 12-dikén tartott rendes ülésén.

Tisztelt orvosegyesület! „Orvosi tudományunknak a gyakorlat igényeihez alkalmazott akadémiai művelése kell hogy legyen egyesületünk jövő törekvéseinek is kizárólagos tárgya.“ E mondatban jelölte ki egyesületünk tiszteleti tagja, érdemes elődöm, Réczey tagtársunk utolsó évzáró gyűlésünknek megnyitó beszédében a kir. orvosegyesület jövőbeli irányát. E szavak annyira kifejezik saját felfogásomat egyesületünk jövője iránt, hogy szívesen választom kiindulási pontul, a mikor e helyről először intézem szavaimat egyesületünk igen tisztelt tagjaihoz.

Uraim! E sententiában „a gyakorlat igényeihez alkalmazkodó akadémiai művelése az orvostudományoknak“ olyan széles értelem rejlik, oly sok mindent ölel fel, hogy a saját felfogásomat ez irányban nem tartom feleslegesnek kissé megmagyarázni. Kérem önöket, vegyék szívesen, ha én, a mikor az önök bizalma egy időre e helyre állított, megkísérlem szavakba önteni, hogy miképen gondolkozom e tárgy felett. A kegyes meghallgatást biztosítja nekem az, hogy kartársaim bizonyára érdeklődnek, hogy újonnan megválasztott elnökük hogyan fogja fel hivatását.

Uraim! A budapesti kir. orvosegyesület 63 év előtt, 1837-ben alakult meg. Megalakulása kétségtelenül abban lelte indító okát, hogy elődeink egy ilyen tudományos központnak szükségességét érezték. Kétségtelen, hogy minden intézmény továbbfejlődése, ép úgy mint a terebélyes fák, akkor egészséges igazán és akkor ígér hosszú életet, ha gyökerei egészséges talajban terülnek szét; a terebélynek árnyékát csak úgy növeljük céltudatosan, csak úgy gondozzuk helyesen, ha jól ismerjük a gyökerek életfeltételeit és ha megtartjuk azt abban az egészséges talajban melyben az kifejlődött, tehát nagyon fontos, hogy a talajt jól megismerjük.

Ha egyesületünknek keletkezését tanulmányozzuk, ha keressük a létfeltételeket, melyek között a mag elvetetett, úgy fürkészetünk az orvostudományok azon állapotaihoz vezet vissza, melyekben azok a század első évtizedeiben leledzettek.

Századunk első negyedében a természettudományi búvárlat úgy physiologiai, mint alkalmazott orvostudományi részleteiben is az „életerő“ theoriájának nyűgében állott. Az „életerő“ mystikus fogalma volt a szellem előre törésének akadálya, mert ebből indult ki és ezzel elégedett meg az egész természetben nyilatkozó szervi élet nagy rejtélyének fürkésztete. Az organikus élet lényegének búvárlatában az egyetlen igazi és méltó cél, a biologikus exact irányzatok szem elől tévesztésével, a metaphysikai speculatio foglalta el azon kor nagy szellemeit és a nagy átalakulás csak nehéz küzdelmek és csalódások árán mehetett végre.

„A galvánáram felfedezése a XVIII. század végén — mondja Du Bois Reymond, Johannes Müller felett tartott emlékbeszédében — vérmes reményeket szült; az egész érdeklődést maga felé terelte, a legmagasabbat, többet, mint talán valaha elérhetünk, remélték.“ Egyelőre azonban mély csalódás, reményvesztés volt az eredmény, a mint az az akkori időben rendelkezésükre állott segédeszközök mellett másként

nem is lehetett. S méltán mondja a nagy physiologus, hogy az első 25 éve a századnak az orvostudományok részére minden időre elveszett, teljeseen meddő volt.

Utóbb a morphologikus bűvárlat Cuvier nyomán foglalta el a tért a bűvárlatban; a systematika látszott a legmagasabb czélnak, nagy kárára a tudomány haladásának. Magendie, az első vivisektor, Berzelius, az élet- és körvegytan megalapítója, de legkivált Johannes Müller, a nagy élet- és korbűvár jelölték ki az új irányt a mikroszkop, a physika, a chemia alapján, az inductiv módszerek értékének felismerésével. Du Bois Reymond ez új irány jelzőkövéként a tudományban a Schleyden és Schwann „sejt-theoriá"-jának felismerését, R. Mayer és Helmholtz nak az erő állandóságáról szóló tanát és „az izom-idegműködés molekuláris mechanizmusának felismerését" jelölte ki.

Ezek az alapokon indul meg úgy a physiologiában, mint az alkalmazott orvostudományokban is az új korbűvárlat, melynek hódító győzedelme napjainkig él és kijelöli az utat minden időre.

A klinikus észlelése a hippokratesi időktől fogva ezer és ezer tényt állított egymás mellé, a belőlük levont következtetések logikus módon fűződtek össze és az empyrikus systema mindenben helyt állott mindaddig, amíg az élet- és körjelenségek oki alapjához nem jutott a firkésző ész. Az élet- és körjelenségek oka volt azon küszöb, a melyen az empyriának segélyével átlépni nem lehetett. A szervei változások okainak magyarázatánál szünt meg a realis alap és nyílt meg a mystikus, meg a metaphysikus speculatio mérhetetlen mezeje és a semmit jelentő, de mindennek látszó „életető" segített tovább a firkészetet, azaz a metaphysikai speculatiót töltötték ki az úrt, mely a jelenségek valódi okainak magyarázata és a képzelődés között tátongott.

Jellemzi-e valami jobban a metaphysika hatalmát a szellemek fölött abban az időben, mint az, hogy maga Johannes Müller bűvár-életének elején, csak nehezen tudott kiszabadulni az emberi ész ez útvesztőjéből.

Az alkalmazott orvostudomány kóroktani újabb irányának egy további hatalmas akadály a „krisis"-ok hihetetlenül szellemes tana volt; mely kiváló szépen alkalmazkodott a firkészet követelményeihez és még az épen múlt századnak 40-es és 50-es éveiben is csaknem általános érvénnyel birt, úgy hogy a korboneztani, szövettanbűvárlati és állatexperimentális irány, élén Magendie, Claude Bernard, Rokitanisky Virchow és sok másokkal együtt, csak lassacskán készítette elő az utat az inductiv firkészethez és gyógybűvárlathoz klinikai irányokban is. Ámde meg volt találva a rejtély a szervei élet jelenségeinek firkészetében. Az új irány delejtűje nagy eredmények felé mutatott s a bűvárlatnak biztos irányt jelzett. A szellem haladása szédületes gyors volt, úgy hogy az alkalmazott orvostudományokban az átalakulás, a réginek pusztulása, az újnak felépülése, egyetlen orvosi generationnak életében jutott diadalra.

Bámulatba ejti az e közel múltban firkészet a haladás, a 30-án felismert természettudományi tények hihetetlen hatalmata a 30-as, 50-es években. Olybá tűnik fel, mintha hegytetőn, nehéz köddel borított völgyület fölött állnánk. A hőmpölygő fellegek közé eleinte csak egyes fénysugárkévek hatolnak be és a perczekre felderülő részen át bámulatos szép világot sejtünk a zord lepel alatt. Perczről perczre világosabb lesz, a fellegek lassanként oszlanak, sejtelveink mindinkább világossá válnak át, apródonként egy új világ ezer szépségével derül fel szemünk előtt s a hőforrás, a honnan jövevő meleg és világosság kiáramlik, az inductiv bűvárlati módszerek soha ki nem alvó forrása, meg van találva örökre.

Az orvostörténelmi munkák lapjain oly tömeget a felfedezéseknek, a vívmányoknak találjuk feljegyezve a szóban forgó évtizedekben, melyhez hasonló aratás az elmúlt századok összességében sem létezett. Engedjék meg, hogy egész röviden csak utaljak a főbb tényekre, melyek elődeinket abban az időben foglalkoztatták.

Charles Bell epochalis felfedezése (1811) az érző és mozgató idegek külön-külön eredése felől, melynek jelentőségét a vérkeringés felfedezésének nagy tényével állította párhuzamba Du Bois-Reymond, erre az időre esik.

A légzés physikai és vegyi lényege az élyen felfedezésével kapcsolatban, a vér gázabsorbeáló képessége és ennek kapcsán a vér vegyi összetételének és szöveti szerkezetének felismerése, azon kor vívmányai közé tartozik. A gerincevelő-idegek és sympathikus rendszer befolyása a légzésre, a szív működésére, a vagus hatása a légzésre és szívre, továbbá szívmozgásokat korlátozó hatása azon kor vívmányai közé tartozik. Az izmok munka állapotában keletkező elektromos és vegyi folyamatok felismerése, az elektromos áramnak diagnostikus és therapeutikus alkalmazása szintén akkor fedeztetett fel. Az emésztés physiologiáját, a gyomornedv hatását, a gyomornedv mester séges előállítását Gmelin nyomán, Beaumont híres kísérleteit a gyomorsipolyos kanadai vadászon azon korban találjuk feljegyezve. Claude Bernard kísérleteit az anyagforgalom, a légzés, az idegrendszer physiologiai és pathologiai funkciójának megismerésében az a kor jegyezte fel. Berzelius az időben állapította meg a tudományok segédeszközök legnagyobbikát, a mikor az élet- és körvegytan alapvonalait kifejtette, abban az időben, a mikor az épen fellendülő pathologia-anatomia más oldalról kezdte megvilágítani a szervezet kóros elváltozásainak lényegét. A spektralanalysis, mint az analitikus chemia legnagyobb vívmánya ebben az időben ejtette bámulatba a világot, sohasem sejtett részleteket tárva fel a physikai diagnostikában, a forensikus medicinában ép úgy, mint a természetbűvárlat legtágabb mezején is.

Igaz, hogy azok a vérmes remények, melyek e nagy felfedezésekhez fűződtek, még nem egyhamar váltak be az orvoslás praktikus terén is; a theoretikus módon definiált tényeknek átvitele a beteg szer-

vezet organikus elváltozásainak gyógyításába még sok és nagy munkát igényelt.

De hisz nem is a gyors eredmény a legfőbb, nem az a lényeg; az Ariadne fonala meg volt találva és ugyanazon bűvárlati módszereknek bevitele a klinikus megfigyelések körébe, a régi empiriának százados várkapuit hatalmasan döngette és az új irány hajnala pirkadni kezdett.

A thermometria a diagnostikában Bärensprung, Traube, Wunderlich nevéhez fűződik és epochalis jelentőségét a század közepén ünnepelelték.

A laryngoskopia felfedezése Bozzini, Tuerck és Czermak által, de különösen, a mikor utóbbi a mesterséges fényforrás alkalmazását is felfedezte: a vívmány oly nagy volt, hogy a párisi akademia díjjal jutalmazta.

A kísérleti bűvárlat hozta meg a mérhetetlen jelentőségű haladásokat a gyógyszerhatástan terén is; a jód felfedezése Courtois által; annak gyógyszerként való felhasználása Coidet és Lugol által, továbbá a jodkalium alakjában a syphilis gyógyszereként Wallace által Dublinben. A növényi gyógyanyagok alkaloidjainak megismerése és a gyógyítás terén való alkalmazása: a chinin, a morphin, strychnin, veratrin, coniin, atropin, továbbá a gyógyszerek subcutan alkalmazása, az inhalatio, a pneumatikus gyógmód, mind azon idők vívmányai voltak.

Méltán csatlakozik ezekhez az aether és chloroformbelégzés által előidézett anaesthesia felfedezése. Káprázatos, ha elgondoljuk, hogy minő kincseket hordottak magukban mindezek a gyógyító művészet érdekében és hogyan dűskáltak elődeink az új hatóanyagokban, a mikor ezek rendelkezésükre jutottak. S vajjon ki az mi közülünk ma, a ki csak az egy morphin és chloroform nélkül orvos akarna lenni?

Még soká fűzhetném az eszmelánczolatot, ha belemélyednék az alkalmazott orvostudományok nagy tárházába és ha keresném, hogy mi jelentőséggel bírtak ezek és a többi mérhetetlen felfedezések az egyes disciplinákban, hogy mivé lett a belgyógyászat a physikai diagnostika által, a sebészet a chloroform, a szemészet a szemtükör és a szülészet, valamint többi tagozatai praktikus tudományunknak az új fedezéseknek nyomán.

A felfedezéseknek ily csodás tömege közepette lehetetlen, hogy a gyakorló orvosok nagy zöme ne érezte volna szükségét tudomást szereznii arról, a mi tudományunkban történik, ne érezte volna magában a vágyat ahhoz, hogy a physikai segédeszközöket a diagnostikában, az új gyógyítási módokat betegei érdekében önmaga is alkalmazhassa.

Egyrészt ez és másrészt a tudományok művelésével és tanításával foglalkozó egyéneknek hivatásukban rejlő kötelességérzete, tudományszeretete, a nemes vágy tudásukat másokkal is közölhetni, meghozta a közérzetet, hogy központot keressenek, a hol a közlés és az eszmeesere útján tudásukat kölcsönösen kieserelhessék.

A tudomány szépsége önmagában, az öröm a közlésben, az ismeretek megszerzésének vágya a gyakorlat érdekében alkották tehát annak a közérzetnek alapját, melynek alakbaöntése volt a kir. Orvosegyesület megalakulása.

Természetes, hogy eleinte nagyon kisméretű, beltartalmában, működésében csak szerény lehetett az egyesület; hiszen a tudomány művelésére és a már létező ismeretek alkalmazására a gyakorlati orvostudományok érdekében, vajmi szerény eszközök állottak hazánkban az akkoriak rendelkezésére. Hiányzott az is, a mi a tudományos haladásban oly véghetetlenül fontos, t. i. „még senkisémm állott elődeinek vállain, mindenki kezdő volt, senki sem számíthatta haladását onnan, a hová őt elődjének munkája felemelte".

És daczára szegénységüknek, már akkor sem hiányzottak soraik között olyanok, a kiknek szellemvilágából a világra kiható fénysugár ki nem áramlott volna; ime Czermak, a gégetükreszetben a mesterséges fényforrás alkalmazásával és Semmelweis világra szóló felfedezésével a gyermekágyi láz okát illetőleg, már akkor becsületet szerzett a magyarországi orvosi tudományosságnak és közvetve a budapesti kir. Orvosegyesületnek.

Uraim! Az egyetemi oktatás egyik fő és minden fölött álló ideális czélja, hogy a fiatal orvos, mikor az egyetem falait elhagyja, magával vigye tudományunk színvonalának ismeretét, azt az öntudatot, hogy legalább egy pontján életének, legalább egyszer egészen áttekinti azt a véghetetlen szép, harmonikus kapcsolatot, melyben szakmájának részletei egymással állanak.

Tudjuk, hogy tudományunk óriási gyors lépésekkel halad előre; a mi ma vívmány, holnap már meghaladott álláspont; a tisztán tudományos, elvont, elméletinek látszó bűvárlati eredmények nem egyszer bámulatos világosságot vetnek a gyakorlati orvostudományok sötét útvesztőjébe; Röntgen átvilágítja az emberi testet, az antitoxin meggyógyítja a diphtheriát, a castratio az oestomalaciát; egyszer, az orvos, a ki tegnap úgy érezte, hogy tudományának niveauján áll, holnap már azt tapasztalhatja, hogy a tudomány elrohant fölötte és az idő folyamán könnyen elkövetkezhetik a nap, mikor azon keserves érzés szállja meg, hogy elmaradt.

Igaz, hogy az orvos nem lehet mindentudó, de másrészt az orvos minden functioja azon relativ tudás folyamánya lévén, melyet magával visz a betegágyhoz, nyugalmának, fellépésében való biztonságának egyetlen realis és maradó alapja csak azon önrzet, hogy tudományában nincsen elmaradva, hogy tudományának alkalmazott részében rendelkezik mindazon eszközökkel és vívmányokkal, melyeket a bűvárlat és tapasztalás a beteg gyógyítása érdekében felszínre hozott.

És ha kérdezzük, hogy mik lát annak eszközei, hogy az orvos

hivatásának e magas niveauján fenmaradhasson, úgy kétségtelen, hogy minden továbbin kiindulási pontja a haladás iránt való érdeklődés, mert a ki nem érdeklődik, az természetesen tudomást sem szerez arról, hogy hol, miben is áll az, a mire neki szüksége van.

A niveau való megmaradásnak további feltétele, a haladásnak a saját ismeretkörbe való felvétele, hogy azt utóbb a maga helyén alkalmazhassa. Ennek az érdeklődésnek felkeltése és ébrentartása, az új vívmányoknak ha nem is megtanítása, de legalább megismertetése felfogásom szerint a kir. Orvosegyesületnek egyetlen, de egyszersmind méltó nagy feladatát képezi tagjaival szemben. Az egyesület csak úgy felelhet meg czéljának, ha tagjai ezt a szellemi táplálékot épen úgy, mint hat évtized előtt, ezután is itt keresik és itt találják meg.

Ha már most azt kérdezem, hogy mi által érhetni el e magas czélt! a feleletet megtalálni nem is nehéz. Mindenekfelett az által, hogy mindazokat, a kik búvárlati tudományokkal foglalkoznak, a kik a gyakorlati orvostudományok egyes ágait tudományosan művelik, a kik az orvosgyakorlatnak széles körében alapos megfigyeléseket tesznek és tapasztalásaikat tudományosan rendezik: meg kell nyerni a végre, hogy búvárlatuk és szaktudományuk újabb pozitív eredményeit, különösen azokat, a melyek a gyakorlatra nézve fontosak, hozzák az egyesület elé; nemesak azért, hogy mások azokból okuljanak, hanem azért is, hogy tudományos munkálkodásuknak tiszteletet szerezzenek és hogy az érdemes munkásnak az őt megillető tiszteletet megadni az Orvosegyesületnek alkalma legyen.

A magas czélnak, t. i. az érdeklődés felkeltésének és fentartásának másik módja uraim az, hogy az Orvosegyesület t. tagjai itt mindig azt találják meg, a mit várnak és keresnek. Ha nehéz hivatásukban eljárva, az élet fáradsalmi után otthoni nyugalmukra és szórakozásukra szánt rövid időből kiszakítják azokat az órákat, melyeket az egyesületnek szánunk, úgy azzal a biztos érzettel kell idejönniök, hogy az eltöltött idő és áldozat arányban álland azzal, a mit cserébe érte kapnak, mert ha nem így volna, ha kielégítetlenül hagyják el ütéstermüket, úgy érdeklődésük mihamarabb megcsökken, és másfelé keresik és találják meg szórakozásukat.

Oszintén megvallva, ezt a feladatot, t. i. az érdeklődés ébrentartását és a várakozás kielégítését tartom a legnehezebbnek, mert a szellemi táplálék minőségének megválasztása és elrendezése csak korlátolt mértékben áll az elnök hatalmában; igazában csak az által gyakorolhat befolyást, hogyha olyan előadásoknak behozatalára igyekezik, melyeknek közérdeklődést keltő voltáról eleve meg van győződve; ámde mindig szem előtt kell hogy tartsa azt is, hogy az ifjú tehetségeknek útát nyitni az érvényesülésre, szintén a köteles feladatok közé tartozik a jövő nemzedékek érdekében.

Az érdeklődés ébrentartásának kétségtelenül egyik leghatályosabb eszköze a discussio is a meghallgatott előadások felett. Komoly férfiaknak a higgadtság hangján tartott, a tudás és tapasztalás szűrőjén lecsűrődött, az ismeretek és itéletek solid alapján álló discussioja; nemes viaskodás a szellemi téren. Az ilyen viaskodást szemlélni és meghallgatni mindenkinek tanulságos és nemes élvezet. Ugy vagyok meggyőződve, hogy más munkáját még a discussio hevében is az becsüli meg leginkább, a ki a maga becsületes munkálkodása iránt joggal követelhet tiszteletet másoktól. A hallgatóság pedig akkor óvja leginkább a maga érdekét e téren, a mikor csakis a komoly és tárgyilagos discussio honoralja tetszésével.

Uraim! Ilyen értelmet fűzök én ahhoz a sententiához, hogy „orvosi tudományunknak a gyakorlat igényeihez alkalmazott akademikus művelése kell hogy legyen egyesületünk jövő törekvéseinek is kizárólagos tárgya”.

Ily irányban kérem elnökségem ideje alatt becses támogatásukat.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A csonttörések és a ficzamosodások kór- és gyógytanának haladása.

Közli: Chudovszky Móricz dr. műtő, v. sebkezelési tanársegéd.

(Vége.)

Karcsy⁴² az idült ficzamosodások beigazításának kérdésével foglalkozik, a melyet azon elvek alapján tárgyal, a melyek ily esetben irányadók Rydygier klinikumán. Így a váll ficzamosása esetében, ha az illető már használja a karját, nem tartja helyesnek a műtét beavatkozását, hanem a helyett gondot fordít arra, hogy az új ízület működési képességét az ízület működtetésével, fűrésztésével, az izmok kenésével fokozza. A könyökizület idült ficzamosása esetében helyesnek véli, ha az ízületet véres műtét útján visszahelyezi, a nélkül azonban, hogy az ízületi végekből valamit is csonkolna.

A II. számú sebészeti klinikumon alkalmunk volt arról meggyőződni, hogy a véres műtét segítségével visszahelyezett vagy pedig az ízületi végek valamelyikének csonkolásával kezelt idült könyökizületi ficzamosások esetében, akár elsődlegesen gyógyult a dolog, akár porcelánváltás vagy kis terjedelmű csontleválás társult a folyamathoz, a könyökizület működési képessége még hónapok mulva is sokkal rosszabb volt, mint azon esetekben, midőn a fennálló kóros helyzet esetében az ízület működési képességét géppel vagy kézi erővel fokoztuk. A térdizület idült ficzamosásait néha véres úton, máskor egyszerű beigazítással oldja meg.

A helyreigazított ficzamosodások utókezeléséről Rolando⁴³ közölt egy kisebb tanulmányt, a melyben a használatban levő eljárásokat bírálja. Szerinte minden nagy ízület ficzamosása után, miután azt helyre igazitottuk, ötödik napon megkezdhetjük az ízület mozgását, 7—8. napon levehetjük az izületre alkalmazott rögzítő kötést.

A mi az egyes ízületi ficzamosodásokról közölt eseteket illeti, Elmgren⁴⁴ a kulcsesont vállcsücsi végének egy érdekes ficzamosási esetét ismerteti, a midőn a ficzamosodás után a kulcsesont hat cm.-nyire távolított el a vállcsüstől; mivel pedig a beteg e miatt nem használhatta azon oldali felső végtagját, Elmgren műtét útján hozta rendbe a viszonyokat. Feltárja az ízület táját, a kulcsesontot esonhartávarrattal az I. bordához rögzíti, miután a ficzamosodást így helyre igazitotta, a megnyúlt vállcsücs-kulcsesonti és a kules-hollóorri szalagokat összehúzza.

A felkar ficzamosásainak helyreigazítása czéljaira Stimson⁴⁵ új módszert ajánl. Szerinte ilyenkor a beteget vitorlavászonzlepedővel bevont hordágyra kell fektetni, a melynek egy alkalmas nyílásán a kóros oldalon fekvő beteg felőgathatja a karját, ha a hordágyat pl. két székre fektetjük. A lógó karra 5—6 kiló súlyt kell kötni, a melynek egyenletes húzása helyreigazítja a kart. Nem valószínű, hogy a beteg ezt az eljárást oly nyugodtan elfűrné, a mikor ficzamosodott vállára kell dűlnie; a mellett a súly sem fog minden esetben kifejteni oly erőt, a mennyi elegendő a ficzamosodás helyreigazítására.

A felkarficzamosodások ismert beigazítási módjainak alkalmazásánál Sokolow⁴⁶ arra figyelmeztet bennünket, hogy a syringomyelia jelenléte esetében legyünk óvatosak, mert a felkarsont igen könnyen török ilyenkor, a mint ő azt két esetben észlelte.

Az ismétlődő vállficzamosodás esetében Grothe⁴⁷ a tokszalagot varrat segítségével megszükitette s ezen ismert módon megakadályozta a ficzamosodás ismétlődését.

Már fennebb említettük, hogy a könyökizület idült ficzamosására legtöbbször nem tartjuk czélszerűnek a véres műtét beavatkozását. Erről még jobban meggyőző bennünket Bunge⁴⁸ közleménye, a ki 17 esetet közöl, a melyekben véres műtét útján igazitották helyre a könyökizület idült ficzamosását.

Több esetben a gyógyulás kis csontelhalással, elferdüléssel járt, máskor meg csonkolniok kellett. Eljárásuk egyik lényeges kellékének azt tartják, hogy az ízületet a műtét utáni 3—5. napon mozgálni kezdik. Ha a 17 eset eredményét s a vele járó szövdményeket számba vesszük, úgy meggyőződésünk annál erősebb, hogy a műtét beavatkozás eredményei nem jők.

A könyökizület ficzamosásához hozzátársult belső bütők törése esetében Payr⁴⁹ azt észlelte, hogy a gyógyulás alkalmával a singideget benötte a csontheg, a mi miatt az ideget műtét útján ki kellett szabadítani.

A hüvelykujj mellső ficzamosását 22 eset kapcsán Lambert és Labarrrière⁵⁰ kimerítően ismertetik. Röntgenképeken mutatják be, hogy a hüvelykujj kéztenyéri ficzamosásának három alakja van, a melyek közül csupán a közvetlenül egyenesen ficzamosó alaknál maradnak helyben a feszítő izmok inai, miért is ennek a helyreigazítása nem jár nehézséggel; míg a két oldalsó alakjánál a jelzett inak kitérnek s a helyreigazításnál akadály gyanánt szerepelnek.

A csipőizületi ficzamosodásokra vonatkozó közlemények legtöbbször a veleszületett csipőizületi ficzamosodás kór- és gyógytanával foglalkoznak. E kérdés tárgyalásánál a Röntgenképnek igen nagy szerep jut.

Igazat kell adnunk Dueroquet-nek,⁵¹ a ki szerint valahányszor veleszületett czombficzamosodást kezelünk, mindannyiszor Röntgenképet kell készítenünk a gyógyulás folyamatáról, hogy esetleg a létrejövő hibákat kijavíthassunk. Röntgenképek alapján Bader⁵² kimutatja, hogy a veleszületett csipőizületi ficzamosodás 94 esete közül, a midőn a ficzamosodás csak egyoldali volt, 25-nél az ép oldali ízület nem rendes. A kóros oldali ízület elváltozása abban állott, hogy az ízületi vápa tág, teteje lapos, oldalfalai vastagak, a fejees részaránytalán s növekedésében megváltozott.

Hasonlókat olvashatunk Schede⁵³ közleményében is. Schanz⁵⁴ a veleszületett csipőizületi ficzamosodás leggyakoribb alakjával a felső ficzamosodást tartja, esetei a mellett nincsenek ellenmodásban azon elmélettel, hogy e ficzamosodások mechanikus módon támadtak, ugyanis azt mondja, hogy előbb az ülőcsonti ficzamosodás jön létre s csak miután a czomb megnyúlt, jó létre a felső ficzamosodás.

Kredel⁵⁵ Röntgenkép alapján mutatja ki, hogy a sok coxa vara tulajdonképen erőművi úton akkép támad, hogy a czombesont czombnyaki határvonalára megrövidül, a midőn a külerő behatása után a czombesont felfelé tolu. Galler⁵⁶ a csipőizületi ficzamosodásnak medence-töréssel párosult alakját közli. Az illető egyént 10 nappal felvétele előtt súlyos erőművi behatás érte, a minek következtében a jobb czombfej kimozdul a helyéből, betöri az ülőcsontot és a czombfej a kis medenczébe tolu. Természetesen a fertőzés súlyos volta csak siettette a súlyos ficzamosodás halálos kimenetelét.

Kirmisson⁵⁷ a kórtani alapon létrejövő ficzamosodás irodalmát négy csipőizületi ficzamosással bővít. Mind a négy esete valószínűleg gümős ízületi gyulladás következtében támadt, a lob csak 1—2 hónapja állott fenn. A ficzamosodásokat könnyen sikerült helyreigazítani.

Igen bőven foglalkozik a térdizület veleszületett ficzamosásainak kérdésével Drehmann,⁵⁸ a ki 122 ilyenmű esetet gyűjtött össze; kimutatja ezen esetekből ép úgy, mint minálunk azt Horváth Mihály dr. tette, hogy az alszárcsontok elülső ficzamosása ezek között a leggyakoribb. Továbbá figyelmeztet arra, hogy az elülső ficzamosodást külön kell választani a genu recurvatum alakjában megjelenő ízületi elváltozástól.

Azon erőművi behatások, a melyek a térdizületet érik, néha oly szövődményes hatásúak, hogy eredményük kiszámíthatatlan. *Wahlsmann*⁵⁰ egyik esetében térdre bukik az illető, kifeszamodik a leszakadt C-alakú porcz, a mely a keresztzalagok közé ékelődik s a melyet véres mütét útján kell eltávolítani. Másik esetében ugyanilyen módon az illető egyén térdkalécsa oldalt ficzomodik, a midőn a sipesontból egy darabot kell levésnie, hogy a ficzomodást helyreigazíthassa. Ezen esetben a térdkalécsot azután odaszegzezi a sipesonhoz.

*Owen*⁶⁰ a belső C-alakú porcz ficzomodása esetében a ficzomodott részletet véres mütét útján távolítja el. Betege meggyógyult, járása kifogástalan. *Tissier* és *Viannay*⁶¹ a Chopartizület ficzomodását észlelték, ezen eset kapcsán megemlítik, hogy az irodalomban mindössze négy esetet közöltek eddig. E szám talán még sem pontos. A II. számú sebészeti klinikumon 1897. év folyamán észleltünk ily esetet.

A mint a mostanáig tárgyalt esetekből láthatjuk, a kathodsugarakat igen nagyon igénybe veszik a csonttörések és ficzomodások kör- és gyógytana fejlesztésénél s tán épen e tan fejlesztésével fejlődik is a kathod-sugarak alkalmazásának a tana.

A mai készülékeink segítségével nyerhető árnyék- vagy fényképek még ugyancsak sok kívánni valót hagynak hátra, de azért a fokozatos fejlődés jeleit folyton észlelhetjük. Nem zavarja már mai nap az áramszaggató lassú volta a fény egyenletességét, mert akár a Wehnelt-féle elektrolytikus, akár a turbinás áramszaggatót iktatjuk be, Crookes-csőveink fénye egyenletes. A motoros szaggatóval is elértük már ugyanazt, alkalmazásában ma még ez a helyzet ura, mivel a két előbbi áramszaggató alkalmazása mellett még ha 50 cm. szikratávolságú Rumkorffal is dolgozunk, a Crookes-csővek hamar elpusztulnak; azonkívül elkerülhetetlen, hogy azok mellett az antikathod táján hűtő készüléket ne alkalmazzunk s regeneratorral ne kössük össze, a mi a cső előállítását megnehezíti.

*Riedernek*⁶² sikerült pillanatnyi fényképfelvételt is készítenie, a midőn a Wehnelt-féle áramszaggatót vette igénybe s 60 cm. szikratávolságú Rumkorff mellett 110 Volttal s két erősítő ernyővel dolgozott.

Mindenesetre haladásnak kell tekintenünk azon eljárásokat is, a melyek segítségével stereoskopikus fényképeket készítenek. *Boas*⁶³ erre a célra két fényképfelvételt készít, két lámpával, egy Rumkorffal és egy oly áramszaggatóval, a mely egyszer az egyik lámpához, a másik szaggatósnál a másik lámpához vezeti az áramot. *Hildebrand*⁶⁴ erre a célra egy lemeztartót készít, a melybe két lemez fér, az egyikre fényképez, a másikat oldalt zinklemezekkel eltakarja; miután az első felvételt befejezte, a másik lemezt veszi igénybe; ezekből készít azután diapositiv kicsinyített képeket, a melyek stereoskopikus célra használhatók. Vajjon Bonchacourt endoskopikus Crookes-csőve beválik-e, a szájba, a vaginába, a végbélbe alkalmazva azt, ma még nem lehet eldönteni.

*Trowbridge*⁶⁵ legújabb közlése szerint Crookes-csővek akkor is világítanak, ha nagy feszültségű egyenáramot alkalmazunk, így 20,000 elemből álló accumulatorrel a 40,000 Volttal működő puha lámpa fényt adott. *Trowbridge* ajánlatát természetesen csakis nagy elektrotechnikai telepeken lehet igénybe venni, nem hiszem, hogy a mostani készülékeinket kisorsítaná.

A Röntgen-képek alkalmazása mellett számos oly nézet kerül felszínre, a melyek a csonttörések és a ficzomodások kör- és gyógytana fejlődésére befolyással vannak. Így *Contremoulins*⁶⁶ szerint, ha mi a Röntgen-képeket a fennebb jelzett irányban alkalmazni kívánjuk, úgy minden csonttörési esetben felvételt kell készítenünk elülről, hátulról, oldalt, mert csak így menekülhetünk meg azon sok csalódástól, a mi egy felvélet alkalmával érhet.

*Tuffier*⁶⁷ 45 esetének kapcsán azon nézetének ad kifejezést, hogy Röntgenképekkel képes volt megállapítani, hogy a törési végeket gyakran nem illesztette össze, de a mellett állítólag a gyógyulás igen sokszor kifogástalan — ezt majd tán később még sem fogja vallani —; azonkívül Röntgenképek kapcsán határozta el magát arra, hogy a midőn a törési végeket nem sikerült legalább megközelítőleg összeilleszteni, véres mütét végez. *Bergmann*⁶⁸ is azon véleményét nyilvánította, hogy valahányszor a Röntgenkép alapján meggyőződünk arról, hogy a csonttörés alkalmával valami akadály forog fenn, a mi miatt a törési végeket pontosan nem illeszthetjük össze, hogy mindannyiszor véres mütét útján kell majd a törést ellátnunk. *Mauoury*⁶⁹ véleménye szerint a Röntgenképek bármily megbízhatók is a törések kórismézésénél, mégis minden alkalommal kívánatosnak tartja, hogy két felvételt készítsünk. Közleménye különben összefoglalja mindazt, a mi a Röntgenképek segítségével a csonttörések és a ficzomodások kör- és gyógytanánál elérhetünk. Így tudjuk azt, hogy a vállizület egyes alkotó részeinek a törését, az orsócsont alsó végének törését az egyes kéztöcsontok törésével kapcsolatban, a boka izületi végeinek, az ugrócsontnak, a lábközepesontoknak eddig ismeretlen töréseit a Röntgenkép alapján kórismézhetjük. A csontteg fejlődésére is érdekes felvilágosítást ad, így a 12. napon a törés egyesítése után azt látjuk, hogy a törési végek körül olyan felhőszerű sűrűbb tömeg tűnik fel, a melyben néhány nap múlva sötét göbök látszanak, a melyek azután orsóalakú tömeggé alakulnak.

A ficzomodások kórisméje játékszerré alakul a Röntgenképek alapján, de a csonttörésekkel együtt járó ficzomodásoknál nagy becsű. Sajnos, hogy a lágyrészek viszonyait nem tudjuk vele elkülöníteni s ekkép meghatározni, hogy mi akadályozza a ficzomodás helyreigazítását.

A kathodsugarak felfedezéséhez fűzött remények a sebészeti kör- és gyógytan ezen említett fejezeténél megfelelően beválnak.

Könyvismertetés.

Az idült szívbántalmak kezelése fürdőkkel és gymnastikával. Nauheimi (Schott-féle) gyógy mód. A buziási szénsavas források hatása és javalatai idült szívbántalmaknál. Irta: **Mahler Gyula** dr. operateur, v. klinikai tanársegéd, nőorvos és szívbajok szakorvosa, fürdőorvos Buziáson és Abbaziában. Budapest, 1900. Dobrowsky és Franke könyvkereskedése.

Egy jól használható könyv, melyben szerző nemcsak az irodalmi ismereteket, hanem a téren szerzett tapasztalatait is lerakta. A szénsavas fürdők alkalmazása szívbetegeknél ma nem csak elméleti feltevések, hanem a külföldön bőven ismertett kísérletezések és tapasztalatok alapján rohamosan tért hódít és ma joggal a szívbetegek terapiájában egy minden körülmény között megfontolandó therapeutikus eszközt képvisel. Szerző behatóan ismerteti a szénsavas-sós fürdők hatásának módját és e tekintetben figyelme minden fontosabb részletre kiterjed, a mint azt az elég bő irodalom tárja elénk. Igen értékes fejezet az, melyben a szénsavas fürdők alkalmazásának módját részletezi és szerzőnek csak elismerésül szolgálhat, hogy szigorúan ragaszkodik itt azon elvekhez, melyeket ezen irány úttörői, *Schott* és *Grödel* megállapítottak, de számol a források különböző szénsavtartalmával is. Könyvének második szakaszában a gymnastika és massage alkalmazásával idült szívbántalmaknál foglalkozik. Két csoportban tárgyalja az idevonatkozókat, úgymint a melyek a keringési akadályokat csökkenteni képesek és a melyek a szívre és izomzatára való behatás által annak erőlyesebb összehúzódsait és a szívizomzat erejének fokozódását hozzák létre. Az előbbi csoporthoz tartoznak szerző szerint a rendszeres mély légzés, a massage, a passiv és activ gymnastika; a második csoportba az ellenállási gymnastika, a localis szívmassage és a vibratio massage. Alaposan és jól megírt fejezetekben tárgyalja a légzési gymnastikát, a massaget, a passiv és activ mozgásokat, az ellenállással kapcsolatos manualis gymnastika technikáját, a másika pedig a szénsavas-sós fürdők és gymnastikus eljárások javalatait tárgyalja. Bizonyítékát annak, hogy szerző e nehéz kérdések összes gyakorlati részeit is teljesen uralja, kóreseiteinek felsorolásánál látjuk, melyek nemcsak az elért kedvező eredményeket tüntetik fel, de egy gondolkodó orvos kitünő észlelő tehetségéről is tanuskodnak. Teljesen helyes szerző azon nézete, hogy a Korányi Sándor által inaugurált vizelelfagyasztási eljárás a legjobb eszköz a balneotherapeutikus eljárások hatásának pontos ellenőrzésére, a mint ezt e sorok írójának mintegy három évvel ezelőtt volt alkalma hangsúlyozhatni. E sorok írója ugyanakkor szóban és írásban kifejtette, hogy a balneotherapeutikus eljárások keresztülvitele nincs névhez, nincs helyhez kötve, és e gyógy módok kiaknázhatására a természet talán sehol sem adott kedvezőbb viszonyokat, mint hazánkban. E könyv bizonyítékul szolgál, hogy az akkor hangoztatott óhaj hazánkban is megvalósításra talált. És hogy mindennek az előttünk fekvő és a külföld irodalmát bőven ismertető munkában nyoma nincsen, az az illető szerző hiúságát talán sérti, de a lényegben nem változtat. A személyi kérdés mellékes, a fontos az ügy. A balneotherapia ügye pedig ezen kitünő szakértelemmel és gonddal megírt munkával hazánkban is egy nagy lépést tett előre.

Tauszk Ferencz dr.

Magyarország orvosainak évkönyve és czímtára. XI. évfolyam. 1901.

Pesti Alfréd, a budapesti szt. Lukács-fürdő r.-társaság főtitkára ennek a valóban hasznos és hézagpótló művének immár 11-dik évfolyamát adta ki és az évkönyvet az idén ismét különböző javításokkal és kibővítésekkel tökéletesítette, úgy hogy az orvosi világban közkedveltségnek örvendő munkájának barátai bizonyára megint szaporodni fognak. Az évkönyvben, a melyhez napi jegyzetek részére zsebnaptárt is csatolt, a magyar orvosoknak nagy gonddal és pontosággal összeállított név- és czímjegyzékét közli, kiegészítve mindazon városok és községek alfabetikus lajstromával, a melyekben orvosok laknak. Megtaláljuk azután az évkönyvben hazánk összes gyógyhelyeinek jegyzékét, nemkülönben a közegészségügyre vonatkozólag az 1900. évben kiadott elvi jelentőségű ministeri határozatokat és kormányrendeleteket, nevezetesen egy külön füzetben az új orvosi díjszabást. Továbbá *Kelen József* dr. ügyes és megbízható összeállítása alapján a magyar orvosi irodalomnak 1900. évi részletes bibliographiáját adja, a mennyiben a múlt év folyamán a hazai szaksajtóban megjelent összes önálló dolgozatokat tiz szakma szerint beosztva és a szerzők nevei szerint rendezve felsorolja és ehhez még a könyvalakban megjelent orvosi művek jegyzékét is hozzáfűzi. Végül az évkönyvnek egy becses külön melléklete a dr. *Báttaszéki Lajos* ügyvéd által szerkesztett „Orvosok a jogéletben” című értekezése, a melyet az orvosi közönség mint hasznos tanácsadót kétségtelenül szívesen fogad.

Tihanyi Mór dr.

Uj könyvek. *Carl Wedl's Pathologie der Zähne. 2. umgearbeitete Auflage.* Herausgegeben von Metnitz und Wunschheimer. Leipzig, Verlag von Arthur Felix, 1901. — *Erlach und Woerz:* Beiträge zur Beurtheilung der Bedeutung der vaginalen und sacralen Totalexstirpation des Uterus für die Radicalheilung des Gebärmutterkrebses. Wien, Seidel und Sohn, 1901. — *M. Lühe:* Ergebnisse der neueren Sporozoenforschung. Verlag von G. Fischer in Jena, 1901. — *A. Spitzer:* Über Migräne. Verlag von G. Fischer in Jena, 1901. — *Wernicke:* Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. 3. Theil. Thieme, Leipzig. — *Oehmen:* Johann Gottfried Rademacher. Hanstein, Bonn. — Gedanken und Ge-

sprache aus Schweningen's Aerzteschule. Heft 1. Hirzel, Leipzig. — Casper und Richter: Functionelle Nierendiagnostik. Urban und Schwarzenberg, Wien und Berlin. — Brühl: Die Pflanzenalkaloide. Vieweg, Braunschweig. — Weicker: Beiträge zur Frage der Volkshelstätten. Hirschwald, Berlin, 1901. — Strauss und Rohstein: Die Blutzusammensetzung bei den verschiedenen Anaemien. 1901. Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Hitzig: Hughlings Jackson und die motorischen Rindencentren im Lichte physiologischer Forschung. 1901. Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Pappenheim: Grundriss der Farbchemie zum Gebrauch bei mikroskopischen Arbeiten. 1901. Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Wasiliew: Die Traumen der männlichen Harnröhre. II. Theil. 1901. Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Heubner: Über angeborenen Kernmangel (infantiler Kernschwund, Moebius). 1901. Verlag von August Hirschwald in Berlin. — Bandler: Die Dermodeysten des Ovariums, ihre Abkunft von dem Wolff'schen Körper. 1901. Verlag von August Hirschwald. — Rohleder: Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen. Fischer, Berlin, 1901. — Stöhr: Lehrbuch der Histologie. 9. Auflage. Fischer, Jena, 1901. — Pictet: Die Pflanzenalkaloide und ihre chemische Konstitution. 2. Auflage. Verlag von J. Spinger in Berlin. — Kayer: Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Berlin, 1901. S. Karger. — Seitz: Kurzgefasstes Lehrbuch der Kinderheilkunde. 2. Auflage. Berlin, 1901, S. Karger. — Eschweiler: Ohrenärztliche Diagnostik. Wien und Berlin, 1901, Urban und Schwarzenberg. — Bary: Maladies des voies urinaires. Thérapeutique générale, thérapeutique symptomatique, médecine opératoire. Paris, Masson et comp. 1900. — Soulier: Traité de thérapeutique et de pharmacologie. Paris, Masson et comp. 1901. — Calot: Les maladies qu'on soigne à Berck: adénites, tumeurs blanches, coxalgie, scoliose, mal de Pott etc. Paris, G. Masson. — Richet: Dictionnaire de physiologie. Tome IV. Paris, F. Alcan. — Duprat: Les causes sociales de la folie. Paris, F. Alcan. — Laquerrière: Étude clinique sur le traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli, et en particulier sur ses résultats éloignés. Paris, F. Alcan. — Terrier et Baudouin: Des divers procédés d'occlusion du tube digestif. Paris, F. Alcan. — Funck: Manuel de bacteriologie clinique. Bruxelles, H. Lamartin, 1901. — Osler and Mc Crae: Cancer of the stomach. London, H. K. Lewis. — Dudley W. Buxton: Anaesthetics, their uses and administration. London, H. K. Lewis. — Malcolm Morris: Diseases of the skin. New and revised edition. London, Cassell and Co. James Hinshelwood: Letter-, word- and mindblindness. London, H. K. Lewis. — D. H. Goodsall and W. E. Miles: Diseases of the anus and rectum. London, Longmans, Green and Co. — Bernard Roth: The treatment of lateral curvature of the spine. Second edition. London, H. K. Lewis. — Samuel West: Granular kidney. London, H. J. Glaiser. — George Oliver: A contribution to the study of the blood and blood pressure. — G. R. Murray: Diseases of the thyroid gland. Part. I. Myxoedema and cretinism. London, H. K. Lewis. — C. W. Suckling: On periodical headache or migraine. London, H. K. Lewis. — T. Marschalko: Die Plasmazellen im Rhinoskleromgewebe. (Klny.) 1900. — Prof. A. Szili: Über Dispunction des Hornhautepithels. (Klny.) 1900. — Dr. E. Navratil: Le traitement operative du sclerome. Bordeaux, Paris, 1900.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

† Az alkohol fertőtlenítő értékéről és hatásának elméletéről. Salzwedel és Elsner kísérleteiket egyéb elismert fertőtlenítő szerekkel (sublimat, carbol stb.) való összehasonlítás alapján végezték, még pedig különböző bakteriumfajokkal (staphylococcus, streptococcus) vagy genyvel és vérrel fertőzött (staphylococcus pyog. aureus) selyemfonalak segítségével. Kísérleteik eredményeit abban foglalják össze, hogy az alkohol ép úgy a saját termelőit (gombáit) az erjedő folyadéknak egy aránylag alacsony alkoholtartalmánál (13%-nál) fejlődésükben gátolja s fokozatosan emelkedő töménység mellett mindinkább gyengíti, a míg végre 65%-nál teljesen tönkre teszi, ép úgy tapasztalható, hogy peptonbouillonhoz keverve a staphylococcus pyog. aureus 70%-os oldatban fejlődésében határozottan gátolja, az 50%-os oldat pedig a kolóniákat megöli. Nem valószínű, hogy ezen hatás az alkoholnak vizet elvonó képességén alapulna, mert a tiszta alkohol még forró állapotban, a mikor pedig vizet elvonó képessége leginkább érvényesülhetne, sem képes a staphylococcusokat megölni, míg bizonyos hígításokban ezen hatása megvan. Ezért tehát az alkoholnak a szárító hatásán kívül még egy sajátos mérgező hatásának is kell lennie a bakteriumokra, a mely 0.902 fajsúlyú vizes oldatban a legerősebb. (Berliner klin. Wochenschrift, 1900. 23. sz.) Neumann Szigfrid dr.

A székrekedés orvoslására mikrobákat próbált felhasználni Roos (Freiburg i. B.) és a többi között coli-bacillusokat, a tejsavas erjedés bacillusait, élesztő gombákat, kephir fermentet használt kísérleteinél. Nem bocsátkozhatunk behatóbb ismertetésbe ezen még nagyon kétes értékű vizsgálatoknak: a coli-bacillusokkal végzett kísérleteket azonban mégis felemlítjük, mert kiindulási pontjuk nem nélkülözi az érdekességet. Szerző ugyanis abból indul ki, hogy több adat mutat arra, hogy a bélben rendes viszonyok között tartózkodó bakteriumok befolyással bírnak a bélmozgásra. Képzeltető volna tehát, hogy ezen bélbakteriumok a különböző egyénekben nem egyformán hatékonyak, hogy pl. székrekedésben szenvedő egyének belében élő coli-bacillusok nem fejtenek ki eléggé erőes hatást a bélmozgások elősegítésére tekintetben. Ha már most ilyen egyének belébe normalis bélmozgással bíró egyének beléből kitenyészett coli-bacillusokat vinnénk, talán rendbe jönne a bélmozgás.

Székrekedésben szenvedő öt egyének normalis bélmozgással bíró egyének belésarából kitenyészett coli-bacillust adott be keratinizált gelatinacapsulákban, még pedig agar-agar tenyésztésből 1-4 platin kacsnyi mennyiséget, azzal az eredménnyel, hogy 3-nál már a második naptól kezdve naponként 1-2 puha szék jelentkezett minden kellemetlen mellék-tünet nélkül és ez a hatás néhány héten át eltartott. Megölt coli-bacillusokkal, illetve a coli-bacillusok anyagesere-termekeivel nem sikerült ilyen hatást elérni. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1900. 43. sz.)

A fertőtlenítés elméletéhez közöl adatokat Marx Hugó. Szerzőnek Woithevel közösen végzett előbbi vizsgálataiból (Centralblatt für Bakt. Bd. XXVIII. H. 1-5) kitűnt, hogy a bakteriumok virulentiájának mértékét a Babes-Ernst-féle testecskék képezik. Ha ezek elpusztulnak, megszűnik a bakteriumok virulentiája. A fertőtlenítés tehát törekvés ezen testecskék megsemmisítésére. Szerző ezen állítását kísérletileg mutatta ki. Virulens streptococcus-, staphylococcus- és pyocyanus culturákat 3-5 percig rázott 1000-es sublimattal, 3000-os karbololdattal s tiszta vízzel. A sublimattal s karbololdattal kezelt bakteriumokban teljesen eltűntek a Babes-Ernst-testecskék, a vízzel rázottakban pedig fertőző képességük szenvedett. Az agaresőben forralásig hevített víz teljesen tönkre tette a testecskéket. Pyocyanus még úgy is elveszti Babes-Ernst-féle testecskéit, ha szintképző képességét alkalmas módon elnyomjuk. Fertőzött kezekről lekapt anyagban szerző minden esetben talált coccosokat, melyek nagyobb részt tartalmaztak Babes-Ernst-testecskéket. Ha a kezeket 10 percig forró vízzel, kefével, szappannal mosta, a bakteriumok száma csökkent s bennük a Babes-Ernst-testecskék teljesen eltűntek. Jodoformgaze-kitömészel kezelt phlegmoneban, furunculuban talált bakteriumokban a Babes-Ernst-testecskék száma szintén jelentékenyen csökkent. A kezek fertőtlenítését szerző ezen kísérleti tapasztalatok alapján nem abban látja, hogy teljesen csiramentessé tegyük kezünket, hanem abban, hogy hogyan tehetjük tönkre az elkerülhetetlenül kezünkön tapadó néhány bakterium fertőzőképességét. (Centralblatt f. Bakt. Bd. XXVIII. Nr. 20.)

Belgyógyászat.

A Sydenham-féle choreáról. Giles de la Tourette, a ki a „maladie des ties convulsifs“ fogalomkörét megállapította, azon idő óta kutatta, hogy a Sydenham-féle chorea milyen összefüggésben van a rheumatizmussal, a pubertással és a terhes asszonyok choreájával. Sydenham-chorea esetei közül csak egyen támadt ízületgyulladás, a mivel megdől Germain Sée állítása e két baj összefüggéséről. Giles de la Tourette legfiatalabb betege 4 éves volt, míg Sydenham 10 évre tette a legkisebb kort, melyben a betegség előfordul. A diagnosis szempontjából fontos, hogy Sydenham nézete, mely szerint e baj csak a pubertas előtt támad, megerősítést nyer, a mennyiben egy esetben sem látta olyan leányon, a kinek havibaja már meg lett volna. A terhes nők choreáját sok szerző a Sydenham-féle choreához akarta csatolni, Giles de la Tourette ellenben ezen kóralak önállóságát tagadásba veszi és kimutatja, hogy az esetek túlnyomó számában a maladie des ties vagy a hysteria vehetőek fel okképen. Ebből gyakorlati szempontból azon tanulság folyik, hogy a terhes asszony choreája nem ok arra, hogy a müleges koraszülést megindítsuk. (Revue neurol. 1900. 12. sz.) — ts.

A hysteriás betegek elkülönítése nemcsak sanatoriumban, de a közkórházak kórtermeiben is keresztül vihető. Manto thesisében leírja a Déjerine osztályán szokásos eljárást. A beteget állandóan ágyban tartják, az ágyfüggönyöket összehúzzák, beszélnie nem szabad, a többi betegnek sem szabad szólni hozzá. A beteg el van tiltva bármiféle foglalkozástól. Naponként 3-5 liter tejet fogyaszt el. (Thése de Paris, 1900.) — ts.

Az aortaaneurysmák kezeléséről gelatina bőr alá fecskendezésével közöl nagyobb tanulmányt Sorgo Schrötter tanár klinikájáról. Nagyobb számú saját észlelete és az idetartozó irodalom kritikai felhasználása alapján következő eredményekre jut: Gelatinának subcutan alkalmazására a zsákalakú aortaaneurysmák nagy százalékában meg-alvadás áll be; ez a megalvadás diffus aortatágulatoknál nem következik be; a kétes és fel nem használható esetek elhagyásával eddig 34 aortaaneurysma esetről van tudomásunk, melyek gelatina bőr alá fecskendezésével kezeltettek; ezek közül 13-ban állott be megalvadás, a mely 13 eset mind körülírt, zsákalakú aneurysmára vonatkozik, míg a 21 eredménytelenül kezelt eset között csak 4 biztosan vagy valószínűleg zsákalakú aneurysma szerepel. Érdekes e tekintetben szerzőnek egy esete, melyben a felhígított aorta és az aortaív diffus dilatatioja mellett az arteria anonyma egy zsákalakú aneurysmája is jelen volt; a gelatinakezelés daczára elhalt betegnél ez utóbbit thrombustömegekkel kibéleltnek találták, míg a diffus tágulatban nyoma sem volt látható a megalvadásnak. Arra a kérdésre nézve, vajjon a zsákalakú aneurysmákban található megalvadás és a gelatina használata között oki összefüggés áll-e fenn, biztos választ nem adhatni, mert lehetséges, hogy a megalvadást az egyidejűleg foganatosított diätetikus kezelés és nyugalom segítette elő; különben is sok esetben a haemostatikus hatás gelatina használata után nem mutatkozik, de még egyes esetekben a véletlen játéka is lehet a megalvadás bekövetkezése olyankor, a mikor gelatina használattal. A véletlen ilyen játéka szerző is felhoz egy esetet, melyben hólyagpapillomák okozta nagyfokú vérzés miatt gelatinát fecskendezett a hólyagba minden eredmény nélkül; két nap múlva még egy gelatina-befecskendezést akartak épen végezni, a mikor a beteg egészen világos, nem véres vizeletet ürített és ettől a perctől az osztályon való tartózkodásának egész ideje alatt nem is jelentkezett többé vérzés; ha a gelatina-befecskendezést néhány perccel előbb végezték volna, akkor a vérzés megszűnését bizonyára ezen beavatkozásnak tudták volna be.

Szerző megjegyzi, hogy a subcutan gelatina-befecskendések alvadását előidéző hatását illetőleg kísérleti bizonyítékunk nincsen. Ő maga is végzett ez irányban kísérleteket, még pedig az élő edényfalakon belül levő vér magatartását vizsgálta gelatina-befecskendések után bárányok mesenterialis visszerein; fáradozása azonban eredménytelen volt, mert gelatina-befecskendésben nem részesült állatoknál is már nagyon rövid idő múlva a véredény leköteése után kezdetét vette a megalvadás s így nem volt mérték az összehasonlításra. A befecskendések még magasabb concentratio (5%-os gelatina-oldat) mellett is veszélytelenek, az utánuk jelentkező fájdalmak pedig szerző szerint talán még előnyöseks is, mert a beteget nyugalomra készítetik. Végül szerző még különböző eredetű vérzéseknél is megkísérelte a gelatinát részint bőr alá fecskendés alakjában, részint helyileg alkalmazva; sok esetben eredményt ért el. A gelatina belső használatától nem sok eredményt látott; kiemeli azonban azt, hogy vesebajok nem ellenjavallják a gelatina belső használatát; vajjon a subcutan használatra nézve is áll-e ez, azt szerző nyílt kérdésnek mondja.

Czikke végén még az aorta és az arteria innominata aneurysmáinak diagnózisára nézve hoz fel szerző észlelt esetei alapján egyet-mást, a mire azonban már nem terjeszkedhetünk ki és csak azt jegyezzük meg, hogy az arteria anomoma aneurysmáját valószínűnek tartja, ha diastolikus zörejt jelen, mely intenzitásának maximumát a második bordaköztől felfelé éri el és e mellett kizárólag az anomoma edényterületére kiterjedőleg pulsus celert talál.

Végül még csak néhány szót a gelatina-befecskendések kivételéről. 150 kem. irtartalmú, vastag tűvel ellátott fecskendőt használt. Minthogy a vastag tű beszúrása fájdalmas, infiltratio anaesthesia mellett végzi. Befecskendés helyéül a csombot vagy a hasat választja. Rendesen 4—5%-os gelatina-oldatot használ, melyből 100—150 köbcentimétert fecskendez be egyszerre 3—5 napos időközökben. A betegek ágyban maradnak és lehetőleg kizárólag tejdietaán élnek; ha ez nem volna kivihető, tej mellett még egy zsemlyét, két tojást és naponként egyszer marhahúst főzelékkel kapnak, levest és sült húst azonban sohasem. (Zeitschrift für klinische Medizin, 42. kötet, 1. és 2. füzet.)

Sebészet.

Szokatlan emlőrák-alakot ír le *F. Roloff* diffus haemorrhagikus carcinoma elnevezés alatt. A tumor az egész mirigyet diffuse infiltrálta. Még feltűnőbb volt, hogy a metszleten egyes helyek sötét vörösek, mások vörös-fehéresen márványozottak voltak, feltételezve azon vér által, mely kisebb s nagyobb csatornácskáiban volt felhalmozódva, miáltal angioma cavernosum gyanúját keltette. E csatornák egész görsői kicsinyiségűg különbözők voltak, belső felszínüket sehol sem mirigyhám fedte, hanem vagy csak egyszerűen szétfeszített kötőszövetrostok által képződtek vagy lapos endotheliek voltak kibélelve; e csatornák egyes csoportokat képeztek, melyeknek közepén a normális falaztú arteria vagy vena futott. E fészkek mellett láthatók voltak a rendes hámszövetekkel bélelt rákfészkek. Az infiltrált hálójai mirigyek a carcinomában infiltrált nyirokmirigy megszokott képét adták. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 57. Bd. 5. u. 6. Heft.) *Pesthy István dr.*

A **noma aetiologiájához** szolgáltat újabb adatokat *Krahn E.* Szerző először elősorolja azon nézeteket, melyek eddig a noma kór-oktanára vonatkozólag felmerültek; felemlítjük e helyen *Schmidt* nézetét, a ki azt mondja, hogy ezen betegség okát egy káros, legömbölyített végű bacillus képezi, mely a gangraenás és egészséges közötti részen különösen nagy számban, egész hálózatot alkotva fordul elő, melyet azonban kitényeszténi nem sikerült; továbbá *Perthes* véleményét, a ki szerint a noma egy mycosis, melynek csirája a bacillusok és fonalgombák között helyet foglaló streptothrixekhez, vagyis azon csoporthoz tartozik, melynek legismertebb képviselője az actinomyces. Az illető gombának myceliuma képezni a már említett, különösen a káros és egészséges szövetek közötti részen található, igen sűrű fonadékat.

A szerzőnk által leírt 2 eset egyikében a noma egy 5 éves leánygyermeknél lépett fel tüdőgyulladás folyamán. A gyermek a noma jelentkezése után 8-adnapra meghalt; a boncoltat a helyi leleten kívül kétoldali sajtos tüdőlobot kiterjedt cavernákkal állapított meg. A második eset egy 2³/₄ éves leánygyermeknél észleltetett, kinél heveny gastroenteritis és kétszer recidiváló tüdőgyulladás után lépett fel a betegség, melynek egy heti tartama után a gyermek a kórházba került, hol negyednapra meghalt. A boncoltat itt majdnem az összes mellkasi és hasi szervek általános gümőkórját derítette ki. Mindkét esetben a noma a pofán jelent meg, az előbbinél csupán a bal, utóbbinál idővel mindkét oldalon.

Szerző mindkét esetét szövettanilag és bacteriologicus feldolgozta. Szövettani vizsgálatainak eredménye megegyező a noma eddig ismert histologiai képével, a mennyiben megállapítja, hogy a noma egy előrehaladó jellegű gangraena, minek folytán az elhalt részt környező egészséges szövet határán legfeljebb egy csekély fokú kigömbölyezett infiltratio van jelen, azonban a gangraena tovaterjedésének gátat vető reactiv gyuladással nyoma sincsen.

Bacteriologiai vizsgálatai folyamán más szerzőkkel egyetértőleg a már elhalt szövetrészekben legkülönbözőbb bacteriumfajtákat talált, melyek között a strepto- és staphylococcusok voltak az uralkodók. Ezek az egészséges szövet felé haladva, mindinkább fogynak, hogy helyet adjanak a határon legsűrűbb, majd mindinkább ritkuló hálószerű fonadéknak, melynek végéig még messze az egészséges szövetbe követhetők. A fonalakról kiderítette, hogy azok számos, fonálalakúlag egymáshoz sorakozott bacillusból, jobban mondva spirillumból és vibrióból állanak, melyek a fonadék legfinomabb ágain és azontúl az egészséges

szövet sejtközi hézagaiban egyenként is igen jól láthatók. Ezen bacteriumokat pedig a szájnyalban rendszeren előforduló *Spirillum sputigenum* és *Spirochaete dentium*-mal azonosnak tartja.

Mindezekből a szerző véleményét a noma aetiologiájára vonatkozólag a következőkben foglalhatjuk össze: A noma kórokozói az előbb említett és a szájnyalban normalis viszonyok között is előforduló bacteriumok, a melyek bizonyos feltételek mellett, midőn a szervezet ellenállási képessége velők szemben más betegségek (pl. gümőkór) által erősen gyengült, hordozójukra nézve virulensekké válnak s ilyenkor hozzák létre a noma-nak nevezett jellegzetes gangraenát.

Szerzőnek állatokra való átoltási kísérletei azonban csak pyaemiát idéztek elő, nomát soha, ép úgy nem sikerült neki az említett bacteriumok kitenyészése sem. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, 6. kötet, 4. és 5. szám.) *Kernler Jenő dr.*

A koponyadefectusok esonttal való befedésének kérdéséről írva *Victor E. Mertens*, a három leginkább használatos anyagot veszi vizsgálat alá kísérleteiben. E három anyag a decalcinált, a kiizzított és kifőzött esontlemez. Hogy a befedés megtörténhessék, szükséges, hogy a beillesztett esontlemez a defectus széléhez pontosan odafeküdjék, hogy jól el legyen látva vérrel és hogy a beillesztett lemeznek legyen mésztartalma. Tekintetbe kell venni végre azon körülményt is, hogy a beillesztett lemez a külső mechanikus insultusokkal szemben védelmül szolgáljon azon időre is, míg a végleges esontos egyesülés a beillesztett s ép esont között megtörténik. Ezen alapon a fentebbi három anyagot vizsgálva, a következő eredményeket kapjuk: 1. decalcinált esontlemez nem jó, mert nincs benne mészsó, a minek következménye, hogy a defectus kétszer annyi idő alatt fedődik be, mint ha egyáltalán semmit nem tettünk volna oda; nem jó, mert mint ideiglenes védőlemez sem nyújt védelmet a külső insultusokkal szemben; 2. kiizzított esont körül a esontos egyesülés igen szépen halad, mert a porosus állományt igen gyorsan át és áthatják a burjánzó sarjak; nem jó azonban mint ideiglenes védőlemez, mert rendkívül törekeny s eme törekenységénél fogva nem is formálható pontosan a defectus alakjához; előnye még, hogy igen könnyen sterilizálható; 3. mindkét előbbi jó tulajdonságait megtaláljuk a kifőzött esontban a nélkül, hogy törekeny lenne s így mint ideiglenes védő is igen alkalmas; könnyen szabható a esonthiány alakjához s alkalmazásánál szem előtt is tartandó, hogy szorosan oda fektüdjék az anyaghiány széléhez, e mellett esetleges vérzésre való tekintetből 1—2 babnyi nyílást fúrunk rajta, hogy mögötte vér fel ne gyülemkedjék. Alkalmazhatunk akár hullából vett esontlemez, vagy használhatjuk, ha elég nagyok, a törött esontlemezeket is. A kifőzött esontnak egyéb esontoknál, még csöves esontoknál való alkalmazását is dicsérik. (Deutsche Zeitsch. f. Chir., 57. Bd. 5. u. 6. Heft.) *Pesthy István dr.*

Húgyszervi betegségek.

Öblítésekkel összekötött tágitások idült gonorrhoeánál ezimen *Lohnstein H.* nagyobb dolgozatot közöl, melyben a chronicus kankó legtöbb eseteiben észlelhető infiltratio ellen alkalmazandó mechanikus és vegyi beavatkozásokat ismerteti. A nyálkahártya beszűrődései tudvalevőleg a kankó tartamát szerfelett hosszú időre nyújthatják és idejekorán föl nem ismerve, teljesen többé soha nem gyógyuló szöveti átalakulások szervenvedhetnek és a húgycső lumenének szűkítésére vezethetnek. A korai felismerés sokszor csak az urethrometerrel és a tűkórrel lehetséges. Létrejöttükre vonatkozólag histologiai vizsgálatok kiderítették, hogy lényegükben legtöbbször a húgycső nagyszámú, különböző alakú és terjedelmű mirigy csoportjainak megbetegedésére vezethetők vissza, a mennyiben a mirigyek vezetőkeinek eltömeszelése által helyileg nedvkeringési zavarok, periglandularis irritatio, majd mirigykörül lobos elváltozások fejlődnek ki. L. szerint tehát az infiltratiók megszüntetésére nem elegendő a szokásos tágitás sondákkal, hanem szükséges, hogy a mirigyváladék retentioja is megszüntessék és hogy a mechanikus kezelés megfelelő gyógyszerekkel való öblítésekkel köttessék össze. Az infiltratiók felszívódásának előmozdítására szolgálnak az egyes szakferfiak által construált különböző dilatatorok, melyek tudvalevőleg olykép szerkesztvék, hogy az eszközök a húgycsőbe vezető része két, három vagy négy egymáshoz illeszkedő branchéból áll, melyek a markolatnál lévő csavarkészülék forgatása által fokozatosan szétterpeszkednek. A tágitás fokát a markolaton lévő fokmérő mutatja. L. a használatban lévő dilatatorokon első sorban azt kifogásolja, hogy szerkezetüknél fogva csak az egész urethra vagy a húgycső nagyobb részleteinek tágitására alkalmazhatók, holott az urethra nem tekinthető végig egyenlően tág csőnek és az egyes helyek physiologiai lumenbeli eltérései káros esetekben még jelentékenyebbek lesznek. Továbbá azt a követelményt fűzi az ily eszközöz, hogy az a tágitáson kívül öblítéshez is alkalmazható legyen, hogy így a mirigyekből kiszajtott váladék azonnal kiüríthető és a megfelelő gyógyszer applikálható legyen. Ezért oly eszközt construált, melylyel képesek vagyunk a húgycső dilatálását annak egy kis részletére is, tehát csak a megbetegedett területre korlátozni — a mennyiben a csavarkészülék mozgatójánál csakis az általunk kívánt helyen terpeszkednek szét az eszköz orsóalakú részén lévő rugók — és a mely tágitó egyúttal irrigáló készülékkel összekötve a húgycső öblítésére is használható. Irrigáló szerül kal. hypermang 1:10,000 vagy ichtyol 1:5000 oldatait szokta alkalmazni. (Monatsberichte f. d. Gesamtmeist. auf d. Geb. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualapparates, 1900. 8. füzet.) *Feleki.*

Gonorrhoeás végbélob. A végbél gonorrhoeáját a legnagyobb ritkaságnak tartják a francziák. Mint ilyent mutatott be *Balzer* és *Alquier* egy 31 éves nőt, kinél a hüvely és végbél genyes váladéka gonococcusokat tartalmazott. Balzer, ezen esettől eltekintve, egyetlen rectalis gonorrhoeát sem látott 20 évi kórházi praxisa alatt. (Ann. de dermat. et de syph. 1900.) *Balassa T. dr.*

Uj urethroskopot szerkesztett Kollmann és ezt az elmúlt hóban a lipcei orvosegyletben bemutatta. Ezen húgycsőtűkór abban különbözik az ismert Nietzsche-Oberländer-féleétől, hogy a világító platinkacsot kis izzólámpácska helyettesíti, mely szintén a tubusban van elhelyezve.

A már előbb publicált Valentine-féle húgycsőtűkór szintén hasonló alapon van konstruálva s most Kollmann fent nevezettel együttesen javítgat eszközén.

Az eszköz gyakorlati előnyei, hogy míg az Oberländer-féle tükör megvilágításához egy a causticához is elegendő erősségű áram szükségeltetik, és a nagy áramintenzitás folytán kifejlődött hőhatás ellensúlyozására a hűtőkészülékben folytonos vízáramlást kell fentartani, addig az új készülék, ugyanolyan fokú fényerősségnél, csekélyebb áramot igényel, tehát kisebb villanygép is elegendő és nem szükséges hűtőkészüléket alkalmazni. K. száraz elemeket használ, melyek a tubusokkal egyetemben esinos, könnyen hordozható faszekrényben vannak elhelyezve. (Centralblatt f. d. Krankheiten d. Harn- und Sexual-Organen. 1900. 12.)

Strausz Aladár dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A méhfüggelékek genyrtartalmú daganatainak (pyosalpinx, pyo-ovarium) kezelése hüvelyi bemetszés útján. Dührssen a czímben említett megbetegedéseknél régebben a radikális műtétet végezte, több esetben azonban, a hol a beteg általános rossz állapota miatt nem tartotta ajánlatosnak ezen műtévesi módot követni, a conservatív gyógykezelésre szorult, melynek eredményei oly kedvezőek voltak, hogy több esetben, mely a radikális műtétre is alkalmas lett volna, megkísérelte az enyhébb eljárást, a kolpotomia posteriori. Az így operált esetek egy egész sorozatából azt a tanúságot vonja le, hogy ezen műtét, egyesítve esetleg a széles szalag alakításával s átmetésével, egy veszélytelen és hathatós eljárás arra, hogy a kürtben, a petefészkekben vagy ezek környezetében fennálló nagyobb genygyülemek kiiríttessenek, a súlyosan megbetegedett szervek relative meggyógyuljanak s megtartatassanak. (Archiv f. Gynäk. 60. kötet, 3. füzet.)

Neumann Szigfrid dr.

Orr-, torok- és gégebabjak.

A felső orrüreg hámalképleteinek casuistikájához. I. Herzfeld egy igen érdekes és e mellett ritka carcinomát ír le, a mely az orr melléküregeiből kiindulva, az élőben a következő főtüneteket okozta.

Jobboldali exophthalmus, ugyanitt a látásélesség gyengülésével, kínzó és főleg a jobb fejtetőre szorító fájdalom. A jobb középső orrkagyló csontos része nagyobb fokban elődomborodott, a középső orrjáratban pedig a sonda egy üregbe hatolt, melyből liktetve serosus véres folyadék távozott. A jobb szem papillája piros, szürke foltokkal tarkított, zavaros. Látótér rendes. A jobb homlokfal nyomásra igen fájdalmas. Geny az orrban sehol nem volt látható.

Az első vizsgálat után két nappal a hő 40° C.-ra szökött fel, ittérőkés 110, a jobb szemhéjon erős oedema képződött, úgy hogy a felső szemhéj teljesen mozdulatlaná vált. A fejfájdalmak növekedtek, a jobb orrüreg telve szagtalan genyvel. Beteg műtét alá került. A sinus frontalis megnyitása alkalmával az üregből bő genytmeg távozott az alsó orbitális fal annyira elpusztult, hogy a szemgolyó részben az üregben fekszik, a homloküreg hátsó falán $\frac{2}{3}$ cm-es defectuson keresztül a piszkos színű, elernyedt dura látható. A sinus frontalisban csupán granulatiók, a rostaesont telve egy tumorszerű, részben elpuhult tömeggel. Beteg daczára a szakszerű ápolásnak, a kezelés hetedik napján comában elhalt. A bonczoltnál meningitis purulenta találtatott. A carcinoma a homloküreget, egy kis oldalsó rész kivételével, valamint a lamina cribrosát is elpusztítva, az elülső koponyüregből egész az ikensont üreg mellő faláig terjedt. Ez utóbbi üregek telve polyphoz hasonló képletekkel, a jobboldali Highmor-üreg szintén genyvel telve. Az agyban tályog nem volt található.

A melléküregi alképletek rendes tünetei közül ez esetben hiányzott az orrvérzés, a éladék bűze, holott Dreyfuss szerint a foetid secretio az orrüreg carcinomák rendes tünete. Mirigydaganatok és metastasisok sem voltak jelen.

Hogy a melléküregek genyedékes folyamata és az üregekben helyet foglaló polypusok a carcinomával mily viszonyba hozhatók, magyarázatokba nem boesátkozik. A prognosis igen rossz, daczára a radikális műtéteknek, eddig egy végleges gyógyulás sem ismeretes. (Berl. klin. Woch. 1900. 36. sz.)

Törölygi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvogyakorlatra.

Ischias gyógyítására a sósav külső használatát ajánlja Eljasz-Radzikowsky. Megjelöljük az ideg mentén a fájdalmas pontot és ezen helyet néhány centiméternyi területen tömény sósavval beecseteljük (üvegrúdra erősített vatta segítségével), miközben a beteg hasán fekszik. Ha a bőrcaectio nem nagyon erős, a beecsetelés 2-3 naponként ismétlődő. Javulás már az első beecsetelés után mutatkozik, a gyógyulás pedig 4-11 beecsetelés után szokott bekövetkezni. (Therap. Monatshefte, 1900. 8. füzet.)

Enuresis nocturna gyógyítására Herbsmann a hólyagnyaknak massage-át ajánlja a végbélbe vezetett mutatóujj segítségével úgy, hogy eleinte harántirányban, azután hosszirányban végzünk mozgásokat ujjunk végével fokozódó erővel két percen át s végül $\frac{1}{2}$ percig lökö mozgásokat teszünk még mindig a végbélben levő ujjunkkal a hólyagnyak tájékára. Az eljárás szerző szerint minden esetben eredményes. (Die medicinische Woche, 1900. 37. sz.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 2. szám. Velics Antal: A súlyos neurasthenia némely gyógyjavalatáról. Herszky Manó: Érdekesebb orvostudományi munkálatok az 1900. évben. Schächter Miksa: Emlébeszéd Farkas Jenőről.

Orvosok lapja, 1901. 3. szám. Lukács Hugó: A gerincevelőbántalmak modern therapiája. Kovács József: A tüdőgümőkór korai diagnózisáról. Szántó Armin: A fogfájásról.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1901. 2. szám. Vajda: Urethro-calibromanometer. Galatti: A serumtherapia eredményei diphtheriás gégeszűkületnél. Krabbel: Két ritka gyomorműtét. Wachtler: Szemorvosi közlések.

Wiener medizinische Presse, 1901. 2. szám. Kassowitz: A phosphoros csukamájolajról. Neumann: Endemikus syphilis a jelenkorban.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 2. szám. Escherich: Diphtheria. Riedel: Az epekövekről. Kümmell: A Röntgen-sugarak a gyakorlati orvostan szolgálatában. Hueppe: A modern colonisatio-törévések és az európaiak acclimatisatio-képessége a tropusokban. Goldflam: A vesék succussioja. Saalfeld: A bőrbetegségek általános gyógytana. Blaschko: Alapkérdések a syphilis gyógytanában.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1901. 2. szám. Lewin: A chloroform és más belégzési anaestheticumok okozta hányás és megelőzése. Bendix: A bacteriumok chemiájához. Baumgart: Vaginalis és abdominalis hasmetzés tuberculosus peritonitissnél. Levy-Dorn: A gyomor alsó határának meghatározása Röntgen-fénnyel. H. Kohn: Thymushalál. Wolowski: A vizeletben levő indican quantitativ meghatározása. Denker: Tyúktójasnyi otogen agytályog, extraduralis és subperiostalis tályog a halánték táján; műtét után gyógyulás. Ebstein: Városi és falusi hygiene. Ziegler: Szemgyakorlatok a tornatanítással kapcsolatban. Goldschmidt: Lepra gyógyítása csörgökigyó-méreggel. Lichtenstein: Aërothermikus helyi kezelés.

Centralblatt für innere Medicin, 1901. 2. szám. A. Hirsch: A morphin hatása a gyomorra. Jaenicke: A thyreoidin-készítmények hatása néhány ritkább betegségnél.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 2. sz. Pfannenstiel: A Gersny-féle paraffin-befecskendés incontinentia urinaenél. Fritsch: A sphincter subcutan átmetésére a gát helyreállításánál. Jahreiss: Diabetessel szövődött uterus-myoma esete.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 19. kötet, 1. füzet. Mingazzini: Klinikai és kórbonczatani adatok az agydaganatok diagnózisához és gyógyításához. Koenig: Növésvazarak cerebrealis gyermekbénulásnál. Salomonson: Hysteriás esipőzületi contractura skoliosissal.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 58. kötet, 1. és 2. füzet. Hahn: Pancreatitis haemorrhagica acuta sebészi kezelése. E. Rose: A hasír nyílt kezelése főregnyűtványlobnál. Engelhardt: Postoperatív elmebabjak. Thöle: A ductus thoracicus haránt szétválasztása a nyakon; alakítás; gyógyulás táplálkozászavar nélkül. Thöle: Mucoid cysta a felső álesont fossa caninájában. Thöle: Ritka ficzomok és törések. Walcker: A szív szűrt sebzéséről és a szívvarratról. Mohaupt: Adat a börmirigy-secretio jelentőségéhez a bőr desinfiálásánál. Ritter: Fagyások kezelése.

Deutsches Archiv für klinische Medicin, 69. kötet, 1. és 2. f. Pick: Intermittáló epeláz (Fièvre hépatique intermittente Charcot). Adat a hügyanyképződés tanához. Kerschensteiner: Gázképződés a májban (Schaumleber). Elsner: A methylenkék kiválasztása. Grassmann: A vérkeringési szervek elváltozásai a syphilis korai szakában. Kaufmann: Neuritikus serratus-bénulással szövődött dystrophia musculorum progressiva eset. Jesionek: Acne telangiectodes esete. Reinboth: Kísérletes tanulmányok a mellkascontusiookról. Freudweiler: Kísérletes vizsgálatok a közszyéncsomók képződéséről. Struppler: Septikus folyamatok pancreas-necrosissal.

La semaine médicale, 1901. 2. szám. Nobécourt: A tápcsatornába vitt erjesztőgombák sorsa és szerepe. M. Cazin: Az empyema-műtét technikája. 3. szám. Potain: A szívzörejek hangszínezet- és intenzitásváltozásainak semiologiai értéke.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1901. 3. és 4. sz. Nourrit: Icterus gravis esete gyermeknél. Diemer: Influenzás polyneuritis.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 2. szám. E. Buys: Az adenoid vegetatiók eltávolításának indicatioi gyermekeknél. H. Coeppez: Megjegyzések a szemprothesisről. Van Wely: Tartózkodás alkoholos italoktól és életbiztosítás.

British medical journal, 1901. január 12. W. Gordon: Phthisis és szél. G. Ogilvie: Icterus typhusnál. J. Carstlaw: Influenza és idegrendszer. Sheridan Delepine: Arsen kimutatása sörben. H. Cayley: A typhus ellenes védőoltás értéke. R. W. Mackenna: Tolerantia arsenel szemben. Grace Haxton Giffen: Herpes az ilio-hypogastrikus és ilio-inguinalis idegek mentén. Ryder Richardson: Puerperalis láz kezelése antistreptococcus-serummal; gyógyulás. H. W. Bernard: Hevny rheumatismus tüneteit mutató pyaemia eset. Herbert Snow: Rosszindulatú alképlet érdekes esete.

The Lancet, 1901. I. 2. szám. P. J. Freyer: A prostata meg-nagyobbodása. E. I. Cave: Pneumococcus okozta arthritis. A. E. Griffin: Siriasis esete. Harold L. Barnard: A kisujj phalanxának dorsalis dislocatioja; helyzetétel Faraboeuf-féle dorsalis bemetszéssel. A. H. Tubby: A Dupuytren-féle contractio kezelése. Peers Maclulich és E. Goodall:

A bal alkar csonkítása után 49 év múlva elhalt egyén agyában talált elváltozás (a jobb második frontalis gyrus localizált atrophája). *Th. Oliver*: Idült méhinversio kezelése Aveling-féle repositorról. *T. J. MacLagan*: A typhusos bélelváltozások viszonya a typhus általános tüneteivel. *Harry Campbell*: Gyógyászati reflexiók. *Marmaduke Scheild*: A radius centralis daganata. *J. Mc Queen*: Anus és rectum hiánya; közlekedés a bél és a húgyszervek között; műtét után gyógyulás.

The Edinburgh medical journal, 1901. január. *Balfour*: Borderland. *Chiene*: Tapasztalatok a délafrikai háborúban. *Milne Murray*: Megnyitó előadás az edinburghi szülészeti társulat közgyűlésén. *Arbuthnot Lane*: Hibásan kezelt egyszerű töréseknél szükségelt műtétekről.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A Semmelweis-emlék ügyében.** A Semmelweis-emlék végrehajtó bizottsága f. hó 8-dikán tartott ülésében constatálta, hogy az eddigi hazai és külföldi gyűjtés összes eredménye 1900. december 31-dikéig 32,320 koronát tett ki. Ha ez összeg 40,000 koronára fog emelkedni, a bizottság abban a helyzetben lesz, hogy körülbelül emelhet egy olyan szerű emléket Semmelweisnek, mint a milyen egy lesz azon tíz szobor közül, a mely már nem sokára a király kegyéből a főváros tereit díszíteni fogja. Hogy ez mihamarabb létesülhessen, elhatározta a bizottság, hogy a még hiányzó, nem nagy összeg előteremtésére új adakozásra hívja fel a közönséget és a végrehajtó bizottság minden tagjának új gyűjtőívet bocsát rendelkezésére. A végrehajtó bizottság tagjai: Kézmárczky Tivadar elnök, Dirner Gusztáv I. titkár, Elischer Gyula pénztáros, Berczeller Imre II. titkár, bizottsági tagok: Adler Zsigmond, Angyán Béla, Bársony János, Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Gebhardt Lajos, Högyes Endre, Korányi Frigyes, Lantos Emil, Liebmann Mór, Lindner Sámuel, Müller Kálmán, Navratil Imre, Réczey Imre, Tauffer Vilmos.

Valóban kívánatos, hogy ez az ügy egyszer már befejezve legyen. Szívesen nyitjuk meg azért mi is újra hasábjainkat az újabb adakozásokra, felkérve t. kartársainkat, hogy orvosi rendünk ezen nemes ügyének megvalósításához bármely csekély összeggel újból hozzájárulni méltóztassanak.

Újabb adakozások érkeztek be hozzánk a következők urak részéről: *Bókay János* tanártól: 20 kor. *Fausser Árpád* dr.-tól: 5 kor. *Grósz Emil* tanártól: 10 kor. *Hutyra Ferencz* tanártól: 10 kor. *Hoffmann Alfréd*-tól: 10 kor. *Högyes Endre* tanártól: 30 kor. *Jendrassik Ernő* tanártól: 20 kor. *Klug Nándor* tanártól: 10 kor. *Semsei Semsey Andor*-tól: 50 kor. *Thanhoffer Lajos*-tól: 10 kor. Összesen: 175 korona.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év első hetében (1900. december 30-dikától január 5-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 279 gyermek, elhalt 116 egyén, a születések tehát 117-el multak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 30.8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 20.5, az egy éven felüli lakosságnál: 16.1, az öt éven felüli lakosságnál: 13.2. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 3, angina diphteritica 3, pertussis 1, morbilli 12, scarlatina 2, variola —, cholera asiaticus, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 1, meningitis 12, apoplexia 7, eclampsia 5, szervi szívba 13, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 56, tuberculosis pulmonum et phthisis 41, diarrhoea et enteritis 14, gastro-enteritis —, rák és egyéb újképleték 16, ezek közül méhrák 4, morbus Brightii et nephritis 9, rachitis 0, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkat-hiba 12, atrophia et inanitia 3, marasmus senilis 11, erőszakos halálozások 3 ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 3, baleset 0, kétséges 0 (—). **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A mult hét végén volt 2780 beteg, szaporodás e héten 884, csökkenés 761, maradt e hét végén 2003 beteg. B) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi január 1-jétől január 7-éig terjedő 1. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 37 (35), diphteria, croup 14 (11), hagymáz (typhus) 5 (4), kanyaró (morbilli) 205 (228), trachoma 7 (0), vérhas (dysenteria) 1 (1), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 24 (19), orbáncz (erysipelas) 12 (17), gyermekági láz (febr. puerp.) 1 (0), ezenfelül varicella 57 (60).

— **A budapest-józsefvárosi orvostársaság** jóváhagyott alapszabályokkal f. hó 11-dikén megalakult. A társaság a bizalmas jó viszonyt óhajtja megteremteni az egy kerületben lakó orvostársak közt, hogy ezek ennek alapján összetartó testületet képezzenek, mely számbeli és erkölcsi erejével az orvosi rend jogos érdekeit védelmezze s a közélet minden terén érvényesüljön. A társaság elnöke *Kéllly Károly* dr. egyet. ny. r. tanár lett, ki az elnöki széket szép és lelkes beszéddel foglalta el, hangsúlyozván a társaság gyakorlati céljait.

Az alakuló közgyűlés továbbá alelnökkül: *Stáhly Ignác*ot, jegyzőül: *Barsi Jenő*t, választmányi tagokul: *Bücker József*, *Ébner János*, *Freund Arthur*, *Huiniss Géza*, *Jordán Ferencz*, *Kiss Gyula*, *Reich Miklós*, *Reitzer Mór* és *Steinberger Adolf* doctorokat választotta meg. A kerület orvosainak javarésze máris belépett a társaságba.

— **Igazságügyi orvosi tanács** Az igazságügyi miniszter *Plósz Pál* dr., *Genersich Antal* dr. egyet. ny. r., *Moracsik Emil* dr. egyet. rk. tanárokat, *Farkas László* dr. kir. tanácsos, kórházi főorvost, *Bakó* dr. egyet. m. tanár, kórházi főorvost az igazságügyi tanács tagjává további három évre újra kinevezte.

⊕ **Az anatomia története projectiókban** cím alatt *Lenhossék Mihály* tanár igen érdekes előadást tartott f. hó 15-dikén a Természettudományi Társulat élettani szakosztályában, mely ülését ez alkalommal az új bonctani intézetben tartotta.

⊗ **A glasgowi pestisről** szerzett tapasztalatait *Pertik Ottó* tanár az Országos Közegészségi Egyesületben f. hó 16-dikán előadta.

⊕ **Kinevezések.** A fő- és székváros főpolgármestere *Eördög Ferencz* dr.-t a szent. János-kórházba alorvosnak, *Nagy Sándor*, *Heinermann Alajos* dr.-okat ugyanoda segédorvosoknak, *Obal Ferencz* dr.-t a régi szent. János-kórházba segédorvosnak nevezte ki.

± **Virchow-ünnepélyt** terveznek ezen év október 13-dikára, a midőn az agg mester 80-dik életévét fogja betölteni. Az ünnepély megszabású lesz és rendezése internationalis alapon indul meg. Orvos-tanártestületünkben többen fognak ez ünnepélyen részt venni és a kar üdvözlő iratát az ünnepeltnek átnyújtani.

* **Az orvosok száma Németországban** 1900. október közepén 27,374 volt, vagyis 685-tel (2.6%) több, mint az előző évben; a szaporodás tehát valamivel csökkent, mert az előző években 3.6—3.9% között ingadozott.

○ **A VII. nemzetközi congressus az alkoholizmus leküzdésére** április 9.-étől 14.-éig tartatik Bécsben. Már eddig 26 előadást jelentettek be és kilenczen megígérték előadás tartását a tárgy fenntartásával. A congressus irodája: Bécs, Schwarzschanerstrasse 17, I.

— **Alkoholfogyasztás Német- és Franciaországban.** Németországban az alkoholfogyasztás az utolsó években csökkent, a mennyiben egy egyévre 3.4 liter tiszta alkohol jut az előző évek nagyobb fogyasztásával szemben (1892-ben 4.5 liter, 1889-ben 4.7 liter), Franciaországban ellenben fokozódott az alkoholfogyasztás, a mint azt a következő számok mutatják: 1855-ben 1.1/2 liter, 1873-ban 2.59 liter, jelenleg 4.5 liter. A városok között *Rouen* áll legelül, a mennyiben minden egyévre évenként 17 liter tiszta alkohol jut, míg *Párisban* 8 liter.

— **Philadelphianban** a tanügyi körökben mozgalom indult meg, hogy az iskolákban az ambidexter nevelést honosítsák meg.

⊕ **Az orvosok száma Lissabonban** a legújabb hivatalos adatok szerint 174, úgy hogy 1902 lakosra esik egy orvos.

× **Norvégiában** 1901. január 1-étől a gümőkóros megbetegedések a fertőző betegségek azon csoportjába tartoznak, melynél a bejelentés az orvos részéről kötelező.

⊕ **Közegészségügyi ministerium** felállítását sürgeti a „Magyarország” napilap január 9-diki számának vezércikke, kifejtve, hogy e nélkül hazánk közegészségügyének erőlyes fővezetése és szabályozása, a mely pedig elsődrendű szükségletet képez, nem remélhető.

† **Elhunytak:** *Potain* tanár, hírneves belgyógyász, Párisban. *Berne*, a sebészti kórtan tanára Lyonban. *Dubrueil*, a sebészeti tanára Montpellierben. *Duclos*, a belgyógyászati tanára a tours-i orvosiskolán. *Hauks*, a nőgyógyászati tanára New-Yorkban. *Ingals*, a gyógyszerian és törvényszéki orvostan tanára a Rush Medical Collegeben Chicagóban.

P—i A—d. Hirdetési rovatunk vezetője szíves figyelmükbe ajánlja olvasóinknak a Keleti J. czég hirdetéseit.

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



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapestben.

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



Magyarországi **Budapest, V., Zoltán-utca 10.**
főraktár:

Eladó vagy bérbeadó Budapestben a város centrumában, jól jövedelmező, modern berendezésű **vízgyógyintézet**; remek svéd-gymnastikai teremmel és inhalatoriummal. Bővebb felvilágosítást ad **Blockner J. hirdetési iroda** Budapest, IV., Sütő-utca 6.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (I. rendes ülés 1901. január hó 12-dikén.) 49. lap. — A Budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. (XXV. ülés 1900. évi április hó 3-dikén.) 49. lap.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(I. rendes ülés 1901. január 12-dikén.)

Elnök: **Taufer Vilmos**; jegyző: **Wenhardt János**.

Taufer Vilmos tanár felolvassa elnöki megnyitóját. (Lásd tárczarovatunkat.)

Gégerák miatt végzett teljes gégekiirtás esete.

Dollinger Gyula: A beteg 55 éves földműves és négy hónappal a műtét előtt lett rekedt. Ezen négy hónap alatt 10 kilogrammot fogyott testsúlyban. A gégetükörrel történt vizsgálat kimutatta, hogy a jobb hangszálagot egy dudoros felületű, helyenként kifekélyesedett álképlet foglalja el. Donogány kartárs úr, a ki a beteget felszólításomra a klinikán megvizsgálta, az álképletről intralaryngealis úton egy kis részletet lemetszett, a mely görcsövilleg megvizsgálva, carcinomának bizonyult és így a szövettani vizsgálat a klinikai kórismét, a mely a beteg korán, a daganat gyors növekedésén annak, gégetükri képén kívül még a betegnek gyors lesoványodására is támaszkodott, helybenhagyta. Beszűrődött mirigyek a nyakon nem mutatkoztak. Miután így sok kilátás lehetett arra, hogy a carcinoma csupán a gége szorítkozik és ennek eltávolításával teljesen meggyógyul, múlt év október hó 31-dikén a beteg gégejét eltávolítottam. A műtét mély narkosisban előzetes tracheotomia nélkül történt és a tapasztalat ez esetben ismét megmutatta, hogy arra a műtétnél szükség nincsen. A behatolás H-alakú börmetszéssel történt, a melynek két hosszanti szára a gége mellett, haránt szára pedig a cartilago thyreoidea és cryoidea között feküdt. Miután a gégehez tapadó izmok róla le voltak választva, a cartilago cryoidea alatt a légesövet gyorsan kettévágtam, a légesövet magát, egy előzetesen a mellő felületébe húzott erős selyemfonállal le- és mellfelé, a géget pedig fel- és mellfelé húztam, a légeső nyálkahártyájának vérző ereit lefogtam és most a narkosist steril kosárral a légeső lumenjén át folytatva, a géget felfelé gyorsan leválasztottam, a gégefödöt azonban, a mely egészséges volt, behagytam. A légesőbe a narkosis alatt canulet nem alkalmaztam. Most az alsó bőrlebensyt függőleges irányban kettévágtam és két fele közé véve a légesövet, azt a bőrlebensyekkel befedtem és beszegtem. A gégekiirtás után meghalt betegek egy része a nyak képletein lehúzódó sepsisben, nagyobb része pedig pneumoniaiban hal meg. Mindkét folyamatnak az oka a szájból a frissen szétfejtett szövetekre, vagy pedig a légesőbe folyt és a tüdőbe aspirált nyál. Ezt kell tehát különösen közvetlenül a műtétet követő időben e területektől elzárni. Azért a bázisnyálkahártyát egyesítve, a szájuveget lefelé elzártam. Ez a seb ugyan egynehány nappal a műtét után széjjel nyílt, de addig a fertőzés-től megóvta a varrat a beteget. A műtét után semmi complicatio nem lépett fel, a mint a beteg a chloroform-narkosisból felocsudott és annak utókelemenségei elmúltak, a műtétet követő harmadnap az ágyat elhagyta és azóta sokat fenjárt. Canulet a műtét után is csak éjjel, inkább a beteg megnyugtatására alkalmaztunk. A mint a seb begyógyult, a Bruns által módosított műleges géget alkalmaztam a betegnél. Jelenleg is ezt hordja. Ezzel a gégevel teljesen érthetően beszél és szava egy nagy szobában mindenhol jól hallható.

Miután a betegnél mirigybeszűrődések nincsenek, remélhető, hogy teljesen meggyógyul a műtét. A kiirtott gégen látható, hogy a carcinoma annak egész bal felét elfoglalja, mellül pedig a középvonalon túl átterjed a bal gégefélre. Lefelé reáterjed a cartilago cryoideára. E szerint a beteg bajától teljesen csak az egész gége teljes kiirtásával volt megszabadítható.

Lichen ruber planus esete.

Nékám Lajos: Ez a betegség nem mondható ugyan ritkának — a klinika ambulantiáján 0-30/0-ban fordul elő —, homályos aetiologiájánál, variabilitásánál fogva azonban igen érdekes, intensív eruptioinál és nagy viszketőségénél fogva fontos bőrbetegség. Az esetet mégsem mutatta volna be, ha egy aránylag ritka localisatioja — a száj és végbél nyálkahártyáján — különösen szépen nem volna kifejlődve.

A beteg 32 éves férfi, ki három hó előtt még teljesen egészséges volt és a ki anamnesisében semmi olyast se bir felhozni, a mi állapotának megmagyarázását elősegítené. 1900. novemberben először czombjain, majd hasán, törzsén léptek fel a typosos, kemény, polygonális, kékesvörös, viaszzerű, néha körökben elrendezett papulák, eleinte nagy viszketést okozva. Január elején scabiest is acquirált s ez ellen fordult 1901. január 5-dikén a klinikához.

A scabies meggyógyítottán, a beteg ma a bőrén levő súlyos és typosos lichen eruption kívül ajkain, pofa nyálkahártyáján, nyelvén, szájpadlásán bir ezernyi, kemény, gyöngyházzsínű, néha dendritikusan elágazó, máskor apró pontokból és göbökből álló lichen eruptioval. Az eset rendkívül szép példája a nyálkahártyára lokalizált lichen rubernek.

A venereás bántalmak prophylaxisáról.

Marschalkó Tamás: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

(Folytatása következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XXV. ülés 1900. évi április hó 3-dikén.)

Elnök: **Kézmárszky Tivadar**; jegyző: **Tóth István**.

Elnök megnyitja az ülést és a jegyzőkönyv hitelesítésére Berceeller és Szabó tagokat kéri fel. Bejelenti, hogy a „Société de l'obstétr. de Paris” csereviszonyba lépett a szakosztályal és Paul Bar által szerkesztett „Bulletin”-jét megküldötte.

Következnek a bemutatók:

I. Hármás pete.

Walla Béla: A pete egy 31 éves, háromszor szült nőtől való, a kinek előrement szülései és gyermekágyai rendszeren folytak le. Utolsó szülése 14 hó előtt volt. A nő gyermekét még szoptatta, a midőn ismét más állapotba esett, úgy hogy havi baját nem is kapta meg. A mostani terhessége alatt hasa az előbbi terhességhez viszonyítva gyorsabban nőtt: gyakran volt alhasi és deréktáji fájdalma, étvágytalan volt és annyira gyöngye, hogy többnyire ágyban kellett fekélnie. Szülőfájásai márczius hó 3-dikán délután 1 órakor kezdődtek; magzatvíze márczius hó 5-dikén délelőtt 9 óra 30 perczkor folyt el. Ezután erősebben vérzett, a miért az I. számú női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét kérte. A mire a poliklinika odaérkezett, az abortus már megtörtént. Külön fekédték a magzatok és külön a lepény. Vérézés nem volt.

Mind a három magzat fiú, hosszuk 28, 26 és 18 cm. Egy közös lepény van, a melynek mérete 13×20 cm.; egy közös chorion és 3 amnion. A legnagyobb magzatnak van a legnagyobb petezsákja, ennek köldökzsinórja marginálisan, a másik kettővel velamentosusan tapad. A legkisebb magzat köldökzsinórja sokszoros torsiót szenvedett és úgy látszik, hogy a magzat ennek következtében már régebben elhalt, has jobban mumificált és comprimált, fejlődésében a másik kettő mögött erősen visszamaradt. A másik két magzat frissen elhalt.

Ezen hármás terhesség tehát egy petéből származik.

Ezzel kapcsolatban van szerencsém még egy másik hármás praeparatumot az I-ső számú női klinikából bemutatni, a mely három petéből fejlődött. Ezen két eseten kívül még öt esetet észleltünk. Négy a klinikából való, egy **Kézmárszky** tanár magángyakorlatából. Ezen 5 hármás terhesség mindegyike két petéből származott. A klinikán észlelt négy eset alkalmával született magzatok közül két anya 2—2 magzatot élve vitt ki a klinikáról, a többi magzat részben halva született, részben a szülés után rövid idő múlva meghalt. Legérdekesebb a **Kézmárszky** tanár magángyakorlatából való eset, a melynél két petéből egy 47.5, egy 44 és egy 42 cm. hosszú élő leány született. A leányok életben maradtak és ma már felnőtt hajadonok.

Ezen esetek a hármás terhességnek különböző módon t. i. egy, két és három petéből történhető fejlődését igazolják.

Kézmárszky: Ezzel az esettel a szakosztályban a hármás terhességnek minden módját láttuk. A jelen eset a ritkébbak közé tartozik, a mennyiben itt a három magzat egy petéből származott. Gyakoribb az eset, midőn az ikrek két petéből fejlődnek.

II. a) Uterus bicornis, graviditas, téves diagnosis.

Tóth István: A gynaekologikus szakosztályban csak a közelmúltban fordult meg hasonló eset, a hol extraut. graviditasnak vélte ez illető a jelzett képet, laparotomiát végzett s kiirtotta az egész méhet.

Sokban hasonló az eset, melyet a **Taufer** tanár vezetése alatt álló 2. sz. női klinikán észleltek, operáltak.

A nő 21 éves 0 P.; felvétele előtt két hóval elmaradt havi baja, ez idő óta hasában időnként görcsös fájdalmai vannak, gyakran hány, állítólagos gyomorhajával többször fordult orvosaihoz. Felvételnél a terhesség valószínű jelei. Szűk hüvely, bal oldalon az elülső hüvelyboltzatban egy köteges ráncz vonul a szeméremesonttól a portióhoz, s ezt előre s balra húzza.

Uterus kicsiny, balra anteflexióban; előtte s töle jobbra foglal helyet egy lúdtőjásnyi, puha, sima felületű, a méh jobb szarvával összefüggő, mérsékelten megmozgatható képlet.

Az anamnesis és helyi lelet extrauterin petezsák gyanuját kelti fel; a tumor elhelyezkedése, tapintata dermoidra emlékeztet.

Kolpokoeliotomia anterior útján akarjuk eltávolítani a tumort; a hólyag feltolásánál már nem rendes viszonyokat találunk, ott fut a már jelzett húrszerű köteg; az elülső hashártyaredő megnyitása sok nehézséggel jár, szűk a tér, a redő magasan hajlik át. Betapintva határozottan nem dönthető el, vajjon tubaris graviditással van-e dolgunk, avagy uterus bicornissal, esetleg a terhes méh mellett egy cervicalis fibromgöccszel? Hogy biztos meggyőződést szerezzünk, ki akarjuk fordítani az egész képletet; a megfogott baloldali lig. rot. leszakad, erős vérzés indul meg.

Miután ez úton nem lehet tisztán tájékozódni, másrészt a vérzés csillapítása sem sikerül, laparotomiára térünk át, a mikor kiténik, hogy uterus bicornissal van dolgunk, melynek egyik fele terhes. Természetesen

kiirtásra ok nincs; bevarrjuk felülről a peritoneum sebet, visszavarrjuk a leszakadt baloldali lig. rotundumot s zárjuk a hasírt. A kolpotomia sebet már előbb zártuk rotundumot.

A beteg a műtéttől zavartalanul gyógyul; azonban a III-dik napon a III-dik hónapos petét elvetéli.

Ezen eset ismét élénken illusztrálja a kolpokoeliotomia nagy hátrányait a laparotomiával szemben.

A diagnostikus tévedést a jelzett anatómiai viszonyok magyarázzák, ha azonban azonnal laparotomia útján operálunk, a behatás sokkal kisebb volt volna, azonnal felismertük volna a helyzetet, s valószínű a terhesség fenmaradása is.

b) Atresia vaginae operált esete.

17 éves O P., mensese sohasem volt, 15 éves kora óta alhasában előbb két hónaponként, majd havonként jelentkező görcsös fájdalmak vannak, melyek hova-tovább erősödnek. E miatt kereste fel a Tauffer tanár vezetésével álló II. sz. női klinikát. Gyengén fejlett nő, nőies fanszörzet, gyengébben fejlett külső nemi részek; ép hymenalis gyűrű, melyen át az ujj egy ujjpercnyi vak tasakba jut. Végbélben át egy magasabban ülő, a rectum elülső falát ledomborító golyószerű resistencia érezhető. Diagnózis: atresia vaginae, haematokolpos. Narkosisban vizsgálva azt találjuk, hogy a jelzett ökölyi tumor alsó polusa s a hüvelyi tasak legmagasabb csúcsa között körülbelül 7—8 cm.-nyi tér van, másrészt a hólyagon s a végbélben (kösondával) megejtett kombinált vizsgálat szerint a jelzett két szerv között levő szövetrészt legfeljebb 2—3 cm.-nyire beesülhető; ezen kell tehát áthaladni, hogy a tumor elérhető legyen.

Műtétnél: mindkét oldalon harántul bemetszik a szeméremrész s a tasak haránt megnyitása után a végbélbe vezetett Hegar-tágító, illetőleg a hólyagba vitt kösonda állandó ellenőrzése mellett, óvatosan részint késsel, részint tompán választják szét a két szerv között levő két keskeny réteget. A medence alsó részleteinek ilyenén való feltárása után elérik a magasan ülő tumor alsó polusát s megnyitják. Tartalma kenőcszerű fekete-barnás tömeg, a melyet 3—4 cm.-nyi vastag szívós falzat zár körül (hüvely), belső felülete sima, bársonyszerű.

Kiürítés után betapintva az ür elülső csúcsán, ujjpercnyi nyílás jelzi a cervicalis csatornát, mely felett az anteflectált, valamivel nagyobb, szabad méh tapintható (haematometra még nincs).

Hogy a készített út nyitvamaradását biztosítsák a jövőre is, a volt tumor falát képező hüvelyszövetet behúzzák a sebesatornába s széleit a szeméremrés bőréhez kivaradjuk. Természetesen nagy a feszülés s e miatt a szeméremrés bőre mintegy behúzódik, befordul, másrészt a rigid vastag hüvelyszövet össze nem esik s így az egész hüvelyszatorna tántog; a fejletlen kis- és nagyjak nem veszik körül a képzett nyílást, hanem a felett foglalnak helyet, s így az egész kép olyan, mintha a gáton volna a hüvely nyílása.

A kötőszövetbe behozott hüvelyszövet legnagyobb részben le is tapadt, hátul mérsékelten visszahúzódott, de e részlet is granulált, hámmal fedett, úgy hogy a visszavonásakor (40-dik napon) teljesen szabad hüvelyszatornává hagyta el az intézetet, s miután teljesen hámmal fedett s legnagyobb részben eredeti hüvelyszövetet képezte a genital-csatornát, bizvást remélhetjük, hogy ez út állandóan nyitva marad s a nő conceptóra is képes.

III. Aplasia uteri et vaginae. Coitus per urethram.

Breitenfeld Ferenc: A beteg, kit ma bátor vagyok a t. szakosztálynak bemutatni, ritka fejlődési hibában szenved.

Március elején jelentkezett rendelésemre azon panaszszal, hogy daczára annak, hogy már 21 éves, hősámja még sohasem volt. Ezen baj miatt már több orvosnál járt, kik vérszegénységet állapítva meg nála, vaskészítményekkel akarták a baján segíteni; de csak egyszer volt vérszegénység a nemi szervekből, az első közösülés után, a mikor oly beteg lett, hogy több napot kellett ágyban tölteni és vizelete sokáig véres volt. Ezen időtől kezdve néha alhasában erős görcsöket érez.

A 21 éves nő középtermetű, korához képest jól kifejlesztett, kissé halvány. Emlői közepnyűk, rendes fejlettségűek; külső nemző szervei szintén rendesek, nagyjak jól kifejlesztve, rajtuk dús szőrzet látható. A kisajkak és clitoris kissé hypertrophikusak.

A clitoris alatt egy cm.-nyi hosszú, számos kis harántredéssel övezett, hosszanfutó résre akadunk, mely a beolajozott mutatóujjat könnyen magába fogadja: az urethra külső kitérő szájadéka. A töleser-alakú húgyesövön keresztül az ujj, a hólyag zárizom részéről kifejtett csekély akadály legyőzése után, könnyen jut a hólyagba, a nélkül, hogy a beteg fájdalmat küldjön. Az ujj visszahúzása után néhány csepp vizelet csurog ki, egyébkor vizeletürítés nincs.

Az urethra nyílása alatt, a vagina introitus helyén egy cm.-nyi mély tasak van, melynek alapja közepén hegesnek látszik, jobbra és balra egy-egy 2—3 cm.-nyi mély vakon végződő kis nyílás található. Végbélben keresztül vizsgálva, uterus nyomát sehol sem találjuk; a húgyesövön vitt catheter a végbélben keresztül élesen kitapintható, jeleül annak, hogy a húgyesöv hátsó fala a végbél mellső falával közvetlen határos. Kombinált vizsgálatnál a symphysis magasságában hollóttovastagságú, gömbölyű kötegre akadunk, mely a jobb linea innominata felé húzódik és ott egy lapos, babnyi képletbe végződik. Ezen képlet nyomásra kissé érzékeny és valószínűleg a jobb oldali ovarium maradványa, míg a köteg a jobb oldali lig. ovarinak felel meg.

A bemutatott nő előadja, hogy időközönként közösül, de fájdalmat ilyenkor csak ritkán érez, néha azonban utána a vizelete véres.

(Így értelmezhető talán a Hyrtl által említett eset, melyben egy nő, ki hasonló hibában szenvedett, a húgyesövön keresztül menstruált.)

Vizeletürítése nincs, mi valószínűleg a hypertrophikus záró izomnak tudható be. Alhasában néha-néha (de nem rendszeres időközben) érez a nő görcsös fájdalmakat, de nem tehető fel, hogy az ovarium e kis rudimentuma képes volna moliminákat okozni és így a fájdalmak okát másutt kell keresnünk.

Vaginaképzésről az adott viszonyok mellett le kell mondanunk, annál is inkább, miután ily tágult urethra mellett a plastikai úton képezett vaginaszerű tasak zsugorodásba menne át. Magától érthető, hogy a nő kívánsága, hogy menstruáljon, sohasem teljesülhet.

Kézműsz.: A vizsgálat alapján azt hiszi, hogy jelen esetben egy rudimentaris, igen kicsiny uterus van jelen; a jobb oldali petefészkek felismerhető, a baloldali nem tapintható tisztán; a tubák táját a kimutatott köteg jelzi. Vaginának nyoma sincsen.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

Alulírott betegsegélyző pénztárak mielőbbi belépésre orvost keresnek legkevesebb két évi gyakorlattal. A magyar és német nyelv tökéletes ismerete megkívánatik. Évi fizetés 2000 korona, természetbeni lakás, fűtés és világítás. Magán-gyakorlat meg van engedve. Ajánlatok az alulírott betegsegélyző pénztárak egyikehez intézendők.

Brassói cellulose-gyár részvénytársaság betegs. pénztára.
2-1 Copony Márton-féle papírgyár betegs. pénztára.
Zernest (Brassó mellett).

Az „Unio“ es. kir. szab. vas- és bádogyár-társaság zólyomi gyártelepén fennálló munkás-társaságánál rendszeresített orvosi állásra ezennel pályázat hirdetnek.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés kívánatik, megjegyezve, hogy kimutatható gyakorlattal, de főleg műtői képesítéssel bírók előnyben fognak részesülni.

Kellően felszerelt folyamodványok, melyekben a szabad lakás és fűtési illetményen kívüli fizetési igények kiteendők, folyó évi január 31-dikéig az alulírt címre terjesztendők be.

„Unio“ es. kir. szab. vas- és bádogyár-társaság,
2-2 Budapest, VI., Dalszínház-utca 8. sz.

6/1901. khig. szám.

A vezetésem alatt álló győri közkórházban lemondás folytán megürült segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1000 korona, szabad lakás, világítás, fűtés. A segédorvos köteles reggel és délután a kórházban étkelni, melyt az önköltségi költségek megtérítése fejében a kórháztól kap. Magángyakorlat nincs megengedve. Kinevezési időtartam három év, mely esetleg újabb három évre meghosszabbítható.

Felhívom a pályázni szándékozó nőtlen egyetemes orvostudorokat, hogy gróf Laszberg Rezső Győr megye és Győr város főispánjához címzett és szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb f. hó 25-dikéig nyújtsák be.

Az újonnan kinevezendő segédorvos köteles állását 1901. február 1-én elfoglalni.

Győr, 1901. évi január hó 5-dikén.

2-2 Petz, a győri közkórház igazgató-főorvosa.

Üresedésben levő egyéb állomások:

I. Január 30-diki lejáratával: Kör- és uradalmi orvos, 2000 kor. f. Czim: Csukay Sándor főszolgabíró Radna.

II. Január 31-diki lejáratával: 1. Kórházi másodorvos, pozsonyi közkórház, 300 k. f. Pantocsek ig. főorvos. 2. Kórházi másodorvos, roznányi közkórház, Ruber kórh. igazgató, Rozsnó.

III. Február 10-diki lejáratával: Kórorvos, Szentegyház-Óláhfalú (5 község Udvarhelymegyéjében). 800 k. és 400 k. mint fürdőorvos. Demeter főszolgabíró, Székely-Udvarhelyt.

HIRDETÉSEK.

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranybántalmak, vörtelevél, fejfájás, étvágyhiány, epe-, gyomor- és bélbajok. Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyvel alkalmazható előrehaladt korúknál és gyermekeknél. Semminemű drasztikus alkalmatlan, mint Aloë, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csak a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendszeres szorulásban szenvednek.

A Tamar Indian Grillon Franciaország első tekintélyei által javallatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerháza, Budapest, király-utca 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Stiller Bertalan: A hasmenés és székrekedés albuminuriáról. 52. l.
Poór Ferenc: Közlemény a budapesti magyar kir. tudomány-egyetem bőrkórtani intézetéből. A lupus erythematosus Cazenave actiologiájához. 52. l.
Winternitz M. Arnold: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem I. sz. sebészeti kórodájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár. A májbeli echinococcus-tömlők infekciójáról és elgenyvedéséről. 54. l.
Rihmer Béla: A húgyeső szűkületéről. 55. l.
Tárca: Az új orvosdoktori szigorlati rend. 56. l.
Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Ráskai Dezső: A gonorrhoeás általános fertőzés kérdése. 58. l. — *Könyvismertetés. H. Thullé:* Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie. (Kollarits Jenő.) 59. l. — *Lapszemle. Gyógy-szerterem és méregtan. Friese:* A honthin. — *Flesch:* Syrupus kolae compositus Hell. — *Tendlau:* Dormiol és hedonal. — *Sontag:* A somatose és a vasas somatose. — *Hesse:* A hydrogensuperoxyd. — *Belgyógyászat. Boinet:* Kétoldali athetosis (—ts.) — *Babinski:* Luës és tabes ugyanazon egyéneken egy időben. — *Rumpf:* Fehérje-forgalom és ezukorkiválasztás. (Kövesi Géza.) — *Strauss H.:* A gyomor secretorius és motorius működési zavarai. (Surányi Miklós.) — *Sebészet. Küster:* A keztyűben való operálásokról. (Farkas.) — *Szülészet és nőgyógyászat. Aschoff:* A tubaris magzatleány viszonya a tubaris abortushoz és a tuba

repedéséhez. (Neumann Szigfrid.) — *Waldstein:* A méhrák műtéti kezelésének eredményeiről. (Neumann Szigfrid.) — *Húgyszervi betegségek. Paulsen:* Gonorrhoeás izületlob és egyidejűleg gonorrhoeás kúteg. (Balassa T.) — *Lanz:* A gonococcusok elhelyezkedése a kankós váladékban. (Balassa T.) — *Casper:* Tapasztalatok a kankó kezelésénél. (Balassa T.) — *Kisebb közlemények az orvogyakorlatra. Sutherland:* Neuralgiás fájdalmak. — *Johnson és Merrill:* A rák radiotherapiája. — *Folyóiratok átnézete.* 60—62. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — Rektorválasztás az egyetemen. — Közegészségügyi vita a parlamentben. — A m. kir. statisztikai hivatal. — Felhívás. — A magyar királyi államvasutak tanácsadója. — Helyettes kerestetik. — Herkulesfürdő. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — Elhunyt. — Herzel dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 62. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar tudományos akadémia. — Budapesti kir. orvosegyesület. — Budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. — A természettudományi társulat közgyűlése. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Mellékletek. Gyermekgyógyászat. 1. sz. — Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Elberfeld cég „Aspirin“ című prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A hasmenés és székrekedés albuminuriáról.

Közli: *Stiller Bertalan* dr. egyetemi tanár.

Epen 20 év előtt ugyancsak e folyóirat hasábjain¹ tettem közzé észlelteimet a hasmenések bizonyos fajtáinál előforduló fehérjevizelésről, érteve ez alatt hevenyen kezdődő, profus vizes hasmenéseket hányással vagy a nélkül, azaz szörványosan vagy endemiee jelentkező heveny gyomor- vagy gyomor-bélhurutokat.

Azon vizsgálatokhoz, melyek engem ez eredményre juttattak, az 1873-diki cholerajárvány vezetett. Tudtam, hogy a cholera-folyamatot majdnem mindig parenchymás veselob kíséri és meggyőződtem minden esetben, mely előttem megfordult, arról, hogy cholerasók vizelete nemesak, mint némelyek gondolják, a reactios, de már a florid szakban is fehérjét tartalmaz.

Ez időben jelent meg *Herman*-nak egy ide vágó dolgozata, mely a fehérjevizelést a cholera-nak már a prodromalis hasmenésnél is előforduló körjelző tüneteképen állítja oda. Én kételkedtem ez állítás törvényszerű helyességében; de elmulván a járvány, már nem szerezhettem alapos meggyőződést a tárgyról.

Egy évvel később jutott tudomásomra *Mülhäuser*-nek egy dolgozata, mely — nyilvánvalólag önállóan — szintén azt állítja, hogy a fehérjevizelés állandóan található a prodromalis choleras hasmenéseknél, és e leletet más hasmenésekkel szemben körjelzőnek mondja.

Azóta éber figyelemmel kísértem e tárgyat, de miután — nagy megelégedésemre — nem volt alkalmam choleras hasmenéseket megfigyelhetni, eleinte a cholera fogalmának többé-kevésbé megfelelő heveny gyomor-bélhurutoknál, később egyszerűbb, gyorsan fellépő hasmenéseknél vizsgáltam a vizeletet

s annyi megfigyelési anyagot gyűjtöttem, hogy annak alapján méltán irányíthattam collegáim figyelmét a vesének némely heveny bélbántalmakban való részvételére.

Közleményem megjelenése előtt két esztendővel jelent meg *Fischl* egy dolgozata,² melyben arra utal, hogy heveny bélhurutok lefolyása alatt cylinderek és vesehámszettek fehérje nélkül is előfordulnak a vizeletben. Az én megfigyeléseim több esztendővel *Fischl* közleménye előtt kezdődtek s az övéivel ellentétben nem előrehaladott korú betegekre, hanem nagyrészt fiatal egyénekre vonatkoznak.

Escteim egy része az arezvonások elbágyadásával, a mélyen beesett szemekkel, a kicsi puha érveréssel, a környi részek lehülésével, többé-kevésbé kifejezett cyanosissal és végre a lábikrák göresével a cholera nostras képét nyújtották, s a mellett olyan időbe estek, midőn a hasmenések és cholerae mérsékelt endemiaképen voltak elterjedve. Az esetek más részét egyszerűbb, hirtelen beálló hasmenések képezték, kifejezett collapsus és endemikus befolyás nélkül.

Csaknem minden esetben gyakori és vizes volt a hasmenés. A belek útján, részben a hányás által bekövetkezett hirtelen és erős vízvesztés természetes következményeképp a vizeletválasztás állandóan meg volt kevesbedve.

Egyes esetekben az állandóan kevés fehérjetartalom mellett epefesték nyomai is mutatkoztak a vizeletben, sárgaság nélkül, kétségtelenül azt mutatván, hogy a gyomor-bélhurutban a nyombél is részes. Megvilágítottam munkámban, hogy ezen esetekben a fehérjevizelés semmi esetre sem függhetett a csekély vérceterustól.

Fischl és az én megfigyeléseim annak megállapítását eredményezték, hogy vannak láztalanul lefolyó heveny gyomor-bélhurutok, melyek a vesék kóros részvételével járnak, a mi abban

¹ Orvosi Hetilap 1880. és Wiener med. Wochenschr. 1880.

² Prager Vierteljahrschrift 1878.

nyilvánul, hogy a vizeletben vagy kizárólag hyalin cylinderek és vesehámsejtek, vagy alaklemek mellett még fehérje is jelennek meg.

Már most az a kérdés tolu előtérbe, vajjon ezen esetekben mi hozza létre a vesék bántalmának eme jelenségeit? Alig kétséges, hogy e muló vesetünetek oka a hasmenés és hányás útján létrejövő nagy és gyors vízvesztésben és e vízvesztés pótlásának csaknem teljes hiányában keresendő.

A vízvesztés következményei: a vér mennyiségének jelentékeny megkevesbbedése és annak besűrűsödése, karöltve a szív erejének többé-kevésbbé kifejezett elgyengülésével, okozzák a vérkeringés meglassúbbodását és a vese szövetének vérrel való hiányos ellátását.

Fischl rámutat, hogy ilyenformán hasonló viszonyok állnak elő, mint a vesevéredények időleges lekötésénél, mikor ugyanis mindig fehérjevizelés lép fel. Én magam utaltam *Runeberg* egy tanulmányára, a mely oda concludál, hogy fehérjeoldatok annál könnyebben hatolnak állati hártán keresztül, mennél kisebb az átszűrődő folyadék hydrostatikus nyomása. A heveny profus vízvesztés hozza tehát létre a vesevéredényekben és a rosszul táplált hámképletekben azokat a változásokat, melyek fehérjevizeléshez, cylinder képződéshez és a hámsejtek leválásához vezetnek.

Mai tudásunk és felfogásunk értelmében különben azt tartom, hogy a jelzett esetekben a vízvesztésen kívül fertőzés által létrehozott toxikus befolyásokat sem szabad figyelmen kívül hagyni; mert az ilyen heveny és heves gyomorbélhurutok akár endemice, akár szörványosan lépnek fel, modern fogalmak szerint többnyire bakteriás fertőzésnek tekintendők. De különben igen valószínű, hogy itt egyéni tényezők is szerepet játszanak. *Fischl* betegeinek előrehaladott korát tartja ilyen tényezőnek; vannak azonban szervi vagy járulékos mozzanatok is, különösen pedig olyanok, melyek a betegeket a szív erejének gyengülésére teszik hajlandókká. Ilyenekül említendők: alkoholismus, vérszegénység, rossz hygienikus viszonyok, alkati és más specialis tényezők, a melyeket nem is lehet mindig egyenesen rábizonyítani. Ha ilyen egyéni momentumok nem működnének közre, akkor a vizelet fehérjetartalmának arányosnak kellene lenni a jelenségek hevességével és magyarázhatatlan volna, hogy megbízható megfigyelők (*Oppolzer, Leber*) járványos cholérinénél, hol a kifejezett collapsus szemlátomást mutatja a vérnyomás silyedését, miért nem találtak a vizeletben mindig és minden esetben fehérjét.

A hasmenéses fehérjevizelés előfordulását közleményem megjelenése óta *Singer* és *Kobler* erősítették meg. Utóbbi később azt a rendkívül érdekes megfigyelést tette s közölte két cikkben,¹ hogy nemcsak hasmenésnél, hanem a székrekedés bizonyos alakjainál is megjelenhetnek a vizeletben fehérje és cylinderek. Kólikák által kísért erős, heveny székrekedések ezek, melyekre nézve a vesék eme viselkedését bebizonyította. Ezen leletet azóta *Engel* is megerősítette. Különben *Englisch* és *Senator* már régebben találtak albuminuriát kizárt sérvnél és belső bélelzáródásnál. *Kobler* nagy érdeme abban áll, hogy a székrekedések kevésbbé veszedelmes fajtáinál rámutatott a vesék kóros részvételére. Én magam csak utóbbi cikkének megjelenése óta szereztem tudomást e tényről, s azóta csak kétszer volt alkalmam ez észlelés helyesége felől megbizonyosodni. Csodálkoztam azonban, hogy e kiváló észlelő miként erőlködik, hogy megtalálja nyitját a székrekedéses fehérjevizelés magyarázatának s az országútról mint tér le a nagy keresésben a tévedések ösvényére.

Ó ugyanis a székrekedések ezen alakjainál nem talál egyéb okot a fehérje és cylindereknek fellépésére, mint a kísértő fájdalmat, a mely reflectorice a vese edényeinek összehúzódását és ez által az elválasztási zavarokat hozza létre. De egyáltalában nem is volt szüksége arra, hogy egy, semmi analogiával nem támogatott, min-fenkép merész hypothesishez nyúljon. Neki, ki oly behatóan oglalkozott a hasmenéses fehérjevizeléssel, csak a kezét kellett volna kinyújtani a közvetlen közelében levő magyarázat után.

Lássuk, milyen székrekedések azok, melyek az említett vesejelenségekhez vezethetnek; vezethetnek, de nem szükségképp vezetnek, mert itt is bizonynyal szerephez jutnak az egyéni tényezők. Nem

idült vagy szokványos székszorulás, hanem hevenyen beálló, vagy legalább hevenyen kiélesedő, olyan székrekedések — akár elsődlegesek, akár odanövés, szükület vagy bélhajlás által másodlagosan előidézve — jönnek itt szóba, melyeket többé-kevésbbé heves kólika kísér. Mikor kíséri fájdalmas bélösszehúzódás vagy kólika a székrekedést? Nyilván csak akkor, ha a bélsárpangás² vagy általánosabban szólva, az akadály olyan jelentékeny, hogy az a canalisatio valóságos torlaszává növi ki magát, okozván ez által reflexúton az akadály leküzdésére szolgáló göresös és fájdalmas peristaltikát. Ilyen esetekben, melyeket különben nagyrészt hányás is kísér, a betegek a bántalom egész tartama alatt alig esznek, isznak valamit. Hiszen *Kobler* helyesen vélekedik, hogy itt közvetlen vízvesztés s az ez által előidézett szivgyengeség nem szerepel. De az ételek és italok felvételének hiánya, kapcsolatban a hányással, több napra terjedő idő alatt, a szervezet vízmennyiséget szintén jelentékenyen megapasztja, s ha nem is oly gyorsan és jelentékenyen, mint a hasmenéses vízvesztésnél, de végeredményében mégis maga után vonja a vérmennyiség megapadásának minden következményét.

Ha a vérmennyiség apadása lassabb és csekélyebb is, mint a hasmenésnél, de annak a szivre és vesékre való káros hatását bizonyára fokozza toxikus anyagok felszívódása, a mi ilyen jelentékeny bélsárpangás esetén kétségtelenül tekintetbe jön.

Kobler ezt a szempontot tényleg figyelembe is vette, de végre mégis elejtette, mert annyira szembetűnő volt neki a vesetünetek és a kólika coincidentiaja, hogy nem birt a fájdalom kóroktani érvényesítésének eszméjéről letenni.

Meg kell azonban fontolni, hogy bélsárpangásnál a fájdalom a kiürülési akadály nagyságának a mérője. Mennél hevesebb a fájdalmas peristaltika, annál nagyobbannak kell lenni az akadálynak, mely ellen a bélösszehúzódások küzdenek, annál inkább lép fel hányás, annál csekélyebb az eledetek és italok felvétele, annál erősebben apad a vér mennyisége, annál gyengébb a szív működése, annál kevesebb vér folyik a vesékhez és végre annál valószínűbb a szivnek és a vesehámnak autotoxikus bántalmaztatása.

Én úgy hiszem, hogy ez a magyarázat sokkal physiologikusabb, mint az a be nem bizonyított feltétel, hogy a fájdalom reflectorikus úton hozza létre a vesék ischaemiáját.

Ezzel úgy a hasmenéses, mint a székrekedéses fehérjevizelést egységes állápontra helyeztük. Élénken kitetszik a két folyamat párhuzamos volta, legmagasabb fokaitól a legalacsonyabbig, egyrészt a cholérától a hasmenésig, másrészt a bélelzáródástól a heveny bélsárpangásig.

A hasmenésnél mintegy idültebb és passiv; de úgy itt, mint ott toxikus befolyások érvényesülnek, melyek a toxin természete szerint a vesét vagy közvetlenül vagy kerülő úton a szív révén támadja meg. Amannál, a cholérától a heveny hasmenésig, a bakteriumos fertőzés mérge; emennél putrid anyagok és valószínűleg bakteriás termékek felszívódásából eredő autotoxikus folyamatok segítik és erősítik az aránylag lassúbb és passivabb vízvesztéséget szivre és vesékre való hatásukban.

Végezetül még meg kell jegyeznem, hogy *Fischl* és *Kobler* érdemes munkáiból azon tanulságot is le lehet vonni, hogy hyalin cylindereknek és vesehámsejteknek a vizeletben való megjelenése még finomabb és korábbi jelzője a vesék megbetegedésének, mint a fehérje, mit első dolgozatomban még nem véltem bebizonyítotttnak.

Közlemény a budapesti magyar kir. tudomány-egyetem bőrkórtani intézetéből.

A lupus erythematosus Cazenave aetiologiájához.

Irta: *Poór Ferencz* dr.

(Vége.)

2. „A lupus erythematosus úgy általános, mint helybeli reactiót mutat a Koch-féle tuberculin-injectiora.“ A Koch által ajánlott tuberculin-injectio általános vagy localis reactioja bebizonyosodván, hogy egész sora az organikus testeknek (cantharidin *Liebreich*, thiosinamin, *Spiegler* „lymphagogai“: teucin, thiophan, aceton, benzol stb.) subcutan injectioval a vér-

¹ Wiener klin. W. 1898. és Wiener med. W. 1900.

áramba vive, többé-kevésbé intensiv, általános vagy localis reactiot ad, még nem tekinthető *absolut* bizonyosságnak a jelenlevő tuberculosis mellett (Kaposi után²¹). Különbözik e helyen nem vitatva a tuberculin diagnostikai értékét, csak tárgyunkra vonatkozólag említem fel, hogy Darier is beismerte a XIII. nemzetközi orvosi congressuson (Páris 1900.) a tuberculin injectiókra vonatkozólag, hogy úgy a localis, mint az általános reactio nagyon szabálytalanul mutatkozik a lupus erythematosustól meglepett betegeknek. Bang és Schneider tapasztalataiból tudjuk, hogy éppen a tuberculosis előrehaladt stadiumában levő betegeknek a tuberculin reactiot sokszor nem idéz elő. Másrészt észlelték a tuberculin-injectio után nem tuberculosisban, hanem más betegségben szenvedőknek (lepra, actinomykosis) is reactiot (Strauss és Tessier, Billroth).

3. „A lupus erythematosus histologiai képében óriássejtek is fordulnak elő.“ A Billroth és Virchow által már leirt óriássejteket Langhaus és Schüppel vizsgálatai alapján sokáig mint a tuberculosis karakteristikus jeleit fogták fel, különösen, midőn Friedländer azok szerepére a lupus vulgarisnál rámutatott. A további vizsgálatok azonban megdöntötték az óriássejteknek a tuberculosisra való pathognostikus voltát. Így kimutatta azoknak előfordulását Köster az initialsclerosisnál, Griffini a syphilitikus papulákban, majd később kimutatták az osteomyelitissnél, rhinosclerománál, sarcománál és lepránál, Manasses az orr polypjában, Marinesco a gerinczvelő gummájában, tehát a granulomák legnagyobb részénél, sőt Ziegler experimentalis úton állította elő. A lupus eryth. histologiai képében való előfordulása tehát nem mutathat annak tuberculosis eredetére.²²

4. „A lupus erythematosus és a kétségtelenül tuberculotikus lupus vulgaris között átmeneti alakok léteznek s többször találtak tuberculotikus góczokat a lupus eryth. affectiojában (Lupus erythematosoides Leloir). Tény, hogy közöltek oly eseteket, melyeknél az eleinte lup. erythematosusnak diagnostizált affectióból lupus vulgaris fejlődött. Oly előkelő helyről történtek e közlések, hogy nem lehet téves diagnosist feltételeznünk. Tekintsünk el tehát Havas²³ azon gyanujától, hogy ily esetekben a lupus vulgaris kezdeti, illetőleg hyperaemiás tünetei diagnostizáltak tévesen lupus erythematosusnak, tekintsünk el Lustgarten azon megjegyzésétől, hogy némely lupus vulgaris a csalódásig hasonlít a lupus erythematosushoz s fogadjuk el, hogy csakugyan előfordul a lupus eryth. kombinálva a lupus vulgarissal, mint Leloir írta, ki a lupus eryth. typusos elváltozásai mellett lup. vulgaris gőbökre is akadt. (Leloir lupus erythematosoidja.²⁴) De vajjon bizonyít-e a lupus erythematosusnak a lupus vulgarissal való kombinatív előfordulása akár az előbbinek tuberculotikus természete mellett, akár a két affectio identitása mellett? Vajjon nem ismerünk-e lupus vulgarisban fejlődött carcinomát? Ilyeneket közöltek Bardeleben, Hebra, Volkmann, Thiersch, Schütz, Lang, Kaposi stb. Sőt legújában Kreibich²⁵ lupus erythematosus-szal szövődött carcinoma esetét közli. Mi részünkről a lupus erythematosusnak a lupus vulgarissal való különben is nagyon ritkán előforduló szövődését nem tulajdoníthatjuk a két dermatosis rokonságának, s inkább azt a feltevést tartjuk kockázathatónak, hogy a lupus vulgaris a lupus erythematosus által megtámadott bőrreszen a „locus minoris resistentiae elvénél fogva fejlődik. Minthogy a lupus erythematosusnál a bőr papillaris rétegében a véredények lumenje a kezdeti szak túlulása után mindinkább megszűkül, a vérkeringés lassabb lesz, a véráram által a testnek esetleg más részéből oda sodort Koch-féle bacillusok megtelepedése könnyebbé tétett s így származhatott a lupus eryth. által már megtámadott helyen egy más dermatosis: a lupus vulgaris.

* * *

Mind a négy, a tuberculosis eredet hívei által felállított tétel tárgyalása után azt hisszük, joggal juthatunk arra a következtetésre, hogy a lupus erythematosus a tuberculotikus eredetű megbetegedések (toxi-tuberculide Hallopeau-Leredde²⁶) közé fel nem vehető.

De nem tartanánk értekezésünket befejezettnek, ha nem mutatnánk rá néhány kiváló szakférfiú észlelésére és véleményére, melyek szerintünk a lupus erythematosus kóroktanára világot vethetnek.

Kaposi chlorosist, anaemiát, seborrhoea capitist, dysmenorrhoeát, amenorrhoeát tapasztalt a lupus erythematosus által megtámadott nőbetegeinél. Hutchinson²⁷ több esetében tapasztalta, hogy a betegek az anamnesis előadásakor panaszkodtak, hogy a betegséget megelőző időben is arcuk evés közben vagy utána, meleg vagy hideg szobába léptük alkalmával kipirult. Ugyancsak Hutchinson két ízben ulcus ventriculival kapcsolatban látta fellépni a lupus erythematosust. Fordyce²⁸ oly lupus erythematosus-esetről tesz említést, mely a graviditás tartama alatt fennállott, míg utána kisebbfokú atrophikák hátrahagyásával spontán gyógyult, míg egy másik esetében a fennálló affectio a graviditás tartama alatt eltűnt, hogy a szülés után újra jelentkezék. Malcolm Morris a fokozott hőhatásoknak — úgy a melegnek, mint a hidegnek — tulajdonít fontosságot és Hutchinson is figyelmeztet arra, hogy a lupus erythematosus kedvező előfordulási helye (arcz és kezek) leginkább van kitéve az időjárás szeszélyeinek s a hőhatásoknak. (Jadassohn²⁹ után.) M. Möller³⁰ mint kiváló okot említi a napfényt s hozzáteszi, hogy legsúlyosabb lupus erythematosus-esetek éppen nyáron fordulnak elő. Perrin³¹ egy erős shock után látta fellépni, Brocq egyik esetében lehetetlen volt tuberculosisra gyanus momentumot találni s a beteg erős „idegizgatottsággal“ hozta kapcsolatba.³¹ Whitehouse capsicum-tapaszt alkalmazása után látta fellépni.³² Nem kerülheti ki figyelmünket a lupus erythematosusnak sokszor peripherikus terjedése, mint oly tünet, mely a toxintheoriával nehezen hozható kapcsolatba s hajlandóvá tesz az aetiologia más irányban való kutatására.

Tudjuk, hogy a legkülönbözőbb behatások a bőrön ugyanolyan, vagy legalább egymáshoz histologice is nagyon hasonló laesiokat idézhetnek elő.

Elég utalnunk a dermatitis arteficialisokra, az eezematizatioira és lichenificatioira s az exantheata venenata sorozatára. Per analogiam látjuk a lupus erythematosusnál ugyanazon bőr-laesio kifejlődését, gravidaknál a terhesség tartama alatt (Fordyce), shock után (Perrin) s az emplastrum capsicum alkalmazásakor (Whitehouse), látjuk a lupus erythematosus discoid alakját disseminatussá átalakulni különböző gyógyszerek különböző erélyű alkalmazása mellett, látjuk a lupus erythematosust fellépni fokozott hőhatások gyakori változása mellett (mosónők, kazánfűtők, szakácsnők, lakatosok stb.), ismerünk gyorsan, spontán muló lupus erythematosust a hosszú ideig, minden kezeléssel daczó, stationaer maradó mellett, s ismerünk az irodalomban esetet, midőn egy hét év óta fennálló lupus erythematosus Röntgen-sugarakkal való kezeléssel spontán gyógyult (Schiff,³⁴ Sjögren), a minek magyarázatát a toxintheoria nem adhatja, úgy hogy önkéntelenül arra a következtetésre jutottunk, hogy a lupus erythematosust kiváló inger nem egy, hanem igen sokféle lehet.

Értekezésünk végére érve, legyen szabad azon conclusioikat összefoglalnunk, melyekre fejtegetéseink során jutottunk.

1. A lupus erythematosus Cazenave aetiologiája mindéddig sem a Koch-féle bacillus tuberculosis közvetlen hatása által előidézett fertőzésre, sem a termékeinek bacillus (toxinjainak) távolhatása által előidézett intoxicatioira vissza nem vezethető.

2. Valószínűnek tartjuk, hogy a lupus erythematosus Cazenave nem egységes aetiologiával bíró bőrmegbetegedés, hanem különböző nemű és fokú peripher és centralis ingerek által az egyének különbözőképpen reagáló bőrén váltatik ki.

Végre nem tehetem, hogy e helyen is köszönetet ne mondjak t. főnökömnek, Nékám Lajos m. tanár úrnak az esetek szíves átengedéseért.

Irodalom: 1. Boeck C.: Die Exanthe der Tuberculose. Arch f. Derm. u. Syph. 42. k. 1898. — 2. Bateman: Atlas XVIII. t. — 3. Cazenave et Schedel: Abrégé pratique des maladies de la peau après les leçons cliniques de M. le Dr. Bielt. — 4. Rayer: Traité théorique et pratique des maladies de la peau. 2. ed. t. II. pag. 702. 1835. — 5. Hebra: Versuch einer auf path. Anatomie gegründeten Eintheilung der Hautkrankheiten. Zeitschr. der k. k. Gesellsch. der Aerzte. 1845. — 6. Cazenave: Forme du lupus et son traitement. Gaz. des hôp. 1858. 27. Juillet. — 7. Devergie: Traité pratique des maladies de la peau. II. ed. 1857. p. 634. — 8. Hardy: Leçons sur les maladies de la peau. II. ed. 1860. 1. vme p. 138. — 9. E. Poór: Lupus erythematosus. Ungar. Zeitschrift f. Natur- u. Heilkunde. 1858. (Canstatt's Jahresb. III. p. 409.) — 10. Rieh. Volkmann: Sammlung klin. Vorträge Nr. 13. Über den Lupus. Leipzig. 1870. — 11. Veiel: Mittheilungen etc. Stuttgart. 1862. — 12. Monatshefte f. p. Derm. IX. k. 1889. 134. 1. — 13. Verhandlungen des internat. dermat. Congresses 1892. — 14. Brocq: Traitement des mala-

dies de la peau. 1890, p. 509. — 15. Doyon-Besnier: Traduction de Kaposi. II. t. — 16. Cazenave: Du lupus. Gaz. des hôp. 1855, 78. 1. — 17. Geddings: Zur Anatomie des Lupus eryth. Sitzber. d. k. Akad. d. W. 57. k. — 18. Geber: Zur Anatomie des Lupus eryth. Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph. 1876. — 19. T. Veiel: Über Lupus eryth. Inaugural. Dissert. Tübingen, 1874, 40. 1. — 20. Roth: Über die Beziehungen des Lupus eryth. zur Tuberculosis. Arch. f. Derm. u. Syph. 51. k. 1900. — 21. Kaposi: Hautkrankheiten. 5. kiadás. 1899. 821—822. 1. — 22. U. a. 817—818. 1. — 23. Magy. Dermat. és Urol. Társ. 1896. márcz. 5. ülés. 24. Leloir: Recherches sur l'histologie path. et la nature de lup. eryth. Arch. de physiol. n. et p. 1890. — 25. Kreibich: Lupus eryth. mit multipler Carcinombildung. Arch. f. Derm. u. Syph. 51. k. 1900. — 26. Hallopeau-Leredde: Dermatologie. 1900. — 27. Hutchinson: Über die Disposition zum Erröthen als eine Ursache krankhafter Veränderungen. — 28. Fordyce: Lup. erythem. Journal of cut. etc. 1896. — 29. Jadassohn: Lupus eryth. Lubarsch-Ostertag Ergebnisse. IV. Abth. 1896. — 30. Perrin: Lupus eryth. Congr. intern. de dermat. Paris. 1889. — 31. Brocq: Lupus eryth. dis. Soc. de dermat. Paris. 1893. — 32. Whitehouse. Jodoform as an internal remedy in lup. eryth. New-York med. Journal. 1899. — 33. Deutsches Archiv für klinische Medizin. 66. k. — 34. Schieff: Behandl. d. Lup. eryth. mit Röntgen-Strahlen. Fortschr. auf dem Gebiete der Röntgen-Strahlen. 2. k. 135. 1. — 35. M. Möller: Einfluss des Lichtes auf die Haut etc. Stuttgart, 1900, 104. 1.

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem I. sz. sebészeti kórodájáról. Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár.

A májbeli echinococcus-tömlők infectioiról és elgyenyedéséről.

Közli: *Winternitz M. Arnold* dr. műtőnövendék.

(Folytatás.)

E két elgyenyedt májechinococcus-esetben tehát egy-ugyanazon microorganismust találtam: egy igen apró, rövidke bacillust, mely csakis véres táptalajokon nő, morphologiailag, culturell s az intracellularis elhelyeződés tekintetében az influenza-bacillusnak teljesen megfelel, úgy hogy azt egy évvel ezelőtt, midőn először — ugyanez tiszta tenyészetben — egy lobos féregnyútványban találtam, az igazi influenza-bacillusnak tartottam.

Most, midőn újból előkerült, igyekeztem megállapítani, vajjon e csír biológiai viszonyai s az echinococcus-folyadék, illetve az epe között lehet-e valamelyes összefüggést kimutatni, Pertik tanár úr figyelmeztetésére tanulmányoztam a kérdést, vajjon: *ha e két esetben oly következetesen mutatkozott a gyenyedés oka gyanánt ezen microorganismus, nem képez-e talán számára az echinococcus-folyadék valami előnyös jó táptalajt s könnyíti így meg az infectio létesülését?*

E czélból a vágóhídról szarvasmarháknál oly gyakran található echinococcus-hólyagokat szereztem be frissen s azok folyadékát kellő bacteriologikus cautelák betartása mellett sterilén fogtam fel. Így a kísérletekhez friss steril echinococcus-folyadék állott rendelkezésemre. A kísérleteket úgy végeztem, hogy a steril folyadékot a bacillus tiszta culturájával oltottam be. Ekkor kitűnt, hogy a bacillus, mely a legjobb bouillonban is csak 2—3 csepp vér hozzákeverése után szaporodik, a tiszta echinococcus folyadéokban igen buján vegetál.

E próbán kívül még összekevertem egy rész echinococcus-folyadékot két rész glicerín-aggarral s azt találtam, hogy e táptalajon a rája oltott tenyészet sokkal bujábban nő, mint a parallel beoltott véres agaresőveken. Itt ugyanis nem egyenletes, harmatcseppszerű, össze nem folyó apró coloniák alakjában indult meg a tenyészet, hanem nagyobb összefolyó viztiszta lepedék alakjában mely diplococcus Fränkel-tenyészethez hasonlított.

Az echinococcus-folyadékkal kevert, nem véres táptalajokon tehát a szóban forgó microorganismus, mely eddig csakis véres táptalajokon volt kimutatható, feltűnő jól s buján tenyészett, kétségtelen jelül annak, hogy számára e folyadék igen jó táptalaj. De sajátságos volt azon tapasztalat, hogy a következő generatiók, újból echinococcus-folyadékkal kevert táptalajokon, már kevésbé jól eredtek meg.

Ugyanígy tettem kísérleteket epével is. Fehér egérből sterilén epét fogtam fel s azzal néhány glicerín-agar felületét kentem be. Ezeket is épen oly jól tenyészett, akár csak tiszta vérrel lettek volna bekenve.

Látni való ezekből, hogy a finyás és érzékeny diplobacillus számára, mely épen úgy, mint az influenza bacillus, közönségesen

csak vérrel bekenet agar-táptalajokon tenyészhető, úgy az echinococcus-folyadék, mint az epe igen jó táptalaj; bárha az előbbi generatiók továbbítására nem is oly előnyös, mint a vér.

Miután a szóban forgó kis diplobacillust sikerült nem véres táptalajokon is tenyésztenem, módomban állott azt különböző tenyészfeltételek mellett megfigyelni s úgy culturalis, mint morphologikus viszonyait tanulmányozni.

Morphologice az összes táptalajokon mindig az apró diplobacillus képében mutatkozott.

Mindenik culturában a szép polaris festődést mutatta, egy központi világos zónával.

A tiszta culturákból készített fedlemezpraeparatúkat összehasonlítottam régiebbi — influenza-pneumoniákból tenyésztett — valódi influenza-bacillus készítményeimmel s azt találtam, hogy a szóban forgó diplobacillus még régi culturákban sem képezi azon hosszú fonalakat, bunkós involutios alakot, melyeket a bac. influenzae Pfeiffernél oly gyakran láthatni. Ez az egyetlen különbség, mit az influenza-bacillus s a szóban fekvő diplobacillus között felhozni tudok. Minden egyéb tekintetben, úgy culturell, mint morphologiailag, valamint a genybeli intracellularis fekvés tekintetében annyira hasonlít e két csír, hogy teljesen összetéveszthetők.

Most, hogy huzamos időn át különböző táptalajokon sikerült őt tenyésztenem s megfigyelnem, anélkül, hogy egyetlen egy ízben is mutatta volna az említett fonalakat, involutios formákat, vagyok képes csak eldönteni, hogy e csír nem azonos a Pfeiffer-féle influenza-bacillussal, hanem attól eltérő valamely más species!

Utána néztem az irodalomban, vajjon valamely név alatt nines-e már ezen microorganismus ismertette; de nem találtam egyetlen feljegyzést sem, mely ráillenék. Fel kell tehát vennem, hogy egy eddig teljesen ismeretlen microorganismus, mely — a mint ezen s az appendicitisekre vonatkozó vizsgálataim igazolják — a bélesatorna s máj infectioiban úgy látszik nem jelentéktelen szerepet játszik.

Az, hogy e csírt a féregnyútvány lumenében is kimutattam, kétségtelenül teszi előttem, hogy bélben lakó bacteriummal van dolgom, mely infectiosus képessége alapján ily genykeltő excursiókra képes.

Összetévesztések elkerülése miatt el kell e pathogen microorganismust neveznem.

„Diplobacillus parvus intestini septicus“-nak nevezem el s azt hiszem, hogy e névben úgy morphologiai, mint biológiai tulajdonságai eléggé jelezve vannak.

A fennebbiekből két elgyenyedt májechinococcus esetet részleteztem, melyek mindenikénél kórokozó gyanánt egy eddig ismeretlen, mindenek szerint a bélhuzamban lakó microorganismus szerepel. Ha e csír culturalis s biológiai tulajdonságait tekintetbe vesszük, ha meggondoljuk, hogy a genyben festési eljárásal mily nehezen volt mindkét esetben fellelhető, ha meggondoljuk, hogy culturalis kimutatása csak bizonyos technikai fogások alkalmazása mellett sikerül, érthetővé válik Chauffard és Widal bacteriologiai vizsgálatainak negativ lelete. Nem mintha e microorganismus a megfelelő véres agar segélyével valami különösen nehezen cultiválható volna; de ha az ember speciell ezen táptalajhoz nem nyúl, egyéb nemű táptalajokra történt legexactabb oltásaival sem kap e csír jelenlétében positiv eredményt. Így lehetett az Chauffard és Widal eseteiben is, kik véres agart a geny vizsgálatánál nem használván, e diplobacillust ki nem tenyészítették s a genyet „steril“-nek találták.

Eseteim nemcsak e diplobacillus szempontjából érdekesek, hanem azért is, mert sok tekintetben felvilágosítást adnak az echinococcusok elgyenyedéséről általában.

Mindkét esetben a gyenyedés gyorsan és hirtelen állott be, az elsőnél enyhe, a másodiknál erős icterus, láz és epéköszterű rohamok kíséretében. Már ezen körülmény nagyon valószínűvé teszi, hogy ezen tömlők az epeutak ramificatioival kerültek collisioba, mit mindkét eset genyének bilirubin-kristály tartalmán kívül az elsőnél műtét után jelentkező profus epefolyás, a másodiknál pedig a séctio is igazolt. Kétségtelen, hogy mindkettőnél az epeutak mentén felhágó typus szerint történt az infectio, hisz mindkettő genyében oly csír volt található, melyet féregnyújt-

ványok bennékében *enterogen* infectio eredménye gyanánt már azelőtt kimutattam. Azon körülmény pedig, hogy a második esetben e diplobacillus mellett egy oly streptococcus volt jelen, mely *kizárólag a bélnek lakója* (diplo-streptococcus intestinalis minor Tavel), még jobban támogatja a fertőzésnek *enterogen ascendáló* eredetét.

Ez esetekben az echinococcus hólyagok, úgy mint azt a bevezető részben említettem, növekedésük alkalmával a máj nagyobb epevezetékei valamelyikét arrodálták. A II-dik esetben sectio alkalmával constatálni is lehetett, hogy a jobb lebeny egyik ujnyi vastagságúra kitágult epevezetéke a tömlővel magával közlekedésben állott; az első eseténél pedig a műtét után két héttel hirtelen jelentkezett igen profus epefolyás tette valószínűvé, hogy a tömlő itt is az epeutakkal és pedig bizonyára valamely nagyobb ággal került communicatióba.

A fertőzést e tények alapján úgy magyarázom, hogy az epeutak arrosioja folytán ez esetekben epebeömlés történt a parasita belsejébe, mely azt, mint fentebb részleteztük, chemiai úton megölte. E közben vagy ezután azonban a parasita ürét az epe inficiálta is, mert az echinococcus által fenntartott epepangás lehetővé tette a felhágó enterogen infectiot.

Igy kerültek az epeutak mentén a bélből a parasita üregéhez oly mikroorganizmusok, melyek más bélszakasznál is (minő a féregnyújtvány) ily genyeltő excursiókra képesek.

A mint a bevezető részben részleteztem, nem az epebeömlés maga mint chemiai agens okozta s tartotta itt fenn e hatalmas genyedéseket; nem az epebeömlés volt oka a tömlők gyors, láztól s icterustól kísért növekedésének s a II-dik esetben észlelt mellúri s tüdőbeli változásnak: *hanem a parasita által létesített, epepangások kapcsán beállott angiocholitikus infectio!*

E tömlőgenyedéseknél voltaképen két folyamat causalis vagy véletlen kapcsolódásáról van szó. Az egyik az echinococcus esendes, egyenletes növekedése, a másik az epeutak fertőző megbetegedése.

Az előbbi, mint már részleteztük, nyomás, beletörés s pangások létesítésével alkalmas feltételeket teremt az utóbbi kifejlődésére. De ez nem feltétlenül szükséges! A két folyamat kétségtelenül gyakoribb causalis összefüggésén kívül véletlen coincidentia is lehet jelen; a midőn pl. egy echinococcusos betegnél, a nélkül, hogy a parasita kimutathatólag anatomikus dispositiot teremtene, az epeutaknak tőle független genyes megbetegedése áll be. Ily esetek észlve vannak s okai azon elszórt májtályogoknak, melyeket *el nem genyedt* echinococcus tömlők körül már többször leirtak (Neisser).

(Folytatása következik.)

A húgycső szűkületéről.

Közlő: *Rihmer Béla* dr. műtőorvos, volt klinikai tanársegéd.

(Vége.)

Előadásom másik célja annak kifejtése volt, hogy eseteimben a klinikus vizsgálat összes eszközeit felhasználva, az eredmény mennyiben erősíti meg a blenorrhoeás eredetű húgycsőszűkületekről szóló egyes nézeteket. Az egyes szerzők ugyanis nem nyilatkoznak teljesen egybehangzóan különösen a szűkületek helyének és számának megállapításában.

Ha a hengeres eszköz híveit nézzük, feltűnik, hogy ők többnyire egy szűkületet vesznek fel és pedig a mélyben a bulbo-membranaceus átmeneten, sőt pl. az oly jeles *Syme* egyáltalán nem volt hajlandó többszörös szűkületet felvenni. *Thompson* adatai 270 strikturás készítményről megerősítették e nézeteket. *Thompson* 270 esetében csak 41-szer volt többszörös szűkület jelen és 270 eset közül 185-ször a bulbusban volt az egyszeres szűkítő gyűrű.

Ha most *Martin* statistikáját nézzük, a ki *Guyon* kórtörténetit jegyezte fel, tehát a *gombos kutatóval* élően megállapított szűkületeket szedte össze, akkor azt találjuk, hogy 168 eset közül csak 31 esetben találtak egyszeres szűkületre, a többi esetben többszörös szűkület volt jelen és a szűkítő gyűrűk közül mindig a bulbusban levő volt a legszorosabb, a bemenethez legközelebb álló a legtágabb.

Érdekesek a laesio kiterjedtségére vonatkozólag azok a mikroszkopos vizsgálatok, melyeket ugyanezek *Guyon* klinikáján *Wassermann* és *Hallé* végeztek. Első ízben 3, majd 12 régi blenorrhoeás szűkülettel bíró húgycsőt tanulmányoztak sorozatos metszeteken. Szerzők szerint a kifejezett szűkület essentialis szöveti elváltozásai a húgycső szivacsos részében ülnek, a melynek elastikus, areolaris szövete tönkrement és helyét az újon képződött fibrosus szövet foglalja el. A mi azonban feltűnő e vizsgálatokban, az az, hogy *Wassermann* és *Hallé* szerint a laesio nem szorítkoznak a strikturált részre magára, hanem jelen vannak kisebb mértékben a szűkület előtti húgycsőrészben is. Eseteikben az egész húgycső beteg volt és azt találták, hogy a szövettani elváltozások annál mélyebbre hatók, mennél inkább közeledünk a bulbus felé. *Wassermann* és *Hallé* szövettani vizsgálatai többnyire inveterált strikturás esetekre vonatkoznak ugyan, mindazonáltal bizonyos fokig az előbbi klinikus észlelet támogatására felhasználhatók.

Az eddigiektől teljesen eltérők *Otis*nak az urethrometerrel megállapított adatai, ő 100 egyénen 258 szűkületet vélt megállapíthatni és ezek közül 115 a bemenettől számított 3.2 cm.-en belül székelt. Szerinte a szűkületek a mélyebb részek felé mindinkább ritkábbak lesznek.

Ugy az urethrometerrel, mint a tükörrel dolgozók, inkább a kezdődő szűkületek viszonyait tanulmányozhatták és az endoscop hívei *Oberländer* stb. szerint is a kezdődő szűkületeket a csüngő részben találják, csak hogy ellentétben *Otis*-szal leggyakrabban a szivacsos rész közepe táján.

Az általam vizsgált esetekben: 7 típusos blenorrhoeás szűkülettel bíró egyénnél ötször találtam többszörös szűkítő gyűrűt, a melyek közül a legszorosabb mindig a bulbusban levő volt. Eseteim tehát *Guyon* iskolájának nézetét erősítik meg. A chronikus blenorrhoeás infiltratumot és kezdődő szűkületet én is mindig a csüngő részben észleltem és pedig többnyire a csüngő rész közepén vagy a gyöki része felé. Állítsuk egymás mellé a leleteket. A kezdődő szűkületet többnyire a csüngő részben találjuk és a bulbusban az esetekben többnyire fokozott nyálkahártya catarrhus van jelen. Kifejezett szűkület esetén az esetek többségében többszörös szűkítő gyűrűk vannak jelen, a csüngő részben levők tágabbak, a bulbusban levő a legszűkebb. Az esetek kisebb részében a mellső rész szűkületmentes és csak a bulbusban találunk szűkületet. Ezek a típusos blenorrhoeás szűkület esetei. A típusos esetektől eltérők azok, hol csak a csüngő rész vége felé találunk egy kifejezett szűkületet (valószínűleg vegyes eredetű), vagy a húgycső elején a f. navic. hátsó szélén.

A húgycsőnek tehát azon a helyén, hol az észlelések szerint legelőször találunk strikturára vezető elváltozásokat, később vagy nem találunk szűkületet, vagy az esetek többségében a jelenlevő szűkítő elváltozások kevésbé mélyrehatók, mint a húgycsőnek abban a részében, a hol a kezdődő szűkületet a legtöbb újabb szerző a legritkábban észleli.

Az eltérés oka részben abban leli magyarázatát, hogy kezdődő szűkület összes eszközeinkkel nehezebben mutatható ki a bulbusban, mint a csüngő részben. Másrészt pedig, dacára annak, hogy a mellső gyűrűk kevésbé kifejezettek, a laesio itt kevésbé mélyre hatók, mint a bulbusban, lehetséges mégis, hogy az utóbbi helyen a regressiv elváltozások később kezdődtek és csak az anatómiai körülmények folytán lettek később mélyebbre hatók. Mondtuk, hogy a szűkület lényeges elváltozásai a szivacsos vázban ülnek, ez pedig a bulbusban a legvastagabb, itt jöhet tehát létre a leghatalmasabb lobos infiltratum és később ennek megfelelőleg a legnagyobb fokú zsugorodás.

Összefoglalva a mondottakat, kutatásaim azokat a nézeteket erősítik meg, a melyek szerint a blenorrhoeás eredetű húgycsőszűkület a húgycső falában keletkezett lobos infiltratum oly irányú gyógyulása, midőn a lobos termék felszívódása helyett annak kötőszöveti átalakulása és ennek a friss kötőszövetnek zsugorodása áll be, és pedig az esetek többségében a húgycső több helyén.

Nem minden chronikus blenorrhoea jár szűkülettel. Jogunk van feltenni, hogy a lobos beszűrődések nagyobb része teljesen felszívódik, a másik részben pedig hol az eredeti infiltratum

csak felületes volt és a szivacsos részre át nem terjedt, elhaggesedhet úgy, hogy a húgyeső tágulékonyosságának csak kis részét veszti el. Ezekben az esetekben, ha a heg körül lobos infiltratum nincs, ha a hátsó részeken lobosodás nem tartódik fenn, az elváltozás morbid tüneteket nem okoz; más esetekben a heges rész körül lobosodást találunk, mögötte intensív catarrhus tartódik fenn, és az egyén gyakran visszatérő folyásban szenved. Ezek azok az esetek, a melyek újabban tág kaliberű szűkületek neve alatt átmenetet képeznek azokhoz az esetekhez, hol a lobos infiltratum a mélybe hatolva, a zsugorodás a kifejezett szűkületeket eredményezi. Itt is az átváltozás lassú, a heges szövetek körül lobos infiltratum van jelen, a melynek későbbi zsugorodásával a szűkítő elváltozások mindig nagyobb terjedelműek lesznek.

Nézetünk szerint a kezelés módjai közül az a leghelyesebb, a mely ennek a pathologiai állapotnak leginkább megfelel, ez pedig a most már általánosan elterjedt *lassú tágitás*, a mely a heges rész direkt kítágításán kívül lehetővé teszi a körülötte levő lobos izadmány felszívódását. Fontos tehát, hogy kezdődő szűkületek esetében a kezelést addig folytassuk, míg a lobosodást sondázással és edző szerekekkel teljesen el nem tüntettük, úgy a mint azt *Antal* követelte. A haladásról a kezelés alatt a tükörrel győződhetünk meg. A haladás a kezelésben sokat köszönhet a húgyesőtükörözésnek és annak, hogy felismerték a húgyeső nagy természetes tágulékonyágát.

Kifejezett blennorrhoeás szűkületnél, a mely az előbbi állapottól csak fokozatilag különbözik, a kezelés alapelve ugyanaz, a lassú tágitás; ezt *szükség esetén* megelőzheti vagy félbeszakíthatja a szűkület bemetszése, de azután, a mint lehet, a tágitást folytatni kell, hogy a mi felszívódásra képes elem a heg mellett van, felszívódjék. A heg természete pedig tömörülés lévén, a bármely úton elért eredmény, mint az általánosan elfogadott, csakis időközönkénti sonda bevezetése által tartható fenn.

A legjelentékenyebb haladás a kezelésben a magas fokra való tágitás lehetőségének és előnyeinek felismerésében állott. Míg régen megelégedtek a tágitásnak oly mértékével, a mely a rendes vizelést lehetővé tette és ezt 19–24 Ch. közt többnyire elérték, ma igyekszünk azon túl tágitani. A tágitás célját pedig nem egy bizonyos kaliber elérése képezi, hanem a szabály az: addig tágitunk, a meddig lehet. És ezt a *lehetet* kell a chirurgusnak megtanulnia, helyesebben azt, hogy mikor áll be az az időpont, a midőn már *nem* lehet tovább tágitani. Feltétlenül *kell* addig tágitani, míg az összes szűkítő gyűrűk (tehát az oly sokszor elnézett mellsők is) teljesen el nem simultak. Ez pedig csak a gombos kutatával állapítható meg. Ha a tágitásra az elsimulás be nem következik, jogunk van a még oly tág kaliberű gyűrűt bemetszeni, hogy a tágitást folytathassuk. A tágitás kivételére a hengeres eszköz a legalkalmasabb.

T A R C Z A.

Az új orvosdoktori szigorlati rend.

A vallás- és közoktatásügyi minister az orvosdoktori szigorlatokra vonatkozólag a következő szabályrendeletet bocsátotta ki:

Szabályrendelet az egyetemi orvostudományi karoknál tartandó doktori szigorlatokról.¹

1. §. Magyarországon az orvosdoktori oklevél és az egyetemes orvosgyakorlat jogának elnyerése meghatározott tanulmányoknak tiz egyetemen féléven át végzéséhez — melyből legalább négy félév hazai egyetemen való sikeres letételéhez és a doctori felavatás után valamely arra feljogosított köz- vagy nyilvánossági jelleggel felruházott kórházban, illetőleg valamely cs. és kir. közös hadseregbeli vagy m. kir. honvéd egészségügyi intézetben eltöltött egy évi gyakorlat kimutatásához van kötve.

Nem hazai egyetemen nyert orvosdoktori oklevelek — kivéve a kölcsönösség eseteit — honosítási eljárás alá esnek, a mit külön szabályok állapítanak meg.

2. §. A szigorlatok csak a tanév folyama alatt tehetők le.

3. §. A szigorlatok és tárgyaik:

¹ Jövahagyott Ö. cs. és ap. királyi Felségének Bécsben 1901. évi január hó 11-dikén kelt legfelsőbb elhatározásával. — Kiadott a vallás- és közoktatásügyi m. kir. minister 1901. évi 4593. sz. a. kelt rendeletével.

A) Szigorlat a tanfolyam alatt.

I. *Első orvosi szigorlat*: Szóbeli vizsgálat a természettanból. Szóbeli vizsgálat a vegytanból. Szóbeli és gyakorlati vizsgálat az élettanból. Szóbeli és gyakorlati vizsgálat a boncztanból.

B) Szigorlatok a tanfolyam után.

II. *Második orvosi szigorlat*: Szóbeli és gyakorlati vizsgálat a kórboncztanból. Szóbeli vizsgálat az általános kór- és gyógytanból. Szóbeli vizsgálat a gyógyszerstanból. Szóbeli vizsgálat a közegészségstanból. Szóbeli vizsgálat a törvényszéki orvostanból.

III. *Harmadik orvosi szigorlat*: Klinikai és szóbeli vizsgálat a belgyógyászatból. Klinikai és szóbeli vizsgálat a sebészetből és gyakorlati vizsgálat a sebészeti műtéttanból. Klinikai vizsgálat a szemészetből és gyakorlati vizsgálat a szemészeti műtéttanból. Klinikai vizsgálat a szülészettől és nőgyógyászatból, gyakorlati vizsgálat a szülészeti műtéttanból. Klinikai vizsgálat a gyakorlati orvostan egy specialis tárgyából. (l. 31. §.)

4. §. Valamennyi szigorlat a hazai tudomány-egyetemeknél alakított vizsgáló-bizottságok előtt teendő le.

5. §. A vizsgáló-bizottságok az elnökből és a vizsgáló tagokból állanak.

Minden vizsgáló-bizottság elnöke az orvoskari dékán, akadályoztatása esetén a prodékán, illetőleg a rendes tanárok közül a tanártestület által a tisztújító ülésen évenként választandó s a vallás- és közoktatási minister által megerősítendő szigorlati elnökök egyike.

6. §. A szigorlati elnök a vizsgálatoknál folyton jelen lenni tartozik. Ő nyitja meg, vezeti és zárja be a szigorlatokat és szabályszerű s igazságos megtartásukra felügyel. Az elnöknek joga van, de nem kötelessége a jelölthöz kérdéseket intézni. Az elnök egyúttal vizsgáló nem lehet.

7. §. A vallás- és közoktatásügyi minister a szigorlatok szabályszerű megtartására a belügyministerrel egyetértőleg kinevezett kormányképviselők útján felügyel.

A kormányképviselők — a kik csak orvosdoctorok és az orvosi vagy egészségügyi ministeri szakreferensek kivételével csakis e czélra külön kinevezett egyetemi ny. r. orvostanárook lehetnek — hogy feladatukat a szigorlatok felügyelete és ellenőrzése körül teljesíthessék és meggyőződhessek arról, vajjon a jelöltek tényleg elsajátították-e azon ismeretek minimumát, a melyeket az állam a gyakorló orvostól joggal megkövetelhet, a zárszigorlaton tárgyak szerinti sorrendben, mindenkor résztvenni kötelesek. Joguk van azonban a kormányképviselőknek a minister részéről az orvostanári testülethez intézendő "előzetes bejelentés után bármelyik szigorlaton megjelenni. A kormányképviselőknek meg van engedve, de nem kötelesek a jelöltekhez kérdéseket intézni.

8. §. Rendes vizsgálók a szigorlatokon a vizsgálat tárgyait képező szakoknak kinevezett tanárai. Ha egy szaknak több kinevezett tanára van, azok felváltva működnek a vizsgálatoknál. A rendes vizsgálat akadályoztatása vagy meg nem jelenése esetén a vallás- és közoktatásügyi minister által kinevezett helyettes vizsgáló helyettesíti.

Ha a már megkezdett szigorlatnál az esetleg meg nem jelent rendes vizsgáló a kített módon helyettesíthető nem volna, az elnök a vizsgálatot félbeszakítja és folytatására más határidőt tűz ki.

9. §. A szóbeli vagy a gyakorlati (klinikai) vizsgálat ideje egy tárgyból külön-külön 1/4 óra. A vizsgálat befejeztével az eredményt a vizsgáló-bizottság „kitünő”, „jó”, „elégéses” vagy „elégtelen” jelzéssel állapítja meg és azt a vizsgáló sajátkezűleg a jegyzőkönyvbe vezeti. Az egész vizsgálat végéremjéle az egyes jelzések többsége szerint ugyanazon osztályzatokkal állapítandó meg, midőn az elnök vagy a kormány képviselője által netalán tett kérdésekre adott feleletek jelzése is számításba jön. Ha a kitünő és jó, illetőleg jó és elégéses jelzések egyenlő számúak, az egész szigorlat jó, illetőleg elégéses jelzést nyer. Az I-ső szigorlat eredménye a dékán, illetőleg a szigorlati elnök által a lezkekönyvbe megfelelő helyen bejegyzendő.

10. §. A szigorlat csak akkor tekinthető sikerültnek, ha a jelölt minden tárgyból legalább is elégésesen felelt. Ellenkező esetben a vizsgálattevő az egyes szigorlatoknál előírt idő mulva és feltételek alatt pótvizsgálatra, vagy az egész szigorlatnak első, illetőleg második ismétlésére bocsátható.

Az ismétlési határidő, ha azt méltányossági körülmények indokolták teszik, a tanári testület által felére leszállítható. Továbbmenő leszállításra csak a vallás- és közoktatásügyi minister adhat különösen indokolt esetekben engedélyt.

A harmadik ismétlést a tanártestület ajánlatára és az illető tárgynak legalább egy féléven át újra hallgatása után kivételképen a vallás- és közoktatásügyi minister engedheti meg.

Ha a jelölt engedélyt nem kap, vagy annak feltételeit nem teljesíti, vagy ha újra vizavettetik, magyarországi egyetemen gyakorlatra jogosító egyetemes orvosdoktori oklevelet többé nem nyerhet, valamint netalán külföldön nyert orvosi oklevele sem nostrificálható.

A pótvizsgálatok vagy ismétlések csak ugyanazon egyetemen történhetnek, melyen a vizsgálat nem sikerült. Más egyetemen való ismétlésre különösen indokolt esetekben csak a vallás- és közoktatásügyi minister adhat kivételképen engedélyt.

Ha a szigorlatok egyik vagy másik tárgyából a vizsgálat nem sikerülne, ez a jelöltet nem gátolja abban, hogy a többi tárgyból magát a vizsgálatoknak folytatólag alá ne vethesse.

11. §. A szigorlatok nyilvánosak, azokon orvosok, szigorlók és orvostanhallgatók annyiban és oly számban lehetnek jelen, a mennyi-

ben a vizsgálat helyisége, ezéja és a tárgy megengedik. Klinikai és intézeti vizsgálatoknál e körülményt az elnök az illető klinika vagy intézet igazgatójával, mint vizsgálóval egyetértőleg határozza meg.

12. §. Egy határidőben négynél több hallgató rendszerint nem vehető vizsgálat alá.

A) Szigorlat a tanfolyam alatt.

I. Első orvosi szigorlat.

13. §. Az első orvosi szigorlat a negyedik beszámítható félév végén tehető le, de a következő, vagyis ötödik félév kezdetén okvetlenül leteendő, minthogy különben az ötödik félév s az ezentől a vizsgálat kiállása nélkül eltöltött tanidő a rendes tanfolyamba be nem számítható.

14. §. Az első orvosi szigorlat négy külön vizsgálatból áll, melyek az orvosi kar szigorlati helyiségeiben vagy az illető intézetekben tartatnak és 10 nap alatt befejezendők.

15. §. A tanártestület a vegytan és természettan tanárainak közreműködése alapján programot állapít meg arra nézve, hogy a jelöltek ezen tárgyakból az orvosi tanszakok igényeire való tekintettel, mely terjedelemben és irányban vizsgálandók. E programok öt évenként legalább egyszer újra megállapítandók.

16. §. A *boneztani vizsgálaton*, mely szóbeli és gyakorlati, a jelölt boneztani és szövettani ismereteinek terjedelme és alapossága vizsgálatik az orvosi gyakorlati szakmákra tekintettel; a jelölt továbbá bonezolásbeli jártasságát mutatja be egy orvosilag fontosabb feladatnak hullán vagy hullarészen való kidolgozásával és megmagyarázásával, továbbá egy szövettani készítményt állít elő és mikroszkopozás útján egy kész szövettani készítményt vizsgál meg.

Az *élettani vizsgálaton* a jelölt élettani elméleti és gyakorlati ismereteinek terjedelme és alapossága vizsgálatik az orvosi gyakorlati szakmák igényeire tekintettel.

17. §. A jelöltnek az első orvosi szigorlatra jelentkezés alkalmával az orvoskari dékánál be kell nyújtania: 1. születési anyakönyvi kivonatát; 2. az egyetemre való felvételének alapjául szolgáló érettségi bizonyítványát, vagy ha külföldi, azt az okmányt, melynek alapján rendes orvostanhallgatónak felvétetett; 3. ki kell mutatnia, hogy mint kebelezett orvostanhallgató már négy félévet töltött valamely egyetem orvosi karán és hogy az ásványtant, növénytant és állattant egy-egy félévig, a kísérleti természetant és vegytant, nemkülönben a leirő boneztant, valamint az élettant két-két félévig heti 5-5 órán át hallgatta és a boneztani, szövettani és a vegytani, valamint az élettani gyakorlatokban egy félévig részt vett.

Ez okmányok, a lezkekönyv kivételével, a szigorlat befejezéseig a dékáni hivatalban maradnak.

18. §. Az I-ső szigorlati rendes határidő június hónap és szeptember hónap első fele. Kivételes határidő január hó első fele, mely kivételes határidőben azok vizsgálatathatnak, a kik január hóval kezdik tanfolyamuk ötödik, beszámítható félévét; úgyszintén azok is, a kik a megelőző határidők valamelyikén az egészről vagy a pótvizsgálati tárgyból képesítettnek nem találván, a vizsgálat ismétlésére utasítottak.

19. §. A ki az I-ső szigorlaton egy vagy két tárgyból elégtelenül felelt, pótvizsgára utasítottak; a ki kettőnél több tárgyból találatot elégtelen készülségűnek, az az egész I-ső szigorlatot tartozik ismételni.

Az elméleti és gyakorlati boneztan és élettan úgy az érdemjelzés, mint a pótvizsgálat és ismétlés szempontjából egy tárgynak tekintendő.

20. §. Pótvizsgálati határidő azok számára, a kik egy vagy két tárgyból júniusban függesztettek fel, szeptember 1-15.; azok számára, a kik szeptemberben függesztettek fel, november 1-15.; azok számára pedig, a kik január 1-15. közt függesztettek fel, márczius 1-15. napjai közt tűzhető ki. Az e határidőben sikerrel letett pótvizsgálat a tanidő beszámítása tekintetében a felfüggesztés idejében teljes sikerrel kiállott vizsgálatlal egyenlő.

A kik e határidőben nem képesítettnek ítéltnek, a pótvizsgálatot még egyszer ismételtetik.

A kik a pótvizsgálatot a második határidőben sem állják ki sikerrel, már csak a teljes vizsgálat ismétlésére bocsáthatók.

Igazolásnak csak egy pótvizsgálati határidő mulasztására nézve van helye.

B) Szigorlatok a tanfolyam után.

21. §. A jelöltnek, hogy ezen szigorlatra bocsáttassék, mikor az orvoskari dékánál a határidő kitűzésért jelentkezik, le kell tennie: 1. születési anyakönyvi kivonatát; 2. érettségi bizonyítványát, vagy ha külföldi, azon okmányt, melynek alapján rendes orvostanhallgatónak felvétetett; 3. egyetemi végelbocsátási bizonyítványát annak igazolására, hogy mint rendes orvostanhallgató 10 féléven át hallgatta az orvoskari előadásokat és hogy legalább 4 félévet hazai egyetemen töltött; továbbá, hogy a tanfolyam alatti szigorlatot letette és hogy hallgatta a következő tárgyakat: a kőrboneztant 2 féléven át heti 5 órában, a gyógyszerant (gyógyszer- és mérgeisme, gyógyszerhatástan) 2 féléven át heti 5 órában, a gyakorlati kőrboneztant és az általános kőr- és gyógytant egy félévig heti 5 órában, a törvényszéki orvostant egy féléven át heti 5 órában, a közegészségtant egy féléven át heti 5 órában, a belklinikát négy féléven át heti 10 órában, a sebészeti klinikát négy féléven át heti 10 órában; a belgyógyászati, valamint a sebészeti négy félévből azonban egy félév (10 óra) rendkívüli vagy magántanárak belgyógyászati vagy sebészeti tárgyú előadásainak hallgatásával is eltölthető; a sebészeti műtéttani gyakorlatokat egy féléven át heti 5 órában, a szemészeti klinikát két féléven át heti 10 órában, a szülészeti klinikát egy féléven át heti 10 órában, a nőgyógyászati előadásokat egy félévig heti

3 órában, az elmekőr- és gyógytant, a gyermekgyógyászatot, a bőr- és bujakórtant egy-egy félévig legalább 3-3 órában.

A kórodai főtárgyak hallgatását azonban az összes kötelezett elméleti szakok hallgatásának lehetőleg meg kell előznie.

II. Második orvosi szigorlat.

22. §. E szigorlat tárgyai a kőrboneztan, gyógyszerant (gyógyszerhatástan, mérgeisme és vényszerkesztés), általános kőr- és gyógytan, törvényszéki orvostan és közegészségtan, az első elméletileg és gyakorlatilag, a többiek elméletileg. Ezen szigorlat öt különálló vizsgálatra oszlik, melyek a szigorlati helyiségekben vagy az illető intézetben tartandók és legkésőbb 3 hét alatt befejezendők.

23. §. A *kőrboneztani vizsgálaton*, mely elméleti és gyakorlati, az orvosi gyakorlati szakmák igényeire való tekintettel a jelölt kőrboneztani és kőrszövet-tani ismereteinek terjedelme és alapossága, továbbá a kőrosan elváltozott szervek makro- és mikroszkopikus leírásában való jártassága vizsgálandó. Kőrboneztani gyakorlati ismereteinek tanúsítása ezéjából a jelölt a kőrbonezteremben hullát vagy hullarészt boncol, a talált elváltozást élő szóval leírja és diktálja, vagy valamely kőrboneztani vagy kőrszövet-tani készítményt vizsgál pusztán szemmel és mikroskoppal, azt élőszóval leírja és a talált elváltozásokat meghatározza.

Az *általános kőr- és gyógytani szóbeli vizsgálaton* a jelölt általános kőr- és gyógytani ismereteinek terjedelme és alapossága vizsgálandó az orvosi gyakorlati szakmák igényeire való tekintettel.

A *gyógyszertani vizsgálaton* a jelölt, az orvosi gyakorlati szakmák igényeire tekintettel, gyógyszerant és mérgeisme ismereteinek terjedelme és alapossága, nemkülönben a recepturában való jártassága vizsgálandó.

A közegészségtani vizsgálaton a jelölt a közegészségtannak az orvosi gyakorlat szempontjából legfontosabb részeiből szóbelileg vizsgálatik.

A törvényszéki orvostani vizsgálaton hasonlóképp figyelembe veendő, hogy ezen szakma specialis igényeinek kielégítésére a törvényszéki orvosi minősítő vizsgálat szolgál.

24. §. A második orvosi szigorlatra bocsátott jelölt, ha szigorlata elfogadható nem volt, első ismétlésre annyiszor egy, második ismétlésre pedig annyiszor két hó múlva bocsátható, a hány tárgyból elégtelenül felelt.

III. Harmadik orvosi vizsgálat.

25. §. E szigorlat tárgyainak vizsgálati külön-külön a megfelelő klinikákon, illetőleg a velük kapcsolatos intézetekben tartandó és legkésőbb három hét alatt befejezendő.

26. §. A *belgyógyászat klinikai vizsgálatánál* a vizsgáló tanár a jelöltnek, az elnök által meghatározott napon a reggeli órákban, egy vagy két beteget jelöl ki a klinikán, kiket annak jelenlétében megvizsgál, a betegséget meghatározza, a kóroktant és jóslatot a hozzá intézett kérdések nyomán előadja s az orvoslás tervét megállapítja. A klinikai vizsgálat után a jelölt szóbelileg is vizsgálandó, vajjon magavá tette-e mindazon ismereteket, a melyek a belgyógyászatból a gyakorló orvostól jogosan megkivánhatók.

27. §. Oly jelölteknek, kik a tanfolyam alatt bármi okból legalább két beteget a klinikán nem észleltek és róluk elfogadható kőrtörténetet nem irtak és nyújtottak be, vagy kik klinikai tanulmányukat más egyetemen végezték, kötelesek a számukra kijelölt egy vagy két beteget egy hétig észlelni s napjában kétszer meglátogatni, mely látogatásoknál a vizsgáló tanárnak jogában van a jelöltekhez a számukra kijelölt és más kóresetek alapján kérdéseket intézni.

28. §. A *sebészet klinikai vizsgálati betegágyánál*, a szóbeli része pedig elkülönítve, azon módon hajtható végre mint a belgyógyászatnál, figyelem fordítván a jelöltnek a vizsgáló módszerekben és kisebb sebészi műtételekben való jártasságára is. A *gyakorlati műtéttani vizsgálat* külön időben tartatik. Erre nézve a jelölt sorshúzás útján feladatot kap. A kérdéseket az illető vizsgálóval vagy vizsgálókkal egyetértőleg a tanári testület állapítja meg, tekintettel az orvosi gyakorlat szükségére, és időnkint, minden öt évben legalább egyszer, átvizsgálja.

29. §. A *szemészeti vizsgálat* szintén klinikai és műtéti. Mind a kettő lényegileg a sebészi vizsgálatához hasonló módon hajtható végre. A műtéti kérdések különös figyelemmel az oly műtételekre állapítandók meg, melyeknek végrehajtása a szem és látás veszélyeztetése nélkül nem halasztható.

30. §. A *szülészeti és nőgyógyászati vizsgálat* hasonlóképpen klinikai és műtéti. Hogy a jelölt e vizsgálatához bocsáttassék, ki kell mutatnia, hogy két szülésnél a megkivántható segítséget már végezte és az illető gyermekágyasokat egy-egy héten át klinikailag észlelte.

A klinikai vizsgálatnál a jelölt egy szülő nőt (esetleg gyermekágyast vagy terhést) vagy ezenkívül még egy nőbeteget megvizsgál. Ennek alapján a terhesség, szülés vagy gyermekágy életteni vagy kőros lefolyását illető kérdésekre felel; nőbetegeknél a betegséget meghatározza, a kóroktant és jóslatot a hozzá intézendő kérdések nyomán előadja és az orvoslás tervét megállapítja. A műtéti vizsgálat phantomon hajtatik végre. A műtéttani kérdések az orvosi gyakorlat legsürgősebb kívánalmaira való tekintettel állapítandók meg és legalább öt évenként átvizsgálandók.

31. §. Az orvosi gyakorlat egyik specialis tárgyából (elmekőr- és gyógytan, gyermekgyógyászat, bőr- és bujakórtan) leteendő klinikai vizsgálat a belgyógyászati klinikai vizsgálatához hasonlóan tartandó meg. Ezen szakmák tanárai felváltva hivandók be a szigorlatokhoz és saját szakmájukból az egyetemes orvosi gyakorlat igényeihez mért kérdéseket adnak fel a jelöltnek. A mennyiben ezen szakoknak kinevezett

tanárai nem volnának, vizsgálóul a kar kijelölése alapján czimzetes, illetőleg magántanárok is kinevezhetők a vallás- és közoktatásügyi minister által.

32. §. A vizsgálati jelzéseket a vizsgálók jegyzőkönyvbe vezetik. A műtéti vizsgálatok külön jelzést nyernek. Az érdemjel a 9. § értelmében állapítatik meg. Az egyes tárgyakból tett vizsgálatok ismétlése annyiszor két hó múlva engedhető meg, a hány tárgyból a jelölt nem felelt kielégítően. A műtéti vizsgálatok azonban hat hét múlva ismételtetők s a visszavetés ideje a klinikai vizsgálatról való visszavetés idejébe betudandó.

33. §. A szigorlatokért a következő díjak járnak, melyek a jelentkezés idején az egyes szigorlatok előtt egyszerre fizetendők le.

Az első orvosi szigorlatért 80 korona, melyből a vegytan és természettan tanáranak 10—10 korona, a boncztan és élettani tanáranak 20—20 korona, a szigorlati elnökeknek pedig minden egyes tárgy vizsgálatáért egyenkint öt korona jár.

A második orvosi szigorlatért 85 korona, melyből a kórboncztan tanáranak 20 korona, az általános kórtan, gyógyszer-tan, a törvényszéki orvostan és a közegészségtan tanáranak pedig 10—10 korona, az elnöknek minden egyes tárgy vizsgálatért külön-külön öt korona jár.

A harmadik orvosi szigorlatért 130 korona, melyből a sebészet, a belgyógyászat, a szemészet és a szülészet és nőgyógyászat tanáranak 20—20 korona, a gyakorlati orvostan egyik speciális tárgyából vizsgáló tanárnak és a kormányképviselőnek 10 korona, az elnöknek pedig minden egyes tárgy vizsgálatáért hat korona jár.

34. §. Ismétléseknél ugyanazon díjak fizetendők.

35. §. A vizsgálói díjak a vizsgálatnál tényleg közreműködő tagokat illetik. Oly jelölteknek, kik a szigorlatok előtt visszalépnek s ezt kellőképpen indokolják, a még meg nem kezdett vizsgálatokért írási díjak visszaadandók.

36. §. A felavatás az eddigi mód szerint az egyetemi rector elnöke mellett, a tudománykarok dékánjai vagy helyetteseik jelenlétében, hajtandók végre.

37. §. A felavatási díj 108 korona, mely összegből a rectornak 20 korona, a négy dékánnak egyenkint hat korona, összesen 24 korona, a kari jegyzőnek 20 korona, az egyetemi központi irodának (oklevél-kiállítás, kari pedellus és bélyeg) 24 korona jár s a maradék 20 korona a kari pénztárt illeti.

38. §. A felavatott orvosok névjegyzéke, a születéshely és felavatási nap megemléstésével, minden év végével három példányban a vallás- és közoktatási ministeriumhoz fölterjesztendő.

39. §. E szigorlati szabályrendelet kötelező azon orvoshallgatókra, kik az 1900/1901. tanév első felétől kezdve léptek a tanfolyamra, míg azokra, kik előbb lettek felvéve, az eddigi szigorlati szabályrendelet intézkedései az irányadók.

40. §. E szigorlati szabályrendelet életbeléptetésére szükséges intézkedéseket a körülményekhez és helyi viszonyokhoz képest, az orvosi tudománykarok tanári testületeinek meghallgatásával, a vallás- és közoktatási minister rendeli el.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A gonorrhoeás általános fertőzés kérdése.¹

Közli: Ráskai (Reách) Dezső dr. műtőorvos.

Irodalom. Scholtz: Zur Biologie des Gonococcus. Arch. f. Derm. und Syph. 49. k. 1899. — 2. Finger, Gohn és Schlagenhauer: Ein weiterer Beitrag stb. Arch. f. Derm. Syph. 1897. 32. köt. 1—3. f. — 3. Steinschneider és Schäffer: Zur Biologie des Gonococcus. Arch. D. S. 39. k. — 4. Róna: Gonorrh. láz. Orv. Hetilap. 1896. — 5. Menge és Krönig: Bakteriologie der weibl. Geschlechtsorgane. Lipse, 1895. — 6. Christmas: Contrib. à l'étude d. gon. et de sa toxine. Annal. Pasteur, 1897. — 7. Nikolaysen: Zur Pathogen. u. Giftigkeit der Gon. Arch. 48. 301. — 8. Wassermann: Weitere Mitth. über gon. Gift etc. Zeitschrift f. Hyg. 1898. — 9. Gross és Krause: Sur le gonococque. La presse méd. Arch. D. S. 1898. — 10. Weiss Hugo: Die gon. Gelenksaffectionen. Ctbl. f. Grenzgeb. II. köt. — 11. Nasse: Die gonorrh. Erkrankung der Gelenke. Volkm. Samml. 181, 1897. — 12. Rindfleisch: Bact. Untersuch. über Arthr. gon. Arch. f. Chir. LV. 445. o. — 13. Nobl G.: Ueb. selten. Erkrank. der Gonorrh. Jahrb. W. Krank. 1893. — 14. Burei és Respighi: Pathog. der gon. synov. Arch. f. D. S. 1897. — 15. Panichi: Gonococcaemia. Ref. Orv. Hetilap. 1899. 51. — 16. Kammerer: Ueber gon. Gelenksentzündung. Ctbl. f. Chir. 1894. — 17. Gaston: Rhum. blen. Annal. de dermat. et de syph. 1895. — 18. Glaser: Gibt es einen Rheum. blen.? Allg. m. Centralzeitung 1895. — 19. Esselbrügge: Ueber gon. erkrankte Fussgel. Arch. D. Syph. 1888. — 20. Lillenthal: Acut. gon. Rheum. Arch. D. Syph. 1897. — 21. Malherbe: Deux cas d'arthr. blen. supp. ref. Ctbl. H. S. Org. 1897. — 22. Bordoni-Uffreduzzi: Ueber die Localis. des Gon. im Inneren des Organismus. D. M. W. 1894. 32. — 23. Tomasoli: Infec. gener. de gon. Comptes rend. Congr. dermat. 1900. — 24. Ahman: Ueber gonorrh. Allgemeinf. Arch. f. Derm. Syph. 39. k. — 25. Begonin: Bendorrhum. puerp. Ref. Centralblatt für Gynäkologie. 1897. — 26. König F.: Ueber gonorrh. Gelenkentzündung. D. M. W. 1896. 47. — 27. Bloch L.: Gonorrh. Gelenks- und Nervenerkr. Arch. f. D. Syph. 1898. 48. III. — 28. Róna: Közoktatási orvostársulat évkönyve. 1898. — 29. Claisse: Arthropath. blennorrh. Ann. de dermat. syph. 1898. II. — 30. Emery: Periarthritis. blennorrh. Sem. méd. 1898. — 31. Löwenhardt: Zur Path. und Ther. der gon. Gelenkerkr. W. m. Pr. 1898. — 32. Bemeke: Zur Frage der Trippergelenke. Centralbl. f. Chir. 1897. — 33. Rubinstein: Ueber gonorrh. Gelenkentzündung. Berl. klin. W. 1900. 37. sz. — 34. Schuster: Gonorrh. Allgemeinerkr. Arch. f. Derm. Syph. XL. 1898. — 35. Paldrock: Ther. der gon.

Gelenkerkr. Petersb. med. Woch. 1900. 26. sz. — 36. Lozé e Guepin: Arthr. blen. etc. Sem. méd. 1899. — 37. Róna: Adatok stb., gonorrh. izomgyulladás stb. Orv. Hetilap. 1892. 30. sz. Arch. f. D. Syph. 1892. — 38. Eichhorst: Muskelerkrankung bei Hararühr. Tripp. D. m. W. 1899. 42. sz. — 39. Bujvid: Ein Fall von Musk. erkr. gon. Urspr. ref. Vierteljahrsch. f. Harn und Sex. apr. 1897. — 40. Braquehaye és Serval: La myosite blennorrh. Ann. d. m. gen.-urin. 1898. 12. szám. — 41. Martin: Etudes sur les metast. etc. Ref. Dauber és Borstnál. c. — 42. Weichselbaum: Beitr. zur pathol. Anat. etc. Ziegler-Nauwerk. IV. kötet. — 43. Ueber die inneren Metastas. des gon. Derm. Zeitschr. IV. k. — 44. Michaelis: Gonorrh. Endocarditis. Zeitschr. f. klin. Med. 1896. 29. k. — 45. Höck: Ein Beitr. zur Arthr. gon. W. klin. W. 1893. — 46. Neisser: Ueber die Zucht. etc. D. med. Woch. 1894. — 47. Sobotka: Ein Fall von Arthr. gonoc. Prager mediz. Wochenschrift. 1893. — 48. Councilmann: Gonorrh. Myocard. The Journ. of the med. science. 1895. 257. ref. Centrbl. f. m. Wiss. — 49. Finger, Gohn és Schlagenhauer: Ein weit. Beitr. stb. Arch. D. Syph. 1898. — 50. Wilms: Endoc. gonorrh. Internat. klin. Rundschau. 1893. — 51. Dauber és Borst: Maligne Endocard. D. Arch. f. klin. Med. LVI. — 52. Sydney Thayer és George Blumer: Ule. endoc. etc. Bullet. of Hosp. ref. Arch. f. Derm. Syph. 1897. — 53. Lenhart: Ueber acute ulcer. gon. Endoc. Münch. med. W. 1897. — 54. Zawadzky és Bregmann: Endocard. gonorrh. stb. Wiener mediz. Wochenschrift. 1896. 8. 9. — 55. Michaelis: Comt. rend. d. Congr. Intern. Moskau. 1897. IV. — 56. Rendu et Halle: Infect. gonorrhoeica gener. Presse méd. 1897. — 57. Ivanow: Endocarditis gonorrh. Ref. Archiv für Dermat. Syphil. 1898. — 58. Bjegolowy: Gonorrh. Endocard. Allgemeine mediz. Centralzeit. 1899. — 59. Stieghelm: Ueber Endocard. gon. Zeitschr. f. klin. Med. 34. köt. — 60. Loeb: Endoc. gonorrh. Arch. f. klin. Med. 1900. Orv. Hetilap. ref. 1900. — 61. D'Acheux: La phlébite blennorrh. Ann. gen.-urin. 1898. — 62. Mauriac: Notes sur quelques form. Ann. 1870. — 63. Charcot: Leçons de mardi 1888. Németül Freud ford. — 64. Brisson: Etude sur le sciatic. blen. Thèse de Paris. 1893. — 65. Fränkel: Berl. klin. Woch. 1886. — 66. Léwy: Des accid. nerv. aux cours des arthr. blen. Paris. 1897. — 67. Engel-Reimers: Beiträge zur Kenntnis etc. D. m. W. 1897. — 70. Welander: Ein Fall etc. Arch. f. D. Syph. 1894. — 71. Hayem et Parmentier: Meningomyel. etc. Rev. d. méd. 1888. — 72. Chavrier és Fevrier: Manifest. spin. de la blen. Ibid. — 73. Spilman és Haushalter: Contrib. à l'étude de manif. etc. Ibid. 1891. — 74. Raynaud: Manif. spin. et neuros. dans la blen. Annal. dermat. syph. 1892. — 75. Engel-Reimers: l. c. — 76. Leyden: Ueber gonorrhoeische Myelitis. Zeitschr. f. klin. Med. XXI. — 77. Speransky: Ein Fall von Laesion des Nervensystems b. chron. Gon. Ref. Arch. f. D. Syph. 1894. — 78. Barié: Contrib. à l'étude de la meningomyel. blen. Sem. méd. 1893. — 79. Fürbringer: Tüdtliche Cerebrospinal-meningitis. D. m. W. 1896. 27. sz. — 80. Minor: Sitzungsbericht des Moskauer Congr. d. Irrenärzte. 1897. — 81. Durduffi: Ueber Tripperinfection als aet. Moment etc. Allg. med. Centralzeit. 1893. — 82. Buschke: Ueber Exantheme bei Gonorrh. Arch. f. Derm. Syph. 1899. XLVIII. — 83. Schanz: Gonorrh. Exanth. Bonn. 1895. Allg. m. Ctbl. 1896. — 84. Mirobulow: Exsudatives Erythem in Folge von Gonorrh. Mon. Ber. f. Krank. u. Sexualapp. 1899. — 85. Finger: Purpura rheum. als Compl. etc. W. m. Presse. 1891. — 86. Litten: Peliosis gon. etc. Derm. Zeitschr. 1891. — 87. Jeanselme: Troubles troph. dans le blennorrh. Ann. D. Syph. 1895. — 88. Goldzieher: Közoktatási orvostársulat évkönyve. 1892. — 89. Scholtz: Iritis gonorrhoeicarl. Orv. Hetilap. 1897. Szem. 2. sz. — 90. Panas: Nevrite optique d'origine blen. Sem. méd. 1890. — 91. Kaldrovits: Gonorrhoeas endogen fertőzés esetei. Orv. Hetilap. 1901. Szem. 6. sz.

A gonorrhoeával kapcsolatos és általa létrehozott megbetegedések kóroki felfogásának történetében az idők és uralkodó áramlatok, valamint egyes nagy tekintélyek állásfoglalása egyaránt jut kifejezésre. Míg a XVIII. század végén, és még a mult század elején a humoral pathologia és krisisek tanában a tripper-materiának a szervezet legkülönbözőbb helyein kifejlődhető delectaer hatást tulajdonítottak, midőn még tripper-metastasisokról és tripper-scrupulákról, tripper-cachexiákról beszéltek, és a szorosan dualistikus felfogású Rokitanszky is gonorrhoeikus gégestenosis mutatót be, addig Ricord hatása alatt, ki a kankót kórokiilag a húgyeső igen különböző ártalmak folytán létrejövő hurutjának mondta, mely lefolyásában veszélytelen és egyszerű, complicatiokra és fertőzésre csak bizonyos esetekben képes megbetegedés, a másik végtel foglalt tért, melynek következtében a gonorrhoeas infectio valódi horderejéről igen téves és káros következtetésekre jutottak.

Csak lassan, de még a gonococcus felfedezése előtt hódított a jobb és helyesebb megfigyelésen alapuló felfogás, szaporodtak a kankós fertőzéshez járult izületi és inhuvely megbetegedésekről szóló közlemények, ismerték fel a gonorrhoeas iritist és iridoocyclitist, majd az endocarditist, és végre az ideg- és bürmebetegedések felismerése, ha nem is helyes magyarázata tört magának utat. Mind a mellett a gonorrhoeas infectionak solid alapját a gonococcus felfedezése teremtette meg, mely beigazolta, hogy a húgyesőbeli primaer gonorrhoeához társult némely megbetegedések tényleg a gonococcus által idéztettek elő.

A fertőzés mikéntje azonban még sok esetben homályos, és dacára azon óriási haladásnak, melyet majdnem évtizedben egyes év a gonococcus biológiájának ismeretében az elmúlt évtizedben képezett, még sok tény szor közvetlen kiegészítésre, sok biztosnak látszó adat helyesbítésre.

Két kérdés az, a mely azon megbetegedéseknél, a hol a gonococcus biztosan eddig kimutatható nem volt, és a jövőben is csak igen nehezen lesz kimutatható, a kutatások tárgyát képezte: a vegyes fertőzés és a toxin kérdése.

A vegyes fertőzés neve alatt az irodalomban sok visszaélés történik. A vegyes fertőzés zászlóvivőinek egyik legnagyobb erőssége épen a gonococcus távolhatásának rejtélyessége és positiv kimutathóságának nehézsége volt.

A gonococcus és a genymikrobák közötti különbség (Scholz)¹ épen abban áll, hogy a gonococcus első sorban epithel parasita és csak rendkívüli viszonyok között képes a kötőszövetben, synoviákban, szivbillentyűkön megtelepedni, míg ellenkezőleg a genymikrobák csak különös körülmények folytán képesek a nyákhártyákon, nevezetesen a húgyeső nyákhártyáján megtelepedni és kiskökü genyedést fantantani. A közte és a közönséges genymikrobák működése közti különbségek (Finger, Gohn, Schlagenhauer,² Steinschneider és Schäffer³) könnyen adódnak: A gonococcus előrenyomulására létező üröket használ fel, a genycoccus keresztül hatol a szövetekben; az első tiszta genyedő lobot és a szövet-

¹ Előadatott a közoktatási orvostársulat 1900. október 10-diki rendes ülésén.

tek sarjadzását idézi elő, utóbbi heveny gyuladást leukocytosissal és fibrinexsudatióval. Gonococcusok 39—40-os állandó lázak által (Róna)⁴ megöletnek, genymikrobák nem. Ezen kórtani sajátságok adják a fertőzés jellegzetességét és szólnak — a következőktől el is tekintve — a vegyes fertőzés ellen.

A vegyes fertőzés módjai: 1. a két különböző csir egyidejű bevándorlása a szöveteket egyszerre teszi beteggő (primaer) vagy egymás után vándorolnak be a szövetbe és együtt vegetálnak benne (secundaer szöveti symbiosis); 2. saprophyta- vagy váladék-symbiosis, különböző fajok fejlődése, melyek csak a váladékban, vagy a táplálkozásból kizárt táptalajon nőnek; 3. a szöveti infectio és a váladék-symbiosis combinatioja; 4. metastatikus vegyes fertőzés. Primaer vagy secundaer szöveti symbiosis után az egyik fertőző csir (pl. streptococcus) a vérkeringésbe jut és távoli metastasisokhoz vezet, e mellett az elsődleges helyen hosszabb vagy rövidebb életű symbiosis lehet jelen.

A gonococcus más csirokkal való symbiosisra nem hajlamos (Menge és Krönig).⁵ Minél óvatosabbak vagyunk a váladék vételében, még a külvilággal érintkező ürökből vagy esatornákból is, annál kevésbé találunk idegen bakteriumokat. A gonococcusnak ezen sajátossága nemcsak a szöveti symbiosisra vonatkozik — a szövetekben kifogástalan vizsgálat alapján még sohasem találtak más csirokat, melyek a gonococussal együtt szaporodtak volna —, hanem vonatkozik a váladéki symbiosisra is.

Nehezebben oldható meg a toxin kérdése: az újabb vizsgálatok (Christmas,⁶ Nikolaysen,⁷ Wassermann,⁸ Scholtz I. c.) kétségtelenül teszik, hogy a gonococcusoknak mérgehatás tulajdonítható, a ható mérgeanyag azonban nem az általuk elválasztott toxinokban, hanem inkább vagy egyedül a gonococcus testében rejlik, tehát helyesebben *bakterium proteinokról* beszélhetünk. Állatkísérleteknél (Wassermann) a kulturákban beoltása kankót ugyan nem, de halálos peritonitist mindig okozott, a gonococcus csak az egész acutan elhalt állatoknál volt található, a cococcus tehát csak addig szaporodnak, míg a szervezet a költökemence szerepét játssza, hogy azonban később is halál áll be, ez a mérgehatás mellett szól. A mérge az elhalt cococcusok testében foglaltatva az által lett bebizonyítva, hogy az oltások agyagfilteren átszűrt kulturák maradékából végezve fejtehető ki delectaer hatásukat. A toxicitás nagyon változó, de nagyon resistens, eltűri a 100-ra való hevítést ép úgy, mint az alkohol általi kiesapódást. Ezen elhalt kulturákat emberbe oltva (Gross és Krauss)⁹ múlt lázas állapot jött létre, húgyvesében pedig a bacillus pyocyanus, bacillus coli és pyococcus aureus által előidézetthez hasonló ephemere-genyedés. Kétségtelen, hogy ezen toxinok vagy proteinok a szervezetbe már betört gonococcusnak további hatásában döntő szerepet játszanak, és bizonyos később részletezendő megbetegedések magyarázatának nemcsak hypothetikum alapját képezhetik.

Ez idő szerint kétségtelenül bebizonyított ténynek tekinthető, hogy a gonorrhoeás fertőzés az esetek rendkívül nagy számában nem marad eredeti helyén, a húgyveső nyálkahártyáján localisálva, hanem vagy tovább vándorolva, az eredeti megbetegedési helylyel összefüggő szervekre terjed át, vagy a localis infectio jellegét elveszítve, az össz-szervezet infectiojává válik.

Az infectio tovaterjedésének vagy generalizálásának útjai: a) per contiguitatem a vele bonczatlanilag, működésileg és élettanilag összefüggő szervekre terjed át, pl. cystitis, prostatitis, vesiculitis, epididymitis stb.; nőknél endometritis, salpingitis, orphoritis stb.; b) oly gonorrhoeás megbetegedések, melyek az urogenital tájék nyirkútjain terjednek tovább, a milyen a kankós lymphangitis, kankós bubó; c) a közvetlen külső átoltás útján létrejövők, ilyenek a különböző nyálkahártyák gonococcus-megbetegedései, a végbél, conjunctiva, száj és orr nyálkahártyái és végre d) az ezen összefoglaló szemle tárgyát képező metastatikus természetű gonorrhoeás megbetegedések, a milyenek a gonorrhoeikus izületi és inhiüvelylob, a gonorrhoeikus endocarditis, a szem belső hártájának bántalmái, az izom- és idegrendszer gonorrhoeás megbetegedései és a gonorrhoeikus bőrbántalmak.

A gonococcus által előidézett izületi megbetegedések tana az esetek gyakoriságánál fogva a legnagyobb irodalmat, a kórkép sokfélesége, a kórokozó bakterium sokszor igen nehéz kimutathatósága által pedig a legellentétebb nézeteket és magyarázatokat teremtette, a melyek csak az utolsó négy-öt évben hallgattak el. Weisz Hugó¹⁰ összeállításában 121 vizsgált izületi izzadmány-esetben 92 volt positiv, 29 volt negativ, Nasse¹¹ 30 esetében 19 esetben cultura útján is ki volt a gonococcus mutatható. De azon esetekben is, a melyekben a gonococcus nem volt kimutatható, a kórlefolás sajátosságai folytán a negativ eredmény a kimutatás említett nehézségeivel számolva nem szól a specificitás ellen. A kimutatás nehézségei első sorban az exsudatumra vonatkoznak, a synovialisban és benne majdnem mindig könnyen voltak kimutathatók (Nasse, Rindfleisch,¹² Nobl,¹³ Burei és Respighi¹⁴), de itt is gyorsan tönkre mennek, míg az általuk létrehozott anatomiai elváltozások megmaradnak. A feltalálás időpontjára nézve míg az acut polyarthritist esetekben a vérben is kimutathatták (Panichi 1899),¹⁵ addig Kammerer,¹⁶ ki a megbetegedett izületben a duzzanat első napján bőven talált gonococust, a 13-dik napon már egyáltalában nem talált. Ezen kimutatási nehézségek képezték a toxihatás támogatását (Aubert 1887, Boile 1889, Davies-Colly 1884, Jalcone 1888). Legtovább meggy Gaston¹⁷ 1895, ki azt állítja, hogy trophikus zavarok folytán jönnek létre toxikus vagy infectiosus polyneuritikus blennorrhoea következtében. Guyon szintén tagadja a gonorrhoea direct hatását és oldható ptomainoknak tulajdonítja a localis megbetegedést, Gläser¹⁸ pedig egyáltalán tagadja a rheum. blennorrhoea minden jogosultságát, mert sem fellépésében, sem alakjában, lefolásában vagy bonyodalmaiban egységes képet nem ad.

Annyi tény, hogy az esetek összehasonlításában sok ellentmondásra találunk, úgy hogy nem esodálhatjuk, hogy különösen a gyakorlat terén az eseteknek ezen polymorphismusa az aetiologia és kórbonczatani egyívű tartozás hitét megingatta; utóvégre, ha a causalis nexus kimutatása igen nehéz, ha ezen megbetegedések mind isoláltan és genuinan is előfordulhatnak, akkor az időbeli coincidentia is véletlen lehet.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrenopédie. Par le Dr. H. Thulié. Paris. 1900. Félix Alcan.

Thulié két részre osztja a degeneráltakat. Az első csoportba az idioták és imbécile-ek tartoznak, ezek neve *dégénérés inférieurs*, a második a bünösökkel, inkább a fiatalkori bünösökkel foglalkozik, *dégénérés supérieurs* névvel illetve őket.

Az első részben történeti visszapillantást vet Itard kísérletére, a ki először foglalkozott azon problémával, hogyan lehetne idiotákat tanítani és ez ügyben több jelentést adott be. Itard munkái és *Esquival* gondolkozása alapján egy tanító, *Séguin* paedagogiai elveket alkalmazott, és így tulajdonképen megalapítója lett az idiotanevelésnek. Thulié saját tapasztalatait *Bourneville* kitünő bi-cetrebeli osztályán szerezte, és mesterének ad igazat, midőn az idiotaságot megbeszélve, semmi eddig adott definitiot sem helyesel, és mert az nem is egységes megbetegedés, helyesebbnek tartja felosztás helyett elősorolni mindazon bajokat, melyek idiotaságra vezethetnek: a hydrocephalust, a mikrocephaliát az agyvelő fejlődési visszamaradásával, a világra hozott agyvelődeformatiot (valódi porencephaliát, a corpus callosum hiányát) és pathologiás deformatiot (cystát, pseudoporencephaliát), a selérose tubéreuse-t, az atrophias sclerosist, a meningitist vagy meningocephalitist, a myxoedemat, az agyvelődagyanatokat. A továbbiak közül kiemeljük, hogy a *Bicêtre* anyaga ellene szól *Virchow* azon felfogásának, mely szerint a suturák korai esontosodása az agyvelő fejlődését megakadályozva vezetne idiotaságra, a korai synostosis ugyanis az esetek túlnyomó számában nem volt kimutatható. Az idiotaság szervi, psychikai és értelembeli tüneteinek elősorolása után a kezelésre tér át. A craniotomiák a fentemlített oknál fogva czéltalanoknak bizonyultak. Az idioták neveléséről szóló rész igen gondos és tanulságos. Itt is természetesen *Bourneville* módszereit olvassuk a szervi functio javítására; megismerjük a mozgások betanítására szolgáló eszközöket: a fauteuilreplint, a párvonalas karfát, a járókocsit, lépesőt; a figyelem felgerjesztésének módszereit, az utánzási ösztön felhasználását a tanításban; az érzékszervek, a látás, hallás, tapintás kiművelésére szolgáló gyakorlatokat, a beszédtanítást, a szellemi képességek, az emlékezet fejlesztését és utolsó stadiumképen az egyes hivatások tanítását is.

A könyv második része a *dégénérés supérieurs*, főleg a fiatalkori bünösökkel foglalkozik. Ez épen annyira orvosi, mint társadalmi kérdés. Helyes a szerző kiindulási pontja, hogy a gyermekkor törvényes védelme a fiatal letartóztatottakra vonatkozólag hiányos fog maradni addig, míg annak alapjait tudományos módszerekkel ki nem dolgozzák. E tudományos módszereknek orvosiaknak és paedagogiásoknak kell lenniök, azaz gyógyítani és nevelni kell a fiatal bünösöket, mert úgy az ő szempontjukból, mint a társadalom szempontjából semmi hasznosra sem vezet a csupán boszúálló és ijesztő repressio.

Sajátságos, a szomorú franczia politikai viszonyok bizonyítéka és előttünk teljesen érthetetlen, hogy a szerző a fiatalkori buntettek nagy megszorodásának okát keresve, szükségesnek tartja komolyan szembe szállani azokkal, a kik elég neveléses módon a köztársaságot vagy a műveltség haladását az iskolák útján teszik felelőssé a bajban. Az sem érthető, hogy a rosszabbodás létrehozásában etagadja a létért való küzdelem súlyosbodását, ellenben szerepet tulajdonít a saját szabadságának, a pornographia terjedésének, a corruptionnak, Panamának! Ilyen ferde okoskodás alapján nem igen sikerülhet neki „*sublata causa, tollitur effectus*” alapján a javítás.

E részben a degeneratio még eddig nem megbízható stigmáinak leírása után a hereditas és a környezet befolyásának kellő méltatását olvashatjuk. Felsorolva a régi intézetek hiányait, melyekben a fiatal és megrögzött gonoztevők közösen voltak elhelyezve, méltatja azon megoldást, melyet *Brueyre* létesített először, a ki a fiatal esavargókat hol gyárakban, hol kereskedőknél, ritkábban földműveseknél helyezte el, bár e helyek nem bírnak azon erővel, kik sikeres nevelést tudnának elvállalni. A kívánt intézkedések közül az, hogy a szülőktől a gyermekre való felügyelet joga megvonható legyen, hogy a fiatal bünös közigazgatási gondnokság alatt maradhasson nagykorúságáig és más ehhez hasonló, melyekre helyszűke miatt kiterjeszkedni nem lehet, a jogszt inkább érdeklik. A fiatal bünösök elhelyezését megbeszélve ellenzi a kaszárnyarendszert, a hol egymást tanítják ki a rosszra és a tanító az egyesek jellemét meg nem ismeri, bár e rendszer igen olcsó. Leghelyesebb szerző szerint a fiatal bünöst rövid ideig egyes czellában elhelyezni, míg elég jól megismerik, azután 10—10 egyént meg nem haladó számban egy-egy családot alakítani belőlük, melyet egy-egy nevelő vezetne és tanítana bizonyos korig. Ezen nevelési módszer részletei igen olvasásra méltók.

Végül a gyermekek védelmére való újabb törvények és 80 oldalon érdekes körtörténetek vannak előadva.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

A honthint *Frieser* 38 esetben alkalmazta hurutos természetű bélbetegségeknél, enteritiseknél, colliquatív hasmenésnél, pseudodysenterikus megbetegedéseknél, gyermekek nyári hasmenésénél és két esetben typhusnál is. Valamennyi esetben a honthint hatását gyorsnak, biztosnak és megbízhatónak találta s azt állítja, hogy e szer a Knoll-féle tannalbinnal nem csupán egyenrangú, hanem ezt hatásában sokszor határozottan túlszárnyalja, a mit annak tulajdonít, hogy vegyi alkotánál fogva a gyomron és a vékonybél felsőbb részén változatlanul megy keresztül. Nagy előnye, hogy semmiféle kellemetlen mellékületet nem okoz, az étvágyat nem rontja, és iztelen és majdnem szagtalan volta miatt még a legelkényeztetettebb gyermekek is vonakodás nélkül beveszik. Rendesen poralakban vagy salep-főzetben rendelte szerző a honthint, még pedig felnőtteknél 0.5–1.0 grammos adagokban naponta 3–4-szer, gyermekeknek 0.2–0.5 grammos adagokban 3-szor. Erősen genyendő sebekenél mint kitűnő összehúzó szert szintén jó eredménnyel használta szerző a honthint, valamint megkísérlette a hüvely, garat, gége és orr bő váladékképződéssel járó hurutjainál is, a mikor szintén kedvező eredményeket tapasztalt, e tekintetben azonban még nem mer végleges ítéletet mondani, mert csak kevés eset állott eddig rendelkezésére. (Wiener mediz. Blätter, 1900. 29. szám.)

Syrupus kolae compositus *Hell* elnevezéssel egy új készítmény került forgalomba, a mely *Flesch*, a bécsi poliklinikán Benedikt tanár segédje utasításai nyomán állítatik elő és a következő összetétellel bír: Chininum ferrocitricum 2.5; Strychninum nitricum 0.075; Extractum kolae fluidum, Natrium glycerino-phosphoricum aa 25.0; Syrupus aurantiorum 200.0. E szerrel, melyből naponként 3 kávéskanálnyi veendő be mindig étkezés után, *Flesch* nagyon jó eredményeket ért el functionalis idegbajoknál. Egy 250 grammot tartalmazó üveg ára 4 korona. (Wiener klinische Rundschau, 1900. 43. szám.)

Dormiol és hedonal. *Tendlau*, a berlini Moabit-kórház segédorvosa ezen két új hypnoticumot nagyobb számú betegnél kipróbálta és a következő eredményre jutott. Nagy fájdalom okozta álmatlanság eseteiben dormiol kicsiny (1/2–1 gramm) adagai teljesen hatástalanok voltak; nagyobb adagokra (1.5–2 gramm) álmom következett be, mely azonban rövidebb ideig tartott, mint a chloralhydrat, trional vagy amylenhydrat megfelelő adagai után beálló álmom. Az ezen utóbbi szerek használata után többnyire jelentkező kellemetlenségek és utóhatások azonban dormiol használata után nem észleltek. Neurastheniások és hysteriások álmatlansága ellen nagyon jól bevált a dormiol 1–1.5 grammos adaga. Meggyógyzendő, hogy szívbetegségeknél, kiknél chloralhydrat nem alkalmazható, szintén jó hatásúnak bizonyult a dormiol az álmatlanság leküzdésére. A mi a hedonalt illeti, ez is főleg csak neurastheniások és hysteriások álmatlansága ellen bizonyult hatásosnak. Kellemetlen mellékületeket ez a szer sem okoz, ha csak nem számítjuk ide az általa előidézett fokozott diuresist és az ennek következtében beálló gyakoribb vizeleti ingert, a mi az álmom megszakitásához vezet. (Fortschritte der Medizin, 1900. 44. sz.)

A somatose és a vasas somatose használatáról ír *Sontag*. Nagyobb számú kísérlete alapján oda nyilatkozik, hogy a somatose nagyon értékes tápláló készítmény, a vasas somatose pedig mint könnyen felszívódó vaskészítmény különösen olyan esetekben javalt, a melyekben huzamosabb ideig kell vasat használni. Csak arra kell vigyázni, hogy ne adjunk nagy adagokat; legcélszerűbb hosszú időn át rendszeresen kisebb vagy közepes adagokat adni (átlag 2–4 kávéskanálnyi naponként). Olyan esetekben, a melyekben a betegek táplálékát 1–2 héten át csupán somatose képezte, lényegesebb testsúlycsökkenés nem állott be, sőt e szer folytatólagos használata mellett az étvágy is fokozódván, növekedett táplálékfelvétel folytán a szervezet hamarabb erőre kapott. (Wiener medizinische Blätter, 1900. 44. sz.) *Hirschleron* idegbetegek táplálásánál használja előszeretettel a somatose-t, a mely terhesek hányása, ideges hányás, továbbá tabesben szenvedők gyomor-krisisei esetében is jó szolgálatokat tehet. (Wiener medizinische Presse, 1900. 47. szám.)

A hydrogensuperoxyd erőlyes antiseptikus, szagtalanító és vér-csillapító tulajdonságát már régebben ismerik és sikerrel is alkalmazták különféle, főleg sebészi és fogászati bántalmaknál. Kiterjedtebb használatának azonban útban állott az a körülmény, hogy a készítmények nem voltak tiszták és eltarthatók. Ujabbán a Merck-féle vegyszeti gyárnak sikerült egy minden igényt kielégítő, vegytiszta, chemiai analýsirekre is használható készítményt előállítani, melyet hydrogenium peroxydatum purissimum név alatt hoz forgalomba s a mely 30 súly-százalék (tehát közel 100 térfogatszázalék) hydrogensuperoxydot tartalmaz vízben oldva, vagyis tiszser erősebb, mint az eddig használatban volt készítmények. A Merck-féle hydrogensuperoxyd az eredeti palackokban határtalan ideig változatlan marad, feltéve, hogy a palackok mindig jól elzárjuk és szobahőmérsékelnél magasabb hőmérsékű helyen nem tartjuk. Különbö a hydrogensuperoxydról és alkalmazásáról nemrég nagyobb összefoglaló közlemény jelent meg *Hesse*-től. (Apotheker-Zeitung, 1900. 77. szám.)

Belgyógyászat.

Kétoldali athetosis mint similáris hereditas eredménye van *leirva* *Boinet* közlésében, mely az atya és fiú kórtörténetét adja. (Rev. neurol. 1900. 13. f. Soc. de neurol. de Paris.)

—ts.

Lues és tabes ugyanazon egyéneken egy időben *Babinski* két észleletében fordul elő. Az egyikben a heves fejfájás, a másikban a lucos chorioretinitis fejlődött vissza kénese kezelésre. (Soc. de neurol. de Paris. Rev. neurol. 1900. 13. f.)

Fehérjeforgalom és cukorkiválasztás. *Rumpf* megkísérlette ama kérdés megoldását, vajjon phloridzin-diabetesnél cukorképződés zsíról valószínű-e? Ismeretes, hogy *Minkowski* pankreas-diabetesnél a kiválasztott cukor viszonyát a nitrogénhez 2.8:1-ben állapította meg. Mai ismereteink szerint 100 gm. fehérjéből 113 gm. szőlőcukor képződhetik, úgy hogy a vizeletben 1 gm. nitrogénre 6–7 gm. szőlőcukor jut. Az eddigi phloridzin-vizsgálatoknál a kiválasztott cukor s nitrogén viszonya 1:4 volt. *Rumpf* kísérleteiben kutyákat bőséges zsírral s csekély fehérjével táplált. 10–14 napi előperiodus után kezdette meg fokozódó adagban a phloridzin-befecskendezést. Ilyképen sikerült egy kutyát 24 napig életben tartani. Ezen kísérleti sorozat alatt a cukor és nitrogén egymáshoz való viszonya a II. periodusban 4.4:1-re emelkedett; ezzel egyidejűleg a napi nitrogénkiválasztás 6.82 gm-ról 20.94-re emelkedett. A III. periodusban a phloridzin-adag fokozódása dacára úgy a nitrogén-, mint a cukorkiválasztás csökkent; 20 gm. nitrogén helyett 9 gm. s 92 gm. cukor helyett 58 gm. volt csak található, a viszony 1:6.1. A IV. periodusban e viszony 8.9:1, sőt egy napon 1:12.2 volt. Minthogy a kutyánál nephritis nem forgott fenn, mely a nitrogénvisszatartást megmagyarázná, ennél fogva a cukor és nitrogén viszonya olyan, mely a cukor képződését fehérjéből teljesen kizárja. A további kísérletben a phosphor- és kénkiválasztás is meg lett határozva, melyből kiderült, hogy a nitrogénkiválasztás fokozódásával nem tart lépést a phosphorkiválasztás s ennél fogva nem osztja *Blumenthal* nézetét, mely szerint diabetesnél főként phosphorban gazdag fehérje esnek szét. *Rumpf* azon nézetben van, hogy diabetesben a cukorképzésnél első sorban a fehérje vétetik igénybe, azonban midőn a szervezet kénytelen lesz fehérjét kimélni, szénhidratmentes táplálkozás mellett más források szolgálnak a cukorképzésre, első sorban a zsír. (Deutsche med. Wochenschr. 1900. 40. sz.)

Kövesi Géza.

A gyomor secretorius és motorius működése zavarainál nagyobb mennyiségű zsír (lefölözletlen tej vagy tejföl alakjában) és kevesebb szénhidrat bevitelét ajánlja *Strauss H.* a saját és mások klinikai és kísérleti tapasztalatai alapján. Első sorban hyperchlorhydriánál és motorikus insufficienciánál járó hypersecretionál ajánlatos ezen eljárás; szerző régebbi tapasztalatai szerint a zsír a túlságos savképződést csökkenti és nemcsak hogy károsan nem befolyásolja a gyomor motorikus képességét, de épen az okból, hogy a gyomornedvtermelődést lefojossa, arra is közvetve előnyösen hat. Gyomorfekélynél, mely az esetek túlnyomó többségében sósav túltermeléssel jár együtt, szintén előnyösnek találta a zsírdiétát. Egynehány esetében a zsírt olaj alakjában (120–350 gm. pro die) adagolta és a betegek többsége igen jól tűrte. A zsírnak a bélben való felszívódása is igen jó volt, a mennyiben a bevitt 350 gm. zsírnak csak 7.1% o-a, azaz 25.3 gm. távozott a széklettel. Az ily módon kezelték subjektiv állapotát már rövid idő múlva nagy javulást mutatott, táplálkozásuk emelkedett és a gyomortartalom összaciditása és szabad sósav értéke jelentékeny csökkenést mutatott. (Therap. d. Gegenwart, 1900. szeptember.)

Surányi Miklós dr.

Sebészet.

A kezyűben való operálásokról értekezik *Küster Bergmann* tanár klinikáján tett észleletei alapján.

Eltekintve attól, hogy a kezyűk tökéletesen sterilizálhatók, nagy hátrányuk, hogy a finom tapintást s a finomabb sebészi technikában gátolják a műtőt. Legkevésbé van meg e hátránya a *Friedrich* által ajánlott condom (vékony gummi)kezyűnek, melyeket azonban csak folyadékkal megtöltve lehet felhúzni, a mi a használatnál nemcsak kellemetlen, de mivel erősen macerálja a kezeket, hátrányos is. A *Wölfler* által ajánlott, lysolba itatott tricót-kezyűk, mivel az aseptikus operatióknál a desinfectiatiakat nem igen szeretik, szintén nem tudtak tért hódítani. Leginkább tehát a jól sterilizálható gummi- s a tiszta tricót-kezyűkről lehet szó. Ezeknek értékét igéri kimutatni a szerző, pontos bacteriologiai vizsgálatok alapján.

A gummi-kezyűknél, melyek tökéletesen kizárják a kéz direkt érintkezését a sebbel, a kezyűben lévő folyadékot vizsgálta meg, a mely, miután itt a bőrtranspiratio s a felhám-maceratio nagyobb, mint e nélkül, még a jól desinfectált kezeknél is fertőző csírokban igen gazdag volt. Tekintve már most, hogy e kezyűk száradva, vagy többször sterilizálva szakadékonnyak lesznek, de meg műtét közben is könnyen megsérülhetnek, elképzelhetjük veszedelmességüket; s így csak akkor ajánlhatók, ha saját magunkat akarjuk megvédeni, vagy ha egy septikus operatio után még más műtétet szándékszunk csinálni. A tricót-kezyűk vizsgálatánál még pontosabban járt el. Gondosan megmosott, desinfectált kezét, bacillus prodigiosus és bac. pyocyaneus tiszta culturáival inficiálta, s így húzta fel a kezyűt. S ha a kéz és a kezyű is száraz volt, még egy óra múlva sem talált számba vehető csírokat, míhelyt azonban, vagy az egyik, vagy a másik nedves lett, nagy mennyiségű csír volt a kezyűben kimutatható, s pedig annál több, minél nagyobb volt a nedvesség; sőt kísérleteiből még az is kitűnik, hogy ugyanolyan mértékben inficiált kézzel sokkal több culturát kapott, ha nedves, de kezyűs kézzel, mintha nedves, de nem kezyűs kézzel vette, mert az előbbi esetben a kezyű a felhúzásnál a bőrhámot lazítja, macerálja s onnan a csírokat magába szívja, sőt így mint reservoir is szerepel.

Ezek alapján a kezyűk használatát, mint nem megbízhatót, elvetendőnek tartja. (Archiv für klinische Chirurgie.)

Farkas dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A tubaris magzatlepény viszonya a tubaris abortushoz és a tuba repedéséhez. *Aschoff* magántanár a tubaris placenta fejlődéséről gyűjtött ismereteit a következőkben foglalja össze: 1. a tubaris terhesség első heteiben mindenféle terhességi reactio (összefüggő decidua-képződés, reflexa, valódi izomtúltergés) hiányzik; ha decidua-képződés be is következik, úgy ez csak igen gyér, lassú, foltszerű s csak a későbbi hónapokban mutatható ki nagy terjedelemben; 2. a hiányzó vagy csak későn bekövetkező decidua-képződés folytán a petének alkalma van rövid idő alatt magát beléasni a tulajdonképeni kiirtfalba s ez az oka annak, hogy a placentaris helyen a decidua hiányzik; 3. a burjánzó foetalis sejtek a placentaris helyen rendszerint tönkre teszik a tuba falzatát; 4. tubaris abortusnál (a 2-dik hónaptól kezdve) a lepény tapadási helyén a tulajdonképeni kiirtfal repedési helye szervült véralvadék vagy a hashártya kötőszöveti megvastagodása által borított (rejtett vagy árpédés); 5. heves izomhúzódás vagy vérzések következtében a megvénkonyodott placentaris helynek kiterjedtebb heveny repedése következhetik be a pete kilépésével vagy a nélkül is (nyílt vagy valódi repedés); 6. egészen fiatal kiirtterhességnél a repedés helye kizárólag a lepény tapadásának felel meg; 7. az anyai edényeknek megnyílása s falzatuk helyettesítettése foetalis szövet által a tubában egészen hasonló módon következik be, mint a méhben; 8. a tubaris abortus oka a nagyobb, a foetalis placentában foglalt edények megrepedése, a mit 9. ezen edények egyenes és rövid lefutása s kizárólag foetalis szövetbe való beágyaztatása nagy mértékben elősegít; 10. ez edények megrepedésének közvetlen oka pedig hirtelen fellépő vérnyomásingadozásokban vagy a tuba izomzatának összehúzódásában keresendő. (Archiv für Gynäk. 61. kötet, 3. füzet.) *Neumann Szigfrid dr.*

A méhrák műtéti kezelésének eredményeiről. *Waldstein* e közleményében Schauta tanárnak eddigi összes rákműtéteiről számol be. Összesen 274 teljes méhkiirtásról van szó, melyek közül 241 vaginalis, 15 abdominalis, 16 sacralis és kettő perinealis úton végeztetett. 154-szer a betegség tisztán a méhre szorított, 120-szor reáterjedt a hüvelyre (13) és a medencze kötőszövetére. A javulatokat illetőleg Sch. csak az esetben operál radikálisan, ha 1. a parametriumok csak egészen kis fokban vannak megtámadva; 2. ha a parametriumok megbetegedése *clinice* nem különböztethető meg előrement lobos megbetegedésektől. A hüvelyi kiirtást Sch. az esetek túlnyomó többségében alakítóesekkel végzi s csak hétszer alkalmazott klammereket. A műtét utáni halálozás összesen 14-23%, de a hüvelyi útnál csak 10-30%, beleszámítva a műtét rováására nem eső halálozást is, melynek leszámitásával a hüvelyi műtetre nem jut több, mint 8-8% halálozás. A halál-ok túlnyomólag sepsis (24), egyszer anaemia s 3-szor a húgyutak megsértése. Alaposabban kutatva a fertőző megbetegedések és septikus halálozás nagy számának okait, pontos utánjárásra azon meggyőződésre jutott szerző, hogy azon betegek, a kik a műtét után fertőző folyamatok következtében megbetegednek vagy azok következtében elhalnak, a fertőző anyagot már a műtét előtt hordták magukban, úgy hogy e megbetegedések és halálozások tulajdonképen nem róhatók fel a műtéti beavatkozásnak. A fertőzés e nagy veszélyei ellen Sch. különböző intézkedések által törekszik védekezni: a rákos szövet kikaparása és alapos kiégetése, a méhnyak csonkolása, corpusráknál a méhürnek elzárása által, stb, de eredménye e védekezésnek csak bizonyos határig volt, a mint azt a számos fertőző megbetegedés, illetőleg septikus halálozás bizonyítja. Az operált betegek későbbi sorsát illetőleg szerző 164 betegről volt képes értesítést kapni, a melyekből kiténik, hogy a műtét utáni harmadik év végén a gyógyultan kibocsátottak 50%-a, a hatodik év végeig azok 75 százaléka halt el rákrecidiva következtében, míg 23-30% ment maradt a kiújulástól; ezek közül pedig négy beteg 10 év óta, kettő 11 év óta, egy 12 év óta és végül kettő 13 év óta élvezi egészségét. Természetesen egészen másképp alakulnak fentebbi számadatok, ha a tiszta eseteket külön választjuk azoktól, a hol a rák már a környezetre is átterjedt; az előbbiekre nézve az eredmények összehasonlíthatatlan kedvezőbbek, mint az utóbbiakra nézve. Összevéve mindent s tekintetbe véve a méhrák lefolyását műtéti beavatkozás nélkül, azon eredményre jut szerző, hogy ezen ténykedése által áldásos működést fejt ki az orvos, mert ha az esetek egy kis számában a műtét által a betegek halálát okozza is, úgy másrészt egy igen tekintélyes százalékánál (63-89) sikerül azok életét meghosszabbítani, míg az eseteknek körülbelül egy harmad részénél a műtét az élet tartalmára nézve közömbös volt. (Archiv für Gynäkologie. 61. kötet, 1. füzet.) *Neumann Szigfrid dr.*

Húgyszervi betegségek.

Gonorrhoeás izületlob és egyidejűleg gonorrhoeás kúteg érdekes esetét írja le *Paulsen*. Gombostüfejnvi, tiszta savóval telt hólyagos papulák léptek fel ophthalmoblenorrhoeás esecsemó betegénél, főleg az alszár belfelületén. Az arcz bőrén nagyságra és számra nézve kisebb papulák mutatkoztak. Egy nap alatt a hólyagcsák egy része babnyira növekedett és kezdetben tiszta bennükük homályossá vált. A térdizületnek izzadmányából, valamint a hólyagcsák bennéből tiszta gonococcus-tenyészetet nyertek. Bágyadság és kiskökü láz kísérte a jelzett körlefollyást. A térdizület sebészi kezelésére a kúteg nyom nélkül visszafejlődött és a megzavart közérzet teljesen helyreállt. (Münchener med. Wochenschr. 1900.) *Balassa T. dr.*

A gonococcusok elhelyezkedése a kankós váladékban. *Lanz* a gonococcusok extra- és intracellularis elhelyeződésére vonatkozólag kimutatja, hogy ezen különbözőségnek nincsen meg az a jelentősége, melyet egyes szerzők annak tulajdonítanak. Szerinte az urethrából erős

kisajtolás mellett nyert váladékban rendszerint extracellularis gonococcus-csoportokat nyerünk és innen van, hogy ilyen elhelyeződést találunk a kankó kezdeti és végstadiumában, a mikor a secretum kevés és csak jelentékeny nyomással szorítható ki. Ebből kivüláglunk, hogy ugyanazon betegnél a bántalom acut stadiumában is találhatunk úgy intra-, mint extracellularis csoportokat és így mivel sem indokolt a kankónak a gonococcusok elhelyeződése szerint történő felosztása. (Archiv für Dermatologie u. Syphilis, 1900.) *Balassa T. dr.*

Tapasztalatok a kankó kezelésénél. A kankó ideális gyógyulása szempontjából azt követeli *Casper*, hogy a localis kezelés lehető rövid időre terjedjen, mert minden helyi irritatio szövödményt okozhat. Kárhoztatja a műszerekkel való korai beavatkozást, mely a baj hátraterjedését elősegítheti s így a tartam elnyújtására vezethet. Ezt tartva szem előtt, kifogásolja az abortiv eljárásokat, mint a melyek hosszadalmas lefolyásra szolgáltathatnak alkalmat. Ugyanis ezen eljárások a gyuladást fokozzák s így a gonococcusok fejlődésére kedvezőbb talajt teremtenek.

Antiphlogistikus szempontból első naptól kezdve 1% thallium sulf.-mal, vagy 0.01% kalium hypermanganicum-oldattal fecskendeztet. Pár nap múlva ezüstökkel és zincum sulf.-mal váltakozva fecskendeztet; az előbbieki váladékszaporító hatását az utóbbiak csillapítják. Végül zincum sulf.-mal és kalium hypermanganicummal. Ezek mellett ol. santali, nyugalom, diaeta. 4-5 hét alatt teljes gyógyulást szokott elérni. Cystitis gonorrhoeicánál fent említett okokból: nyugalom, diaeta, narcoticumok, bő ital képezik terapiája elveit.

Chronikus alaknál combinált kezelés: Guyon-instillatiók 1-2% ezüstnitrattal és Janet-féle öblítés kal. hypermanganicummal. A kankó 100 chronikus esetének vizsgálatánál a következő tapasztalatokat tette: A szövödmények közt első helyen áll a hátsó húgycső megbetegedése, továbbá szerfelett gyakori a prostata-lob, mely 85 esetben volt megállapítható. Mély beszűrődést csak kilenc esetben talált. Végül kiemeli, hogy a 100 eset közül gonococust csak nyolc esetben tudott kimutatni, a többi esetben különböző, fertőzést nem okozó bacterium volt a húgycső váladékában. Az utóbbi eseteket gyógyultaknak tekintti, ha a váladékképződésen kívül egyéb jelenség nem áll fenn. (Monatsberichte ü. d. Gesamtmteist. auf d. Geb. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexual-Apparates. 1900.) *Balassa T. dr.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Neuralgikus fájdalmak, főleg a lumbago ellen *Sutherland* a következő eljárást ajánlja, mely az indiaiaknál már régóta divik. A bőrt a legfájdalmasabb helyen redőbe fogjuk, a redőt átszúrjuk tűvel s ezt ott hagyjuk 3-20 perczig, a mire a fájdalmak csökkennek, sőt meg is szűnnek. A hatás körülbelül 10 óra hosszat eltart. (La semaine médicale, 1900. 50. sz.)

A rák radiotherapiája. Rosszindulatú daganat hat esetében tettek kísérletet *Johnson* és *Merrill* washingtoni orvosok Röntgen-sugarakkal. Orr- és pofa-epithelioma egy esetében, melyet már kétszer vágtak ki eredmény nélkül, teljes gyógyulás következett be kétnaponként végzett, összesen 15 ülés után. Egy másik esetben — orr-canceroid — még folytatják a kezelést, a fekély behagedése azonban már megindult. Két arczcanceroid-esetben, melyeknek epitheliomás természetét azonban nem lehetett teljes biztossággal megállapítani, teljes gyógyulás következett be. Recidiváló emlőrák egy esetében a daganat megkisebbedett, a fájdalmak megszűntek és az általános állapot javult. Végül egy esetben az alsó ajkon levő epithelioma javult, a beteg azonban 20 ülés után többé nem jelentkezett. (La semaine médicale, 1901. 1. sz.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 3. szám. *Felletár Emil:* Tej által okozott mérgezés. *Csépai Lajos:* Pellagra-esetek az Alföldön. *Kenyeres Balázs:* A fényképezés és a Röntgenezés jelentősége az igazságszolgáltatásban.

Orvosok lapja, 1901. 4. szám. *Csillag Jakab:* Az arnica okozta dermatisról. *Kovács József:* A tüdőgümőkór korai diagnosisáról. *Szántó Armin:* A fogfájásról.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 3. szám. *Schiff:* Az orr és a női nemi szervek közötti összefüggés. *Engländer:* Egyoldali diffus emlőmirigy-túltergés. *Monti:* Megjegyzések a rachitis phosphor-kezeléséhez. — 1901. 4. szám. *Fuchs:* Emphysema a szemén. *Jez és Kluk-Klucycki:* A typhus abdominalis gyógyítása Jez-féle antityphus-kivonattal. *Kokall:* Adat az echinococcus-betegséghez.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1901. 3. szám. *Elschnig:* Szemészeti közlések. Az iriscysták kezelése. *Ehrenfeld:* A tüdőgümőkór kezelése igazol-belégzéssel. *Vajda:* Urethro-calibromanometer. *Galatti:* A serumtherapia eredményei diphtheriás gégeszülkületnél. *Neuburger:* Biologia és klinika.

Wiener medizinische Presse, 1901. 3. szám. *Benedikt:* Centripetalis tévedés és centrifugális igazság. *Kassowitz:* A phosphoros csukamájolaj. *Leyden:* A német klinika a XX. század kezdetén.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 3. szám. *König:* A csipőizület megbetegedései. *Weygandt:* A mániás-depressív tébolyodottság. *Roeder:* A ductus arteriosus Botalli repedésének két esete. *Riedel:* Az epekövekről. *Blaschko:* A syphilis kezelésének néhány alapkérdéséről.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 1. szám. *Kaefer:* A megrövidülést kezelése alszartöréseknél. *Wiener:* A patellatörések gyógyítása. — 1901. 2. szám. *Reerink:* A peroneus-inak friss ficzamosásainak

kezelése. *Bayer*: A plastikus achillotomia egyszerűsítése. *Rathmann*: Új műtőasztal a kézen végzendő műtétekhez.

Neurologisches Centralblatt, 1901. 1. szám. *Bartels*: A n. peroneus prof. izolált traumatikus hűdésének esete. *Schoenborn*: Friedreich-féle ataxia. *Mendel*: Tabes nőknél.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 3. sz. *Olshausen*: A gynaekologiai massage. *Micholitsch*: Bővített gyökeres műtét terhességgel szövődött méhrák esetében.

Therapeutische Monatshefte, 1901. 1. szám. *Rotter*: Szabad sörvek gyökeres műtete. *Jaworski*: Az aqua magnesia efferveszens használatáról. *Sonnenberger*: Adatok a csecsemőkori heveny emésztési zavarainak, különösen a cholera nostrasnak aetiológiájához és pathogenesiséhez. *Brausewetter*: Malaga mint téli gyógyhely. *Saalfeld*: Tapasztalatok a dermatologiai gyakorlatból. *Meyer*: Peritonitis és hasonló betegségek kezelése alkohol-borogatókkal. *Teschmacher*: Salol diabetes mellitus ellen. *Bolen*: A huyany- és jodkalium-dyspepsia elhárítása. *Stanooski*: Myelitis gyógyult esete. *Hamburger*: A gyermekgyógyászat újabb haladása és jelen állása. *Eberson*: Ichthargan. *Görge*: Phosphormérgezés két esete.

Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen, 1901. 1. füzet. *Ungar*: A rothadás befolyása a tüdő-úszópróba. *Mayer*: Vegyi szerek okozta genyedés forensikus jelentősége. *Wilhelmi*: Vélemény gyermekölés esetéről. *Chlumsky*: Vélemény halálos testi sértés esetéről. *Snell*: Vélemény egy elmeorvosi esetről. *Liersch*: Taetoválás gonosztevők útjából felismerése ezéjéből. *Brouha*: A lochiák törvényszéki orvosi jelentősége. *Gruener*: A méh eltávolítása a placenta helyett orvosi műhiba folytán. *Berger és Helwes*: A cementmunkások egészségi viszonyai. *Buttenberg*: Az egészség veszélyeztetése kenyér által. *Pfeiffer E.*: A vaccinatio adta immunitás tartama. *Gerhardt*: Intézetek üdülők számára (Reconvalescentenhäuser).

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1901. 5. *Mallet*: A haematocrit.

Journal médical de Bruxelles. 1901. 3. szám. *H. Max és Devos*: Veleszületett gyengeség és couveuse-ök.

British medical journal, 1901. január 19. *Th. Oliver*: A női nemi szervek rosszindulatú megbetegedései. *Handfield Jones*: A méhtest rákjának kórismézése. *Mumma Kerr*: Kanálalakú indentatiók újszülöttek koponyáján. *Neil Macleod*: Beszorult és eltolt terhes méh fibroiddal. *Colin Campbell*: Hysterectomia abdominalis esete. *Ranken Lyle*: A puerperalis eclampsia gyógyítása. *Hellier*: Megjegyzés az abortus előfordulásához. *Henderson*: Arsenes neuritis mérsékelt ivóknál. *Beesley*: A puerperalis eclampsia gyógyítása morphiúmmal. *Parrott*: Antistreptococcus-serummal kezelt heveny gyermekági láz. *Bowen*: Teljes méh-inversio. *Wilmot*: Rendkívüli súlyú magzat. *Skene Keith*: Vaginitis szokatlan oka. *Randolph*: Adat a tüdőúszópróba jelentőségéhez. *Atkinson*: Álmatlanság okai és kezelése. *Curgenven*: Idegen test a külső hangvezetőben. *Turner*: Traumatikus achillotomia. *Aquino*: Nagy ovarialis cysta. *Stevens*: Agy-cysta. *Masterman*: Nyálkó két esete.

The Lancet, 1901. I. 3. szám: *Freyer*: A prostata megnagyobodása. *H. W. Page*: Fejsérülés-esetek. *Sinclair*: Császármetszés 10 eredményes esete. *E. S. Reynolds*: Arsenmérgezés sörivóknál. *R. J. M. Buchanan*: Arsenes peripherikus neuritis. *Mansell Moullin*: Röntgensugarak a húgykövek felismerésére. *P. I. Cammidge*: Urotropin mint húgy-antisepticum. *Wm. Elder*: Fertőzéses parotitis hasmetszés után. *G. A. Clarkson*: Penis-gangraena esete. *Harry Campbell*: Gyógyászati reflexiók. *W. H. Battle*: Emlősarcoma két esete. *J. Bell*: Léprepedés két esete.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 2. hetében (1901. január 6-dikától január 12-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 687,729, katonas 16,220, összesen 703,949. Elveszületett 427 gyermek, elhalt 292 egyén, a születések tehát 135-el mutták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 31.5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 21.4, az egy éven felüli lakosságnál: 16.6, az öt éven felüli lakosságnál: 14.9. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 5, pertussis 2, morbilli 8, scarlatina 3, variola —, cholera asiatica —, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 7, meningitis 11, apoplexia 9, eclampsia 6, szervi szívhibák 21, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 44, tuberculosis pulmonum et phthisis 49, diarrhoea et enteritis 8, gastro-enteritis —, rák és egyéb újképletek 16, ezek közül méhrák 4, morbus Brightii et nephritis 6, rachitis 3, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 27, atrophia et inanitia 3, marasmus senilis 14, erőszakos haláletet 10 ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 5, baleset 4, kétséges 0 (—). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi köznevelési kórházakban. A múlt hét végén volt 2903 beteg, szaporodás e héten 883, csökkenés 790, maradt e hét végén 2996 beteg. B) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi január 8-ától január 14.-éig terjedő 2. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 36 (37), diphtheria, croup 22 (14), hagymáz (typhus) 1 (5), kanyaró (morbilli) 195 (205), trachoma 6 (7), vérhas (dysenteria) 0 (1), influenza — (—), hőkhurut (pertussis) 24 (24), orbáncz (erysipelas) 19 (12), gyermekági láz (febr. puerp.) 0 (1), ezenfelül varicella 64 (57).

⊕ **Egyetemi alkalmaztatások.** Az orvoskari tanártestület f. hó 23-dikán tartott ülésén tanársegédekkel választottak: *Gyulai Elemér* dr. a törvényszéki orvostani, *Verebély Tibor* dr. a II. kórbonczati, *Németh Ödön* dr. a törvényszéki elmeorv. és lélektan tanszék mellé. *Díjazott gyakoronoki alkalmazást nyertek: Becheft Armin* dr. a közegészségügyi, *Miketz Miklós* dr. a törvényszéki orvostani, *Ziffer Hugó* dr. a II. kórbonczati tanszék mellé. *Díjazatlan gyakoronokokká* lettek: *Gergő Imre* a II. kórbonczati, *Góth Lajos* dr. és *Török Ervin* dr. a II. belklinikai és *Hammer Dezső* a II. bonczati tanszék mellett. A II. bonczati intézet mellett díjazott demonstrátor lett: *Föld Ottó*, díjazatlanok lettek: *Brezowszky Emil*, *Szóllósy Lajos*, *Zsigmond Zoltán*, *Schmidt Béla*, *Mutschenbacher Tivadár*, *Benczur Gyula*, *Süssmann Frigyes*, *Fischer Mór*, *Dollinger Béla*.

△ **Rektorválasztás az egyetemen.** *Rapaics Rajmund* dr. hittanár, kit az egyetem 1900/1-dik tanévre rector magnificussá választott, betegeskedése miatt a tisztéről lemondván, f. hó 22-dikén a karok kiküldöttéi új rektorválasztó ülést tartottak. Szótöbbséggel rector magnificussá választották *Kisfaludy A. Béla* dr. hittanárt.

⊕ **Közegészségügyi vita a parlamentben.** A belügyministerium költségvetésének tárgyalásánál érdekes felszólalások történtek a parlamenti orvosi szakférfiak részéről, a mit sok tekintetben még érdekesebbé tesz a belügyministernek nyilatkozata a felszólalásokra. Jövő számunkban visszatérünk e tárgyra.

∨ **A m. kir. központi statisztikai hivatal** valamennyi hazai gyakorló orvosdoctorhoz és sebészhez felhívást intéz, hogy a mezőgazdasági munkások baleseteit a szétküldendő bejelentő lapokon a m. kir. központi statisztikai hivatalhoz jelentsék be. A földmivélségi minister az orvosoknak és kórházaknak az adatszolgáltatás körül kifejtett fáradságát és buzgóságát azzal kívánja kárpótolni, hogy minden a statisztikai hivatalhoz beküldött baleseti jelentésnek kiállításáért 10 fillér díjat állapított meg olyképen, hogy az év elteltével az egy törvényhatóságtól beérkezett jelentések összeszámoltatván, az ezekért járó díj együttesen fog megküldetni az orvosszövetség azon törvényhatósági fiókszövetségének, az ott fennálló orvosi vagy özvegyi segélyalap javára.

⊙ **Felhívás.** A magyar vörös-kereszt Erzsébet-kórház sebész osztályának főorvosi állása önkéntes lemondás folytán üresedésbe jött. Felkérnek az ezen állást elnyerni óhajtok, hogy írásban jelentkezzenek folyó évi február hó 20-dikán déli 12 óráig a magyar vörös-kereszt főgondnokánál, *Babarczy-Schwartzler Ottó* dr. m. kir. udvari tanácsos úrnál.

— **A magyar királyi államvasutak szemorvos tanácsadója.** A m. k. államvasutak igazgatósága a *Grósz Emil* tanár lemondása folytán megüresedett szemorvos-tanácsadói állásra *Csapó István* tanárt nevezte ki.

○ **Helyettes kerestetik** uradalmi orvosi állásra, nyolcz-tíz napra. Fizetés napi három forint, lakás és közszéki magánorvoslat. Bővebb felvilágosítást ad *Buk Géza* dr. Lébényszentmiklós, Mosonmegye.

— **Herkulesfürdőben** 1900-ban összesen 9728 vendég tartózkodott, ezek közül átutazó 2377 volt. Legtöbb volt magyar, azután román. Külföldi volt 3884.

† **A budapesti önkéntes mentőegyesület** segélyét 1900. december havában 683 esetben vették igénybe. Évi folyó szám 11,012.

† **Elhunyt Elefánt József** dr. f. 21-dikén 46 éves korában Kún-ágotán hosszú szenvedés után.

P—i A—d. Jelen számunkhoz a *Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Elberfeld* cég „Aspirin” szerére vonatkozó melléklet van csatolva.

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencéiben az ásványvíz naponta egyszer megújul, **lokalis iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és fürdő-türedék. Kitűnő szálló-lak. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.



Magyarországi főraktár: **Budapest, V., Zoltán-utca 10.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1901. január 21-dikén.) 63. lap. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (I. rendes ülés 1901. január hó 12-dikén.) 63. lap. — A Budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. (XXVI. ülés 1900. évi április hó 3-dikén.) 64. lap. — A természettudományi társulat közgyűlése. 65. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 66. lap.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1901. január 21-dikén.)

Elnök: **Than Károly**. Titkár: **König Gyula**.

Orvosi érdekű előterjesztések voltak:

1. **Högyes Endre** r. tag előterjesztette következő című értekezését: „Szükséges-e a veszett állatmarás ismétlődése esetén az új védőoltás?” — Adatok a veszettséggel szemben létrehozott immunitás időtartamához.

(Egész terjedelmében közölni fogjuk.)

2. **Högyes Endre** r. tag bemutatta **Vámosy István dr.** pozsonyi városi kerületi orvosnak „Adatok az orvosi rend és tudomány, a gyógyszerészet és a járványok történelméhez Pozsonyban” című nagyobb orvostörténelmi monografiáját.

Szerző levéltári források felhasználásával írt munkája három részre oszlik. Az elsőben a pozsonyi orvosokról értekezik a XII-dik századtól Mária Terézia koráig. Kimutatja, hogy Pozsonyban a középkorban, ép úgy mint másutt, a gyógyászzal első sorban *papok, szerzetesek* foglalkoztak. A Szent Antal keresztes betegápoló rendnek a XI-dik században létesült kórháza még ma is fennáll Pozsonyban. Majd a *medicinae doctor, physicus, fűrdömester* (Bader), borbély és sebész (Barbierer, Chirurg), szóval a *laikus orvosok* fogalmát határozza meg, megemlékezik a pozsonyi egyetemről, közli a Pozsonyban az orvosok letelepedését szabályozó rendelkezéseket, s kimutatja, hogy Pozsonyban városi orvos már a XV-dik század közepén volt. Az orvosok társadalmi és anyagi helyzetének feltüntetésé után bemutatja a *híres pozsonyi orvosokat*, közli életrajzaikat s élükön id. Royger Károlylyal ismerteti munkáikat. A *fűrdömesterek* kapcsán leírja Pozsony középkori fűrdőit. A borbélyokról és sebészekről szóló fejezetben leírja azok jogait és kiváltságait s a gyógyító személyek között felsorolja a *hőhért* is. Az utóbbi felügyelete alá tartozván a kéjelgési ügy, részletesen értekezik *Pozsony középkori városi borbélyházáról*. A *bábákról* szóló fejezet zárja a munka első részét, melybe a szerző az orvosi rend és tudomány általános történetéből csak annyit vett fel, a mennyit levéltári s egyéb részben írott, részben nyomtatott forrásai okvetlen megkivántak.

A munka második része a pozsonyi *gyógyszertárakról* szól. Önálló gyógyszerárt Pozsonyban már a XIV-dik század elején volt, a XVI-dik század végén már kettő létezett. Gyógyszerészeink *kiképzése* a XVIII-dik század közepéig egészen nélkülözi a tudományos jelleget. Még a XVI-dik században sem ismerünk egyetlen törvényt vagy rendeletet is, mely a gyógyszerészet gyakorlását szabályozná. III. Ferdinándnak a gyógyszerészeket Bécsben és Alsó-Ausztriában szabályozó rendelkezései Pozsonyban is érvényesültek. A gyógyszerészet nem volt soha *ars libera*, mint az orvosi foglalkozás, hanem mindig *engedélyhez kötött ipar*, a nélkül azonban, hogy a gyógyszerészek ezéhet képeztek volna. Gyógyszertárnyitási engedélyt, a kolozsvári gyógyszerárak kivételével, kitanult gyógyszerészeknek a tanács adott, ha a már fennálló gyógyszerárak tulajdonosai és az orvosok új gyógyszerárt erigítését szükségesnek tartották. Úgy új gyógyszerárt felállítására, mint a gyógyszerárak vizsgálata, mely Pozsonyban már régóta gyakorlatban volt, sok izetlenkedéssel, sőt tettegességgel is járt. Szerző kimerítően tárgyalja *III. Károly királynak a pozsonyi gyógyszerárakat rendező intézkedéseit*, melyek kapcsán a város gyógyszeráradozóügyi jogát elvesztette, két gyógyszerárt bezártak s a kolozsvári gyógyszerárak a polgáriakkal egyenlő elbánásban részesültek. A munka 2-dik része *Torkos János első magyar gyógyszerár-szabványával* s ugyanannak a gyógyszerészek számára írt *utasításával* záródik.

A harmadik részben **Vámosy dr.** a Pozsony városában uralkodott pestis-járványokkal foglalkozik. Habár nem szenved kétséget, hogy Pozsonyban a középkorban és később több pestis-járvány dühöngött, csak két járványról maradtak fel levéltári adatok. Az 1679-dik évi pestist Royger Károly dr.-nak, a tüdővízpróba feltalálójának latin leírása nyomán közli a szerző. Mielőtt azonban a járvány ismertetéséhez fogna, a pestis történetéből a fertőzés módjára vonatkozó résznek rövid vázlatát adja s kimutatja, hogy már régóta ismeretes, hogy a járványoknak, különösen a pestisnek terjesztője első sorban a nyavalyában megbetegedett ember s hogy helyes úton jártak azon tudósok, kik a pestis elleni óvintézkedések foganatosításával ezen alapelvből indultak ki. Az 1713-dik évben uralkodott pestis képe a maga egészében több száz levéltári adathól van összehordva. Itt is iparkodott szerző igazolni, hogy a járvány továbbterjedésének módja már a XVIII-dik század elején ismeretes volt. Az egész terjedelemben közölt tisztogatási (fertőtlenítési) eljárás a mai bakteriológia szempontjából nem érdektelen. Megtudjuk, hogy az oltott méz már akkor is ismert fertőtlenítő szer volt. Érdekesebben írja le a szerző a pestis-sebészek működését, a pestis-kórház berendezését, a pestis-temetők helyét, a város szorult pénzügyi helyzetét, a járványokozta

általános elcsüggedést, az üzleti pangást, egyes tisztviselők lelketlen hivataloskodását stb. Az 1713-dik évi járvánnyal a pestis Pozsonyban megszűnt, két emlék figyelmezteti a pozsonyiakat az 1679-dik, illetve 1713-dik évi pestis-járványra: a Lamacz feletti Rozalia-kápolna, illetve a Szentháromság szobra a haltéren.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(I. rendes ülés 1901. január 12-dikén.)

Elnök: **Taufer Vilmos**; jegyző: **Wenhardt János**.

(Vége.)

A **venereás bántalmak prophylaxisáról**.

Marschalkó Tamás: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Eszmecsere:

Havas Adolf: A venerikus megbetegedések prophylaxisánál a legnagyobb hiba az, ha mi azt hisszük, hogy ha a prostituáltot elfojtani törekedünk, vagy a prostituáltot szigorúan ellenőrizzük, akkor a venerikus betegségek terjedése megszűnik.

Nem itt van a hiba! Ez a kérdés első sorban komoly társadalmi kérdés. A prostituatio következtében ezen megbetegedések ott terjednek, a hol a férfiak későn házasodhatnak; a hol korán jutnak nem prostituálttal cohabitatiohoz, ott ezen betegségek kevésbé terjednek, példa erre Dél-németország.

Hogy mennyire téves az orvosok nézete e tekintetben, példa rá **Boroszló**, a hol *Neisser* és az ő iskolája van. *Blaschko* könyvéből kitéjük, hogy ott a kankós megbetegedés 200%, vagyis ott minden ember egy évben kétszer betegszik meg.

Ha a prostituáltak ellenőrzése még oly erélyes, ha a kórházi kezelés még oly pontos is, még sem lehet elérni azt az eredményt, a mit theoretikus alapon ettől várni lehetne.

Ugyanazon syphilitikus nő, a ki d. e. 11 órákor javultan boesztatik ki a kórházból, már délután manifest syphilitikus papulával bírhat, már fertőzhet. Ugyancsak fertőzhet a latens syphilisben szenvedő is. Már pedig az ilyen beteget tovább a kórházban tartani, mint míg manifest tünet van nála, nem lehet, hisz lehetetlen öt 2—3 évre internálni. Nem használ továbbá a fertőzés ellen az intermittáló kúra sem, mert mint mondtam, a latens syphilis is fertőz.

A gonorrhoeában szenvedő publicát addig tartom a kórházban, míg a váladékban gonococcusok találhatók, két negatív lelet után kibocsátom. A publica gonorrhoeája, ha a cervix uterini túl nem terjed, gyógyítható, de ha a folyamat az uterusfenékre, a mélikiürtökre, az ovariumra áttérte, ha adnex tumorok szegődtek hozzá, akkor én az ilyen kankót nem tartom gyógyíthatónak. Mind e hiányok dacára a reglementatiót üdvösnek és szükségesnek tartom, mert mint *Fournier* Brüsszelben, a nemzetközi congressuson helyesen megjegyzé, a józan ész diktálja, hogy az olyan nő, ki manifest megbetegedésben feltétlenül fertőz, 100 esetben 95-ször, míg a latens alakban szenvedő 100 esetben csak körülbelül 5-ször fog fertőzni.

Egy szóval a reglementatiótól nem szabad többet várnunk, mint az nyújthat.

Prophylacticus szempontból haszonnal járhat a családban a 14—15 éves fiúk felvilágosítása a veszélyek felől, a melyek őt fenyegetik, ez mindenesetre néhány évre visszatartandja őket.

Szükséges továbbá a prostituáltak kitanítása, hogy a látogató férfiakat megvizsgálják.

A reglementatio főfeltétele, hogy minél kevesebbet avatkozzék be a rendőrség, hogy minél kevesebb vexatioval végeztessék az egész művelet, hogy minél humanusabban bánjunk a beteggel.

A Thymc-féle prophylacticumban absolute nem bizom, az nem ér többet, mint a közönséges zsiradék, vagyis csak az excoariatiók keletkezésétől óv meg.

Nékám Lajos: Nagy elismeréssel emeli ki előadónak a venereás betegségek terén szerzett érdemeit s különösen azt a humanus irányt, mely az egész előadásán átvonul.

A házasságon kívüli nemi életet, sajnos, kiirtani semmiféle módon nem lehet. Kőrösy szerint a magyar férfi 16—17, a nő 15 éves korában érzi magát ivarérettnek, de csak 29-6 illetve 26 éves korában köt házasságot, ha tehát nemi vágyait kielégíteni óhajta, úgy vagy masturbálni, vagy extra matrimonium kell cohabitálnia 11—13 éven keresztül. Ennek eredménye a venerias betegségek rendkívüli elterjedtsége, a mit a következő statisztika bizonyít.

A közkegyházi évkönyvek 10 évi kimutatása szerint 52,470 bőrbajos közül 563-819/00 szenvedett venereás bajokban, ide nem számítva a blennorrhoeás megbetegedéseket.

Az egyetemi klinikának 17,916 ambulansa közül 267-819/00, felszólaló magánrendelésének 2000 diagnosisából 260-550/00 volt venereás, mindig a kankós betegségek kizárásával. Ha, a mint kívánatos volna,

a discussio egy társadalmi mozgalom megindításához vezetne, mivel sem lehetne az ügy fontosságát élelkebben illusztrálni, mint ilyen adatokkal.

Addig is a tennivaló sokféle volna: 1. Meg lehetne szüntetni az ilyen betegségeknek szegélyt, titkos jellegét, s megszüntetni a *venereás*, a *bujabetegek* fogalmát. Ismeretes, hogy ezek megszerzéséhez nem bujaság, hanem infectio kell; hogy ez a legártatlanabb módon is megtörténhetik; hogy a cohabitatio alkalmával egyéb betegségeket is lehet szerezni; helytelen tehát ezt a mesterséges, a közönséget riasztó csoportot fentartani. 2. A prostitutionnak hatóságilag engedélyezett részével szemben a kéjnök helyzetének némi javítása volna kívánatos, hogy az magával is törődhesse, hogy ne szolgáljon az a legkülönbözőbb emberek zsarolási vágyainak czélpontjául. A viszonyok javítását nem várhatjuk a bacteriologiai eljárásoktól, melyek épen az ide tartozó betegségeknél hiányosak, sem a control-vizsgálatok szaporításától, melyek költségeit a nők nem bírják fedezni, sem a férfiak megvizsgálásától, a mi kivihetetlen, a kéjnöknek egy utczába való csoportosításától a brémai rendszer szerint, a mi csak kis városban vihető keresztül, sem végre a kórházi kényszerápolásnak a fertőzőség határáig való kinyújtásától, a mi embertelen, jogtalan és a lehetetlenségig drága. A viszonyok sanálása csak akkor lehetséges, ha megszűnik az az absurdum, hogy ma a kéjnök vagy teljesen egészségesnek declarálják, ki mesterségét szabadon fizheti, vagy kórházi ápolást igénylő súlyos betegnek, de a pihenést, chronicus kezelést, kisebb beavatkozást igénylő esetekről nincs gondoskodva. Ez a helyzet arra kényszeríti a kéjnöket, hogy betegségeiket minden áron eltitkolni törekedjenek; ők az orvosokban nem jóakarókat, de börtönöröket látnak, a kiket az állam reájuk küld, s a kiket ők keserves keresményükből fizetni kénytelenek.

Egy módon lehet itt csak segíteni: az ambulatorikus kezelés bevezetésével. Ennek persze csak úgy lesz haszna, ha intézkedései végre is hajthatnak, tehát ha gondoskodunk, hogy a cohabitástól eltiltított nő valóban meg is tartsa e tilalmat. E czélből külön ügyosztályt kellene a rendőrségnél szervezni, melynek administratív része foglalkoznék a cselédközvetítéssel, a varrónők, munkásnők, dalcsarnoki alkalmazottak stb. nyilvántartásával, továbbá a kéjnök ellenőrzésével és az orvosi intézkedések végrehajtásával. Ez a hivatal szabná meg többek között a kéjnök lakásának árát és a kéjnök és lakásadója közötti viszonyt is s internálná a prostituáltakat egyes területekre.

Az ügyosztály másik része, az orvosi, tökéletesen ingyenes ambulantiát tartana férfiak és nők számára, és ingyen gyógyszerrel látná el azokat, úgy mint a hogy az Párisban van. Itt kellene a kéjnöknek rendszeres időközökben megjeleniük, mint a hogy az Berlinben történik, a hol 12 orvos naponként 450—600 egyént vizsgál. A vizsgáló orvos egyszersmind kezelő is legyen; a súlyos beteget utalja a kórházba, a könnyebbeket hagyja meg lakásukon, de gondoskodják a coitalási tilalom végrehajtásáról. E czélből minden kéjnök lakásán, szembeálló helyen vagy a kéjnök bárczája legyen kifüggesztve, vagy a fertőzőtséget tanúsító czédula; sőt az ügy érdekében, és minden módon gátat vetendő a hatósági intézkedések kijátszásának, még azt is lehetségesnek tartanám, hogy a tilalom alá vett nőt magát, valamely alkalmas módon, pl. anilinfestékkel a tilalom tartamára megjelöljék.

Minden kéjnök kötelezni lehetne, hogy vendégét szappannal, tiszta törülközővel stb. lássa el; hogy a hatóság által szétosztandó üvegekben pl. Blokusewski-féle praeservativumot, vaselint stb. árusítson valami csekély összegért. A rendőrségnél végre furdókat tartanék a kéjnök számára, hogy a legszegényebb nő is hozzáférhesse a tisztasághoz.

Az úgynevezett claudestin prostitutio csökkentésére minden cseléd helyváltoztatásánál, iparendély kiadásánál stb. vizsgálat alá kellene kényszeríteni a helykeresőket. Minden ember megkövetelheti, hogy ha cselédet fogad fel, azt egészségesen kapja; oly esetnek, mint egy fővárosi festő volt, ki családjával együtt csaknem elvesztette szemvilágát, mert blenorrhoeás cselédje inficiálta törülközőit, ismétlődnie nem szabad. Az 1876: XIII. t.-cz. még nem rendeli ezt el; de közönségünk érzi ennek szükségét, és a cselédelbozását bizonyítványokban mindenütt olvasható, hogy a cseléd egészségesen távozott . . . , a mely megjegyzésnek természetesen mai viszonyaink között semmi értéke sincs, provokálni kellene tehát egy idevágó törvényes intézkedést.

Mindezek a reformok látszólag sokba kerülnek. De ha megszűnnék az az anomalia, hogy nálunk a közegészségügyet állam, község, megye, felekezetek, társulatok, magánosok belátásuk szerint szolgálják kórházakkal, ambuloriumokkal, desinfectiók, oltási, mentőintézetekkel, ha nem négyféle bacteriologiai intézetünk volna, ha nem volna állami, rendőri és városi egészségügyi hivatalunk, melyek a legfontosabb pillanatokban veszekeszenek, és egymás intézkedéseit hiúsítják meg, a hogy az 1892—94-ik cholerajárványban történt, ha az egészségügyre fordítható erőnköt egy kis országhoz illően koncentráljuk, miként a nagy Franciaország azt az *assistance publique*-ben teszi, úgy a legideálisabb közegészségügyet lehetne a mai áron teremteni.

Rákosi Béla: A venereás betegségek terjedésének megállításánál fontos tényező a rendőrörvos és a kórházi orvos együttműködése.

Hogy az ellenőrzés szükséges-e vagy sem, azt mutatja Olaszország statisztikája, a hol, mikor az ellenőrzést megszüntették, a venereás megbetegedések minden fajtája terjedt.

A gonococcus bacteriologikus vizsgálatát illetőleg a budapesti rendőrségnél van laboratorium, hova a klinice gyanus esetben a váladékok coccus-vizsgálatra beküldik s positiv esetben a beteg kórházba küldetik.

A kéjnök kitanítása szép in thesi, de in praxi kivihetetlen.

Feleki Hugó: Az előadó úrnak érdemül tudandó be, hogy a venereás bántalmak terjedésének lehető korlátozására czélszerű prophylaktikus intézkedések megtételére hívja fel a figyelmet és hogy azon

viszásságokra utal, melyeket az a vélemény teremt, mintha a prostitutio orvos-rendőri felügyelete az inficiálás veszélye ellen biztosítékot nyújtana. Pedig leggondosabb ily felügyelet sem lehet tökéletes, nem is szólna az annyira elterjedt titkos prostitutio teremtette veszélyekről. Helyesen jegyzi meg Havas felszólaló, hogy sok volna várható a férfiaknak serdülő korban való tájékoztatásától, csakhogy ily irányú felvilágosításra az egész társadalom szorul, mely a szóban levő bántalmakat titkosaknak bélyegzi és az ily betegeket nem részesíti abban a jóakarásban, melyet más betegeknek nyújt. A prostituáltak kioktatásától a férfiak ragályozó bajainak felismerésére vonatkozólag eredményt nem várok. — Előadó nagy súlyt látszik helyezni a gyanus coitus után blennorrhoea ellen alkalmazandó prophylaktikus becsipegetésekre, melyek néhány év óta ismét sürűbben ajánlatnak és melyek eszközzésére előadó czélszerű készüléket szerkesztett. Határozott véleményt ez eljárás sikeressége tekintetében csak nagyobb statistikai adatok alapján lehetne mondani, de kétségtelen, hogy az oly körösetek, mint a minőt M. említ, mindenképen figyelemre méltók. De az eredményesség lehetősége mellett szól a már kifejlődött kankónak abortiv kezelésével elérhető siker, ha ez eljárás a blennorrhoea legelső napjaiban alkalmazatik. Az általam 6 év előtt publikált eljárás, t. i. az urethra afficiált részletének 30%-os arg. nitricummal való kicésetelése, ha az idejekorán eszközöltetik, csaknem mindig eredménynyel jár. Ezért az előadó által támogatott prophylaktikus instillatiók bizonyára megérdemlik, hogy szélesebb körben kísérletezések tárgyát képezzék.

Weisz Ferenc: Sokkal inkább terjeszti a syphilit a titkos prostitutio, mint a nyílt; s hogy a kéjhölgyeket ki lehet oktatni a férfiak megvizsgálására — Olaszországban saját magán tapasztalta.

Marschalkó Tamás: Téves Havas azon állítása, hogy Neisser vezeti Boroszlóban a vizsgálatokat; sem Neisser, sem az ő iskolája nem foglalkozik ezzel; úgy látszik Havas nem olvasta Neisser választát, a ki maga is esodálkozott Blaschko könyvén s maga mondta, hogy ezen vizsgálatok értéktelenek.

Utopia, hogy a férfiak csak házasság útján végezzenek coitust; függetlenük az ellenőrzéstől a prophylaxist s egyszerűsítsük az ellenőrzést.

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XXVI. ülés 1900. évi április hó 3-dikán.)

Elnök: Kézmárczky Tivadar; jegyző: Tóth István.

(Vége.)

IV. a) Fibroma és graviditas.

Berczeller Imre: Jelentékeny nagy interstitialis s subserosus fibromákkal bíró méh mellett rendes szülést észlelt; feltűnő volt azonban a szülés után közvetlenül jelentkező anaemiás jelenség, külső vérzés nélkül, a mit előadó akként magyaráz, hogy a méhösszehúzódások alatt előbb összesajtozott fibromagócok szivacszerűen magukba szívták a vért, s ezt érezte meg a szervezet. Néhány órával szülés után nagyfokú dyspnoé állott be minden kimutatható ok nélkül.

Tóth István: A II. női klinikán észleltek olyan eseteket, mikor fibroma mellett terhesség alatt kénytelenek voltak operálni, de láttak olyanokat is, a melyekben a terhesség és szülés teljesen normalisan folyt le.

Az egyik esetben egy koros I. Gr. jött a klinikára a terhesség harmadik havában; köldökig érő uterus, számos fibromagóccsal. A medencében fibromagóc nem volt. A nő megfigyelés alatt állott és hat hónap múlva a klinikán szült. Főképen az uterus retractioja az, mely fibroma esetén figyelemre méltó és melynek hiányos volta a placentalis időszakban nagy vérzést eredményezhet. Jelen esetünkben a szülés teljesen normalis volt.

Egy másik esetben 44 éves nő jött a klinikára, ki 20 év előtt szült utoljára, azóta nem volt teherben. Havibaja három hó óta kimaradt. Vizsgálatnál: a portio egészen áttolva a bal medencefélbe, mellette jobboldalt egy kétököllyi, többszortú fibroma van a medencébe ékelve. Az uterus mellső falában is fibromagócok tapinthatók. A graviditást csak valószínűnek tartották és várakozó állápontra helyezkedtek, kilátásba véve, hogy ha a góczok nem emelődnek ki a medencéből, sectio caesareát kell majd végezni. A góczok mindjobban kiemelkedtek és a terhesség 8-dik hónapjában a medencét teljesen szabadnak találták. A fibroma a belső méhszájtájáról indult ki, subserosus és puha. A nő 4000 gr. súlyú magzatot szült expressiora. A lepény teljesen spontán távozott. Jelenleg a nő ugyanolyan állapotban van, mint a terhesség előtt. A góczok az uterussal együtt ismét a medencében vannak, valamivel kisebbek.

Bársony János: A dyspnoét nem magyarázza úgy mint előadó, mert ha puha az uterus, akkor vérzés is van, ha pedig kemény, akkor nem aspirálhat vért. Hogy a lepényi időszakban vérzés van-e, az attól függ, hogy a placenta valamelyik fibromagóchoz közel fekszik-e, különösen, ha submucosus.

Temesváry Rezső: A góczok növekedését úgy képzelem, mint a menstruationál s említ egy esetet, a melyben egy myoma lymphangiectodes időszakonként nagyon megváltoztatta nagyságát; majd jelentékenyen kisebbedett, majd nagyobodott.

Hoffmann Péter: Myomás méhnél ikerszülést észleltek teljesen normalis lefolyással. A gyermekágy 3-dik napjában láz lépett fel, súlyos

körülmények között végezték a laparotomiát, mely alkalommal a bal vese táján levő nekrotikus tumor megpukkadt és tartalma a hasúrt szennyezte. A nő gyógyult.

Tuszkai Ödön. A szülés utáni légszomjnak több oka lehet. Egyik esetében teljesen rendes szülés után, minden vérzés nélkül anaemia tünetei léptek fel; ezen esetben a hasúri nyomás gyors megváltozását okolta s a hasra alkalmazott szorosabb kötésre az állapot megszűnt. Hasonló esete volt abortus után, a hol a rosszullet oka valószínűleg shock.

Kézmárczky: Senki sem értette úgy a dolgot, hogy a méh aspirálja a vért, mert a méh edényei nagy nyomás alatt állanak; hanem aspirálnak a hasúri szervek, akár fibromás a méh, akár nem. Ha a méh aspirál, akkor laza és akkor vérzik. Arra, a mit előadó említ, hogy a méh a terhesség végén nagyobbodott, azután kisebb lett, nem talál magyarázatot, mert a myoma duzzadása a terhesség alatt nem szokott engedni. Hajlandó azt hinni, hogy a fundus magas állását a méh helyzetének változása, nevezetesen a telt hólyag okozta.

Berczeller: Az észlelés teljesen pontos volt, mellékkörülmények nem zavarták. Ő úgy magyarázta ezt a kisebbedést, hogy a fluxio, mely a terhesség első idejében erős, később, mikor a viszonyok egymáshoz alkalmazkodnak, megszűnik. **Bársonya** vonatkozólag megjegyzi, hogy ő a dyspnoé okát abban kereste, hogy a nagy méh a véráram útjában akadályt képez.

Kézmárczky nem tudja felfogni, hogy fejlődő terhességnél miért kisebbedne az uterus. Lehet, hogy a myomáknak terhesség alatti ellapulása okozta ezt a benyomást. Az észlelés pontosságát nem vonja kétségbe. A légszomj okát szülés után nem lehet a méhben keresni, hanem a hasúri szervekben. **Berczeller** magyarázata nem áll, mert a méh terhesség alatt több vért tartalmaz, mint szülés alatt, vagy után, még ha myomás is. Azt, hogy nagy méh is kevés vért tartalmaz, ha retrahált, senki sem tagadhatja.

Berczeller: A dyspnoé tüneteire még megemlíti, hogy azok nem mindjárt szülés után, hanem négy órával később léptek fel.

b) Eklampsia gravidarum.

Berczeller Imre: A terhesség 7-dik hónapjában három eklampsziás roham után megindítja a szülést a magzatvíz lebecsülésével, több roham nem jelentkezik, s a nő két nap múlva megszűl.

Bársony: Az activ therapiának eklampsia esetén igen kevés követezője van. Minél fiatalabb a pete, annál bizonyosabban elpusztul a rohamok alatt. A maga tapasztalása is az, hogy gyenge peték, különösen sok roham esetén elpusztulnak, ezután a rohamok megszűnnek és a szülés lefolyik.

Általában véve az a szempont, hogy beavatkozni csak nagyfokú nephritis esetén szükséges, nem pedig már eklampsziánál, mert a méh működésének megindítása is ingert képez.

Két nephritis esete volt; az egyiknél 3, a másiknál 2% fehérje volt a vizeletben; mindkettőnél spontán folyt le a szülés. **Berczeller** esetében semmi esetre sem avatkozott volna be.

Tóth: Az eklampsia kezelésében két véglettel találkozunk. Az egyik a teljesen conservatív álláspontra, mely szerint még a szülés megindulása után is csak igen kedvező körülmények között szabad a szülést befejezni, a másik az activ therapia. A II. női klinikán, ha a szülés megindult, befejezik olyan eljárással, mely nagyobb veszélylyel nem jár. A míg ez nem lehetséges, narkotikumokat, főképp morphint alkalmaznak. B. esetében 3-4 roham után a terhesség 7-dik hónapjában megindított a szülés, a nélkül, hogy előbb más valamit megkísérlettek volna. Kérdés, hogy jelen esetben nephritis vagy terhességi vese volt-e jelen.

Az első esetben a terhesség fennállása olyan fontossággal nem bír, a második esetben a terhesség megszűnésével a vesetünetek gyorsan visszafejlődnek. B. esetében a nephritisnek súlyos tünetei nem voltak jelen. Az eklampsia tüneteinek fellépése után a terhesség 7-dik hónapjában tejdiaeta, nyugalom, narkotikumok alkalmazása lett volna a helyes eljárás, annál is inkább, mert az eklampsia nem lehetett súlyos, mert már a magzatvíz elfolyása után javult az állapot. Jelen esetben tehát az activ eljárás semmiképpen sem volt indikálva.

Kézmárczky: Nem tartja helyesnek, hogy eklampsia miatt rögtön megindítsuk a szülést; jelen esetben épen nem, mert már a kismennyiségű magzatvíz elfolyása is javította az állapotot, pedig ez a nyomás viszonyokra csak kis befolyást gyakorolhatott. Tény az, hogy a terhesek eklampsziájánál a magzat elhal, elhalása után pedig a rohamok elmaradnak. Lehet, hogy ez a magzat is elhalt, ámbár maceratio nem látszik rajta.

Berczeller: El volt készülve, hogy eljárását nem fogják helyeselni, de tapasztalat alapján járt el így. Egy esetében a terhesség 8-dik hónapjában fellépett eklampsziánál morphint alkalmazott. A rohamok egy napra elmaradtak, azután ismét felléptek, a nő comatosus lett. A megindult szülés gyorsítására kolpeuryntert alkalmazott, majd fogóval fejezte be. A nő meghalt. Nem csupán az indította az activ therapiára, hanem az eset lefolyása mutatta, hogy folyton fokozódó bajjal van dolga.

c) Magasfogó esete.

Berczeller Imre: Magasfogóval fejtetőfekvés mechanizmusa szerint fejtett ki elhúzódó szülésnél élő magzatot. A gyermekágyban lázak voltak, a melyek okát a genitáliákban nem találta s a melyek krízis alakjában szüntek meg; utólagosan derült ki, hogy a gyermekágyasnak pneumoniaja volt.

Tuszkai: Hasonló esetben expectativ járt el és spontán folyt le a szülés.

Tóth: Kérdezi előadót, hogy hol volt a fej.

Berczeller: Legnagyobb kerületével áthaladt a bemeneten.

Tóth: Akkor nem volt magas, hanem üregi fogó. Szokatlan lett volna, hogy a magasfogóval fejtetőfekvés mechanizmusa szerint hozta volna ki a fejet, mert lehetett volna irányítani.

A jelen esetben a gyermekágyban lefolyt, fel nem ismert pneumonia nézve helytelennek tartja, hogy a szülés a gyermekágyasnak csak a genitáliáival törődjék; első sorban legyen orvos, ki az egész szervezetet figyelemmel kíséri.

Berczeller: Egyszerű fogóval a fejet nem tudta kihozni, azért alkalmazott magasfogót. Ajánlja, hogy az eklampsziára nézve a városban előforduló esetekről gyűjtsünk adatokat.

Tauscher: Igen helyesnek tartja, azonban felszólítja előadót, hogy a legközelebbi ülésen indokolja meg indítványát s terjeszse elő, hogy mily kérdések és szempontok legyenek irányadók.

A természettudományi társulat közgyűlése.

A kir. magyar természettudományi társulat f. hó 23-án délután tartotta az évi rendes közgyűlést — összességben immár a hatvanegyediket. A közgyűlésen **Wartha Vincze** műegyetemi tanár elnökölt és a társulat tisztikarán kívül nagy hallgatóság volt jelen.

Az ülést **Wartha Vincze** elnöki beszéddel nyitotta meg. A beszédből közöljük a következőket:

Ma már velünk együtt nyolcezerenél több lelkes utas törekszik egy csehl felé és büszkeséggel tekinthetünk vissza a hatvanegyedik pihenőről a megtett útra. Zsellérek voltunk a hatvanadig pihenőig. Régi óhajunk volt, bár csak egyszer saját otthonunk lenne, melyben társulatunk tagjainak kényelmet nyújt, hogy gazdag könyvtárát élvezhessék és tagtársaikkal gyakran érintkezzenek. E rég kifejezett óhaj, tisztelt közgyűlés, most teljesült. A tavalyi közgyűlés a választmány előterjesztésére helyeselte a választmány abbéli törekvéseit, hogy társulatunk alkalmas otthont szerezzen; felhatalmazta a választmányt, hogy kedvező alkalom esetén jogérvényesen intézkedhessenek is, esetleg ez ügyben évközben rendkívüli közgyűlést hívjon össze. A választmány ez ügyben, mint majd pénztárnokunk kimerítő jelentéséből értesülni fog a t. közgyűlés, lelkiismeretesen és óvatosan járt el, melynek eredményéről jelenthetem, hogy e hó 15-dikén délután három órakor irtam alá a kir. magyar természettudományi társulat nevében a közjegyző asztalán azon adás-vevési szerződést, melynek értelmében a társulat az említett napon az Esterházy-utezai 14—16. számú háznak a birtokába lép, még pedig 210,000 korona vételár fejében.

Ime, teljesült a régi óhaj; társulatunknak saját otthonra való vágya ténynyé vált. Minő haladás!

1842-ben a közgyűlés 200 pengőforintot szavaz meg szállásra és ma 210,000 korona értéket képviselő kétemeletes ház társulatunk tulajdona.

De ne feledjük, hogy e lépés társulatunknak nagy áldozatába is került. Tökéjének fele az ingatlanba van fektetve és a rajta lévő terhet még éveken át kell törleszteni. Társulatunk működését nagyon megkönnyítene, ha sikerülne egy olyfajta alapot teremteni, melynek rendeltetése az új otthon fenntartása és a rajta lévő terhek törlesztése volna. A tagdíjak felemelésével e cél elérni nem lehet és nem szabad. Ámbár a tagdíj a társulat alapítása óta nem változott abszolút értékben, mégis rendkívül devalválódott relatív értelemben, mert 50 évvel ezelőtt az 5 forintnyi tagdíj mondhatni kétszerannyi értéket reprezentált a mai értékkel szemben. Örülünk, hogy ilyen alacsony tagdíj lehetővé teszi, hogy a kevésbbé vagyonosabb osztály is támogathatja törekvéseinket, hogy a néptanító, a kisebb gazda, az iparos is erejéhez képest részt vehet abban a nagy munkában, melynek magasatos célját a nemzetünk jólétén való munkálkodás képezi. De fordulok azokhoz a tagtársakhoz, kik sokszor múltó szórakozásért 5-6 forintot nem sajnálnak, hogy olykor-olykor vonják meg maguktól a szórakozást és áldozzák fel az arra szánt összeget, hogy társulatunk nemzeti kulturánk érdekében folytatott munkálkodását annál jobban végezhesse.

Teremtünk egy otthon-alapot és járuljon hozzá ki-ki ereje arányában. Járuljon hozzá a vidéki tagtárs is, mert minél kevesebbet emészt az otthon, annál többet áldozhat a társulat kiadványaira s ezekben részesül a vidéki tagtárs úgy, mint a fővárosi.

A nagy tetszéssel fogadott beszéd után **Paszlavszky József** tette meg titkári jelentését, majd **Lengyel István** mutatta be a pénztári jelentést, a mely a társulat beszerzésének gazdasági oldalait világította meg és melyből kiemeltük a következőket: Alapítóke tavaly 11,957 koronával gyarapodott s most 285,243 koronát tesz ki, a melyből ingatlanokba fektettek eddig 127,000 koronát. Aforgó tőke 80,132 korona bevételével szemben kiadása 79,589 korona volt. A könyvkiadó vállalatban 28,081 korona bevételből 19,938 korona kiadás volt. A Chemiai Folyóirat 8077 korona bevételéből pedig 5814 korona adatott ki; míg a magánsegélyek rovata 23,705 korona bevételéből a kiadás 8038 korona volt.

Ráth Arnold könyvtáros jelentése szerint a könyvtár állománya 1900. év végén 11,260 mű, 23,516 kötetben. Folyóirat járt 137.

Előterjesztették ezután a választmány jelentését a házvétel ügyéről és a pályakérdésekről. Ez évre a társulat pályázathirdetése a következők:

1. **Új pályázat a Bugát-alapból:** Az állattan köréből. Jutalma 600 korona. Benyújtásának határideje 1902. október 31-dike.

2. **Függőben levő pályázat a Bugát-alapból:** A növénytan köréből. Jutalma 600 korona. Benyújtásának határideje 1901. október 31-dike. (E két kérdésre csupán a K. M. Természettudományi társulat tagjai pályázhatnak.)

3. **Margó Tivadar jubiláris alapítványa,** olyan önálló kutatáson alapuló állattani dolgozat jutalmazására fordítatik, mely a lefolyt két

év alatt a társulat folyóiratában megjelent hasonló munkák között a legjobb. Jutalma 200 korona.

4. *Schilberszky Károly milleniumi jutalomdíja*, azon növénytan, esetleg állattani, a társulat folyóiratában megjelent közleménynek, mely az utolsó három év alatt legjobbnak bizonyult. Jutalma 150 korona. Végül a választásokat ejtették meg.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléséből.

A sebészeti beavatkozás értéke typhusos bélátfűródés esetében. *Lejars* a párisi „Société de chirurgie” december 26-dikán tartott ülésén két esetről számolt be, a melyekben typhusos bélátfűródás miatt hasmetszést végeztek. Az első eset egy tíz esztendő gyermekre vonatkozik, melynél a műtét 12 órával az átfűródás megtörténte után végeztették; a beteg a rákövetkező éjjel meghalt. A második eset szerencsésebb lefolyású volt, a mennyiben a 15 éves beteg a hat órával a perforatio után végzett műtéttel meg volt menthető. Ezzel a kedvező lefolyású esetek száma 16-ra emelkedett. Bemutató még egy harmadik esetről is megemlékezik, a mely szintén halálosan végződött, meggyőződése szerint azonban csak azért, mert az eset nagyon későn került műtetre.

A bemutatáshoz fűződött eszmecsereben *Rochard* felemlíti, hogy typhus öt esetében volt alkalma sebészileg beavatkozni. Három esetben perforatio volt jelen, mind a három eset halálosan végződött, mert csak későn vették a sebészi beavatkozást igénybe. A negyedik esetben szintén bélátfűródásra tették a kórismét, a műtét alkalmával azonban nem találtak folytonosság megszakadást a bélen; a lefolyás különben zavartalan volt. Az ötödik esetben appendicitist vettek fel s e miatt operálták a voltaképen typhusban szenvedő beteget. A beavatkozás eredményes volt.

Delorme szintén észlelt egy az utóbbihoz hasonló esetet s ennek alapján utal a diagnostikai nehézségekre, melyek typhusos bélátfűródásnál jelen lehetnek.

Walther egy esetében a typhus-reconvalescensnél bélátfűródásra utaló tünetek jelentek meg, műtetre azonban nem került a sor, egyrészt a tünetek localizált volta, másrészt a beteg rendkívül rossz általános állapota miatt. Nemsokára a húgyhólyagban magától nyílás képződött és utána vesico-intestinalis fistula, mely 15 nap alatt spontán gyógyult. Különben még felemlíti, hogy az elmúlt esztendőben három olyan esetet észlelt, melyben appendicitis jelenlétére következtettek, noha perforatio nélküli typhus volt jelen.

Routier véleménye szerint különbséget kell tenni a sebészi beavatkozás prognosisa tekintetében is azon átfűródások között, melyek a typhus elején keletkeznek s azok között, melyek a betegség végén támadnak; utóbbiak rendszerint sokkal kevésbé súlyosak, mint az előbbiek.

Az *echinococcus-tömlők* tartalmának toxikus hatását illetőleg *Linossier* a párisi „Société médicale des hopitaux” december 7-dikén tartott ülésén egy kísérletét említette, melyben májechinococcus-tömlő tartalmából 365 köbcentiméter fecskendezett be egy 1820 gramm súlyú házinylú vérebe, a nélkül, hogy a legesekélyebb mérgezési tünet mutatkozott volna. Ebből azonban nem akarja azt a következtetést vonni, hogy az *echinococcus-tömlők* tartalma sohasem toxikus hatású; lehetséges ugyanis, hogy a toxinképződés a tömlő fejlődésének bizonyos szakáchoz van kötve. Másrészt az sincs kizárva, hogy a folyadék csak a házinylúra nézve nem toxikus hatású, emberre nézve azonban mérgező lehet.

A lágy sanker bacteriumának tiszta tenyészetete. *Besançon*, *Griffon* és *Le Sourd* a párisi „Société de biologie” december 8-dikán tartott ülésén felemlítették, hogy sikerült a *Ducrey-féle* bacillust tisztán kitenyészteniük. Házi nyúl véreből készült megalvált vérsavón ugyanis jól fejlődik ezen bacillus; 24 óra múlva kerek, félgömböcszerűen kiemelkedő, fénylő telepek láthatók, melyek később nagyobbodnak, szürkésékké, homályosokká válnak. A tenyésztőtálajhoz erősen tapadnak, fedőlemezen nehezen teríthetők szét. A tenyésztőtálaj condensatio vizében a bacillusok finom, hajlott, különböző hosszúságú lánczok alakjában csoportosulnak. Az említett tenyésztőtálajon a virulencia nagyon sokáig megmarad. A 11-dik generatióból vett anyaggal sikerült tipikus lágy sankert előidézni. A *Ducrey-féle* bacillus nem megalvasztott házi nyúl vérsavóban is fejlődik kis pelyhek alakjában; maga a folyadék kissé megzavarosodik; ebben a tenyésztőtálajban azonban életképessége csakhamar elvész.

PÁLYÁZATOK.

A magyar általános köszénbánya részvénytársulat tatavideki bányánál Felső-Galla bányatelepen (Komárommegye), egy bánya-alorvosi állás rendszerezittek. Ezen állással évi 2400 korona kezdőfizetés, szabad lakás, fűtés és világítás van egybekötve. Pályázhatnak csakis oly okleveles orvostudorok, kik a sebészetben való speciális képzettségüket (kórház-, sebészi gyakorlat, esetleg műtői képesítés) igazolni tudják.

Pályázatok február hó 18-dikáig alulírt társaságokhoz intézendők. Magyar általános köszénbánya részvénytársulat tatavideki bányaművelei társaságára. *Ranzinger Vincze.*

Alulírott betegsegélyző pénztárak mielőbbi belépésre orvost keresnek legkevesebb két évi gyakorlattal. A magyar és német nyelvű tökéletes ismerete megkívánatik. Évi fizetés 2000 korona, természetbeni lakás, fűtés és világítás. Magán-gyakorlat meg van engedve. Ajánlatok az alulírott betegsegélyző pénztárak egyikehez intézendők.

Brassói cellulose-gyár részvénytársaság betegs. pénztára.
Copony Márton-féle papírgyár betegs. pénztára.

2-2

Zernest (Brassó mellett).

Üresedésben levő egyéb állomások:

- I. Január 31-diki lejárattal:
1. *Gyári orvosi állomás. Zólyom.* Fizetési igény kiteendő. Czim: Budapest, VI., Dalszínház-utca 8. sz. (L. lapunk 2. sz.)
 2. *Kórházi másodorvos.* Pozsonyi közkórház. 800 korona. Czim: Pantocsek ig. főorvos. Pozsony.
 3. *Kórházi másodorvos.* Rozsnyói kórház. 1000 k. Czim: Ruber kórh. ig. Rozsnyó. (L. lapunk 2. sz.)
 4. *Rendelő orvos.* Szatmár-Németi kkh. 1600 k. (nyugdíjig). Czim: Gróf Hugomay Béla főispán, Brassó.
 5. *Körorvos.* Kapos-Palócz (Ungm.). 800 k. ft., 400 k. fuvarátalány. Czim: Kusnyinyi Gyula főszb. N-Kapos.
- II. Február 7-diki lejárattal: *Községi orvos.* Vinga. 1800 k. f., 400 k. lakbér. Czim: Török Béla főszolgabíró, Vinga.
- III. Február 10-diki lejárattal:
1. *Körorvos.* Szentgyházás-Oláhfalu. 800 k. f. és 400 k. mint fűrdőorvos. Demeter főszolgabíró, Székely-Udvarhely.
 2. *Körorvos.* Tótróna (Turócsm.). 1200 k. f. és 200 k. lakbér. Czim: Zorkóczy főszolgabíró, Stubnya-fürdő.

HIRDETÉSEK.

Dr. Rosenberg-féle

HYPOPHOSPHIT-TABLETTÁK

(Tablettae Hypophosphit sec. Dr. Rosenberg.)

A kálium, natrium, calcium, chinin, vas, mangan és strychnin alfoszforosavas sóit (az ismeretes Fellow-szörp hatóanyagait) pontosan adagolva tartalmazza olyképen, hogy egy tablettát megfelel egy kávéskanálnyi szörpnek. A tabletták a gyomorban könnyen oldódnak; ezekkel van bevonva és ezáltal fedve van a keserű íz, mely a szörp bevitelét a betegnek kellemetlenné teszi. — **Indicatiók:** Neurasthenia, Hysteria, Anaemia, Chlorosis és ezek következményei.

E tablettákat kiváló szakorvosok klinikákon, kórházakban, valamint magán-gyakorlatukban kitűnő eredménnyel rendelik.

Egy üvege (40 tablettát = 1 üveg Fellow-szörp) ára 2 K 40 fil.

Fő- és szétküldési raktár:

Dr. ROSENBERG SÁNDOR Csillag-gyógytára, Budapest, Kerepesi-út 43.

Próbaküldemény kísérletezés czéljából ingyen.

A tabletták csakis orvosi rendelre adatnak ki.

Tinctura Ferri Athenstaedt

(Ferrum. oxydat. sacch. verum.)

eredeti csomagolásban $\frac{1}{4}$ és $\frac{1}{2}$ 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.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, gőrsői és bakteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a laboratórium vezetője.

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

Dr. FRIES-féle magán-gyógyintézet

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

INZERSDORF Bécs mellett.

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

GYERMEKGYÓGYÁSZAT.

Szerkeszti BÓKAY JÁNOS tanár.

TARTALOM. *Alapy Henrik dr.*: Közlemény a Bródy Adél-gyermekkorház sebészi osztályáról. Átjárhatlan gége- és légcsőszűkület gyógyítása Thiersch-féle bőrlebeny beültetésével. — *Deutsch Ernő dr.*: Közlemény a budapesti „Stefánia“-gyermekkorházból. A gátorúr daganatairól egy eset kapcsán. — *Heim Pál dr.*: A lausanne-i egyetemi gyermekklinika. Igazgató Combe Adólf dr. egyetemi tanár. A leukocytosis a gyermekkori pneumonia és diphtheria folyamán. — *Deutsch Ernő dr.* és *Faludi Géza dr.*: Közlemények a budapesti „Stefánia“-gyermekkorház Röntgen-laboratóriumából. — **Irodalomszemle:** I. *Könyvismerítés.* — II. *Lapszemle.* — III. *Vegyesek.*

Közlemény a Bródy Adél-gyermekkorház sebészi osztályáról.

Átjárhatlan gége- és légcsőszűkület gyógyítása Thiersch-féle bőrlebeny beültetésével.

Irta *Alapy Henrik dr.* egyetemi magántanár.

Eddigél három módszerrel rendelkezünk a gége és légcső heges szűkületeinek gyógyítására, különösen azon igen súlyos természetű szűkületek kezelésére, melyek diphtheria nyomán lépnek föl és melyek részben a roncsoló folyamatra, részben a tubus nyomása folytán támadt decubitusra vezetők vissza.

1. Az intubatio segélyével való időszakos tágitás (*O'Dwyer*, *Bókay* és mások), laryngofissio és a heg átmetszésének előrebocsátásával, vagy a nélkül.¹ Mindkét variatio egynehány esetben bevált.

2. A légcső egész szűkült darabjának resectiója, az alsó csont szabaddá praeparálása, felhúzása és a felső csont-hoz való varrása. Ez a módszer is bevált már úgy állatkísérleteket először *Gluck* és *Feller*² közölték 1881-ben; igaz, hogy kísérleteiket egészen más célból végezték, t. i. a gégekiirtásra vonatkozó vizsgálataiknál csak mint segédeszközt használták a nyelési pneumonia elkerülésére. Egy újabb kutató, *Colley*,³ már egyenesen szűkület gyógyítása szempontjából végezte kísérleteit. A szűk légcsővel bíró kutyán csak szurony-metszéssel volt képes jó eredményt elérni, felső mellő lebeny készítésével. Emberen először *Küster*⁴ végezte a műtétet 1885-ben egyszerű körkörös resectióval, egy erőművi légcsőrepedés nyomán támadt szűkület esetében. Később *Eiselsberg*⁵ csinált teljes eredményel körkörös resectiót, ugyancsak trauma után keletkezett tökéletes obliteratio esetében.

3. *Merev* falzattal bíró lebeny átültetése. Ennek a módszernek több változata ismeretes. *Schimmelbusch*⁶ és *König*⁷ a szegycsontból vették a kocányos bőr-csonthártya-csontlebenyt, *Lardy*⁸ kulcsesontból, ifj. *König*⁹ a paizsporcából készített bőrporc-lebenyt, végül *Mangoldt*¹⁰ igen szellemes és eredeti eljárást honosított meg a sebészeten, midőn először a nyak bőre alá ültetett át egy bordaporc-lebenyt és csak 8 hó múlva,

midőn a porcz életben maradásáról meggyőződött, transplan-tálta a porcot az azt borító kocányos bőrlebenyvel együtt a paizsporc szétfeszített lapjai közé.

Ezek az eddigél *eredményel* alkalmazott módszerek. Ezek kivül még egy eljárás kísértetett meg, melyet azonban a sikeres módszerek közé eddig nem lehetett sorolni. Ugyanis *Gersuny* 1895-ben egy intubációs szűkületet oly módon próbált meggyógyítani, hogy a heg kimetszése után Thiersch-féle bőrlebenyt ültetett át a gégebe. Ezt a kísérletet azonban sikerületlennek kell tekinteni, a mennyiben a gyermek a lebeny begyógyulása daczára a szájon át csak kilégzeni tudott, de nem volt képes belégzeni s így a tracheal-cánule viselésétől a műtét által sem szabadított meg.¹

Egy általam tökéletes eredményel operált eset kapcsán hangsúlyozni óhajtom, hogy ez a *negyedik módszer* nemcsak létjogosultsággal bír, de — alkalmas esetekben — a legelőnyösebb eljárás. Az a módszer t. i., mely *laryngofissióból* (ill. *laryngo-tracheo-fissióból*), az *elzáró heg kiirtásából* és az *így támadt nyákhártyahiány takarására Thiersch-féle bőrlebeny átültetéséből* áll.

A 4 éves H. József 1897. szeptember 27-dikén vétetett fel a Bródy Adél-gyermekkorház diphtheria-osztályára. A nehéz légzés ellen fogatosított intermittáló intubálást kilencz napon, illetve 172 órán át alkalmazták. A szabad közök, melyekben a gyermek tubus nélkül tudott légni, mindinkább rövidültek, míg végre nyolczadnapon egyáltalán nem lehetett többé extubálni, minthogy a fiúcska a cső kihúzása után azonnal fuladozni kezdett.

Október 5. *Alsó tracheotomia.* Az utókezelésben az október 10-dikén a jobb oldali középlebenyben fellépett tüdőlob folytán a gyermeket 35 napon át nem intubálták. A november 10-dikén megejtett első kísérlet alkalmával kiderült, hogy már a legvékonyabb tubust sem lehetett többé bevezetni. Ép úgy meghiúsult a tüdő segélyével megkísértett sondázás felülről, valamint a légcsőspolyból alulról megpróbált sondázás is. Erre a gyermek áttétetett a sebészi osztályra.

December 27. *Laryngofissio* chloroform-narcosisban, tamponcanule nélkül, lelőgő fejtartásban. A gyűrűporcz, az első légcsőgyűrű és a paizsporc alsó felének felhasítása után feltárván a géget, láthatóvá vált a gége üregét elzáró tömör heg, melyet átmetszettem, mire a gégebe selyemfonalat húztam, melynek felső végét az orron, alsó végét a sipoly-nyíláson (a régi tracheotomia helyén) vezetvén ki, a két véget kivül összekötöttem. A műtét utáni nyolczadik naptól kezdve 2—3 napos időközökben a fonál vezetése mellett tágitani kezdtem a géget fokozódó vastagságú rugalmas bougiekkal, azon eljárás szerint, melyet „Sondiren ohne Ende“ elnevezés alatt *Hacker* alkalmazott először a bázsing heges szűkületeinél. Daczára annak azonban, hogy 21 Charrière számú műszerek könnyen voltak a szűkült részen átvezethetők, több hónapon át folytatott ily kezelés után sem volt a fiúcska képes a gégen át tovább kilégzeni, mint pár perczig minden ülés után. Belégzeni pedig egyáltalán nem tudott.

1898. július 14. *Laryngo-tracheofissio* chloroform-narcosisban, lelőgő fejtartásban. Az előbbi metszés ismétlése után a műtét tér kicsinek bizonyult a tervezett műtét végrehajtására, miért is a paizsmirigy isthmusának kettős leköttése után átmetszettem azt az egész légcső-részletet, mely a tracheotomia és a laryngofissio sebei között feküdt. Most igen jól át volt tekinthető a műtét tér és a géget elzáró heg. Ezt a heget, mely a gyűrűporcz nívójában egy centimeter magasságban teljescen kitöltötte a gége üregét, csipő és kés segélyével kiirtottam; a kiirtás után a gyűrűporcz és az első légcsőgyűrű szabadon feküdt a seb fenekén. A nyákhártyában támadt anyagihiányt ekkor oly módon borítottam a *czomb* belfelületéről vett Thiersch-féle bőrlebenyvel, hogy az anyagihiánynál valamivel nagyobb bőrlebenyt sebfelületével kifelé fordítva egy 2 cm. hosszú hengerré csavart gaze-darab köré göngyöltöttem s az ily módon fölszerelt hengert a sebüregebe behelyezve, fölötte a géget és légcsövet két ideiglenes varrattal elzártam. Már a varratok

¹ Az idevágó irodalom idézve: *Bókay*, Application de l'intubation etc. Paris, 1898.

² Die prophylactische Resection der Trachea. Archiv f. klin. Chir. XXVI. köt.

³ Die Resection der Trachea. Eine experimentelle Studie. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 40 kötet. 150 l. 1895.

⁴ Az eset részletes leírása a *Colley*-féle dolgozatban.

⁵ Zur Resection und Naht der Trachea. Deutsche med. Wochenschrift. 1896. 22. sz. 343. l.

⁶ Zur Deckung von Trachealdefecten. Verhandl. d. Deutschen Ges. f. Chir. 1893. 78. l.

⁷ Ersatz eines grossen Trachealdefectes. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 1897. 95. l.

⁸ Contribution à la chirurgie des voies respiratoires. Revue méd. de la Suisse Romaine. 1893. 1. sz.

⁹ Zur Deckung der Defecte in der vorderen Trachealwand. Berl. klin. Wochenschr. 1896. 51. sz.

¹⁰ Ueber die Einpflanzung von Rippenknorpel in den Kehlkopf zur Heilung schwerer Stenosen und Defecte. Arch. f. klin. Chir. 59. köt. 926. l. 1899.

¹ *Galatti*, Über Narbenstricturen nach Intubation. Leipzig, 1896

alkalmazása előtt látszott, hogy a kicsavarodni törekvő gaze-tampon a bőrlebensny pontosan ráilleszti, sőt rányomja a gége sebfelületére.

Láztalan, sima lefolyás mellett a gyermek harmadnap már fölkel. Nyolczadnapon félarcosiban eltávolítottam a varratokat s a géget óvatosan ismét szétárva, a gaze-hengert kiemeltem. Kitűnt, hogy a bőrlebensny a seb egész kiterjedésében szépen meg volt tapadva. Erre a régi canulet eltávolítva, helyébe kürtös canulet helyeztem a légesőbe és gégebe, mire másodlagos varratokkal a sebet végleg elzártam.

A műtét utáni tizedik napon a fiú először volt képes egy órán át légezni canule nélkül, a légesősipoly elzárása mellett. Most ismét intubálni kezdtük a gyermeket. Eleinte úgy az intubációt, mint a természetes úton való lélegzést megnehezítette egy az álhangszalagokon, különösen a jobboldalin támadt lobos duzzanat. Ez a duzzanat azonban lassanként lelohadt, úgy hogy midőn az esetről a budapesti kir. orvos-egyesületben 1899. február 11-dikén *Bókay J.* tnr. egy betegbemutatásán kapcsán referáltam, a gyógyulás már annyira előre volt haladva, hogy a fiúcska még naponként egy órán át volt intubálva, különben pedig canule és tubus nélkül, betapasztott sipolynyílás mellett egész napon át szabadon lélegzett.

Miután május első napjaiban végre a légesősipoly is behegedt, a gyermeket az orvosegyesület 1899. május 27-dikén tartott szakülésében mint teljesen gyógyult esetet mutathattam be.

A gége tükörlelete (*Neubauer dr.*) következő volt: A nyálkahártya halavány rózsaszínű. A kannaporcziókat mindkét oldalt szabadok. A jobboldali álhangszalag kissé duzzadt. Valódi hangszalagok nem láthatók. A duzzanat alatt a gége ürtere szabad, a nyálkahártya közvetlenül a duzzanat alatt még halavány rózsaszínű, alább szürkés-fehéren fénylő.

A kórházból való elbocsátásakor a gyermek még csaknem hangtalan volt, később azonban hang kezdett képződni, mely az 1900. év nyarán, midőn a fiúcska a járórendelésen ismét bemutatta magát, még kissé rekedt volt, de erőteljes és nagyobb távolságra is jól hallható. Az ekkor ismételt gégetükri vizsgálat alkalmával kitűnt, hogy a hangot az álhangszalagok vibrációja képezi.

Tudtommal ez az első eset, melyben egy átjárhatlan gégeszűkületet a heg kimetszésével és Thiersch-féle bőrlebensny beültetésével tökéletesen meggyógyítani sikerült.

Közlésem óta még két eset operáltatott Thiersch-féle bőrlebensnynek a gégebe való beültetésével. Az egyik² nem tartozik ide, miután a transplantatio nem szűkület gyógyítását célozta, hanem csak oly szűkület megelőzését, mely papilloma kiirtása után támadhatott volna. A másikban³ az indicatio és a műteti eljárás egészen hasonló volt, mint az én esetemben, az eredmény egyelőre még nem tökéletes.

Sikeres műtétek sorozatára tehát nem hivatkozhatom; azonban már egyetlen sikerült esetet is elegendőnek tartok arra, hogy be legyen bizonyítva, miszerint ez az eljárás arra való esetekben célravezető. Persze, hogy nem minden eset alkalmas rá. Mert ha a roncsoló folyamat oly mélyreható volt, hogy a porcós váz is tönkrement (ilyen esetet magam is láttam), akkor bőrlebensny beültetésével semmit sem értünk el. A legjobb esetben is csak puha falzatú tömlőt sikerült készítenünk, melynek ürtere elég tág lehet ugyan, de melynek falai a belégzés legcsekélyebb negatív nyomásánál összeesnek és így a belégzést lehetetlenné teszik.

Ilyen esetben azután csak a resectio és a merev falzatú lebensnyátültetések valamely módszere közt lehet választanunk. Bár ez utóbbiak mindegyikével már értek el többé-kevésbé tökéletes eredményt (*Schimmelbusch, König, Mangoldt*), mégis úgy vélném, hogy ezek a módszerek inkább a gége és légeső mellő falában levő nagy defectusok takarására valók (erre a célra kiválóan alkalmasak), mint a szóban forgó célra. A gége és légeső porcziánnyal egybekötött obliteratiójának gyógyítására a resectiót vélném idealisabb eljárásnak.

Ellenben azon szűkületek kezelésére, melyekben a gége (illetőleg légeső) porcós váza a szűkület helyén még teljesen vagy legalább legnagyobb részében meg van tartva, aránylag leegyszerűsítve és legelőnyösebbnek tartom a *Gersuny* által kiészelt és teljes sikerrel általam először alkalmazott bőrátültetési módszert.

¹ *Bókay János*: Heges gégeösszenövés operált és gyógyult esete.

² *Lénárt*, Thiersch-féle transplantatio a gégebe és légesőbe. Orv. Hetil. 1900. 13. sz. melléklet.

³ *Herczel*, A gége heges obliteratiójának műtett esete 3 éves gyermeknél. Közkórházi orvostársulat XIV. bemutató szakülése 1900. október 24-dikén.

Közlemény a budapesti „Stefánia“-gyermekórházból.

A gátorúr daganatairól egy eset kapcsán.

Deutsch Ernő dr. segédorvostól.

Bár már 1703-ban *Boerhave* „opera omnia medica complectentia. Atrocis rarissimique morbi historia altera“ című munkájában egy 7 fontos mediastinalis steatomát irt le, mindennek dacára *Leube* a valóban klasszikusan megírt „Specielle Diagnose der inneren Krankheiten“-ben e tárgyra vonatkozólag joggal állítja a következőket: „Selbst, wenn man über ein grosses Krankenmaterial verfügt, hat man verhältnissmässig selten Gelegenheit, Mediastinaltumoren zu diagnosticiren; kleine Tumoren entziehen sich, solange sie keine Druckerscheinungen machen, ganz der Diagnose, aber auch grössere Tumoren mit ausgeprägten Erscheinungen bieten bezüglich der Diagnose nicht nur dem Anfänger, sondern auch dem geübten Diagnostiker mannigfache Schwierigkeiten, so dass die Erkennung der Mediastinaltumoren unter allen Umständen genaueste Untersuchung und reifliche Überlegung verlangt.“ Ez oknál fogva nem találtam feleslegesnek a mediastinalis tumorok casuistikáját egy, a „Stefánia“-gyermekórházban általam észlelt, s *Bókay János tanár* által rendelkezésemre bocsátott esettel gyarapítani s vele kapcsolatban rövidesen a mediastinalis (a hyperplasia s tuberculosis glandularum peribronchialium-tól eltekintve) tumorok kórképére kitérni, annál is inkább, mivel a gátorúr új képleteivel a legnagyobb gyermekgyógyászati munkák is igen mostohán bálnak el.

A gátorúr daganatainak kóroktanában egy bizonyos praedispositio mellett (*Schmauss*), meghülést (*West*) s traumát (*Eichhorn, Corvisart, Gordon*) szerepeltetnek a szerzők. Ezen aetiologikus momentumokra vonatkozólag felelte helyesen jegyzi meg *Hoffmann* (Erkrankungen des Mediastinums 1896): „Ich kann sie aber doch zur Zeit nur für Redensarten oder ziemlich billige Hypothesen erklären“.

A nem szerinti eloszlást illetőleg következő adatokat gyűjtöttem össze a rendelkezésemre álló irodalomból: *Bennet* 39 esete közül 20 férfi, 19 nő; *Riegel* adatai alapján az arány férfi s nő közt: 2:4:1:1. *Eichhorst* 35 adatot gyűjtött össze, ezek közül 26 férfi, 9 nő, — saját, 38 gyermekre vonatkozó összeállításomban 29 a fiú, 9 a leány. A korra vonatkozó adatok: *Pless* 25 esete közül 11 esik a 20—30-dik, 5 a 30—40-dik életévre. *Eger* 55 esete közül 16 esik a 20—30-dik, 13 a 30—40-dik, 9 a 40—50-dik, 6 az 50—60-dik évre, 5 eset a 20, s egy a 10-dik életév alatti időszakra jut. *Eichhorst* összeállítása 34 esetre vonatkozik; ezek közül 1—10 éves 4, 10—20 éves 5, 20—30 éves 9, 30—40 éves 7, 40—50 éves 5, 50—60 éves 3, 60—70 éves 1. *Bollag* („Über Mediastinaltumoren im Kindesalter“) adatai szerint 100 gátorúr újképlet közül 8 esik a 15 év alatti időszakra.

A gyermekkori mediastinalis tumoroknak a daganatok közti gyakoriságát illetőleg érdekes *Espine* és *Picot* (Manuel pratique des maladies de l'enfance 1894) feljegyzése, mely szerint 750 malignus tumorra 27 mediastinalis jut. A mióta a daganatok kórismezésében a göröső játszik döntő szerepet, azóta a gátorúr daganatai is más megítélés alá esnek. Feltűnő a régibb (különösen angol) közlésekben a rák gyakorisága, szemben a többi álképletfajjal; oka e diagnostikai tévedésnek leginkább a görösői vizsgálatnak meg nem ejtése (*Josephsen* 46 esete közül csak 11-nél végeztetett görösői vizsgálat). A mióta a mikroszkop az öt megillető szerepet bírja, az álképletek kórismezésében, a carcinomák mindinkább háttérbe szorulnak a többi daganatfajjal szemben. A modern szövettani technika tökélye dacára akárhányszor kész lehetetlenség különböző kórisme sarcoma s carcinoma közt. A tulajdonképeni sarcomák megint elkülönítendők a lymphosarcomáktól (a megkülönböztetést *Kundrát*-nak köszönhetjük, ki 50 észlelet alapján éles határt vont a két daganatfaj között). Igen gyakoriak a lymphadenomák, melyek növekedésük s roncsoló képességükre nézve különböznek a lymphosarcomáktól. *Krönlein* egy congenitalis lipomát közölt, a mely esetet *Langenbeck* operált volt. Az Archiv

f. Chirurgie XVIII. kötetében *Gussenbauer* egy hasonló esetet ismertet. Fibromák s osteomák (*Pastau* és *Barclay* esetei) ritkák. Csont-, fog-, hajtartalmúak a dermoid cysták, melyekhez számítható a teratoma myomatodes is (*Virchow*); egyéb cystosus daganatokat is találunk feljegyezve az irodalomban. Igen ritkák az echinococcusok. *Thomas* 1897 echinococcus közül négyet talált lokalizálva a mediastinumban. *Neisser* (Die Echinococcenkrankheiten 1877) három esetről számol be. Leukaemiás s pseudoleukaemiás daganatok aránylag elég gyakoriak. *Wölfler* munkálatai igen érdekes felvilágosítást adnak a retro-sternalis, clavicularis strumákról; *Wuhrmann* (Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, Bd. XLIII. 1893) 75 benignus- s 16 malignus-esetet ír le. A foramen Morgagni-n át néha herniae diaphragmaticae jelentkeznek.

A mi az egyes daganatfajok gyakoriságát illeti, ritka szorgalomra mutat *Hare* 520 esetre vonatkozó összeállítás (The pathology clinical history and diagnosis of affections of the mediastinum 1889), ezek közül 134 carcinoma, 115 tályog, 98 sarcoma, 21 lymphoma, 16 nem genyes gyulladás, 11 cysta dermoides, 8 echinococcus, 7 fibroma, 6 haematoma, 104 különböző daganatfaj van feltüntetve. *Riegel* (Virchow's Archiv 49. Zur Pathologie u. Diagnose der Mediastinaltumoren) 42 esetére 33 carcinoma s sarcoma, 4 fibroid daganat, 5 cysta dermoides esik. *Strausscheid* (Dissertation. Bonn. 1887) 112 esete közül 46 a rák, 30 a sarcoma, 8 a lymphoma malignum, 12 a dermoid cysta, 5 a fibroma. *Frankenhäuser* 90 carcinomáról, 21 lymphoma s lymphadenomáról, 14 dermoid cystáról, 8 echinococcusról, 7 fibromáról tesz említést. Cikkekben végén látható összeállításban 11 lymphosarcomát, 5 sarcomát, 3 lymphomát, 9 rákot, 1 lymphadenomát, 1 tumor cysticust, 1 tumor pulsans, 1 lymphoma malignumot, 5 meg nem vizsgált daganatot találunk feltüntetve.

Herz (Ziemssen Bd. V.) állítása: „Im Allgemeinen ist es bei dem meisten Geschwülsten des Mediastinums schwierig, ihren ersten Ausgangspunkt mit Sicherheit nachzuweisen, da bei ihrer Größe und Ausbreitung eine Anzahl verschiedener Organe die Geschwulstbildung mit hineingezogen sind“, határozottan az egyetlen helyes álláspont; mindannak dacára, néha a daganat kiinduló pontjának meghatározására a lehetőség meg van adva. Körülbelül a mult század közepéig a szerzők a glandula thymus-t szerepeltetik, mint a mediastinalis tumorok főkiindulási pontját (*Tozzetti*. Raccolta di opuscoli medico pratici; *Falcon*, London med. Gaz. 1835; *Astley Cooper*, The anatomy of thymus gland. 1832). *Friedleben*, *Hahn*, *Thomas* (Archives générales 1879) már rezerváltabb álláspontokat foglalnak el. *Letulle* (Archives générales 1890) állítása, ha a tumor helyzete megfelel a „loge thymique“-nek, s a gátorürmirigyek, mint kiindulási hely, kizárhatók, valószínű a thymusból való eredet, nem igen szabatos. „Das Auffinden von geschichteten sogenannten Hassal'schen Körperchen in mikroskopischen Präparaten der Geschwülste gibt den sichersten Beweis dafür, dass diese aus dem Thymus hervorgegangen sind“ (*Orth.*) manapság már nem állja meg helyét, mert a legújabb pontos szövettani buvárlatok bebizonyították, hogy a Hassal-testecsekhez hasonló képletek carcinomák s cancroidokban akárhányszor észlelhetők. Legújabbban *Grandhomme* (Über Tumoren des vorderen Mediastinums und ihre Beziehungen zu der Thymusdrüse 1900) a thymoma s thymosarcoma nomenclaturát ajánlja. A lymphosarcomák sem jellegzőek a thymusból való eredetre, bizonyítja ezt *Köster* (Berlin. klin. Wochenschrift, 1887) esete (7 éves gyermek), melynél a bonczolat ép thymus mellett ily fajta daganatot derített ki (kiinduló pont valószínűleg egy mediastinalis mirigy volt). *Bollag* (Über Mediastinaltumoren im Kindesalter) 18 esete közül 7-nél tud be thymikus eredetet. *Edwards* (Arch. of Pediatrics VI.) 31 esete java részét kedezmirigyből kiindulónak veszi fel. *Sanné* (Traité des maladies de l'enfance III) igen szigorú kritikával bírálja az eseteket s csak *Stendener* (Virchow's Archiv. LIX. 79) s *Soderbaum* (1878 Eskilstuma) eseteit ismeri el határozottan thymusból eredőnek. *Letulle* a thymusnak mintegy agkori involúciójában keresi a fiatalkori mediastinalis rák gyakoriságának magyarázatát. A mediastinalis dermoid cystákat részben kedez-

mirigyből (*Marchand* s *Pinders*) eredőnek tekintik, más szerzők a VI-dik kopolyúv lefűződéséből támadónak vélik. Az összes autorok által a leggyakoribb kiinduló pontnak a mediastinalis mirigyek vannak elismerve, ezek után peribronchialis s subpleuralis kötőszövet, hörgők fala s tüdők szerepelnek, mint carcinomák s sarcomák eredő pontja. Mediastinalis kötőszövet excessív hyperplasiájából erednek a lipomák. A sternum belfelületein lefolyó scrophulotikus s luetikus folyamatok következményeként keletkeznek néha osteomák. A Magyar Orvosi Archivum 1893-dik évfolyamában *Scheuthauer* közöl egy, az irodalomban unicumként szereplő gátorüregdaganatot, mely egy lefűződött fejlődött tüdődarabból indult ki.

A mi az újképletek elhelyeződését illeti, az gyakoribb a mellső, mint a hátsó gátorürben. *Hare* szerint az arányszám 3:1, *Eger* adatai alapján 29:15, *Wilson Fox* eseteiben kétszer annyi az újképletek száma a mediastinum anticumban, mint posticumban.

Más szervek álképleteinek áttéti góczaként is szerepelhet a mediastinum, ily esetet ír le *Zuber* a „Traité des maladies de l'enfance“ IV. kötetében (egy 2 éves gyermek renalis sarcomájának metastasisa a gátorürben).

A lefolyást illetőleg, ez igen gyors s felette lassú lehet. *Lebert* szerint a tartam átlaga 13 hó. *Destord* szerint 3—7 hónap, *Walche* adatai alapján a lefolyás maximuma 27, minimuma 3—5 hó. *Eger* (42 eset) szerint a leghosszabb lefolyási időszak 7 év, 32 esete 2—12 hó közt ingadozott. Ritkaság számba megy *Jaccoud* esete 8 napi tartammal. 3 év a tartam maximuma, 3 hét a minimuma saját összeállításom szerint.

A mediastinalis tumorok tünettana az újképlet kiinduló pontjának megfelelően igen gazdag változatokat mutathat. Érdekes jelenség, hogy nagy kiterjedésű tumorok is vannak leírva, melyek tünet nélkül folytak le (1893-ban *H. Förstner* ily 12 cm. széles, 9 cm. magas cystikus daganatot közölt).

Mint minden malignus tumornál, úgy a gátorür rosszindulatú daganatainál is jelentkezik idővel egy cachectikus állapot. Gyakori panaszok: nehézség érzete a thoraxban, diffúz fájdalmak, paresthesiák, kisugárzó fájdalmak a nyak s felső végtagokban, intercostalis neuralgiák. A betegek hőmérséke lázas (intermittáló jelleggel rákos s sarcomás megbetegedések-nél), normalis vagy subnormalis.

Megtekintés: a betegek néha légzésükön könnyítendők, extravagans testtartásúak. (A fej erősen hátra vagy előre hajlítva.) A daganat kiterjedésének megfelelően a sternum vagy egy egész thorax fél elődomborodó, a gerincoszlop dislocált s cirrhosus tumornál behúzódás észlelhető a mellkason. Az előredomborodást ex- vagy transsudatio is okozhatja. A daganatnak megfelelő mellkasfél légzésben visszamaradhat. Néha élénk pulsiót észleltek, „mintha két szíve volna az egyénnek“ (*Letulle*), ez lehet a szív vagy aorta részéről közölt, vagy a daganat saját edényzete által okozott. A daganat feletti bőr sima, nem ráncos, fénylő, kanyargós viszerekkel tarkázott. Néha nyak, váll, karok s sternumon vizenyőt irnak le a szerzők. Félénk arczkifejezés, kidülledt szemek, duzzadt glandula thyreoidea, dislocált larynx s trachea elég gyakran észlelt tünetek. Orthopnoëig fokozódó dyspnoë igen gyakori (trachea, tüdő, edény, szív összenyomtatás, a glottis tágitók idegbénulása, vagy a glottis szűkítők idegizgalma következtében.) Röntgen-sugarakkal pontos kórismét állapíthatunk meg. „Bei einigermassen vorgeschrittener Tumorbildung lässt sich durch den deutlich sichtbaren gut begrenzten Schatten meist, zu beiden Seiten des Sternums die Diagnose des Mediastinaltumors sichern.“ (Handbuch der praktischen Chirurgie. Bergmann. Bruns. Mikulicz. Band II.) Igen pontos adatokat szolgáltat *Weinberger* tanulmánya (Über die Röntgenographie des normalen Mediastinums, 1900. Zeitschr. für Heilkunde) a gátorür röntgenezését illetőleg. *Grunmach* szerint (XII. Congrès international de Médecine) aorta aneurysmától csupán aktinogrammok segítségével volt képes akárhányszor kórismét gátorür daganatra tenni. A köpet nyálkás, genyes, véres, kivételesen álképlet-részleteket tartalmazó (ha a daganat áttört a tüdőkbé, *Burmeyer* 1895); hajak kiköppése dermoid cystára jellemző.

Tapintás: Hónaljban s kulcsont felett gyakran tapint-

hatók mirigyek, kivételesen palpálható az áttört álképlet, más-kor a tapintó ujj a jugulumban érzi a daganatot (nehány sebészi tankönyvben, a bőr előleges bemetszése ajánlatik a jugulum felett, hogy így legyen hozzáférhető a daganat kórismézés szempontjából). A fremitus pectoralis gyengült vagy erősödött, a szerint a mint a tumor solid vagy üreges (*Leube, Eger*). A „Deutsche medicinische Wochenschrift“ 1900-as évfolyamának 8-dik számában a Fraenkel kóródáról, *Auerbach* gátorúrdaganatok egy új tünetéről a következőképen tesz említés (Das Oliver-Cardarelli'sche Symptom bei zwei Fällen von Mediastinaltumor): „Schiebt man bei dem mit leicht rückwärts gebeugtem Kopf aufrecht sitzenden Patienten mit Zeige- und Mittelfinger den Ringknorpel leicht nach aufwärts, so fühlt man ein bei anhaltender Respiration sehr deutliches systolisches Abwärtszucken des Kehlkopfes (*Oliver*). Drängt man, den gekrümmten Zeigefinger der rechten Schildknorpelplatte anlegend, den Kehlkopf leicht über die Mittellinie nach links, so nimmt man eine deutliche Pulsation des Kehlkopfes von links nach rechts wahr, während beim Hinüberdrängen desselben nach rechts eine seitliche Pulsation nicht statt hat (*Cardarelli*)“. *Fränkel* 1899-ben figyelmeztetett e symptoma fontosságára aneurysmáknál. *Auerbach* közlése az első, a mely gátorúrdaganatoknál is említi e symptomát. E tünet csak oly eseteknél jelentkezik, hol a daganat az aorta ivét a hörgőhöz szorítja, vagy ha a tumor az arcus aortae alsó felszine s a hörgő közt fekszik, végre ha az álképlet a trachea s az arcus convexitásával van összenöve.

Kopogtatás: „Eine dauernd in ihren äusseren Konturen sich gleich bleibende unregelmässige Dämpfungsgrenze über den Lungen kann nur durch eine kompacte Masse bedingt sein“ (*Wentscher*). Ex- vagy transsudatio által okozott tompulat nívauját változtatja s csapolás után visszafejlődik, míg a daganat tompulatja változatlan marad s végre ha a fekvő beteget felemelve, mellül tompulat kimutatható s hátul nem, ez ex- vagy transsudatio ellen szól. *Pastau s Johnson* közölnek eseteket tompulati eltérés nélkül, mi kicsiny s mély fekvésű daganat mellett tanuskodik. Más esetekben igen hangzatos a kopogtatási hang az álképlet felett „le poumon est plus sonore que normalement“ (*Letulle*), mi valószínűleg a tüdőnek a mellkasfalhoz nyomatása által van feltételezve. Szívtompulattal összefolyó daganat által adott tompulatok, néha pericarditissal való összetévesztésre szolgáltatnak alkalmat, jó különbözeti momentum a tompulat háromszögletes volta szívburkolobnál.

A hallgatódzasi adatokat illetőleg a következőket találtam feljegyezve az irodalomban: *Leube* szerint a légzés gyengült sejtés, határozatlan vagy gyöngén hörgi a tumor felett. *Lebert s Eger* közléseikben a gyengült vagy teljesen hiányzó légzési zörejről tesznek említést. A tüdők feletti hallgatódzasi lelet nagy mértékben függ a hörgők összenyomatásától. Néha a fej hátrahajtása a vena innominata sinistra összenyomatását eredményezi, minek következménye visszérzúgás a manubrium sterni felett. A beteg hangja néha halk, máskor susogó, kivételesen aponia is észleltetett. A daganat vezetőképessége szerint a szívhangok erősen vagy gyöngén hallhatók. A szív basisán néha systolikus zöreje hallható, mely az arteria pulmonalis összenyomatásának eredménye. *Curschmann* a gátorúrdaganatai s folyadékgyülem közt differential diagnostikus momentumként hozza fel a szívhangoknak erős hallható voltát a thorax háti felületén.

A daganat nyomást gyakorolva a vagusra, trachy- vagy bradycardiát hozhat létre. Egy vagy kétoldali recurrens compressio a megfelelő tüneteket szüli (gégetükrözés végzendő minden mediastinalis tumorra gyanus esetről). Igen tanulságos *Andersen* betege, ki különböző testtartásnak — a n. recurrens compressio különböző fokának megfelelően — a rekedtség különböző intenzitását mutatta. A pupillák nyujtotta kép is igen változatos lehet (n. symphatikusra gyakorolt izgalomnál mydriasis, myosis az ideg tönkre menetelekor. *Demme* Würzburger med. Zeitschr. III. 1862). *Rosbach* ismertette eseteknél érdekes a connexus respiratio s pupillaris viszonyok közt. *Pfeiffer* „Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde Bd. I.“ említést tesz egy mediastinalis álképletről, mely a n. ulnarisra gyakorolt

nyomást. Vesefájdalmak vagy lumbagóval téveszthetők össze a gátorúrtumorok által okozott zsábák a n. phrenikus mentén. Az intercostalis neuralgiákat már felemlítettem.

A daganat a szívet dislocálja, majd comprimálja, összenő a szívburokkal, sőt az egész szívet pánczélszerűen körül veszi. Az aorta összenyomatása pulsuskülönbözetet idézhet elő, mi felnötteknél aorta aneurysmával való összetévesztésre vezethet. A vena cava superior összenyomatása cyanosist, oedemákat (arcz, nyak s karokon), visszer hálózatot, trachealis s nyelőcsővérzéseket szülhet. Kivételesen a ductus thoracicus nyomatik össze a daganat által; ilyenkor a chylus nem jut a vérbe s a beteg feltűnően lesoványszik (*Have*). Az oesophagus compressiója dysphagiát hoz létre.

A tünetekre, de még inkább a lefolyásra nagy befolyással van a tumor faja. Természetes, hogy egy malignus daganat más megítélés alá esik, mint egy jó indulatú. E helyen csak azt tartom kiemelendőnek, hogy a rákok lassan nőnek, de az útjukba eső szerveket devastálják (edényeket arrodálják, idegeket keresztül nővik, csontokat usurálnak), a lymphosarcomák gyorsan nőnek, dislocálnak, a szerveket körülölelik, de nem devastálnak. Még egy daganatfajt akarok külön felemlíteni: a dermoid cystákat. *Eckehorn* 30 eset alapján (*Archiv für klinische Chirurgie* 1898) alapos tanulmányt irt e tárgyról. *Kirmisson* szerint jellemző a dermoid cystákra, hogy kezdetük a pubertásra esik s a lefolyás lassú, lappangó, úgy hogy a baj természetéről gyakran csak az autopsia ad felvilágosítást.

A therapiát illetőleg, a belső szerelésnél, a fájdalmak enyhítésére s az egyes tünetek leküzdésére törekedhetünk (lues s pseudoleukaemiánál higany s arzén a souverain fegyverek). A merész modern sebészet a sternum és bordák resectiójával próbálkozik a gátorúr újképletének radikális gyógyítására. A legkecsegtetőbb eredményeket adják a dermoid cysták [*Eckehorn* 7 gyógyult esetről számol be. *Pflanz* (Über Dermoidcysten des Mediastin. antic. Zeitschr. f. Heilkunde. XVII.) újabban a *Wölfler* kóródáról közöl egy sikeresen operált dermoid-cystát]; itt néha a sternum lékelése s jodbefeckendése a cystába, elegendőek szép eredmény elérésére.

Mondottak előrebocsátása után az általam észlelt eset vázolására kívánok áttérni: *H. János* 15 éves egyen három ízben lett kórházunkban kezelve, először 1897. december 8-dikától 1898. február 30-dikáig. 1898. április 14-dikétől május 1-jéig másodizben, utoljára pedig 1898. november 26-dikától december 25-dikéig. Apja tüdővészben halt meg. Anyja szolgáltatta előzmény igen hiányos, még a felől sem tud felvilágosítást adni, hogy miért lett fia jobb alsó végtagja csonkolva. Az első alkalommal felvett jelen állapotból kiemelendők: Jobb alsó végtag a csonb középső harmadában csonkolva. Dobverő ujjak, dyspnoé. Bal thorax-fél légzésnél visszamarad. Baloldalt hátul az V. bordától lefelé tompulat, éles hörgi légzés, erősödött bronchophonia s fremitus pectoralis. Jobb parasternálvonalban a IV. bordán kezdődő, májtompulatba átmenő, jobb felé a bimbóvonalig terjedő s bal felé a szívtompulatba átmenő tompulat, mely felett kissé gyengült a légzés. 39.5 temperatura, 140 pulsus, 46 légzésszám. December 12. Lelet változatlan.

December 15. Baloldali tompulat mellfelé terjed, oldódási s dörzszörejek. Szívhangok tompák, tiszták, pericardialis zörejek.

December 18. Tomputat baloldalt hátul feltisztult, felette bő, durva, ropogó zörejek. Jobboldali tüdőviszonyok változatlanok.

December 28. Punctio-pericardii eredménytelen, pleurae dextrae-nél, bő véres izzadmány ürült; görcsövi vizsgálat: vörös s fehér vérszövetek, tuberculosis bacillusokra a vizsgálat negatív.

1898. január 3. Baloldalt lapocszöglettől s mellül a III-dik bordától lefelé resistens tompulat, mely felett légzés nem hallható. Baloldali tüdőviszonyok a régiék.

Január 6. Jobboldalt hátul tompulat kissé feltisztult, mellül változatlan.

Január 10. Status idem.

Január 18. II-dik bordán kezdődő tompulat jobboldalt mellül. Január 20-dikán IV-dik borda közben negatív eredménnyel szűresapolás. Kórisme. Pleuro-pneumonia l. sin. (bal thorax fél légzésnél visszamarad, erősödött bronchophonia s fremitus pectoralis, tompulat, hörgi légzés, dörzszörejek jelzett helyen), pleuritis l. dext. (resistens tompulat, alig hallható légzés, punctio positiv), pericarditis (pericardialis dörzszörejek), degeneratio glandularum peribronchialium (felvétel óta folyton növekedő tompulat a thorax mellső részén, gyengült légvétel, negatív punctio).

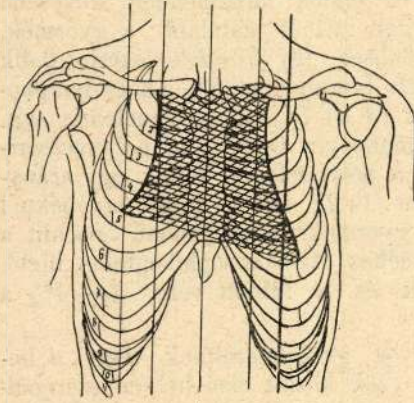
Másodizben, bal térd s boka fájdalmas duzzanata miatt lett kezelve a sebészi osztályon; a sebészi kórisme: gonitis fungosa sinistra (gypszkötés); a status praesensből a gátorúrdaganatra vonatkozó adatok a következők: thorax mellső falán érhálózat, mediastinalis táj erősen elődomborodó; jobb kules feletti árokban galambtojásnyi mirigy, pöffedt

arcz, kanyargós nyaki visszerek, sternumnak megfelelő tompulat, gyengült légvétel. A jobb kulcsosont s tövis feletti s alatti árkokban tompulat, hörghi légzés, ropogó zörejek (pneumonia chronica).

1898. november 26 dikán kereste fel harmadizben intézetünket a beteg. Végtagok vizenyője. Sternumtájéka elődomborodik, kezdődve a jobb szegycsont izületnél, emelkedve a bimbóig, s onnan éles határ nélkül a környezetbe átmenve. E tájnak megfelelően tompulat (lásd 1-ső ábrát), felette hörghi légzés. Punctióval nyert szövettörmelék tuberculosisra való vizsgálata negatív, nemkülönben a köpetvizsgálat s tuberkulin reactio. Vizelet vizsgálata negatív, szintúgy a vére. (Haemoglobin 70%) Röntgensugarakkal átvilágítást nem eszközölhettem, betegünk nem lévén transportabilis.

1898. december 5. exitus letalis.

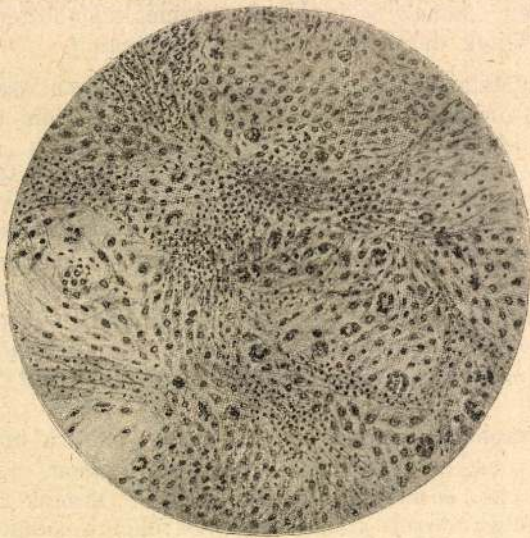
Bonczlelet: *Lymphosarcoma mediastinale ferè caput infantile aequans. Sarcomata metastatica hepatis. Pericarditis chronica cum synechia totali. Induratio caseosa et calcificatio glandularum nonnullarum mesenterii. Nephritis interstitialis chronica.*



1. ábra.

Hydropsanasarca. Foci anaemici et gangraenosi medullae ossium, verosimiliter ex embolia arteriarum.

A részletezett bonczleletből esupán a daganatra vonatkozó részt kívánom e helyen közölni: Az elülső mediastinumban a bal tüdőt és szívet kis fokban balfelé, a jobb tüdőt majdnem az elülső hónaljvonalig balfelé és hátra szorító, úgy a tüdőkkel, mint a szívburokkal s a szegycsonttal erősen összenőtt, két férfiökölnyi daganat, a mely tömött, kissé dudorzos, s metszlapján halványsárgás vagy inszerűen fehér, helyenként ellágyult, könnyen kinyomható, elhalt szövetből áll s mely metszlapjain kaparásra tejfelszerű folyadékot ürít. A makroszkopikus kórisme helyes voltát mutatja a mellékelt kórszöveti kép [2. ábra] melynek rajzát *Preisich Kornél* dr. barátom volt szíves elkészíteni: egy sarcoma rotundocellulare, melynek reticuluma a nyirkmirigyek támasztó szövetére emlékeztet, vagyis a lymphosarcoma tipikus képét mutatja.



2. ábra.

Függelék.

A gyermekkorra vonatkozó esetek irodalmi összeállítása.

1. Sarkoma hämorrhagicum. 1 éves fiú. (Stendener. Virchow's Archiv. Bd. 59.)
2. Sarkoma. 4 éves fiú. Kiindulás thymusból (?). Zantson és Key.)
3. Encephaloid. 4 éves fiú. (C. Ferral. Dublin. Jour. med. Sci. 1846.)
4. Lymphosarkoma. 5 éves leány. Kiindulás thymusból (?). 3 hó után meghalt. (Gamgee. Edin. med. journ. 1873.)
5. Lymphosarkoma. 5 éves fiú. Betegség tartama 10 hónap. (Cobet. Inaug.-Dissertation. Marburg 1870.)
6. Lymphadenoma malignum. 5 éves fiú. Betegség tartama 4 hó. (Rosenberg. Zur Casuistik der Mediastinaltumoren bei Kindern.)
7. Lymphoiddaganat. 6 éves fiú. Kiindulás thymusból (?). Betegség tartama 5 hó. (Clay. Journ. of anat. and physiol. 1879.)
8. Lymphosarkoma. 8 éves fiú. Betegség tartama 3 év. (Grützner. Dissertation. Berlin, 1869.)

9. Daganat faja nem lett megállapítva. 8 éves fiú. Betegség tartama 2 hó. (Hutton. Brit. med. jour. 1887.)

10. Daganat faja nem lett megállapítva. 8 éves fiú. Betegség tartama 2 hó. Kiindulás mediastinalis mirigyekből. (Hutton. Lancet. London, 1887.)

11. Lymphosarkoma. 8 éves fiú. Kiindulás thymusból. Betegség tartama 5 hó. (Rosenberg. Über Mediastinal-Tumoren bei Kindern. Göttingen, 1884.)

12. Sarkoma rotundocellulare. 9 éves leány. Betegség tartama 3 hó. (Jones. St. Barthol. Hospital Reports. 1884.)

13. Lymphosarkoma. 9 éves leány. Betegség tartama 40 nap. (St. Barthol. Hospital Reports. Vol. XX.)

14. Tumor cysticus. 9 éves fiú. Betegség tartama 3 hét. (Jones. Brit. med. jour. 1880.)

15. Carcinoma medullare. 11 éves leány. (Bennett. Intrathoracic growths. London, 1872.)

16. Carcinoma encephaloides, 11 éves fiú. Betegség tartama 2 hó. (Bennett. Intrathoracic growths. London, 1872.)

17. Lymphosarkoma. 11 éves fiú. Betegség tartama 3 hó. (Huber. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XVII.)

18. Lymphoidcarcinoma. 12 éves leány. Betegség tartama 1 hó. (Burton. Med. Times and Gaz. 1880.)

19. Scirrhus. 12 éves fiú. (Hufland. Journ. der prakt. Heilkunde. XXV.)

20. Scirrhus. 12 éves leány. Néhány évig élt. (Gross. Phila. med. Times, 1879.)

21. Lymphoma. 12 éves fiú. Betegség tartama 8 hó. (Church. St. Barthol. hosp. rep. 1878.)

22. Lymphosarkoma. 14 éves fiú. (Bollay. Dissertatio. Brug. 1887.)

23. Lymphosarkoma. 14 éves fiú. Betegség tartama 3 hét. (Cole. Lancet. London, 1875.)

24. Lymphosarkoma. 14 éves fiú. Kiindulás helye thymus (?). Betegség tartama 9 hó. (Wiss. Proc. 9. th. internat. med. congr. 1887. Sect. dis. of child.)

25. Sarkoma rotundocellulare. 15 éves fiú. Betegség tartama 3 hó. (West. trans. path. soc. London. (1883).)

26. Lymphosarkoma. 15 éves fiú. Betegség tartama 5 hó. (Smith. Brit. med. journ. 1876.)

27. Tumor faja nem lett megállapítva. 15 éves leány. Betegség tartama 2 hó. (Goetz. Berlin. klin. Wochenschr. 1885.)

28. Scirrhus. 15 éves fiú. Betegség tartama 4 hó. (Wunderlich. Handb. d. Path. u. Ther.)

29. Carcinoma. 15 éves fiú. Betegség tartama 3 hó. (Burrow. Med. Times and Gaz. 1851.)

30. Tumor faja nem lett megállapítva. 16 éves fiú. Betegség tartama 1 hó. (Barker. Trans. path. soc. London.)

31. Tumor faja nem lett megállapítva. 16 éves leány. Betegség tartama 3 hó. (Allbull. Brit. med. journ. 1874.)

32. Sarkoma rotundocellulare. 17 éves fiú. Betegség tartama 1 hó. (Schreiber. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXVII.)

33. Lymphadenoma. 17 éves leány. Betegség tartama 13 hó. Kiindulás pontja thymus (?). (Bennett. Intrathoracic growth London, 1872.)

34. Tumor pulsans. Fiú. Betegség tartama 1 1/2 hó. (Richard Bowen. Liverp. med. a. chir. jour. 1882.)

35. Lymphosarkoma. 18 éves fiú. Betegség tartama 2 hó. (Gel. Trans. path. soc. London, XXXV.)

36. Tumor faja nem lett megállapítva. 18 éves fiú. Betegség tartama 1 hó. (Nélaton. Bull. d. l. soc. anat. 1833.)

37. Scirrhus. 18 éves fiú. Betegség tartama 2 hó. (Thompson. Medic. mirror. London, 1865.)

A lausanne-i egyetemi gyermekklinikáról. Igazgató Combe Adolf dr. egyetemi tanár.

A leukocytosis a gyermekkori pneumonia és diphtheria folyamán.

Heim Pál dr.

A vér elváltozása a különböző fertőző betegségek folyamán sokat foglalkoztatta az utóbbi években az orvosokat. A phagocytosis teoriája, a kiváló fontos szerep, melyet a fehér vérszettek az organismus védelmében játszanak, a harez, mely köztük és az ellenséges microbák között lefoly, különösen a fehér vérszettek irányította a buvárok figyelmét. Hiszen épen a fehér vérszettek azon elemei a vérnek, melyek leginkább szenvednek elváltozást a fertőző betegségek folyamán, úgy számukat, mint az egyes alakok arányát illetőleg. A mint tudjuk a legtöbb fertőző megbetegedés folyamán, a midőn a szervezetet a microbák vagy productumai ellepik, ezeknek chemotacticus hatása következtében a fehér vérszettek száma tetemesen növekszik. A leukocytosis a betegség tetőpontján a legkifejezettebb és a gyógyulással, azaz a microbák és produc-

tumaik kiválasztásával csökken. Megváltozik azonban ezenkívül még az egyes fehér véresejtalakok aránya is, mutatva, hogy a különböző fehér véresejtalakoknak különböző a szerepe.

Mint minden fiatal tudományban, úgy a haematológiában is, a nézetek még zavarosak, a következtetések túlmerészek, sok az ellenmondás. Sok alapos klinikai észleletre és pontos vérvizsgálatra van még szükség, hogy határozott ítéletet mondassunk, hogy biztos következtetéseket vonhassunk. Természetes, hogy teljesen merev, kivétel nélküli szabályokat a haematologia terén sem lehet felállítani. Az egyes megbetegedések az embernél nem folynak le ugyanazon szabályossággal, ugyanazon, hogy úgy mondjuk „tisztasággal“ mint az experimentalis megbetegedések az állatoknál; complicatiók, előző megbetegedések és az egyéni tulajdonságok, nagy befolyással vannak a vére, illetve a fehér véresejtekre, és ezért a laboratoriumi kísérletek sokszor nem vihetők át teljesen az emberre; és az emberen tett tapasztalatok nem általánosíthatók teljesen. De felállítható egy typos, melyet, bár nem mereven, de mégis követ a leukocytosis.

Vizsgálataim tárgyát a pneumoniában és a diphtheriában szenvedő gyermekek vére képezte. A vörös véresejtek, a haemoglobintartalmat és a vér chemiáját figyelmen kívül hagyva, a fehér véresejtek számát és az egyes fehér véresejtalakok arányát határoztam meg.

Miután a vérvizsgálat értékét, a pontos és lelkiismeretes kivétel adja meg, azt hiszem nem lesz felesleges, ha néhány szóval érintem a vizsgálataim folyamán követett technikát.

A fehér véresejt számláláshoz a Thoma-Zeiss-féle eszközt használtam; minden vizsgálatomnál egy és ugyanazon eszközt alkalmaztam. A vérvételnél különös gondot fordítottam arra, hogy a szűrés elég nagy legyen, hogy a sebből, az ujj nyomása nélkül folyjon annyi vér, a mennyire szükségem volt. A vérhígításra (1:10) a következő oldatot használtam:

Eczetsav 33 grm.
Methylenkék IV csepp.
Víz 100 grm.

Az eczetsav behatására a vörös véresejtek elpusztultak, és miután a methylenkék a fehér véresejtek magvait megfestette, könnyen el volt kerülhető a fehér véresejteknek a vörös véresejtek roncsaival való összetévesztése. Minden egyes esetben 256 kis koczkában határoztam meg, a fehér véresejtek számát, 3—4 számlálást végezve; ha az így talált eredmények között, a különbség nem volt nagy, a középértéket vettem, ha a különbség nagy volt, újra vettem vért a pipettába.

A festett készítmények fixálására alkohol és aether aa keveréket használtam. 24 órai fixálás után az Ehrlich-féle triaciddal és minden egyes esetben még eosinnal és methylenkékkel festettem meg a készítményeket. Ezután megszámláltam a praeparatumban lévő összes fehér véresejtek, felosztva azokat polynuclearis neutrophil, nagy lymphocyta, kis lymphocyta és eosinophil sejtekre. Miután minden egyes betegről 3—4 készítményt készítettem, a megolvasott fehér véresejtek száma mindig meghaladta az 500-at, a legtöbb esetben azonban 1000-en felül volt, és ennél fogva lehetséges volt az egyes fehér véresejtalakok helyes arányának a kiszámítása. A praeparatum eltolása a mozgatható tárgyasztal segítségével történt, és így el volt kerülhető azon körülmény, hogy kétszer kerülhessen ugyanazon hely, a göreső lencséje alá.

Mielőtt vizsgálataim eredményét közölném, szükségesnek tartom megbeszélni néhány szóval, a gyermekkorban normalis leukocytosis, azaz jobban mondva, a fehér véresejtek normalis számát, és az egyes fehér véresejtalakok normalis arányát a gyermekkorban. Hayem, Schiff, Gundobin stb. vizsgálatai után tudjuk, hogy az újszülött születésekor határozott leukocytosis mutat, a mely a következő 24 órában még gyarapodik. Az újszülött fehér véresejtjeinek száma középértékben 19,000, 24 óra múlva 23,000, 48 óra múlva 17,500 (Gundobin). Az első életévben a csecsemő fehér véresejtjeinek száma 12,900. A növekedő korról mindinkább csökken a fehér véresejtek száma, és a 3—4-dik évtől kezdve mind és mindjobban közeledik a felnőtteknél talált számhoz (10,000—6000).

Az egyes fehér véresejtalakok közötti arányát illetőleg is határozott különbség van a gyermek és a felnőtt vére között. A felnőttél Türk szerint 20—25% a kis lymphocyta, 5—10% a nagy lymphocyta, 60—65—70—75% a polynuclearis neutrophilsejt és $\frac{1}{2}$ —4% az eosinophilsejt. Hasonló eredményre jutott Klein, Zappert, Canon stb. A gyermek és a felnőtt vére között a főkülönbség abban áll, hogy a gyermek vére jóval több lymphocytát tartalmaz és ennek megfelelőleg kevesebb polynuclearis neutrophil sejtet. Minél fiatalabb a gyermek, annál kifejezettebb ez a különbség. Így Gundobin szerint 2-dik évtől a 8-dik évig 54% a kis lymphocyta, 5% a nagy lymphocyta, 64% az átmeneti alak és 31.7% a polynuclearis sejt. 8—10 évig 29.7% a kis lymphocyta és 64% a polynuclearis neutrophilsejt. Engel szerint a polynuclearis sejtek úgy aránylanak a lymphocytákhoz mint 1:2; egész fiatal egyéneknél mint 1:3; minél idősebb a gyermek, annál jobban hasonlít a microscopikus kép, a felnőttéhez. Az eosinophilsejteket illetőleg, megegyezik a gyermek és a felnőtt vére, $\frac{1}{2}$ —4% a normalis szám.

A mint tudjuk, bizonyos gyógyszereknek nagy a befolyása a fehér véresejtekre; ezek között első helyen szerepelnek az antipyretikák, úgy mint az antifebrin, az antipyrin, a pyrogallol stb. A klinikán a láz ellen belső szerelés egyáltalán nem alkalmaztatott, és azon néhány esetben, a melyben a beteg érdeke absolute megkívánta, hogy a hőmérsék lenyomassék, hideg fürdők alkalmaztattak. Miután a hideg fürdők is befolyással vannak a fehér véresejtekre, ezekben a mondom kivételes esetekben, a véresejtszámlálás mindig a fürdő vétele előtt végeztetett.

Meg akarom még jegyezni, hogy eosinophilsejteknek csak azon sejteket tekintettem, melyek határozottan vörös, durva granulatiokat mutattak; a rózsaszín vagy kékesvörös, finom granulatiokat mutató sejteket a neutrophilsejtekhez számítottam, mert a mint tudjuk, a neutrophilsejtek granulatiói, különösen rosszul, vagy nem elég ideig fixált készítményekben, a triacid behatására vörös színt vesznek fel, de ezen vörös granulatiók mindig igen finomak és így könnyen megkülönböztethetők, az eosinophilsejtek durva granulatióitól (Bettmann).

Vizsgálataim eredményét graphikus ábrákban közlöm. Nem akartam az általam vizsgált összes eseteket közölni (19 pneumonia és 14 diphtheria), hanem megelégedtem a különböző typosokat bemutatni, következtetéseimnél azonban természetesen az egész anyagot használtam fel. Az esetek kiválasztásánál nem tekintettem arra, hogy csak a legjobban a legbehatóbban észlelt eseteket közöljem, hanem készakarva oly eseteket is vettem fel a táblázatba, a melyekben a beteg betegségének csak vége felé került észlelés alá. Tettem pedig ezt azon okból, hogy láthassuk, vajjon van-e klinikai szempontból valamiféle értéke az ezen időben végzett vérvizsgálatnak.

A graphikus ábrákban a fekete vonal a hőmérséklet, pontozott vonal az összes fehér véresejtek számát, a szakadozott vonal az eosinophilsejteket jelzi. A kornak megfelelő normalis fehér véresejt számot vízszintes fekete vonallal jeleztem.

A) Pneumonia.

1. eset. Spitznagel Jeanne, 16 hónapos. 1900. márczius 26-dikán vétetett fel a klinikára. Anyai nagyatyja 54 $\frac{1}{2}$ éves korában tüdőtuberculosisban halt el; anyja és 4 $\frac{1}{2}$ éves testvére tuberculotikus. A beteg állítólag a jelen megbetegedésig mindig egészséges volt.

Márczius elején a gyermek köhögni kezd; köhögése száraz, de nem kínzó. 15 nap előtt hirtelen változás áll be a beteg állapotában. Teljes étvágytalanság lép fel; a köhögés igen gyakorivá válik; a gyermek siránkozóvá, mérgessé válik; lázas lesz és láthatólag soványodik. A kezelő orvos meningitis tbc-t diagnostizál. A következő napokon a beteg állapota annyiban változik, hogy a köhögés még gyakoribbá válik, a légzés szakadozott és nehezített lesz, tegnap óta convulsiók lépnek fel.

Status praesens: Az előző jól táplált leánybeteg igen nyugtalan, sokat nyög. Ajkaival folytonos szopó mozgást végez; közbe-közbe élesen felsikolt. A szemek mereven egy pontra irányítvák, a pupillák tágak de egyenlők, fényre lánghán reagálnak. A nyelv száraz, lepedék rajta nem látható, a has felfúvódott, tapintásra igen érzékeny, puha. A tüdők kopogtatásánál, a bal csúcs felett tompult a kopogtatási hang, hallgatódzásnál itt igen érdes légzés hallható, számos subreperitáló zörejjel.

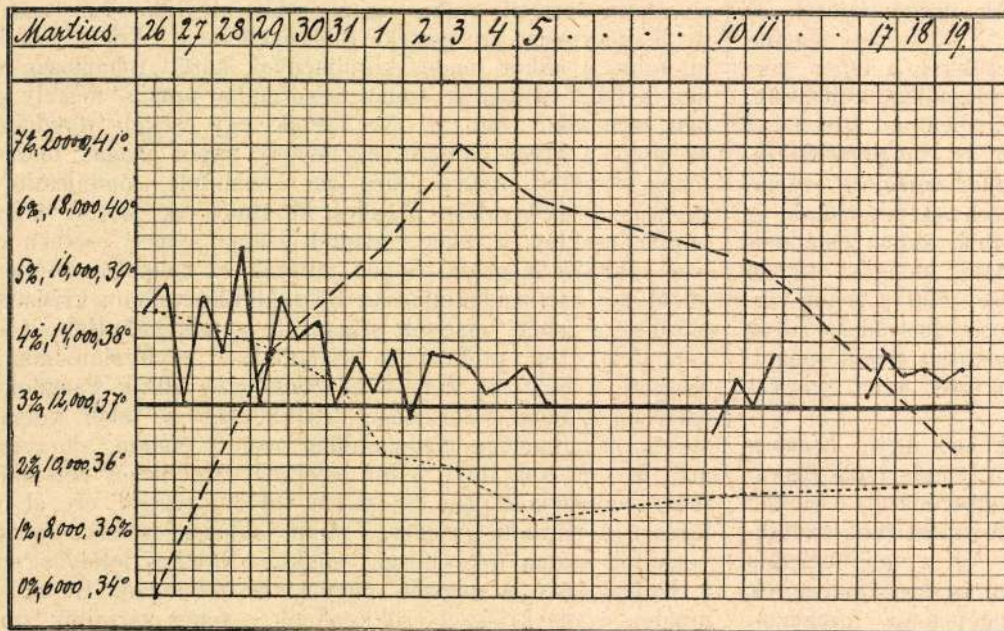
Patellar reflexek fokozottak, különösen jobboldalt. Trousseau-féle vonal kifejezett. Pulsus szabálytalan, száma 68.

Márczius 29. A gyermek eszméletlen, a bal kulcsesont alatti árokban hörghi légzés. Kernig-tünet! Pulsus 122. Transfusio.

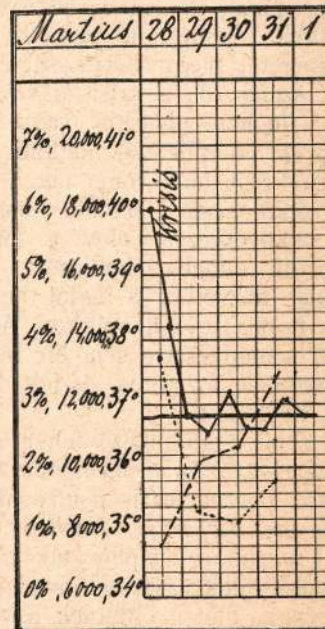
Április 1. A tüdők felett számos zörej, sehohsem hallható hörghi légzés, a beteg constipált, a legkisebb érintésre felsikolt. Calomel.

Április 3. A tüdők felett status idem. A gyermek kezd érdeklődni a környezetet iránt, az alsó végtagok határozottan merevek. Transfusio.

A vér megváltozása a pneumonia folyamán számos munkának képezte tárgyát; alig van talán megbetegedés, mely haematologiai szempontból oly behatóan lett volna tanulmányozva, mint éppen a pneumonia. Túl menne e munka keretén, ha az egész irodalmat fel akarnám sorolni, és ezért megelégszem a fontosabb eredmények felemlítésével, előtérbe helyezve a számos ellenmondást, mely bennök foglaltatik. Az



1. ábra.



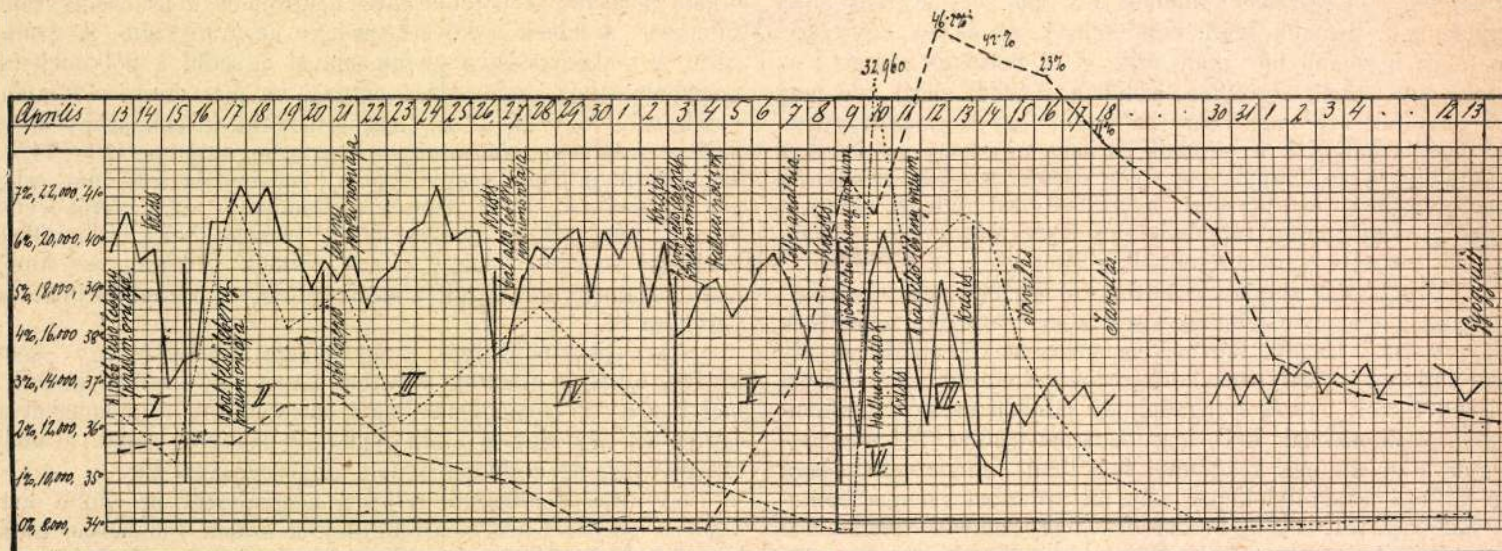
2. ábra.

Április 11. A beteg étvágytalán kezd enni. A tüdők felett gyéren nagy hólyagú szörtyzörejek hallhatók.

Április 19. Közérzet teljesen jó. A gyermek jókedvű. Az ágyában vigan játszadozik. A tüdők felett kevés zörej.

2. eset. Fontana Marczel, 1/2 éves. 1900. márczius 28-dikán vétetett fel a klinikára. A családban nincs tbc. terheltég. Állítólag semmi megelőző megbetegedésben nem szenvedett. 6 nap előtt hirtelen rázó hideggel betegedett meg, utána lázas lett és sokat köhög, köhögése száraz, kinzó. A légzés nehezített. Status praesens: A csontrendszer nagyfokú rachitikus elváltozást mutat. Kopogtatásnál baloldalt mellül a kulcsesont alatt tompulat, a mely a hónaljárokig halad. A légzés itt igen érdes és finom hólyagú szörtyzörejek hallhatók.

összes szerzők megegyeznek abban, hogy a pneumonia az esetek nagy többségében, határozott leukocytosisal jár. A leukocytosis nagyságának jelentőségét illetőleg azonban, igen eltérők a vélemények. Így Hayem a leukocytosis nagyságából az exsudatum nagyságára következtet, szerinte a leukocytosis egyenes arányban áll az exsudatum nagyságával. Monti és Berggrün vizsgálataik alapján arra az eredményre jutottak, hogy a fehér vérszámának nagysága és a betegség súlyossága között van az összefüggés. Boeckmann szerint a fehér vérszámok száma a hőmérséktől függ. Limbeck egy



3. ábra.

3. eset. Noverra Marczel, 5 éves. 1900. április 13-dikán vétetett fel a klinikára. A családban tbc. terheltég nincs. A jelen megbetegedésig sohasem volt beteg. 2 nap előtt hirtelen lázas lett, a lázat rázó hideg előzte meg. Tegnap óta szárazon köhög, étvágytalan, légzése nehezített. Élénk hasfájdalmakról panaszkodik. Status praesens: A tüdők vizsgálatánál, mellül a csüestől kezdve az 5-dik bordáig tompulat és éles hörghi légzés. Temp. 39-8°. Therapia hideg borogatás, száraz köpölyök, liquor ammonii anisatus.

korábbi munkájában, Hayemmel megegyezőleg, a fehér vérszámok száma és az exsudatum nagysága között vélt összefüggést találni, míg későbbi munkájában oda módosította véleményét, hogy a leukocytosis az organismus táplálkozási viszonyától függ. Kikodze szerint azon esetek, a melyek halállal végződnek, nem mutatnak leukocytosist. Sadler szerint is a

leukocytosis hiánya igen rossz prognostikus jel. *Rieder*, *Maragliano*, *Türk* nem voltak képesek összefüggést találni a fehér vérszámának nagysága és a betegség súlyossága között. *Türk* 18 pneumonia közül 13 esetben határozott leukocytosist észlelt, még pedig a betegség kezdetétől fogva. A fehér vérszámának igen tág határok között mozgott, 11,300–60,400-ig. Szerinte a fehér vérszámának nagysága nincs arányban sem az infiltratio nagyságával sem a láz magasságával, hanem egyrészt a microbák virulentiájától, és az általuk termelt toxinoktól, másrészt a szervezet reakcióképességétől függ. A krisszel rendszeren csökken a fehér vérszám, de a kriss dacára magas maradhat, különösen, ha egy időben pleuritis vagy endocarditisben is szenved a beteg; de complicatiók nélküli esetekben is, megtörténhetik, hogy a kriss nem vonja maga után a fehér vérszámának csökkenését, jóllehet, hogy az ilyen esetek ritkák. A halál bekövetkezése előtt a fehér vérszám emelkedhetik, de ennek ellenkezője is észlelhető, némely esetben ugyanis, közvetlen a halál bekövetkezése előtt a fehér vérszám erősen csökken. A leukocytosis elmaradása *Türk* szerint semmi esetre sem bir rossz prognostikus jelentőséggel, a mennyiben az általa észlelt 5 idevágó eset mind gyógyulással végződött.

A mi a különböző fehér vérszámokat illeti, *Einhorn* volt az első, aki a pneumonia folyamán a lymphocyták fogyását és a polynuclearis neutrophilsejtek szaporodását észlelte: *Monti* és *Berggrün*, *Ehrlich*, *Rieder* ugyanezt tapasztalták. *Klein* szerint a lymphocyták fogyásával és a polynuclearis neutrophilsejtek szaporodásával egy időben az eosinophilsejtek is fogynak, illetve eltűnnek a vérből a pneumonia folyamán, míg a krisszel szaporodnak a lymphocyták; megjelennek a vérben az eosinophilsejtek és fogynak a polynuclearis neutrophilsejtek. Ha a polynuclearis neutrophilsejtek szaporodása elmarad, ha a vér túlságos számban tartalmaz lymphocytákat, a prognosis mindig súlyos. *Bieganszky* vizsgálatai alapján hasonló conclusióra jut. *Zappert* a pneumoniás láz tetőpontján nem talált eosinophilsejtet a vérben, néhány órával a kriss után azonban már megjelennek a vérben, de igen kis számban. *Türk* szerint a leukocytosist épen a polynuclearis neutrophilsejtek szaporodása okozza. A lymphocyták fogyása azonban nem csupán aránylagos, látszólagos fogyás, a melyet a polynuclearis neutrophilsejtek hatalmas felszaporodása okoz, hanem valóságos, absolut fogyás. Az eosinophilsejtek szerinte, az esetek legnagyobb részében eltűnnek a vérből, de a kriss után megjelennek. Számuk kezdetben csekély, az esetek egy részében, csak hosszabb idő után érik el a normalis számot; az esetek egy másik részében azonban hamar elérik, de meg nem haladják azt; míg végre az esetek egy harmadik részében meg is haladják a normalis számot, úgy hogy postkritikus eosinophiliáról szólhatunk; az ilyen esetek azonban ritkák. Az eosinophilsejtek megjelenése a vérben azt jelenti, hogy a betegség a tetőpontját túlhaladta, és hogy a szervezet a legnagyobb veszélyt szerencsésen elkerülte.

Vizsgálataim alapján a következő eredményre jutottam: A pneumonia azon megbetegedések közé tartozik, a melyek leukocytosissal járnak. Bár nekem sohasem volt alkalmam oly esetet látni, a melyben a leukocytosis elmaradt, nem akarom az ilyen esetek létezését tagadni, de minden esetre ritkáknak és nem tipikusaknak kell, hogy tartsam azokat. A leukocytosis már a pneumonia kezdetétől fogva áll fenn és nagysága igen változó, semmiféleképen sem áll arányban, sem a bántalom nagyságával, sem a beszűrődés nagyságával, sem a láz magasságával, hanem valószínűleg a mint *Türk* mondja, egyrészt a microbák virulentiájától, másrészt a szervezet reakcióképességétől függ. Hogy ennek így kell lennie, az már tisztán theoretikus okoskodás alapján is könnyen belátható. A mint tudjuk, a vérszerum az egészséges embernél is, fehér vérszámokból származó, oldott állapotban lévő alexinokat tartalmaz. Már most, ha valamiféle bacterium-invasio történik, a szervezet a bacillusok egy részének elpusztítására ezen alexinokat használja fel, míg a többiek elpusztítására azon alexinokat, a melyeket a fehér vérszám a bacteriumok behatása

alatt a betegség folyamán producálnak. A fehér vérszámoknak természetesen még azon szerep is jut, hogy az elpusztított microbák egy részét felvegyék magukban, sőt egyes élő csírákat is felfalnak. Ha valamely organismus tehát, kevés ily kész alexint tartalmaz, természetesen több fehér vérszámra kell actióba lépnie, hogy a küzdelem az organismus javára dőljön el. Ugyanez áll a bacteriumok virulentiájára is; mentől virulensebb egy faj, mentől hatásosabb, mentől kártékonyabb az általa termelt toxin, annál több alexinra van szükség. A leukocytosis az esetek többségében a kriss beálltaig áll fenn, a mikor rendes körülmények között, rohamosan csökken a fehér vérszám a normalis számig, némely esetben ezen szám alá is. Az esetek egy csekély töredékében azonban, a kriss dacára, egynehány napig magas marad a fehér vérszám, még ha semmiféle complicatio sem zavarja a gyógyulást. Rendes körülmények között a kriss napján csökken a fehér vérszám, némely esetben azonban a kriss megelőző napon történik ez meg. Összes eseteim közül két esetben hatalmasan felszokott közvetlen a kriss megelőzőleg a fehér vérszám, de a mint láthatjuk, a fehér vérszám ezen prokritikus szaporodása egyáltalán, nem oly gyakori, a mint azt *Hayem* és *Bieganszky* állítja. Pseudokriss esetében szintén a normalisig csökkenhet a fehér vérszám, és állandóan megmaradhat ezen a ponton, de viszont arra is van eset, hogy a láz emelkedésével ismét felszökik a fehér vérszám, és csak a valódi krissel éri el véglegesen a normalis értéket. Lytikus oldódás esetében a fehér vérszám fokozatosan csökken. Érdekes lefolyást mutat a leukocytosis a migráló pneumonia folyamán. Itt ugyanis minden egyes krissel csökkenhetik a fehér vérszám, hogy másnapra ismét magasra szökjön fel, mintegy mutatva, hogy újabb tüdőlebenyt foglalt el a bántalom, de viszont magas maradhat a kriss dacára a fehér vérszám. A leukocytosis csökkenése a kriss beállását jelenti, de egyedül ezen tünet birtokában a pseudokriss sem zárhatjuk ki.

A mi a különböző fehér vérszámokat illeti, minden esetben a polynuclearis neutrophilsejtek szaporodását és a lymphocyták fogyását észleltem. Ezen szaporodás és ezen fogyás oly, mondhatni matematikai, párhuzamossággal haladt, hogy azt hiszem, jogosan állíthatom, hogy a lymphocyták számának csökkenése, nem valódi fogyás ezen sejteknek, hanem csak látszólagos, relativ fogyás, a melyet a polynuclearis sejtek szaporodása okoz. A lymphocyták absolut száma normalis, a polynuclearis neutrophilsejtek absolut száma túlmagas, a minek a következménye az arányszám megváltozása. A leukocytosist a pneumoniával egyedül a polynuclearis neutrophilsejtek szaporodása okozza, ha már most a lymphocyták még fogynának is, akkor sokkal kisebb arányszámot kellene találnom mint a melyet eseteimben találtam (16–24%). *Jez* szerint a nagy lymphocyták a pneumonia folyamán teljesen eltűnnek a vérből. Összes eseteimben a nagy lymphocyták 4–6% képezték az összes fehér vérszámot, eltűnésükről tehát szó sem lehet; hogy relativ számuk csökkent, azt könnyen megmagyarázhatjuk a polynuclearis neutrophilsejtek szaporodásából.

Az eosinophilsejtek, a pneumonia folyamán, egy esetet kivéve, teljesen eltűnnek a vérből. Azon egy esetben pedig, a melyben a vér eosinophilsejtek tartalmazott, a pneumoniával egyidőben nephritis is állott fenn, oly betegség tehát, a mely tudvalevőleg az eosinophilsejtek szaporodásával jár.

A kriss beállásával teljesen megváltozik az előbb leirt kép. A polynuclearis neutrophilsejtek száma rohamosan csökken, a mi természetes következmény gyanánt a lymphocyták szaporodását vonja maga után. Lytikus oldódás esetében fokozatosan történik ez. Az eosinophilsejtek megjelennek a vérben, még pedig sok esetben egy nappal a kriss megelőzőleg mintegy bejelentve a krissist. Pseudokriss esetében, legalább én nem találtam eosinophilsejtet a vérben, de meg vagyok győződve, hogy ha a pseudokriss, nem több nappal, mint az én eseteimben, hanem csak egy nappal előzi meg a valódi krissist, akkor némely esetben található eosinophilsejt is a vérben. Kezdetben az eosinophilsejtek igen kis számban vannak

képviselve a vérben, és további magatartásukat illetőleg különbséget mutatnak az egyes esetek szerint. Az esetek egy részében lassan, fokozatosan, csak napok mulva érik el a normalis értéket, és ezt nem haladják; meg az esetek egy másik részében, már másnap normalis a számuk, és itt is megmaradnak ezen a magasságon, végre az esetek egy harmadik részében túlhaladják a normalis értéket. A postkritikus eosinophilia azonban aránylag ritka, és egyszerű croupus tüdőgyulladásnál mindig mérsékelt; az általam talált legmagasabb arányszám 7% volt. Migráló pneumonia esetében már az első krisissel megjelennek az eosinophilejtek a vérben; a 3-dik számú esemben a IV. pneumonia folyamán négy napon keresztül eltűntek a vérből, hogy ennek mi a magyarázata, arra felelni nem tudok. Még két migráló pneumóniát volt alkalmam észlelni; itt az eosinophilejtek az első krisissel jelentek meg a vérben és többé nem tűntek el; az utolsó krisissel hatalmasan felszökik az eosinophilejtek száma; egy esemben 46·2% eosinophilt találtam. Ily magas szám a croupus pneumonia folyamán, legalább tudtommal, eddig nem észleltetett.

A mint láthatjuk, az eosinophilejteknek már tulajdoníthatunk diagnostikus értéket. Először is felvilágosítást adhatnak differential diagnostikus szempontból a croupus pneumonia és a bronchopneumonia között. A croupus pneumonia kezdetén az eosinophilejtek eltűnnek a vérből, a bronchopneumóniában pedig nem. Az elhúzódó lefolyást mutató pneumonia és a migráló pneumonia között is lehetséges a differential diagnosis az eosinophilejtek alapján. Az elhúzódó lefolyást mutató pneumonia esetében egész a krisisig nincs eosinophilejt a vérben, míg a migráló pneumóniánál az első pneumonia lefolyása után, azaz abban a pillanatban, a midőn a folyamat az egyik lebenyben lefolyt és egy másik lebenyt vett hatalmába, az eosinophilejtek megjelennek a vérben. A tuberculosis pneumóniát illetőleg is adnak némely esetben felvilágosítást az eosinophilejtek. A midőn ugyanis a tuberculoitikusan infiltrált tüdő szétesik, a midőn cavernák képződnek, miután ily esetekben streptococcus folyamattal állunk szemben, a vér eosinophilejteket tartalmaz. Az ily tuberculosis pneumóniák gyermekeknél kezdetben igen sokszor a croupus pneumonia képe alatt folynak le. Az eosinophilejtek jelenléte ilyenkor a croupus pneumonia ellen szól. Az általános tuberculosisnál (a tuberculosis miliaris) a meningitis tuberculosánál, a mint tudjuk Goluboff vizsgálatai alapján, a vér nem tartalmaz eosinophilejt. Ezen jelenség is felhasználható differential diagnostikus szempontból. A meningitis basilaris tuberculosa és a meningealis tünetekkel járó pneumonia között, igen sok esetben igen bajos a differentialis diagnosis, különösen akkor, ha a beteg a pneumonia lefolyása után kerül észlelés alá. Ily esetekben az eosinophilejtek a pneumonia mellett és a meningitis basilaris tuberculosa ellen szólnak. Igen tanulságos ezen szempontból az 1-ső számú esetem, a hol bár igen sok tünet szólt a meningitis mellett, mégis meningealis tünetekkel járó pneumóniára tettük a kórismét, mivel a vérben eosinophilejteket találtunk; ezen esetben azonban megkönnyítette a kórisménket azon körülmény, hogy a lefolyt pneumóniának is megtalálhattuk még néhány tünetét.

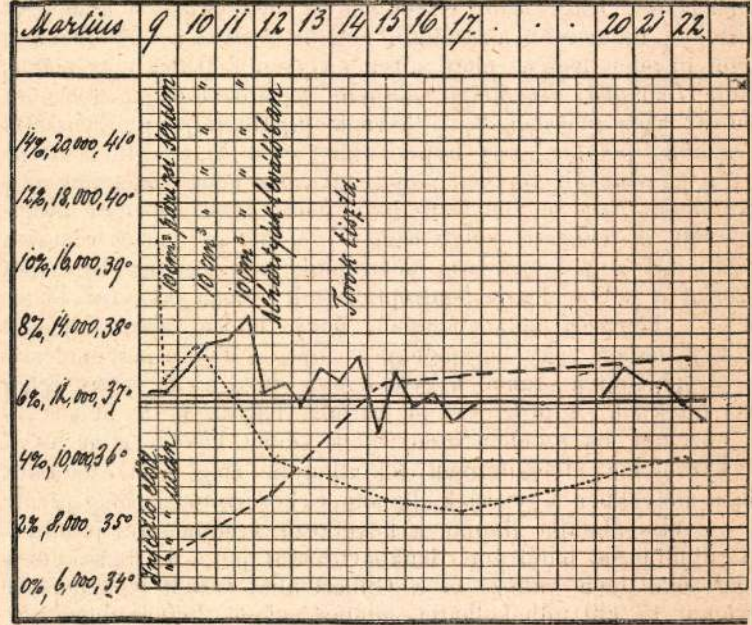
Prognostikus szempontból azonban semmiféle értéke sincs az eosinophilejteknek.

B) Diphtheria.

1 eset. Mignot Márkus, 19 hónapos, 1900. márczius 9-dikén vététtet fel a klinikára. 3 nap óta beteg. A torok vizsgálatánál mindkét mandolán és az uvulán állhártya. Temp. 39·2°. A bacteriologus vizsgálatnál: hosszú Löffler-bacillusok.

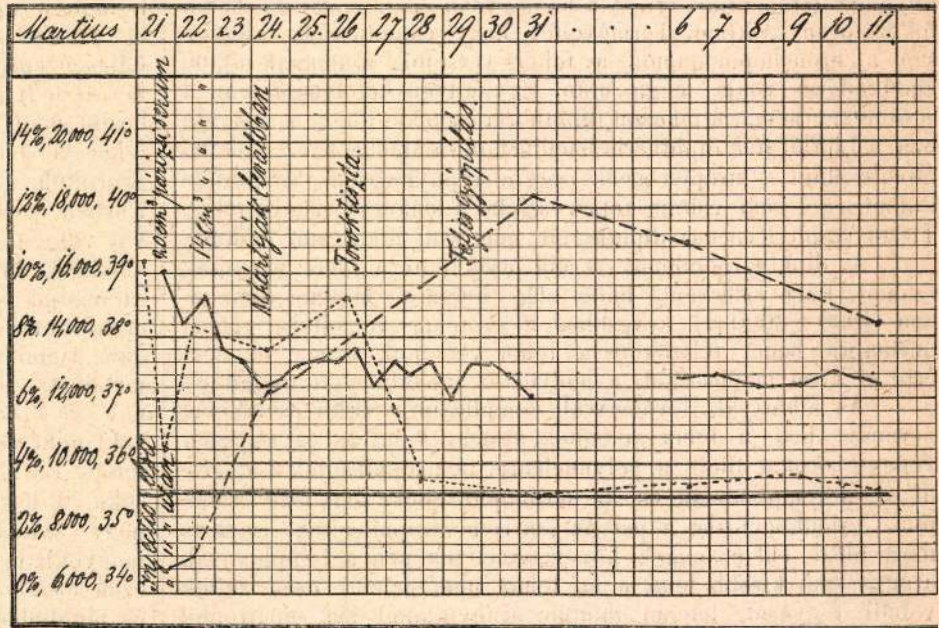
2 eset. Troyon Samu, 5 éves, 1900. márczius 21-dikén vététtet fel a klinikára, tegnap óta beteg. Mindkét mandola, az uvula, a hátsó garattal és a garatívek állhártyákkal fedettek. Temp. 39·0°. Bacteriologikus vizsgálatnál: Löffler-bacillusok és sok streptococcus.

A mint a mellékelt ábrákból láthatjuk, a diphtheria is osztja a fertőző betegségek azon sajátosságát, hogy határozott leukocytosisal jár. Már Rieder is észlelte, hogy a diphtheria folyamán a fehér vörsejtek száma tetemesen növekszik. Gabri-schevsky ugyanezt tapasztalta; szerinte azon esetek, a melyek gyógyulással végződnek, kisebb fokú leukocytosist mutatnak, mint azon esetek, a melyeknek a halál szab véget. Gilbert



4. ábra.

szerint a leukocytosis igen gyakori a diphtheria folyamán, bár ő észlelt leukocytosis nélküli diphtheria-eseteket is, számuk mindig mérsékelt; a Gilbert által észlelt legmagasabb száma 17,000 volt. Szerinte a fehér vörsejtek száma nincs arányban a betegség súlyosságával és ép úgy hiányozhatik a halállal végződő, mint a gyógyulással végződő esetekben. Lovett Morse szerint a leukocytosis a diphtheriás folyamat tetőpontján éri



5. ábra.

el a legnagyobb magasságát, ezen időponttól fogva csökken és az állhártyák eltűnésével normalis lesz a fehér vörsejtek száma. A leukocytosis nagysága egyenes arányban áll az állhártyák kiterjedésével. A serumtherapia új irányba terelte a buvárok figyelmét, a serum hatását kezdték vizsgálni. Ewing James szerint az antidiphtheritikus serum hatása folytán a gyógyulással végződő esetekben csökken a fehér vörsejtek

száma és a következő napokon, bár ismét növekszik, nem éri el az injectio előtt észlelt magasságot. *Schlesinger* szerint a gyermek kora be nem folyásolja a leukocytosis nagyságát, valamint a betegség súlyossága sem. A gyógyulással végződő esetekben a leukocytosis néha már a 4—5—6-dik napon tűnik el, de az esetek többségében a 7-dik napon lesz normalis a fehér vérszám. A temperatura sincs semmiféle befolyással a fehér vérszámra. Azonban *Schlesinger* azt tapasztalta, hogy azon esetekben, a melyekben a hőmérsék hirtelen, rohamosan alászállott, néhány órával a hőmérséknek ezen hirtelen leesése előtt, a fehér vérszám igen magas volt. *Besredka* vizsgálatai alapján a következő conclusióra jutott: azon gyermekek, a kiknek diphtheriája gyógyulással végződik, polynuclearis hyperleukocytosis mutatnak, azaz az ilyen gyermekek vérében a polynuclearis neutrophilsejtek szaporodnak. Ezen polynuclearis hyperleukocytosis fordított arányban áll a betegség súlyosságával. A betegség súlyosbodása csökkenti a polynuclearis neutrophilsejtek számát. *Besredka* szerint a polynuclearis neutrophilsejtek száma annyira biztos jele a betegség súlyosságának, hogy ha a serum-injectiót követő napon vagy harmadnap az injectio után a polynuclearis neutrophilsejtek száma nagyobb mint 60%-ja az összes fehér vérszám. A prognosist jó, bármily legyen is a pulsus és a közérzet, ha azonban ezen sejtek száma kisebb mint 50%, a gyermeket elveszítettnek tekinthetjük még azon esetekben is, a melyekben a gyermek állapota, és közérzete látszólag javult.

Vizsgálataim alapján a következő eredményre jutottam. A diphtheria határozott leukocytosisal jár; a leukocytosis nagysága igen változó és a Gilbert által észlelt legmagasabb számot 17,000 túlhaladhatja, miután nekem 28,000 fehér vérszámot is volt alkalmam észlelni. Némely esetben hiányozhat is, vagy igen mérsékelt lehet, a nélkül azonban, hogy jogunk volna ezért teljesen rossz prognosist felvennünk. A leukocytosis nagysága nincs arányban sem a beteg korával, sem a betegség súlyosságával, sem a hőmérsék magasságával. Itt is ép úgy, mint a pneumoniánál, egyrészt a microbák virulentiájától és az általuk termelt toxinoktól, másrészt a szervezetreactio képességétől függ. Ezen jelenséget is ugyanazon a módon magyarázhatjuk meg, mint a hogy azt a pneumoniánál bővebben kifejtettem. Rendes körülmények között a diphtheriás folyamat tetőpontján éri el a legnagyobb magasságát és ezután fokozatosan csökken. Természetes, hogy complicatiók, különösen a bronchopneumonia a fehér vérszámának újabb emelkedését vonja maga után. Ugyanilyen befolyással van a serumexanthema. A mi azon diphtheria-eseteket illeti, a melyekben a Löffler-féle diphtheria-bacillusoz valamely más microba társult, mint a streptococcus vagy a staphylococcus, semmiféle különbséget sem voltam képes észlelni a leukocytosisra illetőleg. Tiszta staphylococcus diphtheriát nem volt alkalmam észlelni.

A diphtheria-ellenes serum csökkenti a fehér vérszámot. Ezen csökkentő hatás elég tetemes, miután eseteimben 4000—8000-rel kevesbedett a fehér vérszám; másnapra ismét felszökött a fehér vérszám, de nem érte el azon magasságot, a melyet az injectio előtt foglalt el.

Az álhártyák leválásával, complicatio nélküli esetekben, normalis lesz a fehér vérszám. A mi az egyes fehér vérszámokat illeti, a polynuclearis neutrophilsejtek szaporodását, a lymphocyták és az eosinophilsejtek fogyását észleltem. A leukocytosis a polynuclearis neutrophilsejtek szaporodása idézi elő és ennek következményeképpen a lymphocyták arányszáma kisebb lesz, a mi tehát nem jelenti ezen sejtek valódi fogyását, hanem miután aránytalanul sok neutrophil polynuclearis sejtet látunk, látszólag a lymphocyták fogyását észleljük. Az eosinophilsejtek valóban fogynak a diphtheria folyamán és itt különbséget kell tennünk a tiszta Löffler-diphtheria és a streptococcus complicatio között. A tiszta Löffler-diphtheriában az eosinophilsejtek fogyása sokkal feltűnőbb, mint a streptococcus complicatio folyamán. A tiszta Löffler-diphtheriánál a %-nak csak töredékét, néha pedig egyáltalán nem találunk eosinophilsejtet a betegség kezdetén, míg a streptococcus complicatióknál mindig van eosinophilsejt a vérben. A serum-injectio csökkentheti a polynuclearis neutrophil-

sejtek számát, de növelheti is. Minden esetre azonban a polynuclearis neutrophilsejtek számának csökkenése a serum-injectio után nem oly rossz prognostikus jel, mint a hogy azt *Besredka* állítja. Nekem volt alkalmam oly eseteket látni, a hol az injectio után a polynuclearis neutrophilsejtek száma 52%—46% tette az összes fehér vérszámot és a gyermek mégis felgyógyult. Igaz, hogy ezen esetek súlyosak voltak. De azért ezen egy tünetből, a pulsus, a közérzet, az általános állapot figyelmen kívül hagyásával nem szabad, nézetem szerint, rossz prognosist felállítanunk, a mint azt *Besredka* állítja. A gyógyulás folyamán a polynuclearis neutrophilsejtek száma fokozatosan csökken, a mi természetes következményképpen a lymphocyták számának fokozatos emelkedését vonja maga után. Az eosinophilsejtek szaporodnak és a convalescentia folyamán igen tetemes számot érnek el: 7—13%. Ezen eosinophilia különösen a streptodiphtheria folyamán igen kifejezett.

A mint láthatjuk, az eosinophilsejtek azon elemei a vérnek, a melyek bizonyos diagnostikus értékkel bírnak. Keletkezési helyük és módjuk, szerepük, rendeltetésük és jelentőségük még élénk vita tárgyát képezi. A mint tudjuk, egyes buvárok szerint, a különböző fehér vérszámok, *egyetlen egy* fehér vérszám fejlődésének különböző időpontjait mutatják, vagyis világosabban szólva, a fiatal fehér vérszám a granulatió nélküli sejt, a lymphocytá, a mely később polynuclearis neutrophilsejtté változik át, és végül, midőn már az elpusztuláshoz közeledik, eosinophilsejtté válik. Tehát szerintük az eosinophilsejtek a legöregebb, a legdegeneráltabb elemei a vérnek. *Arnold*, a ki az élősejtek festődését tanulmányozta, kimutatta, hogy az eosinophilsejtek igen, élénk amoeboid mozgást végeznek, tehát egyáltalán nem degeneráltak, hanem fiatal életképes alakok. *Jolly* szerint a különböző fehér vérszámok, nem különböző, teljesen specialis fajok, sem egyetlen egy sejt különböző fejlődési alakjai, a melyek minden körülmények között, ugyanazon irányban, ugyanazon a módon, szabályszerűen fejlődnek, hanem szerinte a kezdetben homogen fehér vérszám, bizonyos physiologikus vagy pathologikus ingerek folytán valamely alakot vesznek fel, a melyet azután állandóan megtartanak. Ha egy sejt egyszer neutrophil lesz, akkor nem fejlődik tovább, hanem neutrophil marad és mint ilyen pusztul el. *Ehrlich* és iskolája az egyes fehér vérszámokat, mint teljesen specialis, különálló fajokat tekinti, a melyeket keletkezési helyük, karakterük, szerepük és rendeltetésük különböztet meg. Az egyes haematopoietikus szervek különböző fehér vérszámokat produkálnak, a melyek között átmenet nincs. Szerintük az eosinophilsejtek keletkezési helye a csontvelő. *Ehrlich* egysejtű mirigyeknek tekinti őket, a melyek alexinokat választanak ki, éppen a granulatiók volnának szerinte ezen alexinok. Ezen sejtek felhalmozódnak a veszedelem helyén, itt leadják az antitoxikus anyagokat, és így ők védik meg az organismust a microbák kártékony hatásától. Bár számos vizsgáló kimutatta, hogy a csontvelő nagyszámú eosinophilsejtet tartalmaz, a melyek *egy, kerek, centralis* fekvésű maggal bírnak, és ezen sejtek oszlása is észleltetett, ennél fogva a csontvelő mint az eosinophilsejtek *egyik* keletkezési forrása elismeretett, *Ehrlich* genialis teoriája még sem tarthatta magát soká. A localis eosinophilia megismerése, az eosinophilsejtek nagy száma a köpetben, a genyes váladékokban, az izzadásmányokban, a pemphigus hólyagban, azon körülmény, hogy ezen localis eosinophilia megelőzte a vér eosinophiliáját, mind és mindjobban kimutatta *Ehrlich* teoriájának a gyöngéit és így kifejlődött az eosinophilsejtek localis eredetének a tana. *Neusser, Gollasch, Lukasevics*, kimutattak, hogy a pemphigus hólyagok igen nagy számban tartalmaznak eosinophilsejtet. *Pezzoli, Crippa, Posner, Lewin* a blennorrhagiás genyben találtak sok eosinophilsejtet, *Mme Müller* és *Gollasch* asthmatikusok köpetében, *Leyden* a nátha váladékában mutatta ki jelenlétüket. *Bettman* asthmatikusok köpetében, *egy, kerek, centralis* fekvésű maggal bíró eosinophilsejtet (tehát teljesen olyanokat, mint a milyeneket a csontvelő tartalmaz) volt képes kimutatni olyan időpontban, a midőn a vér még nem tartal-

mazott ilyeneket. *Klein* haemorrhagikus pleuritis izzadmányában látott nagyszámú eosinophilejtek és a vér eosinophilia az ő eseteiben csak az izzadmány felszívódásával fejlődött ki. Tehát láthatólag, az izzadmány volt az eosinophilejtek keletkezési helye és innen jutottak felszívódás útján a vérbe. *Dehuyzen* a béka mesenteriumában és a perioesophagialis hártájában az eosinophilejtek mythosist észlelte. Ezek az itt felsorolt és még sok más hasonló észlelet kimutatta, hogy minden szerv képes bizonyos körülmények között eosinophilejtet producálni és nem egyedül a csontvelő bir ezen saját-sággal.

Az eosinophilejtek keletkezési módja is igen homályos. Itt két lehetőséget kell felvinnünk. T. i. hogy az eosinophilejtek kettéoszlása által képződnek új, fiatal sejtek és az által, hogy más homogen protoplasmájú sejtek eosinophil granulatiokat producálnak és így válnak eosinophilejteké. A harmadik lehetőség, hogy bizonyos sejtek felvesznek ilyen granulatiokat, azaz, hogy az eosinophil granulatiók a sejten kívül képződnek és absorptio által jutnak a sejtek belsejébe, magától elesik, mert ilyen szabad, a sejten kívül lévő granulatiokat még senkinek sem volt alkalma láthatni. Az első lehetőség, hogy t. i. a meglévő eosinophilejtek oszlása által, új eosinophilejtek képződnek, a mint már fentebb említettem, valóban észleltetett, különösen a csontvelőben, de más szervekben is látták ilyen sejtek osztódását. De nézetem szerint a második lehetőséget is elfogadhatjuk. *Jolly* ugyanis azt tapasztalta, hogy a ló csontvelője sohasem tartalmaz karyokinesisben lévő eosinophilejtek, annak dacára, hogy a többi sejt-alakok igen gyakran mutatják a ló csontvelőjében ezen fenomént. Az eosinophilejtekkel illetőleg, a legkülönböztető átmeneti alakokat látta a finom granulatiós sejtektől a durva granulatiós sejtekig. Úgy hogy szerinte az eosinophilejtek úgy is képződhetnek, hogy homogen protoplasmájú sejtek, eosinophil granulatiokat képeznek.

Önként felmerül még most azon kérdés, hogy miből képezik a sejtek ezen granulatiokat, hogy honnan veszik a szükséges anyagot? Erre a kérdésre is csak hypothesisselelhetünk. *Klein* azt tapasztalta, hogy a haemorrhagikus pleuritis izzadmánya igen sok eosinophilejt tartalmaz; *Fuchs* szerint haemoptoe után a betegek köpete igen sok eosinophilejt tartalmaz; szerintük a vörös vérsajt képezi az eosinophil granulatiohoz szükséges anyagot. Bármennyire is tetszetősnek is látszik ezen hypothesis, mégis különböző tény szól ellene. Először igen sok eosinophilianál hiányzik a haemorrhagia, másodsor pedig senkinek sem sikerült az által, hogy állatoknak hőre alá haemoglobint injiciált, eosinophilat előidézni. Valószínűleg valami más, eddig még ismeretlen factorra van még szükség, a melynek segítségével bizonyos fehér vérsajt a vörös vérsajtából eosinophil granulatiokat képeznek.

Ezen sejtek szerepéről sem mondhatunk semmi pozitív, semmi bizonyosat. Ehrlich genialis hypothesisát, hogy t. i. az eosinophilejtek egysejtű mirigyek, a melyek alexinokat választanak el, semmiféle komoly érvel sem volt képes támogatni. Így hát nem csodálkozhatunk, hogy egyes szerzők ennek teljesen ellenkezőjét állítják. Így *Leredde* és mások szerint az eosinophilejtek kiválasztó sejtek, megjelenésük azt jelenti, hogy a szervezet valamely salaktól szabadítja meg magát.

A teljesség okáért megakarom még jegyezni, hogy egyes szerzők, mint pl. *Galleotti*, az eosinophil granulatiokat, festécsapadéknak tekintik, vagy pedig a vörös vérsajt roncsainak, a melyeket bizonyos fehér vérsajt a phagocytosis typusa szerint egyszerűen felvettek magukba. *Arnold*, kimutatta, hogy ezen granulatiók már a festődés előtt is léteznek, és hogy az eosinophil granulatiók a festetlen vérben is könnyen felismerhetők.

Azon körülmény, hogy a pneumonia folyamán az eosinophilejtek a krízis után jelennek meg a vérben, hogy a diphtheria folyamán az alhártya leválása, az izzadmány felszívódása után hatalmas véreosinophilia fejlődik ki, az eosinophilejtek localis eredete mellett szól. Az eosinophilejtek, ezen két megbetegedésben, az izzadmányban képződnek és innen jutnak felszívó-

dás útján a vérbe, nem pedig a csontvelőből, a vérpályán keresztül a megbetegedés helyére.

Végül kedves kötelességemnek tartom Combe dr. egyetemi tanár úrnak hálás köszönetemet kifejezni, hogy klinikája gazdag anyagát átengedte, és hogy tanácsaival mindig kész volt segítségemre lenni.

Irodalom.

1. Arnold: Virchow's Archiv 1899.
2. Besredka: Annales de l'institut Pasteur 1898.
3. Bettmann: Volkmann's Vorträge Nr. 266. 1900.
4. Bieganszky: Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. XXXI. 1896.
5. Boeckmann: Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. XXIX. 1881.
6. Canon: Deutsche medicinische Wochenschrift. 1883.
7. Engel: Leitfaden zur klinischen Untersuchung des Blutes, Aug. Hirschwald.
8. Ehrlich: Charité-Annalen 12. Jahrg. 1887.
9. Ehrlich: Farbanalitische Untersuchungen. Berlin 1891. Aug. Hirschwald.
10. Ehrlich: Zeitschrift f. klin. Medicin I. 1880.
11. Ehrlich u. Lazarus: Die Anaemie. Nothnagel's Handbuch der spec. Path. u. Therapie.
12. Fuchs: Deutsches Archiv f. klin. Medicin. Bd. 63. 1899.
13. Gabritschewsky: Annales de l'institut Pasteur 1890. Nr. 6.
14. Gundobin: Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. XXXV.
15. Hayem: Le sang et de ses alterations anatomiques. Paris, 1889. Masson.
16. v. Jaksch: Festschrift zu E. Henoch 1890.
17. v. Jaksch: Centralblatt für klinische Medicin 1892.
18. Jolly: Archive d'anatomie microscopique 1900. Tom III.
19. Klein: Centralblatt für innere Medicin. Bd. 20. 1897.
20. Klein: Volkmann's Vorträge Nr. 87. 1898.
21. Limbeck: Wiener medicinische Wochenschrift 1897.
22. Limbeck: Grundriss der klinischen Pathologie des Blutes. Jena, 1896.
23. Maragliano: Berliner klinische Wochenschrift 1892.
24. Monti u. Berggrün: Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. XVII. 1894.
25. Müller u. Rieder: Deutsches Archiv f. klin. Medicin. Bd. 48. 1891.
26. Schlesinger: Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. XVIII. 1895.
27. Türk: Klinische Untersuchungen über das Verhalten des Blutes bei acuten Infektionskrankheiten. Wien u. Leipzig 1898.
28. Zappert: Zeitschrift für klinische Medicin 1893.
29. Zappert: Centralblatt für klinische Medicin 1892.

Közlemény a budapesti „Stefánia“-gyermekkorház Röntgen-laboratoriumából.

Deutsch Ernő dr. és Faludi Géza dr.-tól.

1. Articulatio cubiti normalis.
 2. Arthritis tbc. cubiti et periostitis tbc. humeri, radii et ulnae
 3. Fractura radii et luxatio ulnae post conuassationem.
 4. Epiphyseolysis traumatica humeri.
- (Lásd a mellékelt táblázatot.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Seitz. Kurzgefasstes Lehrbuch der Kinderheilkunde. Zweite vermehrte und völlig umgearbeitete Auflage. Berlin, 1901.

Lényegesen bővült tartalommal, teljesen új átdolgozásban fekszik előttünk a *Seitz*-féle tankönyv, melynek 1894-ben megjelent első kiadása, úgy az olvasóközönség, mint a szakkritika részéről osztatlan elismerésben részesült. A könyv első általános része átnézetesen tárgyalja a gyermekkor élettanát és a táplálás diatetikáját. A mesterséges táplálás fontos fejezetét az első kiadásnál sokkal kimerítőbben és új átdolgozásban adja. Új e fejezetben a különböző gyermektápszerek tápértékének tabellaris összehasonlítása is. Igen szépek továbbá a gyermek vizsgálatát és a gyermekkori therapiát tárgyaló fejezetek.

A specialis részben első sorban a *diphtheria* fejezete — megfelelően a serumtherapia által előidézett hatalmas fordulatnak — teljesen át van dolgozva. Az intubatio a serumtherapia óta csak nyert előnyököt, mert az alhárttyák gyorsabban válnak le, a tubusok rövidebb ideig maradnak a gégében, mi által ritkább lett a decubitusok fellépése. Az intubatio, megbízható ápolószemélyzet mellett, a magángyakorlatban is eszközölhető. A *pertussis* kezelésénél első sorban a bromoforot ajánlja. A gyermekkori *typhus* felismerésénél nagy fontosságot tulajdonít a Gruber-Widal-féle serumdiagnosistnak. A *scrophulo-tuberculosis* fejezete szinte újonnan van átdolgozva. A kezelésnél különösen dicséri többek között a módszeres kali-szappanbedörzsöléseket. Lényegesen kibővültek a *syphilis* és *angolkór* fejezetei, az újabb vizsgálatok különös

tekintetbe vételével. A phosphor, rachitissnél, szerző szerint első sorban az ideges tünetek ellen használandó és a *Stoeltzner* által ajánlott mellékvese-tabletták hatását dicséri. Teljesen új fejezetek: a *Möller-Barlow*-kór, a *Henoch*-féle purpura, az *osteomyelitis* és a veleszületett *pylorus-stenosis* tárgyalása.

Új átdolgozásában a *Seitz*-féle rövid tankönyv bátran felveheti a versenyt más hasonló jellegű munkákkal, mint az *Unger*-, *Uffelmann-Bendix*-féleivel. Sűrűbb nyomás által sikerült a lényegesen bővült tartalom dacára a könyv eredeti terjedelmét megtartani. Gyakorló orvosok hasznos kézikönyvet nyernek benne, egyes fejezeteit szakorvosok is érdeklődéssel fogják olvasni.

Politzer Alfréd.

Atlas und Grundriss der orthopädischen Chirurgie von Dr. A. Lünig und Dr. W. Schulthess. München, J. F. Lehmann, 1901. 610 oldal.

Egy valóban hézagpótló munka áll előttünk: a testgyógyászat az orvosi közönség nagy része előtt terra incognita, a hallgató az egyetemen mitsém hall e fontos tárgyról, úgy hogy az életben leggyakrabban a műszerész szakavatottságának (?) van kiszolgáltatva. Aránylag kis terjedelmű, összefoglaló, jól illusztrált munkára volt szükség, melyben a kóralakok szemléltető leírása mellett, az indicatiók pontosan vannak körülírva s mindenekelőtt, a testgyógyászati technika van megírásban, de különösen képen. Mindezen követelményeknek, mondhatnám ideálisan felel meg a megbeszélésünk tárgyát képező munka, melyben megtaláljuk a bennünket, gyermekorvosokat leginkább érdeklő veleszületett s szerzett, az orthopaedia körébe tartozó bántalmakat, kór- és tünettanát felleljük, pontosan meghatározva az egyes beavatkozások indicióját s a mi a legfontosabb, a technikáját. A munka legdicséretreméltóbb részét az illusztrációk képezik, melyek a szöveget méltóan s felette tanulságosan egészítik ki. E munkát szívesen látnám minden gyermekorvos asztalán.

Deutsch Ernő dr.

II. Lapszemle.

Concetti: „Les méningites aiguës non tuberculeuses dans l'enfance“ című dolgozatában a lumbalpunkció fontosságát tárgyalja a diagnosis, prognosis és therapia szempontjából, az agyhártyák és agyállomány lobos megbetegedéseinek. A cerebrospinal meningitis nem specifikus megbetegedés; leggyakrabban mégis a *Talamon-Fränk*-féle diplococcus capsulatus et lanceolatus (pneumococcus) vagy a *Weichselbaum-Jäger-Heubner*-féle diplococcus intracellularis (meningococcus) található a cerebrospinalfolyadékban, mely ilyenkor zavaros, átlátszatlan, mérsékelt mennyiségű fehéjét, néha sárgás-genyves üledéket tartalmaz. A parasita pneumococcusokozta meningitis gyors, heves lefolyású, 75%-ban halálos; a megnyúlt, intermittens lefolyású, 20–40% halálos meningitist a saprophyta meningococcus hozza létre. A cerebrospinalfolyadékban a meningococcus virulentiája csökken, ugyanis a megbetegedés kezdetén az extracellularis *Jäger-Heubner*-féle typhus, később és enyhebb esetekben az intracellularis *Weichselbaum*-féle typhus található meg (phagocytosis). A mikroorganizmusok száma is fogy, ezért a punctiót a megbetegedés első napjaiban, rövid időközökben ismételve kell végezni. Ha ezen cautelek mellett a punctiót folyadék, lobos jellege dacára, tiszta, átlátszó, bacteriummentes, akkor toxikus alapon fejlődött meningitis serosát diagnosztizálunk. A punctiót folyadék coli-bacillus jelenlétében tisztának bizonyult négy esetben. A therapia főelve is a gyors és ismételt punctio, mely a megszorodott folyadék mennyiségét csökkenti s toximokat távolít el a szervezetről. Lumbalpunkcióval nem kezelt meningitisek 6–18 hónapig tartottak, halálal végződtek vagy következményes bántalmak (hydrocephalus, amaurosis, surditas, paralysis) léptek fel. Punctióval kezelt cerebrospinal meningitisek legnagyobb részét 4–8 hét alatt teljesen gyógyultak. Meningitis serosa 13 esete 2–3 hét alatt gyógyult, 10 mortalitást. Később kezelés alá jutott esetek, ismételt 18–53-szoros punctio, egyes alkalmakkor eltávolított 70–120 cm³ folyadék dacára nem változtak, vagy residuumok árán javultak. Öt esetben *Pane*, nápolyi tr., antipneumon. serumát fecskendezte be ismételt 6–10 cm³ punctiót folyadék helyébe, lényegesebb eredmény nélkül. Súlyos meningococcus meningitis esetében 10 cm³ punctiót folyadék helyébe, egy hónappal előbb hasonló bajból felgyógyult gyermek steril punctiót folyadékának 10 cm³-ét fecskendezve, gyors javulást, majd gyógyulást ért el. A központi idegrendszer lobos megbetegedéseit vizsgálva 13 esetben (10 poliomyelitis, ac. ant.), a punctiót folyadékból 2 ízben pneumococust, 1 ízben meningococust tenyésztett ki. Punctióval 4 esetben teljes gyógyulást, a többiben lényeges és gyors javulást ért el (*Revue des Maladies de l'Enfance*. 1900. XI.)

Schütz Aladár dr.

O. Kohts: A lumbalpunkcióról gyermekeknél. Szerző 33 esetről referál, melyek közül 20 gümős agyhártyagyulladás volt. Ezen utóbbi esetekben csak ideig-óráig tartó javulást ért el; diagnostikus szempontból a Koch-féle bacillus kimutatásán kívül a nagyobbodott nyomás és a magas fehéjertalom jön tekintetbe. Határozott rossz hatással volt a lumbalpunkció s így nem ajánlja agydaganatok és spina bifidával együttjáró hydrocephalus-esetekben. Legszébb eredményeket egyes cerebrospinalis meningitissnél ért el, hat esete közül négy gyógyult. (*Therapeut. Monatshefte*. 1900.)

Faludi Géza dr.

A. Scheib: Bacterium lactis aërogenes (Escherich) által létrehozott meningitis suppurativa. Egy 8 napos leánykánál, kétoldali otitis media suppurativa után genyes agyhártyalob jött létre. A geny pontos bacteriologikus vizsgálata (tenyésztés, állatkísérlet), bacterium lactis aërogenes jelenlétét derítette fel. E bacteriumfaj maig csupán

mint pyelitis, pyelonephritis s cystitis kórokozója szerepelt. (*Prag. med. Wochenschrift*. 1900. Nr. 15.)

Deutsch Ernő dr.

Knöpfelmacher: Hyperchlorhydria a csecsemőkorbán. Anyatejjel s mesterségesen táplált csecsemőknel a gyomorbeli szabad sósav mennyisége a vizsgálok egybehangzó állítása szerint egészséges viszonyok között minimalis; beteg gyermekeknél a szabad sósav mennyisége még kevesebb. Szerző 10 hónapos leánygyermeket észlelt, ki négy hónapos kora óta gyakori obstipatióban s a táplálékfelvétel után beálló gyakori hányásban szenvedett. A hányás könnyebbülést okozott, a hányadék erősen savanyú szagú volt. A beteg 7 hónapos koráig szoptott, ezen időtől kezdve Gartner-féle tejfel, majd pedig hígított tehéntejjel táplálták. Mindennek dacára a hányás fennállt s a beteg súlyában az utol ó hónapokban nem gyarapodott. A megvizsgált gyomornedv a táplálékfelvétel után 3–4 órával is ételrészeket tartalmazott, azonkívül feltűnő volt az igen magas (átlagban 0.35%) szabad sósavmennyiség. Szerző karlsbadi mühlbrunn-vizsel gyomormosásokat rendelt, s azonkívül hígítatlan tehéntejjel táplálta betegét. Fél évi kezelés után beteget gyógyult; hányás megszűnt, a beteg testsúlya 3200 grammal szaporodott, a szabad sósav mennyisége pedig 0.09%-ra szállt alá. Szerző esetét hyperchlorhydria által előidézett spastikus pylorus-szűkületnek minősíti. (*Wiener klin. Wochenschrift*. 1900.)

Faludi Géza dr.

Reichelt: Honthin, egy új béladstringens és alkalmazása a gyermekgyógyászatban. Szerző *Frühwald* poliklinikáján 76 esetben próbálta ki a Honthint s eredményeivel igen meg volt elégedve. Előnyeinél tartja, hogy ezen tannintartalmú poralakú készítmény iz és szagtalan, s hogy csupán alkalis közegben lévő oldható, hatását főleg a bélhuzamban fejti ki. Napjában 4–5-ször 0.25–0.50 gm.-ot adagolt. Eseteiben a gyomorbélbántalmak majdnem összes alakjai képviselve voltak, a cholera-infantum kivételével, mely körülményt az ajánlott szer megírásának szempontjából sajnosan nélkülözzük. (*Wiener klin. Wochenschrift*. 1900.)

Faludi Géza dr.

M. Hirsch: Scarlatina casuistica. A Charité-ban 1894–1897-ig gyógykezelt 393 vörhenybeteg mortalitása 25.8% volt. Összesen az esetek a leggyakoribbak, tavasszal a legritkábbak; az évszaknak ily határozott befolyása a mortalitásra nem volt észlelhető, valamint a nemek sem. A 2–6 év közötti kor nagy mortalitása azután fokozatosan csökkent; legnagyobb 77.7% volt a halálos arány a 2-dik életévben; a 6-dik évig 42–25 között váltakozott, azután jelentékenyen csökkent. Az összesen gyógykezelt 6 csecsemőből a legfiatalabb 6 hónapos volt; azon nézethez csatlakozik, hogy a csecsemőkori scarlatinák súlyos jellegűek. A csecsemőkori táplálás módja, sem a csecsemőkorbán, sem a későbbi korban nincs befolyással a vörheny-mortalitásra. A fertőzés útjait 36.8% volt képes kikutatni; a testvéreknek és játszótársaknak jut a főszerep, az iskolának csekélyebb befolyást tulajdonít a fertező kórtovaterjesztésében. A 393 vörhenybeteg közül 4 másodízben betegedett meg ebben, ezeken kívül kettőnél recidivát és kettőnél pseudorecidivát észleltek. A családi dispositio lehetőségére következtetni engednek adatai. A prodromalis klinikus tüneteket egyenként, gyakoriságuk szerint részletesen tárgyalja; a kütegek különböző alakjai, megjelenésük, elhalványodásuk, a hámlás kísérő tünetek s egyéb kérdések részletes statistikájában különösen érdekesek a scarlatina sine exanthemate, haemorrhagikus scarlatina és hydrops scarlatinosa sine nephritide-re vonatkozó adatok. Az összes esetekből összeállított láztáblájában nem láthatók a *Wunderlich* által rendszeres jelzett estéli exacerbatiók és reggeli remissiók. A scarlatinus angina tárgyalásánál 2 oly esetről emlékezik meg, hol a pharyngealis stenosis tracheotomiát tett szükségessé. Betegeik 60%-ánál vörheny-diphtheroidot észleltek, jó részét súlyos jelleggel; a kornak nincs szerepe; a legtöbb diphtheroid már a 2–3-ad nap jelentkezett; a diphtheriától való megkülönböztetésnél bakteriológiához folyamodtak. Az egyes szerveken jelentkező tünetek statistikájából felemlitem, hogy synovitis scarlatinosa-t az esetek 6-7, nephritis 19.6%-ában észleltek. Orthovitis nephritis 2 volt. Hangsúlyozza, hogy scarlatinánál gyakori a szívgyengeség következtében beálló halál. A therapiában a hygienikus-dietetikus elveket követik, a láz ellen hydrotherapiát, szívgyengeség esetén excitantiákat, meleg fürdőket leöntéssel alkalmaznak. A száj antiseptisére ügyelnek. A diphtheroid, illetve sepsis megelőzése céljából 3% carbol-oldattal intratonsillaris injectiókat végeznek. A tejdieta nem vált be a nephritis praeventivumának. A synovitis scarlatinosa-nál natrium salicylicumot adnak. (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*. 52. kötet 5/6.)

Torday Ferenc dr.

Grancher díszesen kiállított füzetében („Un service antiseptique de Médecine“) beszámol 10 éven át (1890–1899) folytatott kísérleteiről a fertező betegségek terjedésének megállítására az ú. n. „box“-rendszerrel. G. eleve azon ideából indult ki, hogy levegő útján nincs fertőzés, s hogy csakis a közvetlen vagy közvetett érintkezés az, mely a fertező betegséget egyik egyénről a másikra átvi. z, más szóval, csak a fix contagiumban hisz. Az elkülönítést nem tartja elengedőnek s ennél sokkal fontosabbnak tartja az antiseptist a belgyógyászat terén ép úgy, mint a sebészet vagy szülészet terén. Legideálisabb G. szerint is az 1–2 ágyas kórszoba (a melynek az új Pasteur-intézeti kórházban vannak), de a hol ez nem lehetséges, meg kell elégednünk az ágyakat egymástól elválasztó, 2.70 m. magas üvegfalakkal, vagy — még egyszerűbben — dróthálóval, mely 1.1/4 m. magasságban veszi körül az ágyat (l. az ábrát a „Gyermekgyógyászat“ 1900. 4. számában). De a legfontosabb az orvosok s ápolók antiseptisére, mert — úgy mond — a hol az ápoló személyzet nem „antiseptikus“, a zárt ajtó sem fogja a fertőzést megakadályozni. E mellett természetesen nagy súlyt fektet egyéb körülményekre is; így pl. minden gyermek evőeszköze, tányérja,

stb. használat után naponként sterilizáltatik; a por elkerülése czéljából a padlót naponta kétszer, a falakat hetenként kétszer mosatja le szublimálttal. Az antisepsis kiterjed az ágyakra, fehérszeműre is, míg az orvosi és ápoló személyzet antisepsise érdekében minden ágy mellett külön kabát és szublimálttal telt mosdótól áll rendelkezésre.

Ily intézkedésekkel csakugyan sikerült is *Granchernak* a házi fertőzéseket a minimumra lenyomni. Szándékosan fektette ugyanabba a 24 ágyas terembe egymás szomszédságába a legkülönbözőbb fertőző betegeket, s ennek dacára valóban meglepően kicsiny a házi fertőzések száma. Ennek kikerülése még legkevesebb a kanyarónál s bárányhimlőnél sikerült, de azért a Morbillinél is rendkívül fényes eredményeket ért el *Moizard*, a ki hasonló elvek szerint berendezett osztályán 4 év alatt 5016 főre rugó betegforgalom mellett csak 7 esetben látott házi kanyarófertőzést.

Linsbauer dr.

Kraus: Beteg gyermekeken diphtheria ellen végzett védőoltás. Prágában 1898/99-ben a téli hónapok alatt egyidejűleg scarlatina-, morbilli- és diphtheria-járvány uralkodott. A prágai klinikán ugyanezkor nagy számmal fordultak elő a vegyes fertőzések.

Kr. ezen alkalommal végzett és fényesen bevált védőoltásokról számol be.

A scarlatina-osztályon 44 védoltott gyermek közül 2 betegedett meg diphtheriában.

A kanyaró-osztályon 47 immunizált gyermek közül 1. A diphtheria-osztályon diphtheria gyanújával fekvő 37 védoltott gyermek közül egy sem betegedett meg diphtheriában. Összesen tehát 122 védoltott gyermek közül csak 3 betegedett meg.

A megbetegedés a védőoltás utáni 26., 27. és 41-dik napon, tehát későn történt. Állatkísérletek és klinikai tapasztalatok alapján e szerint az immunitas az injectio utáni 21—28-dik napig tart. *Slawyk* szerint 14 napi időközökben megújítandó a védőoltás kanyaróban szenvedő gyermekeken, mert ezek véreben szerinte az antitoxinmennyiséget gyorsabban redukáló anyagok keringenek.

Kraus a későbbi védőoltásokat 3 hetes időközökben megújította; a kanyaró- és vörheny-osztályon 350 egység, a diphtheria-osztályon 700—1000 egység bécsi serummal. Káros hatást *Kraus* sohasem észlelt. (Prager medic. Wochenschrift 1900. Nr. 19—20.) *Perényi Vilmos* dr.

Harmer: Tonsillotomia után a mandolákon képződött lepedékre vonatkozó vizsgálatok és a diphtheria-bacillus esetleges összefüggése a lepedékekkel. *Lichtwitz* 1896-ban közölte, hogy ő tonsillotomia után 27 vizsgált eset közül 11 esetben (= 40,7%) a sebfelületen diphtheria-bacillusokat talált.

Harmer 300 esetet észlelt klinikailag, számos mikroszkopi és bakteriologiai vizsgálatot végzett. Ezek alapján eredményeiről következőkben számol be: Tonsillotomia után a sebfelületen átlag 6—8 óra múlva már lepedék nyomai mutatkoznak. A lepedék színe piszkos szürkésfehér; rendszeren csak a sebzési felületet borítja. Ha egyéb helyeken is látható, úgy valószínű, hogy ezen helyeket is sértette a műtév eszköz. A lepedék leválasztása után helyén vérző felület marad vissza.

H. szerint a lepedék terjedelmét nem befolyásolják antiseptikus torokvizek, azonban zúzott sebfelület mindig alkalmasabb talaj képződésére, mint a sima. Fájdalmasság rendszeren csak az első két napon van jelen; hőemelkedés főleg gyermekeknél nem ritka. Bakteriologiai *H.* 31 esetet vizsgált meg és egyszer sem talált a lepedékben diphtheria-bacillust. Nyolcz esetben nagyobb számmal talált diphtheriára gyanus bacillusokat, melyek állatkísérleteknél pseudodiphtheria-bacillusoknak bizonyultak. *H.* ezután kifejti, hogy mi is tulajdonképpen okozója a tonsillotomia után fellépő lepedéknek. Szerinte nem egyedül a mechanikai insultus, mert az egymagában ilyen abnormalis sebgógyulást nem okoz, hanem vele együtt a strepto- és staphylococcus pyogenes, melyek a száj- és torokürben mindig kimutathatók. Végül *H.* vizsgálatainak eredményét következő pontokba foglalja össze:

1. Minden tonsillotomia után legkésőbb 24 óra múlva a sebfelületen lepedék képződik.

2. A lepedék leukocytákból, fibrinből és nekrotikus szövetrészekből áll.

3. A lepedékben nagyszámmal találhatók bakteriumok, főleg coccusok.

4. Valószínű, hogy a bakteriumok oki összefüggésben állnak a lepedék képződésével.

5. Mint szabály állítható, hogy a diphtheria-bacillus, ha meg is található a lepedékben, nem oka annak.

6. A lepedékben relatív gyakran található a pseudodiphtheria-bacillus.

7. Rendszeren semmi veszély sem rejlik a tonsillákon fellépett lepedékben; azonban czélszerű a beteget, illetőleg környezetét annak fellépésére és ártalmatlan voltára előre figyelmeztetni.

8. Nagyobb diphtheriájárvány idején főleg gyermekeken nem tanácsos tonsillotomiát végezni; vagy ha végzünk, a szükséges óvóintézkedések megejtése mellett tegyük azt. (Wiener klin. Wochenschrift. 1900. Nr. 38.)

Perényi Vilmos dr.

Koplik: A rubeoláról. Ő a rubeolát a scarlatinától és morbillitól teljesen különálló, igen nagy ragályzó képességű fertőző bántalomnak tartja, a melyre sem a kor, sem a nem befolyást nem gyakorolnak. Megjegyzi, hogy a rubeola prodromál szakában két tünet is van, mely a kütteg fellépését napokkal, de olykor már 1—2 héttel is megelőzi. Ezek: a conjunctiva belőveltsége és a sterno-cleido-mastoideus mentén fekvő nyaki mirigyek duzzanata. Legtöbbször azonban észre sem veszik, vagy figyelemre sem méltatják ezeket a beteg hozzátartozói, minthogy a betegnek fájdalmat absolute nem okoznak. Azután egyenként tárgyalja a rubeolánál fellépő tüneteket. Először is az exanthemáról szól. Ezt a

morbilli küttegehez roppant hasonlóan tartja s nem csodálkozik azon, ha gyakorlottság szem is összetéveszti őket egymással. A kütteg az orrszárnnyakon, az ajkakon lép fel legelőször s csakhamar a homlokra és halántékra is áterjed. Szóval ép úgy mint a kanyaró, a rózsás kütteg is az arcon veszi kezdetét. Néha 1—2 órai fennállás után a kütteg eltűnik, hogy egy újabb, 6—12 óra hosszáig fennálló eruptiónak adjon helyet. A kütteg az arczról csakhamar áterjed a nyakra is. Mindazon epidemiáknál, melyeket neki megfigyelni alkalmá volt, a kütteg rózsapiros papulákból állott, melyek egymással össze nem folytak s a melyek *sarlószertű* elrendeződést mutattak. A papuláknak ezen *félholdszertű* elhelyezése főképp azon helyeken látható jól, hol a kütteg, továbbterjedése közben újabb bőrrejeltekre megy át. Mialatt a kütteg az arcon és törzsön egyideig fennállott, előbb az arcon, majd a törzsön kezd elhalványodni; ezalatt terjed át a végtagokra. A kütteg 24 óra lefolyása alatt a testről teljesen eltűnhet. Legtöbbször azonban még 2—3 nap múlva is nyomait láthatni a háton és végtagokon.

Rendszerint minden nyom nélkül szokott eltűnni a kütteg s csak egyes esetekben látott pigmentatiót a papulák helyén. Az arcon azonban sohasem látott festenyződést; nem úgy mint morbillinél. A nyákharthyák erősebben afficiálva sohasem voltak. A torok mindannyiszor csak mérsékeltlen belővelt, az áll alatti mirigyek kissé duzzadtak voltak, mint a már fent említett nyaki mirigyek is. A légyszájpadon csaknem minden esetben látott enanthemát, de fontosnak s a rubeolára legjellemzőbbnek tartja, hogy ezen enanthema sem a kemény szájjpad, sem a pofa nyákharthyájára soha által nem terjed s a morbillire oly jellegző szürkésfehér pontocskák (*Koplik-foltok*) a pofa nyákharthyáján rubeolánál sohasem láthatók. A mi a hőemelkedést illeti, úgy azt észlelte, hogy legmagasabb a hőfok a betegség első napján, tehát a küttegnak az arcon való fellépése idején, de pár óra alatt már a normalis temperaturára esik vissza. Innen van, hogy mikor az exanthema teljes floritióban van, a beteg már láztalan. 38,3° C-nál magasabb hőfokot azonban sohasem észlelt. (Archiv für Kinderheilkunde. 1900.)

Egressi dr.

VEGYESEK.

— *Jules Bergeron*, a francia gyermekgyógyászati iskola „*doyen*”-je meghalt 83 éves korában. Tiszteletbeli orvosa volt a „*Hôpital Sainte-Eugénie*”-nak (ma *Trousseau-kórház*) s kimagasló alkotása a *Berch-sur-Mer*-i nagyszabású tengeri hospice. Tudományos munkái közül különösen kiemelendő a fekélyes szájlóbról s a chorea electricáról írott tanulmánya. Ez utóbbi körképet a francia irodalom „*Chorée de Bergeron*” név alatt említi évek óta.

— *A. Sanné*, az ismert francia gyermekorvos, meghalt 61 éves korában. Különösen jól ismert munkája a diphtheriáról írott monographiája. Ő rendezte továbbá sajtó alá *Rilliet* és *Barthez* nagy hírű gyermekgyógyászatainak harmadik kiadását.

— A harmadik „*Pan-American Medical Congress*” február havában tartatik meg. A gyermekgyógyászati szakosztály elnöke *Joaquin L. Duenos* dr.

— A harmadik francia gyermekgyógyászati, nőgyógyászati és szülészeti congressus jelen év szeptember havában tartatik meg Nantessen. A congressus elnöke *Sevestre*, a párisi „*Hôpital des Enfants-Malades*” jeles orvosa.

— *Lannelongue* tanár tiszteletére, a XIII. nemzetközi orvos-congressus alkalmából, nagyszámú tisztelői emlékérmek készítettnek. Miután *Lannelongue* tanár a párisi „*Hôpital des Enfants-Malades*” sebésze is egyszersmind, ezen mozgalmat örvendetes tudomásul vesszük e lapok hasábjain is.

— Mint értesülünk, a vallás- és közoktatásügyi ministerium utasítás értelmében *Bókay János* dr. egyet. tanár, a budapesti m. kir. bábaképzede legutóbbi vizsgáin, mint egyik vizsgáló részt vett. Örömmel regisztráljuk a hírt e lapok hasábjain, mert ez újabb bizonyítéka annak, hogy a gyermekgyógyászat hazánkban lassanként elfoglalja azt a posztitót, melyet fontosságánál fogva, magának méltán megkövetelhet.

— A m. kir. belügyministerium a körülmételeknél követendő eljárás szabályozása tárgyában 1899. november hó 25-dikéről keltezett szabályrendeletét hatályon kívül helyezte, mert a rendelet egyes intézkedésének a zsidófelekezet legilletékesebb tényszerői olyan magyarázatot adtak, mely szerint azok a zsidó vallás szabad gyakorlatának megháborítását foglalják magukban. Részünkről sajnáljuk a rendelet visszavonását, mert sokszoros szomorú tapasztalat tette kívánatosszá azt, hogy a körülmételei eljárás, a ritualis szertartás érintése nélkül, a közegészségi érdekek megvédése szempontjából szabályoztassék.

— Budapest székes főváros tanácsa jelen év január hó elsejétől kezdve a fertőző betegségek bejelentésére szolgált úrlapokat a használatból kivonta s azok helyett igazoló szelvénynyel ellátott új bejelentő lapok használatát rendeli el. A bejelentő lapok nagy körültekintéssel vannak megszerkesztve, csak egyet nem értünk, miért kívánsai a hatóság arra, hogy a bárányhimlős beteg be volt-e oltva?

— *Zweifel* nemrég megjelent „*Aetiologie, Prophylaxie und Therapie des Rhachitis*” című könyvében a phosphortherapia értékét igyekszik devalválni, mert, úgymond, a legtöbb phosphoros csukamájolajkészítményben szabad P. ki nem mutatható. *M. Kassowitz* addig is, míg részletesen felelhet *Zweifel*-nek, a „*Klin. therap. Wochenschrift*”-ben kijelenti, hogy számos esetben végzett minő- és mennyileges vegyi vizsgálatok igenis kimutatták szabad P. jelenlétét az előírása szerint készített phosphoros csukamájolajban.

— *Új könyvek: Ashby-Wright, The diseases of children. London. 1900. II. édit. — Ch. W. Chapman, Heart diseases in childhood and youth. London. 1900. — V. Joukovsky, Rachitisme en Russie. St. Pétersbourg. 1900. — V. Ménard, Étude pratique sur le mal de Pott. Paris. 1900. — H. Thulié, Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie. Paris. 1900. — Redard, Traité pratique des déviations de la colonne vertébrale. Paris. 1900. — Calot, Les maladies qu'on soigne à Berek. Paris. 1900. — L. Vallois, Le nouveau-né guide pratique pour les soins de lui donner. Paris. 1900. — C. Cattaneo, Terapia delle malattie dell'infanzia ad uso di medici e studenti. Milano. 1900. — Lexikon der Kinderheilkunde und Kindererziehung. Berlin. 1900. — Marie Vögltin, Die Pflege des Kindes im ersten Lebensjahr. Leipzig. 1900. II. Aufl. — H. Guttmann, Arzneiverordnungen in der Kinderpraxis. Berlin. 1900. — Schaedel, Untersuchungen über die Müller-Barlow'sche Krankheit. Jena. 1900.*

— *Uj dissertatiók és thèse-ek: Ch. Maurage, Du bain quotidien chez le nouveau-né. Paris. 1900. — V. Chary, La mortalité par diphtérie en Europe avant et après l'application de la sérothérapie. Paris. 1900. — M. Cayre, De la luxation congénitale du genou en avant. Paris. Pétersbourg. 1900. — L. Levy, Über die Behandlung des Empyems der 1900. — H. Gillot, De la sténose congénitale du pylore chez les*

Little'scher Lähmung. Berlin. 1900. — G. Spohn, Über Sarcome an den kindlichen Genitalien. Leipzig. 1900. — F. Schultze, Über ohorea minor. Leipzig. 1900. — H. Klages, Beitrag zur Lehre der Schirmpfriere im Kindesalter. Leipzig. 1900. — H. Claussnitzer, Über hämorrhagische Meningitis bei Scharlach. Leipzig. 1900. — P. Opper, Septische Zustände nach Angina tonsillaris. Leipzig. 1900. — A. Jahn, Über Urachusfistel. Breslau. 1900. — W. Weichardt, Die Verbreitung der Diphtherie durch leblose Objekte. Breslau. 1900. — C. Zastera, Über die Bedeutung der Oberlappen-Pneumonien im frühen Kindesalter. Breslau. 1900. — A. Lennartz, Über eine kleine Epidemie von Kindertetanie. Bonn. — S. Löwenstein, Über die microcephalische Idiotie und die von Lannelongue vorgeschlagene chirurgische Behandlung derselben. Heidelberg. 1900. — Th. Buder, Zur Statistik der Heilserum-Therapie bei Diphtherie. Tübingen. 1900. — E. Haas, Zur Operation der Retropharyngeal-Äbscesse. Tübingen. — O. Engler, Beitrag zur Lehre von der Exstirpation der Hydronephrose im Kindesalter. Kiel. 1900.

— *Unterholzner B. 46 oldalas füzetben kimerítően ismerteti az Ausztriában 1898-ig létesült gyermekkórházak történetét és belső viszonyait. Adatai közül az érdekesebbeket következő táblázatba állítottam össze:*

Sorszám	A kórház neve:	Mégnyitás éve	Orvosi személyzet	Ápoló személyzet	Ágyak száma osztályonként							Ágyak száma összesen	Kórház fekvő betegek száma 1896-ban	Jegyzet
					bel-osztály	sebészet	szemészet	diphtheria	morbilli	scarlatina	vari-cella			
1	Wien. Sct. Anna-Kinderspital	1837	Widerhofer, Weinlechner, 1 assistens, 4 alorvos	16 apáca, 9 világi ápoló	32	24	—	28	8	28	—	120	1598	Diphth. és scarl. osztály külön-külön pavillonban. A bécsi egyetem gyermekklinikája.
2	Wien. Sct. Josef-Kinderspital	1842	Heim, Pernitza, 3 segédorvos	14 apáca	29	20	—	14	18	9	—	90	1071	Fertőző osztályok külön épületben.
3	Wien. Leopoldstädter Kinderspital	1873	Unterholzner, Hofmoki, 3 alorvos	14 világi ápoló	24	14	—	23	23	26	—	110	1054	
4	Wien. Kronprinz Rudolf-Kinderspital	1875	Gnändinger, Frisch, 2 alorvos	9 apáca	20	20	—	4	7	9	—	60	603	Scarlatinaosztály külön pavillonban. 1898-ban külön diphtheriapavillon épült.
5	Wien. Lebenswarth'sches Kinderspital	1878	J. Klauber	4 apáca	5 szoba		—	2 szoba		—	—	40	201	Homöopathikus intézet.
6	Wien. Karolinen-Kinderspital	1879	Hüttenbreuner, A. Fränkel, 2 alorvos	7 világi ápoló	24		—	4	—	2	3	33	545	Fertőző osztályok külön épületben. 1898-ban külön pavillon épült a fertőző betegek számára 30 ágygal (morb. 4, scarl. 16, diphth. 10). Előadási czélokra szolgál.
7	Wien. Kinderabth. d. Allgem. Poliklinik	1893	Monti, Frühwald, A. Fränkel, Hochenegg, 2 assistens	6 apáca, 6 világi ápoló	5 szoba		—	7	—	—	—	38	404	Előadási czélokra szolgál.
8	Prag. Kaiser Franz Josef-Kinderspital	1842	Ganghofner, 3 segédorvos	19 világi ápoló	4 szoba	4 szoba	—	5 szoba	2 szoba	2 szoba	—	100	1247	Scarl. és morb. osztály külön épületben. Prágai német egyetem gyermekklinikája.
9	Prag. Böhmisches Kinderspital	1891	Neureuther, 2 segédorvos	8 apáca	9	10	—	6	4	6	—	35	356	Prágai cseh egyetem gyermekklinikája.
10	Graz. Anna-Kinderspital	1843	Escherich, B. Ipvacic, 1 alorvos, 2 segédorvos	8 apáca, 7 világi ápoló	összesen 80							80	1019	Grazi egyetem gyermekklinikája.
11	Brünn. St. Cyrill und Method-Kinderspital	1846	Joh. Janka, 2 segédorvos	9 világi ápoló	összesen 56							56	456	1899-ben létesült a Kaiser Franz Josef-Kinderspital 150 ágygal.
12	Lemberg. Sophien-Kinderspital	1845	Mereczynski, 1 főorvos, 1 segédorvos	3 apáca, 11 világi ápoló	együtt 80		—	együtt 30		—	—	110	1200	Belgyógyászat, sebészet, fertőző betegségek és ambulancia külön-külön pavillonokban.
13	Krakau. St. Ludwigs-Kinderspital	1876	Jakubowsky, 2 főorvos, 2 segédorvos, 3-6 gyakornok	10 apáca	24	24	24	együtt 24		—	—	120	1374	24 ágy anyjokkal vagy dajkákkal együtt ápoló csecsemők részére van fenntartva. Krakói egyetem gyermekklinikája.
14	Linz. Isabellen-Kinderspital	1886	1 igazgató, 1 segédorvos	8 apáca	1 osztály	—	—	4 fertőző osztály		—	—	30	358	
15	Laibach. Elisabeth-Kinderspital	1865	1 igazgató orvos	3 apáca	1 osztály	1 osztály	1 osztály	1 fertőző osztály		—	—	35	293	
16	Triest. Kinderspital	1856	2 főorvos, 1 segédorvos	10 apáca, 1 világi ápoló	1 osztály	1 osztály	—	1 fertőző osztály		—	—	50	621	

nourrissons. Paris. 1900. — A. Beyrand, Les terreurs nocturnes de l'enfant. Paris. 1900. — Ch. Dhuyelle, Contribution à l'étude de l'ophtalmie purulente et en particulier de l'ophtalmie scrofuleuse. Paris. 1900. — H. Pariselle, Anatomie et pathologie des fontanelles. Paris. 1900. — E. Lecoq, De l'examen radioscopique dans la pneumonie franche aiguë chez l'enfant. Paris. 1900. — M. Perlis, Du traitement de l'incontinence d'urine des enfants par le Rhus aromatica. Paris. 1900. — Ch. Gautier, Du myxoedème spontané infantile. Lyon. 1900. — S. Favre-Gilly, Du syndrome de Weill chez les enfants. Lyon. 1900. — C. F. Polivkoff, Tuberculose latente des amygdales pharyngées chez les nourrissons. St. Bruthöhle bei Kindern. Berlin. 1900. — H. Meffert, Über eine Form

Ezen kórházak a prágai cseh gyermekkórház kivételével egyesületek vagy magánosok jótékonyágának köszönik létüket. A kórházak fentartása nagyjából ugyancsak jótékony egyesületek feladatát képezi. A kórházak igazgatói, sebész- és egyéb főorvosai többnyire ingyen működnek, csak a bemlakó al- és segédorvosok kapnak fizetést. Legtöbb helyen a gyermekeket születésük időpontjától egészen bezárolag 14 éves korukig veszik fel. A krakkói St. Ludwigs-Kinderspitalnak külön csecsemőosztálya van, míg a bécsi St. Anna- és a lengyel Sophien-Kinderspitalban a csecsemők számára dajkák állanak rendelkezésre. A kórházak mellett majdnem mindenütt járólágos rendelés és oltóintézet áll fenn.